Oliver Sacks

Migren

Çevirenler
Devrim Toksöz - Erhun Yücesoy

İNCELEME



YKY
Yapı Kredi Yayınları

Oliver Sacks 1933 yılında Londra'da doktorlar ve bilim insanlarının çoğunlukta olduğu bir ailenin (annesi cerrah, babası aile hekimiydi) üyesi olarak dünyaya geldi. Tıp eğitimini Oxford Üniversitesi'nde tamamladı, San Francisco Mt. Zion Hastanesi ve UCLA'da ihtisas yaptı. 1965'ten beri New York'ta yaşayan ve nöroloji alanındaki çalışmalarını sürdüren Sacks, 2007'de Columbia Üniversitesi Tıp Merkezi'ne Nöroloji ve Psikoloji Profesörü olarak atandı. 1966 yılında Bronx'taki Beth Abraham Hastanesi'nde nöroloji danışmanı olarak görev yaparken deneysel bir ilaçla tedavi ederek hayata döndürdüğü hastaları anlattığı *Uyanışlar* (2003, YKY) aynı adı taşıyan Oscar adayı bir filme uyarlandı ve Harold Pinter tarafından *A Kind of Alaska* adlı bir oyuna dönüştürüldü. Tourette sendromundan otizme çok farklı nörolojik vaka tarihçelerini anlattığı *Karısını Şapka Sanan Adam* (1996, YKY) ve *Mars'ta Bir Antropolog* (1997, İletişim) adlı kitaplarıyla uluslararası üne kavuşan Sacks, *Sesleri Görmek*'te (2001, YKY) sağır insanların dünyasını ve işaret dilini, *Renkkörleri Adası*'nda (1998, YKY) üyeleri renkkörü olan sıradışı bir topluluğu anlattı. Doktorluk deneyimini *Migren*'de (2002), hastalık deneyimini *Dayanacak Bir Bacak*'ta (2001) paylaşan yazarın benzersiz biyografisi 2001'de *Tungsten Dayı: Kimyasal Bir Çocukluğun Anıları* adıyla (2004, YKY) yayımlandı. *Oaxaca Journal* (2002) adlı bir gezi günlüğü de bulunan yazarın son kitabı, 2007'de yayımlanan *Müzikofili: Müzik ve Beyin Öyküleri*'dir.

Dr. Devrim Toksöz 1962 yılında doğdu, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1986 yılında mezun oldu. 1993 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Mikrobiyoloji anabilim dalından ihtisasını aldı. Aynı yıl İstanbul'a taşındı ve uzun yıllardır özel sektörde çalışıyor. *Migren* dışında Doğan Kitapçılıktan çıkmış Dr. Leo Rebello'dan çevirdiği *Ve Tanrı Mucizeyi Yarattı* isimli bir çeviri kitabı daha bulunmaktadır.

Erhun Yücesoy 1969 yılında Ankara'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Kıbrıs'ta tamamladı. 1992 yılında Bilkent Üniversitesi İşletme Fakültesi'nden mezun oldu. Çeşitli bankalarda kurumsal pazarlama alanında çalıştı. Bankacılığın ardından, emtea ithalatı yapan firmalarda finansman ve ithalat direktörlüğü görevlerini yürüttü. Oliver Sacks'ın *Migren* ve *Uyanışlar* kitaplarını da Türkçeye çeviren Yücesoy halen dış ticaret danışmanlığı yapmaktadır.

Oliver Sacks'ın
YKY'deki kitapları:

Karısını Şapka Sanan Adam *(1996)*
Renkkörleri Adası *(1998)*
Sesleri Görmek *(2001)*
Uyanışlar *(2003)*
Tungsten Dayı *(2004)*
Dayanacak Bir Bacak *(2010)*
Migren *(2010)*

OLIVER SACKS

Migren

Çeviren:
Dr. Devrim Toksöz - Erhun Yücesoy

İnceleme

Yapı Kredi Yayınları

Yapı Kredi Yayınları - 3177
Edebiyat - 934

Migren / Oliver Sacks
Özgün adı: Migraine, Revised and Expanded
Çeviren: Dr. Devrim Toksöz, Erhun Yücesoy

Kitap editörü: Esin Eşkinat
Düzelti: Filiz Özkan

Kapak tasarımı: Nahide Dikel

Baskı: Pasifik Ofset
Cihangir Mah. Güvercin Cad. No: 3/1
Baha İş Merkezi A Blok Haramidere - Avcılar / İstanbul

Çeviriye temel alınan baskı: Picador, 1995
1. baskı: İstanbul, Eylül 2010
ISBN 978-975-08-1852-3

© Yapı Kredi Kültür Sanat Yayıncılık Ticaret ve Sanayi A.Ş. 2008
Sertifika No: 12334
Copyright © 1992, Oliver Sacks

Bütün yayın hakları saklıdır.
Kaynak gösterilerek tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında
yayıncının yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Yapı Kredi Kültür Sanat Yayıncılık Ticaret ve Sanayi A.Ş.
Yapı Kredi Kültür Merkezi
İstiklal Caddesi No. 161 Beyoğlu 34433 İstanbul
Telefon: (0 212) 252 47 00 (pbx) Faks: (0 212) 293 07 23
http://www.ykykultur.com.tr
e-posta: ykykultur@ykykultur.com.tr
İnternet satış adresi: http://alisveris.yapikredi.com.tr

İÇİNDEKİLER

Gözden Geçirilmiş Baskıya Önsöz (1992) • 13
Orijinal Baskıya Önsöz (1970) • 15
Teşekkürler • 17
Önsöz • 19
Tarihsel Giriş • 21

BİRİNCİ BÖLÜM
Migren Deneyimi
Giriş • 31
1. Basit Migren • 33
Baş Ağrısı • 34
Bulantı ve Diğer İlgili Belirtiler • 36
Yüzün Görünümü • 37
Göz Belirtileri • 39
Burun Belirtileri • 39
Karın Belirtileri ve Anormal Bağırsak Hareketleri • 40
Uyuşukluk ve Uyku Hali • 41
Sersemlik, Baş Dönmesi, Halsizlik ve Bayılma • 43
Sıvı Dengesindeki Değişmeler • 44
Ateş • 44
Minör Belirti ve Bulgular • 45
Organik Kökenli Sinirlilik Hali • 46
Ruh Hali Değişiklikleri • 47
Basit Migrende Belirti Kümeleri • 49
Basit Migrenin Düzeni • 50
Sonsöz (1992) • 54

2. Migren Eşdeğerleri • 57
Kusma Nöbetleri ve Safrasal Ataklar • 58
Karın Migreni • 59
Periyodik İshaller • 61
Periyodik Ateş • 61
Prekordiyal Migren • 62
Periyodik Uyku ve Transa Geçme • 63
Periyodik Ruh Hali Değişiklikleri • 64
Menstrüel Sendromlar • 65
Değişimler ve Dönüşümler • 66
Migrenin Sınır Bölgeleri • 68
Diğer Hastalıklarla Birlikte Yer Alma ve Yer Değiştirme • 71
Ayırıcı Tanı ve Terminoloji • 75
3. Migren Aurası ve Klasik Migren • 77
Giriş • 77
Özgün Duyusal Halüsinasyonlar: Görsel • 81
Dokunma • 91
Diğer Duyusal Halüsinasyonlar • 93
Migren Halüsinasyonlarının Sahte Nesnelliği • 94
Duyusal Eşiğin Genel Değişimleri • 95
Kas Tonusundaki ve Bilinç Düzeylerindeki Değişimler • 96
Özgül Hareket Bozuklukları • 97
Hal ve Duyu Değişimleri • 99
Yüksek İntegratif Fonksiyon Bozuklukları • 101
Mozaik ve Sinematik Görme • 103
Diğer Bozukluklar • 105
Vaka Öyküleri • 112
Auranın Yapısı • 119
Migren Aurasının Görülme Sıklığı • 120
Migren Aurasının Ayırıcı Tanısı:
Migrene Karşı Epilepsi • 121
Klasik Migren • 125
Son Not (1992)–Skotom Öfkesi (Angst) • 127
4. Migrenöz Nevralji (Küme Baş Ağrısı)–Hemiplejik Migren–Oftalmoplejik Migren–Yalancı Migren • 133
Migrenöz Nevralji • 133
Aydınlatıcı Vaka Öyküleri • 135

Hemiplejik Migren • 137
Oftalmoplejik Migren • 139
Yalancı Migren • 141
Migrene Bağlı Kalıcı Nörolojik ya da Damarsal Hasar • 143
5. Migrenin Yapısı • 145

İKİNCİ BÖLÜM
Migrenin Oluşumu
Giriş • 153
6. Migrene Yatkınlık • 155
Migrenin Görülme Sıklığı • 156
Migrenin Ailevi Oluşu ve Ailevi Geçişi • 157
Migrenöz Yapının Belirtileri • 159
Migren Yatkınlığı ve Diğer Bozukluklar • 162
Yaşa Bağlı Migren • 164
Genel Tartışma ve Sonuçlar • 166
7. Periyodik ve Nöbetsel Migrenler • 171
Migren ve Diğer Biyolojik Döngüler • 171
Ataklar Arasındaki Süre • 171
Ataklar Arasında Bağışıklık • 174
Atağın Habercileri • 174
Yalancı Periyodisite • 175
Sonuçlar • 177
Sonsöz (1992) • 177
8. Koşullara Bağlı Migren • 179
Uyaranlı Migren • 179
Işık ve Gürültü • 180
Kokular • 181
Soğuk ve Fırtınalı İklim Koşulları • 181
Egzersiz – Heyecan – Coşku/Duygu • 182
Ağrı • 183
Yatışan Migren Türleri ve Ani Reaksiyonlar • 184
Yemek Yeme ve Aç Kalma / Oruç Tutma • 184
Sıcak Hava ve Ateş • 186
Pasif Devinim • 186
Bitkinlik • 186
İlaç Etkisi • 187

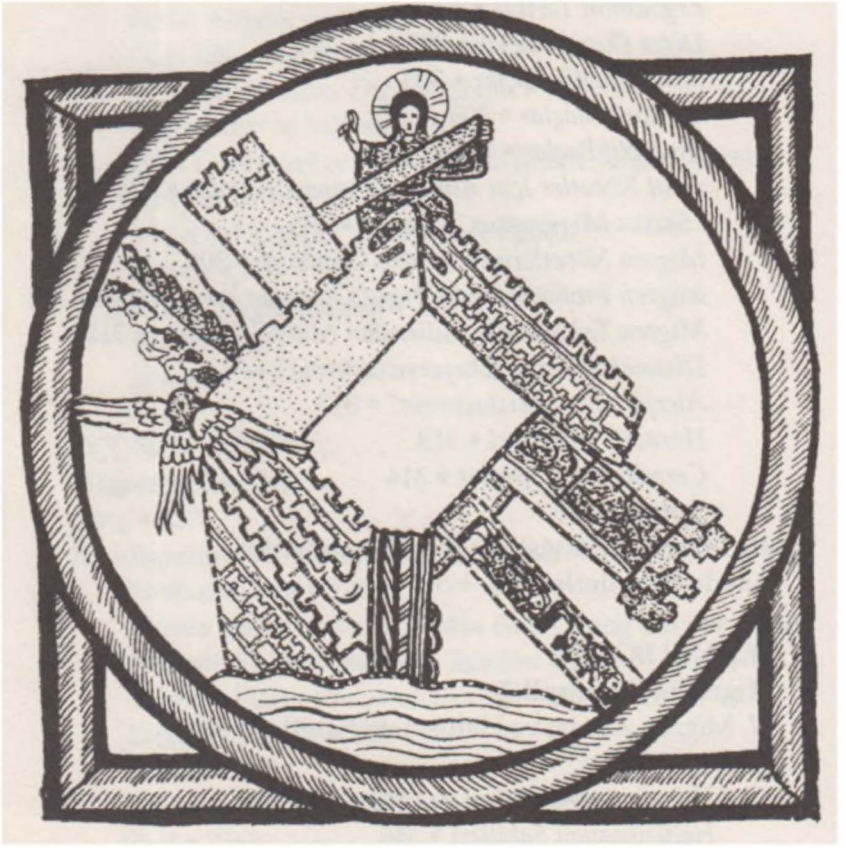
"Atlatma Dönemi" Durumları • 188
Gece Migrenleri • 189
Rezonans (Tınlama) Migreni • 190
Görme Alanındaki Çarpıklıkların Neden Olduğu Migren • 193
Koşullara Bağlı Muhtelif Migrenler • 194
Besin, Migren ve Mide • 194
"Çin Lokantası Sendromu" ve
Migrene Yol Açan Diğer Besinler • 195
Bağırsaklar ve Migren • 197
Âdet Dönemleri ve Hormonlarla İlişkili Migren • 198
Alerjiler ve Migren • 202
Migrenin Kendini Sürdürmesi • 204
Sonsöz • 206
9. Duruma Bağlı Migren • 208
Vakalar • 211
Sonsöz • 218

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
Migrenin Esasları
Giriş • 223
10. Migrenin Fizyolojik Mekanizmaları • 226
Tarihsel Sunuş • 226
Migren Mekanizmasına İlişkin Bazı Güncel Teoriler • 230
Migrene İlişkin Vazomotor Teorileri • 231
Migrene İlişkin Kimyasal Teoriler • 234
Elektrik Teorileri • 238
Sonsöz • 242
11. Migrenin Fizyolojik Oluşumu • 244
Özet • 256
12. Migrene İlişkin Biyolojik Yaklaşımlar • 258
13. Migrene İlişkin Psikolojik Yaklaşımlar • 265
Sonsöz • 282

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
Migrene Yönelik Tedaviler
Giriş • 287
14. Migren Tedavisinde Kullanılan Yöntemler • 288

Genel Önlemler ve Tetikleyici Koşullardan Kaçınma • 290
Destekleyici ve Psikoterapik Önlemler • 292
15. Nöbetler Esnasında ve Nöbet Aralarında Alınacak Bazı Önlemler • 298
Migren Nöbetlerinin Tedavisinde Faydalı İlaçlar • 300
Ergotamin Tartrat • 300
Diğer Özgül İlaçlar • 302
Semptomatik İlaçlar • 303
Yardımcı İlaçlar • 303
Muhtelif İlaçlar • 304
Akut Nöbetler İçin Alınacak Genel Önlemler • 304
"Status Migrenozus" Tedavisi • 305
Migren Nöbetlerinin Önüne Geçilmesi • 306
Migren Profilaksisinde Özgül Olmayan İlaç Tedavisi • 311
Migren Tedavisinde Kullanılan Muhtelif İlaçlar • 312
Histamine Karşı "Duyarsızlaştırma" • 312
Alerjik "Duyarsızlaştırma" • 313
Hormon Tedavileri • 313
Cerrahi Uygulamalar • 314
Sonsöz • 315
16. Migren Tedavisinde Son Dönemlerde Kaydedilen İlerlemeler • 318

BEŞİNCİ BÖLÜM
Migrenin Evrenselliği
17. Migren Aurası ve Halüsinatif Sabitler • 337
Giriş • 337
Halüsinasyon Türleri ve Düzeyleri • 339
Halüsinasyon Sabitleri • 346
Halüsinasyon Mekanizmaları • 351
Kendi Kendini Oluşturan Sistemler • 356
Yeni Bir Migren Aurası Modeli • 362
Ekler • 369
Sözlükçe • *379*
Bibliyografya • 389
Dizin • 401

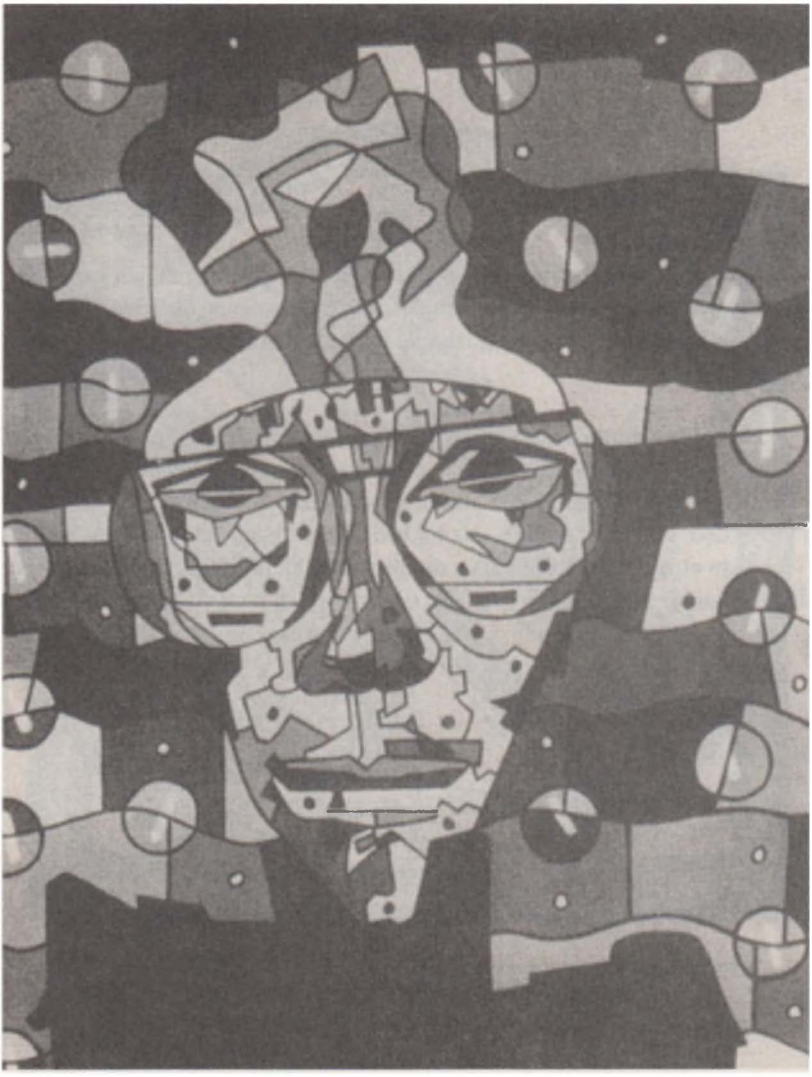


Hildegard'ın 1180'de Bingen'de yazdığı *Scivias*'ın el yazması kopyasından. Bu şekil, migrenöz orijinli çeşitli görüntülerin yeniden bir araya getirilmesiyle oluşmuştur. (bkz. Ek 1).

Anneme ve Babama

Platon'un diyaloglarında Sokrates, Kharmides'e baş ağrısı için herhangi bir ilaç önermeden önce, zihnini bütün kötülüklerden arındırmasını ister; beden ve ruh, tıpkı gözler ve kafa gibi birlikte iyileştirilmelidir...
Robert BURTON

Hastalıkta organizmanın yaşamsal işlevlerinin dışavurumunu görenler... artık [hastalığı] bir düşman olarak görmeyeceklerdir. Hastanın bir yaratısı olduğunu anladığım andan itibaren hastalık benim için hastanın yürüyüşü, konuşma biçimi, yüz ifadesi, ellerinin hareketi, yaptığı resimler, inşa ettiği ev, kurduğu iş ya da düşünme biçimiyle aynı anlamı taşır: Bütün bunlar onu yöneten güçlerin eseridir ve sırası geldiğinde benim etkilemeye çalışacağım şey de bu güçtür.
George GRODDECK



Migrende çok çeşitli görsel değişimler meydana gelebilir. Bunların en tuhafı ve en ilginci mozaik görmedir; yukarıda nöbetleri sırasında gördüklerini çizmesi istenen migrenli bir hastanın yaptığı resim görülüyor (İngiliz Migren Derneği ve Boehringer Ingelheim Limited'in izniyle).

Gözden Geçirilmiş Baskıya Önsöz (1992)

Migrenin ana özellikleri, migren olgusu ve hastanın bunları nasıl yaşadığı, oluşma sıklığı, tetikleyen mekanizmalar, migrenle birlikte yaşamanın ve savaşmanın yolları – tüm bunlar 2000 yıldır hiç değişmedi. Bu nedenle bu konuların ayrıntılı ve canlı bir tanımı her zaman bulunur ve hiçbir zaman modası geçmez.

Migreni olan pek çok hastanın –özellikle de migren aurası ya da ilk kez bir klasik migren atağı yaşayan genç hastaların– kendilerine ne olduğuna ilişkin hiçbir fikri yoktur ve kriz geçirdikleri ya da beyinlerinde tümör olduğu korkusuyla dehşete kapılır ya da tam tersine delirdiklerini, tuhaf bir histeri krizine tutulduklarını düşünürler. Rahatsızlıklarının ne vahim ne de uydurma olduğunu, diğer pek çok hastada olduğu gibi iyi anlaşılmış, esas olarak iyi huylu ama yineleyen, nötr bir hastalık olduğunu öğrenmek, bu tür hastalara büyük bir rahatlama sağlar. Montaigne der ki: "Hastalık, ne olduğunu bilmediğiniz sürece sizi dehşete düşürür." *Migren*'i okuyan bir hasta iyileşmeyecek, ama en azından nesi olduğunu, hastalığının ne anlama geldiğini öğrenecek ve artık korkmayacak.

Migren elbette yalnızca bir tanımlama değil, hastalık ve sağlığın doğasına, insanların nasıl, kısa bir süre için de olsa hastalığa gereksinim duyabileceğine ilişkin düşüncelerin ürünüdür; psikofiziksel şeffaflığımızın bir örneği olarak zihin ve bedenin birlikteliği ve son olarak, hayvanlardakine benzer biyolojik bir tepkime olarak migren üzerine yazılmış düşüncelerdir. Bana

göre insanın bir parçası ve yükü olan migrenin değişmez taksonomisini oluşturan bu geniş anlamları her zaman geçerliliklerini korumaktalar.

Yıllar boyunca *Migren*'in yeni baskıları çıktı, bunların hepsi kısaltmaya uğradı – bazı ayrıntıların ya da tartışmaların çıkarıldığı, hafifletildiği veya kitabın daha popüler ya da pratik yapılmaya çalışıldığı oldu. Bu zayıflatmalar benim düşünceme göre yanlıştı – kitap özgün haliyle sıradan okura ulaşabiliyorsa, güçlü bir yapıttır.

Bunun yanında, son yirmi yılda migrenin mekanizmasına ilişkin yeni anlayışlar, ele alınışındaki diğer teknikler ve yeni ilaçların geliştirilmesi nedeniyle önemli ilerlemeler kaydedildi. Şiddetli ve sıklıkla gelen migrenden çeken bir hastanın hastalıkla başa çıkma şansı 1970'lere oranla daha yüksek. Bu nedenle kitaba son yirmi yıldaki heyecan verici fizyolojik ve farmakolojik keşifleri anlatan yeni bir bölüm (16. Bölüm) ile birlikte, artık piyasada bulunabilen yeni migren tedavisi şemaları da dahil çeşitli eklemeler yaptım. Üç bölüme kaos ve bilinç kuramlarının migrenle ilişkisini irdeleyen son sözler ekledim. Ayrıca kitaba daha çok vaka öyküleri, daha gelişmiş bir dizin ve çok sayıda dipnot koydum. Eklemelerle bu son baskı en dolu, en yeni *Migren* baskısı oldu.

Migren'in orijinal metninde (1967-68) auranın karmaşık geometrik formlarını yeniden gözden geçiren ve bunların anlamlarını açıklamaya çalışan bir Beşinci Bölüm yer almaktaydı. Ancak bu konuda pek başarılı olmadığımı hissediyordum ve bu tür bir yaklaşımın henüz tam olgunlaşmadığı düşüncesiyle kitaptan o kısımları çıkarmıştım. Şimdi meslektaşım Ralph Siegel ile birlikte, 25 yıl önce açıklanması mümkün olmayan aura olgusunu açıklayabilecek genel bir kuram önerisiyle o projeye geri dönebilmenin mutluluğu içindeyim. Böylece bu 1992 baskısında nihayet bir Beşinci Bölüm de yer almış oluyor.

O. W. S., New York, Şubat 1992

Orijinal Baskıya Önsöz (1970)

İlk migren hastamı görünceye kadar migrenin yalnızca özel bir tip baş ağrısı olduğunu sanıyordum. Daha çok hasta gördükçe baş ağrısının migrenin tek ve hatta mutlaka gerekli bir belirtisi bile olmadığını anladım. Önümdeki keşfedilmeyi bekleyen, ben öğrendikçe giderek daha karmaşıklaşan, sınırları daha az çizilebilen, daha az anlaşılır olmaya başlayan konunun yoğunluğu beni çok etkiledi. Bu konuyla ilgili literatüre daldım, bazı konulardan daha bilgili bazılarındansa kafam daha da karışmış olarak çıktım. Kitaplardan daha eğitici olan hastalarıma döndüm. Ancak bin kadar migren hastası gördükten sonra konuyu nihayet anlamaya başladım.

Bana aktarılan vaka öykülerinin karmaşıklığı önceleri canımı sıktıysa da sonradan hoşuma gitmeye başladı. Birkaç dakika içinde en hafif algı, konuşma, duygu ve düşünce bozukluklarından her çeşit vejetatif semptoma dönüşebilecek durumlar söz konusuydu. Her bir klasik migren hastası sanki bütün bir nöroloji ansiklopedisi gibi önümde duruyordu.

Hastalarımın ıstırapları ve yardım istekleri nörolojik çalışmalarımı bir süre askıya almama neden oldu. Bazı hastalara ilaç tedavisiyle, bazılarına ilgi ve dikkat göstererek yardımcı oldum. En şiddetli etkilenen hastalar ben onların duygusal yaşamlarına dikkat ve ısrarla eğilmeye başlamadıkça tedavi girişimlerimi reddettiler. Şimdi biliyorum ki pek çok migren atağı duygusallığa bulanmıştır ve bu atakların duygusal nedenleri ve etkileri ayrıntılı olarak açığa çıkmadıkça bırakın tedavi etmeyi, konuyu layıkıyla değerlendirmek bile imkânsız hale gelir.

Bu nedenle migreni, bir yandan sinir sistemi içinde yer alan bir *yapı*, bir yandan da herhangi bir duygusal ya da biyolojik amaç için görevlendirilen bir *strateji* olarak ele alan bir ikili bakış uygulamayı gerekli buldum.

Bu kitabı oluştururken, bu iki bakış açısını göz önünde bulundurarak migrenleri hem fiziksel hem de sembolik olaylar şeklinde ele almaya gayret ettim. Birinci Bölüm'ü hastanın yaşadığı ve doktorun gözlediği migren atakları formlarını tanımlamaya ayırdım. İkinci Bölüm ise münferit ya da yineleyen migren ataklarını tetikleyen fiziksel, fizyolojik ve psikolojik pek çok koşulla ilgili. Üçüncü Bölüm bir migren atağının fizyolojik mekanizmalarını ele alan ve migrenlerin ve belli bazı yandaşlarının biyolojik ve psikolojik rollerini anlatan iki kısma ayrılıyor. Dördüncü Bölüm'deyse migreni tedavi edici yaklaşımlar yer alıyor ve bu bölüm kitabın önceki kısımlarına hem bir sonuç hém de eklemeler getiriyor.

Mümkün olan yerlerde basit bir dil, gerekli yerlerde ise teknik bir dil kullandım. Bu çalışmanın ilk iki bölümü daha çok tanımlayıcı, üçüncü bölümü ise aksine açıklayıcı ve spekülatiftir; olguların anlatımında ve anlamlarını sorgulamada her zaman, belki de fazlasıyla, serbest hareket ettim. Referans çerçevesi genişletildikçe, ele almamız gereken çok sayıda, çok çeşitli ve bazıları pek enteresan olan olguların da daha fazla açımlanması gerekiyor.

Bu kitapta ilgilerini çekecek bir şeyler bulacak üç grup okur olduğunu düşünüyorum. İlk grupta migren hastaları ve migrenin ne olduğuna ve nasıl tedavi edileceğine ilişkin bilgi edinmek isteyen hekimler yer alıyor. İkinci grupta konuyla ilgili, biraz dağınık olsa da ayrıntılı bir referans kitabı arayan öğrenci ve araştırmacılar var. Son grup ise insan ve hayvan fonksiyonlarında (çoğumuza tanıdık gelen) sayısız benzerlikler gösteren, bütün psikofizyolojik tepkimeleri aydınlatan bir model olan ve bizlere tekrar tekrar zihnin ve bedenin mutlak devamlılığını anımsatan migreni tanımaya davet edilen (ille de doktor olması gerekmeyen!), araştırıcı bir zihne sahip okurlardan oluşuyor.

Teşekkürler

İlk teşekkürlerim bu kitabı mümkün kılan pek çok migren hastama olacaktır. Onlar gözlemlerimin kaynaklandığı ve geliştirilen her fikir için bir mihenk taşı görevi gören klinik gerçekleri sağladılar. Bir anlamda bu kitap onların kitabıdır.

Migren aurası sırasında kendi görsel deneyimlerini çizime dökerek yalnızca migren hastaları tarafından görülebilen, bizim için hayal etmesi zor olguları görmemizi kolaylaştıran hastalar, kitaba özgün bir görsel gerçeklik sağladılar.

Özellikle *Migren*'in 1968'deki orijinal metnini okuyarak pek çok değerli eklemelerde bulunup düzeltmeler yapan ve büyük bir cömertlikle önsöz de yazan Dr. William Gooddy'e teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca çeşitli baskılarda kitabı gözden geçiren editörlere, en başta orijinal baskıyı okuyan Bayan Jean Cunningham'a, Hettie Thistlethwaite'e, Stan Holwitz'e ve Kate Edgar'a teşekkürü bir borç bilirim. Orijinal baskıdaki orijinal çizimler Audrey Besterman tarafından yapıldı, fotografik illüstrasyonlar da Boehringer Ingelheim Limited'den Derek Robinson'un katkılarıyla sağlandı.

Orijinal baskıdan bu yana migreni anlamak yönünde katkıları olan pek çok seçkin meslektaşımla haberleşme olanağı buldum; özellikle Walter Alvarez, J. N. Blau, G. W. Bruyn, Donald Dalessio, Seymour Diamond, Arthur Elkind, merhum A. P. Friedman, Vladimir Hachinski, Neil Raskin, Clifford Rose, Clifford Saper, Seymour Solomon, J. C. Steele, Marcia Wilkinson ve en çok James W. Lance. Bu kişilere bana verdikleri teşvik

için minnettarım, bütün fikirler ve hatalarsa yalnızca bana aittir. Son olarak bu kitabın son bölümündeki katkıları için dostum ve meslektaşım olan Ralph Siegel'e en içten teşekkürlerimi sunuyorum; bölümün görsel malzemesini oluşturan bilgisayar grafikleri de ona ait.

Önsöz

Migren illeti en az 2000 yıldan beri tanımlanmaktadır ve hiç kuşkusuz, belki 250.000 yıldır her kuşaktan insan bu hastalık kümesini yaşamıştır. Yine de, halkın ve tıp biliminin uygulayıcılarının arasında migren hakkında çok az şey bilindiği ve daha da az şey yapılabildiği yolunda genel bir görüş birliği vardır. Migrenle mücadele edecek bir klinik Londra'da ancak 1970 yılında kurulabilmiştir. Migrenin tıp ve özellikle nöroloji ders kitaplarında yer aldığı doğrudur, ancak bu konuya, epilepsi ve nevralji gibi nöbetlerle gelen hastalıklar arasında kısaca değinilir. Genel anlayış migrenin gerçekten önemli özellikleri olan hasta edici bir baş ağrısı değil de hekimin vaktini boşa harcayan bir durum olduğudur. Kusma ve görsel bozukluklar gibi bazı eşlik eden durumlar o kadar iyi tanınmaktadır ki, bazen migren tanısı ancak görsel bozukluk, baş ağrısı ve kusmanın düzenli bir şekilde bir arada olduğu hallerde konabilir. Bir dahaki nöbetinde aynı hastaya rastlamayacağını uman hekim bazı tabletler ve "onunla yaşamayı öğrenin" gibi hoş olmayan klişeler önerebilmektedir. Fenomenolojik açıdan son derece ilginç bir vakanın karmaşıklığını ve değişkenliğini tam olarak anlamakta zorlanan pek çok doktor, hastaları ümitsizlik içinde "alternatif tıbba" yönelince rahat bir nefes alırlar ve sonucun daha kötü olmasını ve daha pahalıya patlamasını umarak neredeyse mutlu olurlar.

Tıp mesleği tümüyle hatalı mı? Yetkin ya da "tanımlayıcı" bir tıp kitabı akla geliyor mu? Bu durumun incelendiği iyi donanımlı, iyi organize merkezler var mı? Sorunun bütünü hakkında,

örneğin iş kazaları, akciğer kanseri ya da kızamıkta olduğu gibi kapsamlı istatistikler var mı? Öğrenciyken hiç migren konusunda konferans dinledik mi, hiç bize migrenin yalnızca bir başkasının çektiği arada sırada olan sıkıcı bir baş ağrısı olmadığı öğretildi mi? Tabii ki hayır. Migrenin genetik tanımı, kişiliği, bireyin yaşama biçimi olduğu bilgisi daha çok yeni öne sürüldü.

Migrenöz sürecin diğer önemli bir ihmal edilmiş yanı da, yansıttığı fizyolojik bozukluktur. Migren atağının insanda neden olduğu fizyolojik deneyimi başka hiçbir koşulda bulamayız. Bir felçte ya da beyin tümöründe gördüğümüz çözülmenin aynısını ancak kalıcı hasara yol açmayan şeklini, yani normal bir insanın fonksiyonunun giderek çözülmesini burada görebilir, hatta kendimiz hissedebiliriz. Birkaç dakika ya da saat içinde atağın geçtiğini, konuşma bozukluğu, hemipleji, çift görme, vertigo, kusma, bağırsak rahatsızlığı, su dengesi değişiklikleri, kişilik bozuklukları gibi bulgu ve belirtilerin kaybolduğunu görürüz. Ne var ki bu koşulları inceleyen çok az çalışma yapılmış, deneyler daha çok belki de migreni olmayan uyuşturulmuş hayvanlar üzerinde uygulanmıştır.

Bu ilgisizliği, deneyimsizliği, fizyolojik bilgisizliği ve sağaltıcı girişim eksikliğini gidermek için migrenöz uzay-zaman sürekliliğini, migrenli hastanın hem çekip hem de kendi yarattığı durmadan değişen özelliklerin ve faktörlerin yaşam boyu süren yapısını gösteren özet bir çalışmaya hepimizin gereksinmesi var. Sosyal çevre, iş arkadaşları ve özellikle doktorlar bu migrenöz süreklilikte birbirinden ayrılmaz öğelerdir.

Dr. Oliver Sacks, uzun zamandır eksik olan bir genel bakışı sağlama görevini üstlendi. Oldukça yoğun bir enerji isteyen klinik çalışmada, migren konusundaki çağdaş bilginin bütün özelliklerini bir araya getirdi. Onun atladığı küçücük bir noktayı bulmaya uğraşmak ve bunu gören tek kişi olmak bir nörolog için ilginç bir akademik deneyim. Bu çalışmada bu tür bir atlama bulmak oldukça zor.

Bu çalışmanın migrenin ana yapısını aydınlatma kararlılığında başarıya ulaşmasını umalım. Bu yolda bir başarı hastalara, hekimlere ve toplumun geneline büyük bir yarar sağlayacaktır.

WILLIAM GOODDY

Tarihsel Giriş

Migren toplumun büyük bir çoğunluğunu etkiler, tüm uygarlıklarda görülür ve tarihin başlangıcından beri bilinmektedir. Sezar, Paul, Kant ve Freud için bir kamçılama ya da engelleme öğesi olsa da, bu hastalığa sessizce ve gizlilikle katlanan milyonlarca kişi için aynı zamanda gündelik bir durumdur. Burton'un melankoli için söylediği "o kadar düzensiz, belirsiz, çeşitli ve kesin ki Proteus bile bu kadar değişken olamaz" sözü migrenin şekli ve belirtileri için de geçerlidir. Yapısı ve nedenleri Hippokrates'i bile şaşırtmış ve iki bin yıldan beri tartışma konusu olmuştur.

Migrenin klinik özellikleri, periyodik oluşu, koşullara ve kişiliğe bağlılığı, fiziksel ve ruhsal belirtileri, ikinci yüzyılda tanımlanabilmiştir. Aretaeus, migreni Heterokraniya adıyla şöyle tanımlar:

> Ve belli bazı vakalarda başın bütünü ağrılıdır, ağrı bazen sağda bazen solda, bazen alında, bazen de fontaneldedir* ve bu ataklar gün içinde yer değiştirirler... Buna Heterokraniya denir, asla hafif bir hastalık değildir... Bulantı, safra kusma, hastanın çöküşü gibi uygunsuz ve berbat belirtilere yol açar... uyuşukluk, başta ağırlık hissi, anksiyete fazlasıyla vardır ve yaşam çekilmez olur. Işıktan kaçarlar; karanlık hastalıklarını hafifletir ancak hiçbir şey görmek ve duymak istemezler... Hastalar yaşamdan bıkmıştır ve ölmek isterler.

Çağdaşı Pelops epilepsinin öncüsü duyusal belirtileri tanımlar ve adlandırırken, Aretaeus migreni başlatan benzer belirtileri araştırıyordu:

* Bıngıldak – ç. n.

> ... gözlerinin önünde mor ya da siyah renkli kıvılcımlar çakması ya da hepsinin bir arada görülerek adeta cennete uzanan gökkuşağı görünümünü alması.

Aretaeus'un gözlemlerinden Alexander Trallianus'un tezlerine kadar dört yüz yıl geçti. Bu dönem boyunca yenilenen gözlemler Aretaeus'un kısa ve özlü tanımlarını, doğasına dair tarihi kuramları sorgulamaya kalkmadan onayladı ve incelikle işledi. Pek çok yüzyıl boyunca *heterokraniya, holokraniya* ve *hemikraniya* terimleri birbiriyle yarıştı, hemikraniya rakiplerini geçerek ve değişik dillerden evrimleşerek bugün kullandığımız migren ya da megrim adını aldı. Yüzyıllarca hasta baş ağrısı, safrasal baş ağrısı, kör baş ağrısı gibi terimler kullanılageldi.[1]

Hippokrates'ten bu yana migrenin yapısıyla ilgili tıbbi düşünceler iki teoride toplanabilir; ikisi de on sekizinci yüzyılın sonunda hâlâ tartışma konusu olmaya devam etmiştir ve her ikisi de farklı biçimde değişikliğe uğramış olarak günümüzde geniş kabul görmektedir. Aslında fazla bir iş görmemekle birlikte bu iki klasikleşmiş teorinin evrimini izleyebilmemiz için humoral* teori ve sempatik** teoriden söz edeceğiz.

Sarı ya da siyah safranın fazlalığının yalnızca rahatsızlık duygusu, kara mizah*** ya da sararmış hayat görüşüne neden olmakla kalmadığı, aynı zamanda hasta baş ağrısından kaynaklanan mide bozukluğu ya da safrasal kusmaya yol açtığı düşünülürdü[2]. Bu teorinin esası ve öngördüğü tedavi şekli Alexander

1 Oxford İngilizce Sözlüğü bu terimin değişik dillerdeki kullanımı için uzun bir liste sunmaktadır. Bunların uzunluğu belki metrelerce sürebilir:
Mygrane, Megryne, Migrane, Mygrame, Migrym, Myegrym, Midgrame, Midgramme, Mygrim, Magryme, Maigram, Meigryme, Megrym, Megrome, Meagrim...
Bu terimlerin herhangi birinin İngilizce'de ilk kullanılışı on dördüncü yüzyıldadır: "Mygrame ve kafanın diğer hasta durumları". Fransızca terim olan "Migraine" bir önceki yüzyılda kullanılmıştır.
Migrenin görsel aurası genel olarak (diğer görsel sanrılar gibi) suffisio terimiyle açıklanırdı ve suffisio scintillans, suffisio scotoma, suffisio objecta emarginans gibi tanımlayıcı terimler olarak kullanılırdı.

* Vücut sıvılarıyla ilgili. Ortaçağ hekimliğinde, fazlalığının vücudu etkilediği düşünülen dört vücut sıvısı kan, balgam, sarı ve siyah safraydı. – ed. n.

** Sempatik sinir sistemiyle ilgili – ed. n.

*** Mizah ve salgı aynı Latince kökten (umor, humor) türemiştir – ed. n.

2 Humoral teoriye ilişkin bir başka görüşe göre de migren, dalak ve dalak salgılarına bağlıydı. Papanın (kendisi de bir migren hastası) "Dalak İni" şiirinde de belirttiği gibi:

Trallianus tarafından net olarak açıklanmıştır:

> Eğer baş ağrısı sıklıkla safra salgısının artması nedeniyle görülüyorsa, tedavisi de safrayı temizleyen ve dışarı atan yollarla mümkündür.

Safranın temizlenmesi ve dışarı atılması – bu ifade, pek çoğu günümüzde de geçerli olan, sayılamayacak kadar çok teorinin ve tedavinin tarihte onaylanmasına yol açmıştır. Mide ve bağırsaklar safra salgısıyla dolu olabilir: Anımsanamayacak kadar eski olan bulantı kesiciler, müshiller, temizleyiciler, boşaltıcılar vb. bu teorinin sonucudur. Yağlı besinler safra salgısını mideye sürükler, bu nedenle migreni olan kişi sıkı ve miktarı az bir diyet uygulamalıdır. Bütün yaşamı boyunca migrenden çeken sofu Fothergill şunları yemeyi özellikle tehlikeli bulurdu:

> Eritilmiş tereyağı, yağlı etler, baharatlar, etli börek, tereyağlı ekmek, sert ve sersemletici malt içkiler...

Benzer şekilde, her zaman düşünüldüğü ve halen de inanıldığı üzere kabızlık (yani safra salgısının bağırsakta birikmesi) migren krizini uyarabilir ya da başlatabilir. Yine benzer şekilde safra salgıları daha kaynaklarında azaltılabilir (migrende hâlâ çeşitli karaciğer hapları önerilmektedir) ya da kandaki konsantrasyonları çok yükseldiğinde düşürülebilir (migren tedavisinde on altıncı ve on yedinci yüzyıllarda kan akıtma yöntemi kullanılmaktaydı). Migrenin kökenine ilişkin güncel kimyasal teorileri antik humoral teorilerin bilimsel torunları olarak görmek bir zorlama sayılmamalıdır.

Humoral teorilerin çağdaşı olarak ve onlarla aynı zamanda evrimleşen çeşitli sempatik teoriler de vardır. Bunlara göre migren bir ya da daha fazla iç organdan (mide, bağırsaklar, rahim vb.) köken alan ve özel bir içsel ya da organsal iletişimle tüm bedene yayılan bir durumdur. Bilinçten saklanan ve bilinç

> Günün iç karatıcı ışıltısından uzakta, gölgeler arasında,
> Dalak kasvetli yatağında iç çeker boyuna,
> Ağrı yanı başında, *megrim* kafasında.

iletişiminin altında yer alan bu gizli iletişim şekline Yunanlılar "sempati", Romalılar "konsensus-uyum" adını verdiler ve bu terim başı iç organlara bağlayan, özel öneme sahip bir yapı anlamında kullanıldı ("mirum inter caput et viscera commercium").

Sempatinin klasik kavramları, Thomas Willis tarafından gözden geçirilerek kesin şeklini aldı. Willis, Hippokrates'in histerinin rahmin fiziksel yörüngesinden yükselerek vücuda yayılan bir kavram olduğu yönündeki görüşünü reddetmiş, bunun yerine rahmin histeri olgusunu sonsuz sayıda, çok ince ışınsal patikalarla vücuda yaydığını öne sürmüştür. Bu görüşünü daha da genişleterek migrenin ve pek çok nöbetsel hastalığın da aynı şekilde vücuda yayıldığını söylemiştir.

Üç yüzyıl önce Willis sinir bozukluklarının tümüne el atan bir yapıt meydana getirmiş (*De Anima Brutorum*), bu çalışma içinde migren konusunda yazılmış ilk modern tez olarak kabul edilebilecek ve Aretaeus zamanından beri görülen ilk önemli ilerleme olarak düşünebilecek "Baş Ağrısı" ("De Cephalalgia") adlı bir bölüme de yer vermiştir. Migren, epilepsi ve diğer nöbetsel hastalıklar konusunda kapsamlı bir Ortaçağ gözlemleri ve fikirleri yumağı düzenleyerek bunlara isabetli ve yaklaşımı mükemmel olan klinik gözlemlerini eklemiştir.[3] Baş ağrısı olan bir hanım hastayı muayene ettikten sonra bizlere migrenin kıyas kabul etmez önemdeki şu tanımını iletmiştir:

> Bundan birkaç yıl önce, soylu bir hanımefendiyi muayene etmeye başladım; yirmi yıldan fazladır sürekli çektiği bir baş ağrısından yakınmaktaydı; bu hastalık tarafından adeta cezalandırılmıştı. Daha on iki yaşına gelmeden, tam ateşli hastalıklardan kurtulmuşken bazen kendiliğinden, ama sıklıkla herhangi bir fırsatta ortaya çıkan baş ağrılarına kayıtsız kalmaya alışmıştı. Bu hastalık bazen başın bir tarafıyla bazen de diğer tarafıyla sınırlı kalıyor, sıklıkla da başın tümünde görülüyordu. Nöbet sırasında (nadiren bir gün bir gece ama çoğunlukla iki, üç hatta

3 Migrenin nadir görülen bir başlangıç bulgusu bulimiadır (doymamazlık hastalığı) ve Willis bu semptomu bir hastasında gözlemiştir:

> Bu hastalığın kendiliğinden gelişen nöbeti öncesi, akşam boyunca çok acıkan hasta, arsız diyebileceğim bir iştahla aşırı bir akşam yemeği yedi, ertesi sabah bir baş ağrısının izleyeceğini seziyordu ve bu kehaneti hiç şaşmadı.

> dört gün sürüyordu) ışığa, konuşmaya, gürültüye ya da en ufak bir harekete dayanamıyor, karartılmış odada, yatağında dimdik oturuyor, kimseyle konuşmuyor, uyumuyor ve yemek yemiyordu. Nöbetin bitmesine yakın derin ama rahatsız bir uyku uyumayı alışkanlık edinmişti ve uyandığında kendisini daha iyi hissediyordu... Sonraları, nöbetler sık olmamakla birlikte yirmi günde bir gibi bir düzende gelmeye başladı ancak daha sonra o kadar sıklaştı ki hasta nadiren nöbetsiz bir gün geçiriyordu.

Willis'in bu vakada, bu gibi atakların öncüsü olan ilginç ve eşlikçi nedenlerin farkında olduğunu görüyoruz: "... bozuk ya da zayıf yapıdaki bölgeler... bazen doğuştan bazen de kalıtsal olan... uzak bir organın ya da yapının tahrişi... mevsim değişikliği, atmosfer durumları, güneş ve ayın durumları, güçlü ihtiraslar ve diyet bozuklukları." Bir yandan da, migrenin dayanılmaz olmasına karşın iyi huylu bir hastalık olduğunun bilincindeydi:

> ... Çadırını beynin sınırları üzerine kuran, o şahane kulesini çoktan kuşatan bu hastalık bu soylu hanımefendiyi yirmi yıldır acıklı bir şekilde etkisi altına almış olmasına rağmen henüz ele geçirememişti; baş dönmesinden, kafasının içindeki sallanma duygusundan, kasılma nöbetlerinden ve uyku getiren her belirtiden kurtulduğunda kadıncağız kendi ruhunun temellerini yeterince güçlü bulmaktaydı.

Willis tarafından gözden geçirilen bir diğer klasik kavram, *idiyopati* denilen, sinir sisteminin periyodik ve ani patlamalarına yatkın olma halidir.[4] Böylece migrenöz sinir sistemi ya da epileptik sinir sistemi çeşitli –fiziksel ya da duygusal– etkenlerce her an patlatılabilir ve patlamanın en uzak etkileri, Willis tarafından ancak var oldukları düşünülen sempatik sinirlerce tüm bedene yayılır.

Sempatik teoriler özellikle on sekizinci yüzyılda önem kazanmış ve incelenmiştir. Mide bozukluklarının migrene öncülük ettiğini, açık bir şekilde baş ağrısını başlattığını, kusmanın da bütün atağı sonlandırdığını gözlemleyen Tissot'ya göre:

4 Bu konuda Willis'in Latince notuna bkz. (De Morb. Convuls, 1670)

> Midede azar azar başlayan bir tahriş odağı belli bir noktaya eriştiğinde bu tahriş supraorbital (göz çukuru üzerindeki) sinirin tüm dallarında ani bir ağrının başlaması için yeterli olur.

Buna benzer sempatik teorilere ağırlığını koyan Tissot'nun çağdaşı Robert Whytt şu gözlemde bulunmuştu: "... genellikle rahim yangısına eşlik eden kusma, gebe kalmayı izleyen bulantı, iştah düzensizliği... baş ağrısı, ateş basması ve sırt ağrısı, âdet dönemi yaklaşırken görülen karın krampları... vb." Whytt insan vücudunu (Foucault'nun zarif anlatımıyla), sempatik sistemin bilmece gibi çapraşık ama tuhaf bir şekilde de direkt yolları boyunca histeri ya da migren gibi iç organ kökenli olguları bir uzuvdan diğerine taşıyan bir sistem olarak görmektedir.

On sekizinci yüzyılın en iyi klinik gözlemcileri –Tissot (migren konusunda ciltlerce yazı yazmıştır ve 1790'daki tezi Willis'in "De Cephalalgia"sının gerçek ardılıdır), Whytt, Cheyne, Cullen, Sydenham vb.– fiziksel ve duygusal belirtiler arasında hiçbir mutlak fark gözetmeden, hepsini bir arada "sinir hastalıklarının" tamamlayıcı parçaları olarak düşünmüşlerdir. Robert Whytt birbiriyle ilgili ve yakın belirtiler olarak hepsini bir araya toplar:

> ... Olağanüstü soğuk ve sıcak duygusu, bedenin değişik bölgelerindeki ağrılar, bayılmalar ve boş katılmalar, katalepsi ve tetanos, mide ve bağırsaklarda gaz... siyah sıvı kusmalar, ani ve bol açık sarı idrar yapma... kalp çarpıntıları, nabız düzensizlikleri, *periyodik baş ağrıları*, baş dönmeleri ve sinir nöbetleri... depresyon, ümitsizlik... delilik, kâbuslar ve karabasanlar.

Bu merkezi inanış, psikofizyolojik etkilerin bu ayrılmaz birliği kavramı on dokuzuncu yüzyılın başlarında kırılmaya başladı. Willis ve Whytt'ın "sinir hastalıkları" kabaca organik ve fonksiyonel olarak ikiye bölündü ve yine kabaca nörologlar ve akıl hastalıkları uzmanları arasında paylaştırıldı. Liveing ve Jackson, gerçekten de, içsel bölümlere ayırmadan migreni bölünmez psikofizyolojik bir varlık olarak ele almışlardı, ancak bunlar yaşadıkları yüzyıldaki önyargıya karşı ve istisnai görüşlerdi.

On dokuzuncu yüzyılın başlamasıyla birlikte migren hakkında pek renkli ancak hemen hepsi günümüzde tıbbi literatürden

silinmiş gibi görünen çok sayıda mükemmel tanım ortaya atıldı. Bu eski literatüre bakıldığında, kayda değer tüm hekim-lerin ya migreni olduğu ya da bu olguyu tanımlamayı kendilerine iş edindikleri görülüyor: Bu isimler evreninde yüzyılın ilk on yılında Heberden ve Wollaston, ikinci ve üçüncü on yılda Abercombie, Piorry ve Parry; yüzyılın ortalarında Romberg, Symonds, Hall ve Möllendorff sayılabilir; ayrıca aralarında Herschel ve Airy'ler (baba ve oğul) gibi astronomların da olduğu, tıpla ilgili olmayan bir sürü kişi tarafından da çok iyi tanımlar yapılmıştır.

Ancak, bu tanımlamaların hemen hepsi migren ataklarının fiziksel yönüne eğilmiş, migrenin duygusal bileşenlerini, bunların öncülerini ve kullanımlarını göz ardı etmişlerdir. On dokuzuncu yüzyıla ait teoriler önceki görüşlerin genelliğinden yoksundu ve birkaç türde çok özel mekanik nedene ilgi gösteriyordu. Beyin damarlarına özgü genişleme ve büzülmeler, serebral konjesyon (beyinde sıvı birikimi) ya da genel kan toplanması gibi vasküler teoriler pek popülerdi. Hipofiz bezinin büyümesi, gözlerdeki yangılar vb. gibi lokal durumlara büyük önem verilirdi. Yüzyılın ortalarına doğru kalıtsal kusurlar ve mastürbasyon suçlanmaya başladı (bunlar epilepsi ve deliliğin de nedeni olarak gösteriliyordu); bu teorilerde –otoentoksikasyon*, iltihabi odak vb. gibi bazı geç teorilerde olduğu gibi– bariz bir anakronizm görülür; çünkü etki şekli görünüşte fiziksel, ama gizliden gizliye ahlakidir.

Bu konuda dikkate değer bir Viktorya dönemi şaheseri, Edward Liveing'in 1863 ve 1865 arasında yazdığı, ancak 1873'te yayımlatabildiği *Migren Üzerine, Hasta Baş Ağrısı ve Bazı Yandaş Bozukluklar*** adlı tezidir. Gowers'ın engin bilgisini ve kavrayışını, Hughlings Jackson'ın hayal dünyasının genişliğini ve derinliğini şahsında birleştiren, migren deneyiminin tüm sınırlarını düzenleyen, kapsayan ve "yandaş ve metamorfik bozukluklar" adındaki o geniş alanın içindeki yerini belirleyen Liveing'dir. Hughlings Jackson fonksiyonları hiyerarşik olarak düzenlenmiş sinir sisteminin evrimini ve sona ermesini açıklamak için epilepsi olgusunu kullanırken, Liveing de migren verilerinden yola çıkarak

* Normal koşullarda organlar tarafından vücuttan atılan zehirli maddelerin çeşitli nedenlerle atılamayarak vücutta birikmesi ve zehirlenmeye yol açması – ed. n.

** *On Megrim, Sick-Headache, and Some Allied Disorders*, 1873.

bir çalışma yapmıştır. Tarihi derinlik ve yaklaşımın genelliği her tıbbi çalışmanın kanıtı olmalıdır ve bu bağlamda Liveing'in şaheserini geçen bir çalışma henüz yapılmamıştır.

Liveing'in bakışında asıl önemli olan (ki bu açıdan kendi çağdaşlarından çok Willis ve Whytt'a yakındır) migren çeşitlerinin çok fazla olduğunu ve bunların pek çok nöbetsel hastalıklarla birlikte ortaya çıktığını anlamasıdır. Onun kendi teorisi olan o çok genel ve güçlü "sinir fırtınaları" teorisi başka hiçbir teorinin açıklayamadığı migren ataklarına özgü ani ya da kademeli başkalaşımları açıklamıştır. Aynı tezi geliştiren Gowers, migren, bayılmalar, vagal ataklar, baş dönmesi, uyku bozuklukları vb.'nin birbirleriyle ve epilepsiyle ilişkili olduğunu ve tüm bu sinir fırtınalarının gizlice ve karşılıklı olarak birbirlerine dönüşebildiğini ileri sürmüştür.

Yirminci yüzyıl migrene yaklaşım konusunda hem ilerlemelere ve hem de gerilemelere sahne olmuştur. İlerlemeler teknik ve nicelikteki karmaşıklığı yansıtır, gerilemeler ise uzmanlaşmaya bağlı olarak konunun parçalanması ve bölünmesinden ileri gelen kayıpları temsil eder. Tarihsel bir ironiyle, günümüzde migreni anlama konusundaki kayıp, bilgi ve teknik becerinin kazandırdığının iki katıdır.

Migren başlangıcından itibaren ya da sonradan duygusal ya da sembolik de olan fiziksel bir olaydır. Hem fizyolojik hem de duygusal gereksinimleri gösteren psikofizyolojik bir tepkimenin ön modelidir. Bu nedenle düşüncelerimizi anlaşılır kılmak için hem nörolojiyi hem de psikiyatriyi temel almalıyız (bu anlayış fizyolog Cannon ve psikiyatr Groddeck tarafından öne sürülmüştür). Son olarak migren, yalnızca insana özgü bir tepkime olarak anlaşılmamalı, ancak insan sinir sistemine ve insan gereksinimlerine uygun kotarılmış bir biyolojik tepkime şekli olarak düşünülmelidir.

Migrenin parçaları bir araya getirilmeli, bir kez daha uyumlu bir bütün olarak sunulmalıdır. Bu konudaki özgün bakış açılarına ait bilgimizi artıran ve anlaşılır kılan sayısız teknik yazı ve makale bulunmaktadır. Ancak Liveing zamanından beri genel bir çalışma yayımlanmamıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

Migren Deneyimi

Giriş

İlk sorunumuz belirleyici bir özellik olarak (yarım) baş ağrısını ima eden migren sözcüğünden kaynaklanmaktadır. Öncelikle, baş ağrısının migrenin asla tek belirtisi olmadığı ve migren ataklarının bir özelliği sayılmaması gerektiğinin söylenmesi gerekir. Migrenin her türlü özelliğini gösteren ancak baş ağrısı bileşeninin yer almadığı –klinik, fizyolojik, farmakolojik ve diğer– pek çok türünün üzerinde durma şansımız olacaktır. Migren sözcüğüne uzun zamandır kullanıldığı ve gelenekselleştiği için bağlı kalmalı ancak anlamını hiçbir sözlüğün alamayacağı sınırlara kadar genişletmeliyiz.

Çok çeşitli türde sendromlar migren kompleksi içinde yer alabilir ve bunlar birbiriyle üst üste gelebilir, iç içe girebilir ya da birbirine dönüşebilir. Bunların içinde en sık görüleni, ana belirti olan migren baş ağrısının etrafında toplanmış migrenöz belirtiler silsilesini kapsayan *Basit Migren*'dir (1. Bölüm). Baş ağrısı dışındaki belirtilerin baskın olduğu benzer klinik tabloya ise *Migren Eşdeğerleri* diyebiliriz ve bu başlık altında periyodik ve tekrarlayan bulantı–kusma ataklarını, karın ağrısını, ishali, ateşi, sersemlik halini, ruh hali değişikliklerini vb. toplayabiliriz (2. Bölüm). Bunlarla birlikte, migrenle uzaktan da olsa kesinlikle ilgili olan taşıt tutması, bayılma, vagal ataklar vb. gibi çeşitli atak ve tepki modellerinden de söz etmeliyiz.

Migren aurası denilen, ani ve dramatik gelişen o çok özel duruma da ayrı bir önem vermeliyiz. Auralar tek başlarına gelişebildiği gibi, baş ağrısı, bulantı ve migren kompleksinin

diğer özelliklerinin öncüsü de olabilirler. Bu son durumda, bütün sendroma *Klasik Migren* denilmektedir (3. Bölüm).

Bir şekilde yukarıdaki sendromlardan ayrılan bir durum ise migrenin çok belirgin bir şekli olup daha önce çeşitli isimler verilmiş olan ancak en iyi *Migrenöz Nevralji* terimiyle tanımlanabilen sendromdur. Çok nadiren de olsa, basit ya da klasik migrenden sonra uzun süreli nörolojik hasarlar görülebilir: Bunlara *Hemiplejik* ya da *Oftalmoplejik Migrenler* denir. Bu ender değişkelerle bağlantılı olarak gerçek migreni taklit eden organik hastalıklara da *Yalancı Migren* konusunda değineceğiz (4. Bölüm).

Birinci Bölüm'de, bütün migren tiplerinde ortak olan bazı biçimsel özellikler, yani migrenin genel yapısı, alışageldiğimiz terimler kullanılarak tanımlanmaya çalışılacaktır.

1. Basit Migren

Yirmi yaşımdan beri normalde sağlığım iyi olmasına rağmen migrenden mustaribim. Her üç ya da dört haftada bir yeni bir atağa maruz kalıyorum... Genel bir rahatsızlık duygusuyla uyanıyorum ve sağ şakak bölgemde hafif bir ağrı başlıyor, bu ağrı hiçbir zaman başımın orta hattını geçmiyor, gün ortasında en şiddetli haline ulaşıyor ve genellikle akşama doğru geçiyor. Dinlenirsem ağrıya dayanabiliyorum ama hareket edersem çok şiddetleniyor.. Şakağımın her atışıyla zonklama da artıyor. O taraftaki şakağım sert bir ip gibi, sol taraf ise tamamen normal. Yüzüm soluk ve asık, sağ gözüm ise küçülmüş ve kızarmış. Atak eğer şiddetliyse en yüksek anında bulantı başlıyor... Ertesi gün hafif bir mide rahatsızlığı kalıyor ve de sıklıkla başımın bir bölgesi hassas oluyor... Ataktan sonra belli bir süre boyunca, daha önce bir atağa neden olabilecek etkilere karşı korunduğumu hissediyorum.

du Bois Reymond, 1860

Basit migrenin ana belirtileri baş ağrısı ve bulantıdır. Bunları tamamlayıcı olarak kayda değer çeşitlilikte başka belirtiler, hastanın farkında olmadığı fizyolojik değişiklikler ve ikincil rahatsızlıklar da olabilir. Atağın başında du Bois Reymond'un dediği gibi bir "genel bir rahatsızlık duygusu" yer alır; bu hal fiziksel ya da duygusal olabilir ve hastanın tarif gücünü aşabilir. Farklı hastalarda, hatta aynı hastanın izleyen ataklarında bile belirtilerin değişken olması karakteristiktir.

Bunlar basit migrenin *bileşenleri*dir. Bu bileşenleri tek tek sıralar ve incelerken migrenöz belirtilerin hiçbir zaman sistemli

şekilde tek başlarına ortaya çıkmadığını ve birbirleriyle değişik yollarla bağlantılı olduklarını da anlamış olacağız. Bazı belirtiler karakteristik *takımlar* oluşturacak şekilde bir araya gelirken diğerleri kendilerini kesin ve sıklıkla da dramatik bir sıra içinde sunarlar ve böylece atakların temel bir *ardışıklık* içinde oldukları görülür.

Baş Ağrısı

> *Ağrıların karakteri çok farklıydı; çoğunlukla çekiç vuruşu, zonklama ya da itme tarzındaydı... [başka vakalarda] bastırır gibi ve sıkıcı... sanki patlama hissi verir gibi... iğne batırılıyormuş gibi... yırtılır gibi... geren... delici... ve yayılan... bazı nadir vakalarda kafanın içine kazık çakılıyormuş, bir ülser oluşmuş ya da sanki beyin dışarı doğru fırlamış veya yırtılıyormuş gibi bir his veriyordu.*
>
> *Peters, 1853*

Migren baş ağrısı geleneksel olarak şakaklardan birinde şiddetli zonklama şeklinde tanımlanır ve çoğunlukla da bu tarzdır. Ancak migren adı altındaki baş ağrıları muayeneler sırasında çok değişik şekillerde karşımıza çıkabileceğinden sabit bir bölge, nitelik ya da yoğunluktan söz etmek olanaksızdır. Bu konuda eşsiz deneyimleri olan Wolff der ki (1963):

> Migren baş ağrısı şakaklar, göz çukuru, alın, gözün arkası, başın yan tarafları, kulak arkası ve ense kökü gibi bölgelerde görülür... Bunların dışında elmacıkkemiklerinde, üst ve alt dişlerde, burun kökünde, göz çukurunun yan duvarında, boyunda ve boyun atardamarlarında ve hatta omuz ucu gibi uzak bölgelerde de ortaya çıkabilir.

Migren baş ağrısının sıklıkla tek taraflı başladığını ama sonradan, atak sırasında yayılma eğiliminde olduğunu söyleyebiliriz. Genellikle bir tarafı tercih eder, böylece bazı hastalarda yaşamları boyunca sağ ya da solda olmak üzere hep aynı tarafı tutar. Daha sık rastlanan bir durum ise, ağrının şiddetiyle ilişkili, göreli bir dağılımdır: Bir tarafta sık rastlanan şiddetli bir hemikra-

niya, öbür tarafta seyrek görülen hafif bir hemikraniya vardır. Bazı hastalar izleyen ataklarda hatta aynı atak sırasında hemikraniyanın bir taraftan diğerine yer değiştirdiğinden yakınırlar. Hastaların en az üçte biri ise atağın başlangıcından beri ağrının iki taraflı ve dağınık (holokraniyal) olduğunu gözlemlerler.

Migren baş ağrısının *niteliği* de değişkendir. Zonklama, vakaların yarısından azında görülür ve baş ağrısının başlangıcında olup, daha sonra sabit bir ağrıya dönüşebilir. Atak sırasında sürekli zonklama nadiren gözlenir ve daha çok migrene karşın fiziksel aktivitelerini sürdürmekte direnen kişilerde görülür. Zonklama, eğer varsa, nabız atımlarıyla eşzamanlıdır ve kafa dışındaki atardamarlarda gözle görülebilir atımlar zonklamaya eşlik eder.

Ağrının yoğunluğu bu damar atımlarının şiddetine orantılı olarak artar (Wolff) ve ağrı o damara ya da ana boyun atardamarına, bazen de ağrıyan taraftaki göz küresine parmakla bastırılarak durdurulabilir. Bu tür engellemeyi parmak çekildikten sonra şiddetli bir damar atımı ya da baş ağrısı yeniden izler. Aslında zonklama vasküler baş ağrısının olmazsa olmaz koşulu değildir, yokluğu da ortaya çıkmayacağı anlamına gelmez. Hemen tüm vasküler baş ağrılarının etkin ya da edilgen baş hareketleriyle şiddetlendiği ya da öksürme, hapşırma ya da kusma ile uyarıldığı söylenebilir. Bu yüzden ağrı, dinlenmekle ya da başı bir yönde sabit tutmakla azalabilir. Ayrıca ağrıyan tarafa basınç uygulayarak da azaltılabilir; pek çok migren hastası şakaklarına yastıkla ya da eliyle bastırarak ağrısını dindirmeye çalışır.

Migren baş ağrısının *süresi* çok değişkendir. Çok çok ani ataklarda (*migrenöz nevralji*) ağrı yalnızca dakikalarla sınırlıdır. Basit migrende, süre nadiren üç saatten kısadır, genel olarak sekiz saatten yirmi dört saate kadar uzayabilir ve birkaç gün, hatta bazen bir haftaya kadar sürebilir. Uzamış ataklarda doku değişiklikleri ortaya çıkabilir. Yüzeysel şakak damarları dokunmaya karşı çok duyarlıdır ve görünür şekilde sertleşmiştir. Cilt de aynı şekilde duyarlıdır ve ağrı geçtikten birkaç gün sonrasına kadar da öyle kalabilir. Bazen, çok ender de olsa damarda kendiliğinden higroma ya da hematom oluşabilir.

Migren tipi baş ağrısının *yoğunluğu* da değişkendir. Hastayı elden ayaktan düşüren şiddette olabilir ya da tam tersi öyle hafiftir ki ancak başı eğmekle ya da öksürmekle saptanabilen geçici bir ağrıdır.[5] Ağrının migren atağı sırasında aynı yoğunlukta devam etmesi gerekmez, birkaç dakika içinde azalıp artarak sürdüğü çok görülmüştür ve özellikle uzamış âdet dönemi migrenlerinde daha uzun iyileşme/şiddetlenme dönemleri olabilir.

Migren tipi baş ağrısı sıklıkla eşzamanlı olarak gelişen ya da daha önceden ortaya çıkmış diğer tipteki baş ağrılarıyla karışabilir. Özellikle boyunda ya da ense kökünde yerleşmiş olan "gerilim tipi baş ağrısı" migren baş ağrısını başlatabilir ya da eğer atak tedirginlik, anksiyete veya ağrı süresince fiziksel aktivitede bulunmak gibi nedenlerle belirginleşmişse ikisi bir arada görülebilir. Bu tür gerilim tipi baş ağrısı migrenin tamamlayıcısı olarak değil ikincil bir tepkime olarak yorumlanmalıdır.

Bulantı ve Diğer İlgili Belirtiler

> *Kokusuz ve tatsız geğirmeler olabilir ya da dayanılmaz iğrençlikte, bazen acımsı, safrasal tatta mukus ve tükürük salgısı ağza dolabilir; gıdalardan aşırı bir tiksinme hali, genel halsizlik olabilir... midede gaz nöbetlerini izleyen, geçici rahatlama sağlayan geğirmeler ya da kusma görülebilir...*
>
> *Peters, 1853*

Basit migren sırasındaki bulantı değişik şekillerdedir, önemsiz ve aralıklı olabilir ya da devamlı ve başa çıkılamaz bir hal alabilir. "Bulantı" terimi her zaman hem yazınsal hem de biçimsel anlamda yalnızca özgün (yeri belli olmasa da) bir duyguyu anlatmada değil ayrıca davranış biçimi ve zihinsel olarak yemekten, her şeyden uzaklaşma, bir içe dönme durumunu açıklamak

5 Eski yayınlarda "bölünmüş" baş ağrılarından söz eden çarpıcı örneklere rastlarız. Tissot (1790) tezinde der ki: "C. Pison adlı bir doktor baş ağrılarının çok şiddetli olduğunu ve sanki kafatasının eklemlerinden ayrıldığını sandığını söylemiştir... Stalpart Van der Viel adlı hekim bir bahçıvan karısı olan bir hastasında atak sırasında bu eklemlerin gerçekten ayrıldığını gözlemiştir."

için de kullanılır. Hatta bazen açık açık bulantı olmasa da migren hastalarının büyük çoğunluğu atak sırasında yemek yeme eyleminin, yemeğin görünüşünün, kokusunun ve de düşüncesinin bile başa çıkamayacakları bir bulantıya yol açacağı duygusuyla yemek yemekten çekinirler. Bu bağlamda neredeyse *latent* bir bulantıdan söz edebiliriz.

Bölgesel ya da sistemik diyebileceğimiz diğer belirtiler de bulantıyla ilişkilidir. Reflü (acı mide suyunun yemek borusuna doğru geri kaçması) ve artmış tükürük salgısı, yutma ve tükürme zorunluluğu bulantı duygusuna eşlik etmenin dışında bulantının birkaç dakika önceden habercisi de olabilir. Bu nedenle yakındaki şiddetli bir baş ağrısının uyarıcısı olarak ağızları tükürük veya mide suyuyla dolan hastalar zamanında verilen bu sinyalle uygun ilaçları alıp başlayabilecek belirtileri savuşturabilirler.

Bulantının yerleşmesi değişik şekillerde iç organ tepkilerine yol açar: Hıçkırık, geğirme, öğürme ve kusma. Eğer hasta şanslıysa kusma bulantıyı durdurduğu gibi bütün migren atağını da sonlandırabilir; ancak genellikle, kusma sonunda bir rahatlama yerine aynı anda vasküler baş ağrısı ıstırap verici derecede artar. Eğer bulantı güçlüyse baş ağrısı ya da diğer ağrılara oranla daha zor dayanılır bir seyir izler ve pek çok hastada, özellikle genç olanlarda klinik görüntüde bulantı ve kusmanın ağır bastığı basit migrenin o berbat yapısını oluşturur.

Yineleyen kusmalar önce mide içeriğini boşaltır, bu durumu yemek borusuna geri kaçan safra salgılarını çıkarma ve en sonunda da yineleyen "kuru" kusma ya da öğürtü izler. Yoğun bir terleme ve ishalin eşlik ettiği kusmalar hastaları uzamış ataklar sonucu halsiz bırakan şiddetli sıvı ve elektrolit kaybının ana nedenidir.

Yüzün Görünümü

Yüzü tasvir eden "kırmızı migren" ve "beyaz migren" terimleri du Bois Reymond tarafından önerilmiştir ve belirgin bir tanımlayıcı değerleri vardır. Kırmızı migrende yüz kızarık ve karanlık bir görünüm alır. Eski bir metinde şunlar yazar:

> Çınlayan ve kükreyen, tıkanmış bir baş, yüzün şişmesi, kızarması ve parlaması, gözlerin fırlaması... başta ve yüzde aşırı sıcaklık hissi... boyun atardamarının ve şakakların zonklaması... (Peters, 1853)

Peters'ın tanımladığı kan oturmuş ve şişkin bir yüz kesinlikle nadirdir, basit migrende vakaların onda birinden azında görülür. Kırmızı migrene yatkın hastalar sık sık kızgınlıktan ateş basması ya da utançtan kızarma gibi durumlara eğilim gösterirler; fasiyal eritem (yüzde kızarıklık) onların "tarzıdır" diyebiliriz:

> *Vaka 40:* Kolay sinirlenir bir yapıya sahip, 18 yaşından beri basit migreni olan ve çocukluktan beri safrasal ataklar ve şiddetli taşıt tutmasından mustarip 60 yaşındaki hasta. Yüzü et gibi kıpkırmızı, burnunun ve gözlerinin üzerinde küçük damar genişlemeleri görülüyor. Sıkça olan öfke anlarında kızarıyor, gerçekten de kronik, içten içe alıngan haline tıpatıp uyan, sanki için için yanan bir ateş gibi parıldayan bir yüzü var. Migren baş ağrısının başlamasından birkaç dakika önce yüzü kıpkırmızı oluyor ve bütün atak boyunca kızarık kalıyor.

Daha tanıdık olan beyaz migren durumunda gözler küçülmüş, çökük ve halkalanmışken yüz de soluk, hatta kül rengi, cansız, asık ve bitap düşmüş bir görünüm alır. Yüzdeki bu değişiklikler hastanın cerrahi şoka girmiş gibi görünmesine yol açabilir. Eğer şiddetli bulantı varsa solgunluk daha yoğundur. Sıklıkla yüz atağın ilk birkaç dakikasında kızarır, ama sanki Peters'ın söylediği "bütün kan hastanın başından ayaklarına iniverdi" sözünde olduğu gibi hemen solar.

Yüzde ve kafatasında şişlik ya apayrı bir belirti şeklinde ya da genel sıvı birikmesi ve ödeme bağlı olarak görülür. Yüzde, dilde ve dudaklarda şişlik, anjiyonörotik ödemi hatırlatan şişmeler bazı hastalarda atağın başlangıcında görülebilir. Atağının başladığı anda gözleyebildiğim bir hastada baş ağrısından birkaç dakika önce göz çevresinde yaygın şişlik oldu. Daha sık olarak, kafatası damarlarının uzun bir süre genişlemesi sonucu yüzde ve kafatasında ödem gelişir ve bu durum Wolff ve diğer-

lerinin de söz ettiği gibi, damarlarda sıvı birikmesi ve yangı oluşumu ile birlikte görülür. Bu ödemli cilt her zaman duyarlıdır ve ağrı eşiği düşüktür.

Göz Belirtileri

Migren baş ağrısı atağından önce ya da atak sırasında, hasta kendisi gözündeki ya da görsel alanındaki belirtilerin farkında olmasa bile, gözlerin görünümünde değişiklikler saptamak hemen daima olasıdır. Göz küresinde genellikle küçük damarlarda kızarıklık görülür ve özellikle şiddetli ataklarda gözler yaygın biçimde kanlanır (bu durum migrenöz nevralji ataklarının karakteristik özelliğidir). Gözler, tükürük salgısının artmasından ya bağımsız ya da daha çok eşzamanlı olarak gözyaşı salgısının artması nedeniyle yaşlı ya da damar yatağındaki yangısal durum nedeniyle çapaklı görünüm alabilir. Başka bir seçenek olarak da donuk ya da çökmüş görünebilir; gerçek enoftalmi durumu oluşur.

Göz küresindeki bu değişiklikler şiddetliyse o gözde kaşınma ve yanma, ışığa karşı ağrılı duyarlılık ve bulanık görme gibi çeşitli belirtiler duruma eşlik edebilir. Bulanık görme elden ayaktan düşüren şiddetli bir durum olabilir ("körlük baş ağrısı") ve bu dönemde korneanın sıvıyla kalınlaşması nedeniyle retinal damarlar göz dibi muayenesinde net olarak görülmez.

Burun Belirtileri

Hastalar dikkatli sorgulandıklarında, en azından dörtte birinde atak sırasında burunda doluluk duygusu olduğunun anlaşılmasına karşın migren tanımlamalarında burunla ilgili belirtilere pek önem verilmez. Eğer atak sırasında muayene edilirlerse burun içindeki yapıların morardığı ve şiştiği görülür. Bu belirti ve bulgular hem hastayı hem de doktoru baş ağrısının "sinüzit" ya da "alerji" nedeniyle ortaya çıktığı konusunda yanlış yönlendirebilir.

Atağın başlangıcında ya da bitmesine yakın görülen diğer bir belirti yoğun burun salgısıdır. Bu durumda da burun akması, halsizlik duygusu ve baş ağrısı birleştiğinde "soğuk algınlığı" ya da benzeri bir viral hastalığı düşündürmesi ve bu tür migrenlerin bir kısmına yanlış tanı konması doğaldır. Ancak soğuk algınlığı her hafta sonu ya da ani duygusal rahatsızlıklar sonucu gözlenirse o zaman gerçek tanı konulabilir.

Migren sırasında burun akması ve diğer salgısal durumların ve daha sonra söz edilecek olan diğer ön belirtilerin görülmesinin nasıl kuşkulu bir rol oynadığı şu vakada gösterilmektedir:

> *Vaka 20:* Yaklaşık otuz yıldır ender rastlanacak derecede ayrıntılı basit migreni olan 53 yaşındaki kadın hasta. Eskiden ataklarından bir gece önce "çok sağlıklı olduğu hissi" yaşamaktayken son zamanlarda bir akşam önce yineleyen ve kontrol edilemeyen esnemelerin eşlik ettiği yoğun bir "uyku hali" eğilimi artmış. "Doğal olmayan.... dayanılmaz... meşum" bir uyku hali olduğunu özellikle vurguluyor. Erkenden yatıyor ve uykusu da alışılmadık uzunlukta ve derinlikte oluyor.
>
> Ertesi sabah uyandığında kendini "dinlenmemiş gibi hissettiğini... sanki tüm vücut sisteminin bir kenara itildiğini, içindeki her şeyin hareket halinde olduğunu" söylüyor. Bu dinlenmemişlik duygusu ve içindeki hareketlilik hali sonrasında hastada yoğun bir salgısal aktivite başlıyor; yoğun burun akması, tükürük salgılanması, gözyaşı salgılanması, terleme, sık idrara çıkma, kusma ve ishal. Bu kitlesel içsel aktiviteden iki ya da üç saat sonra başının sol tarafında zonklama tarzında ağrı başlıyor.

Karın Belirtileri ve Anormal Bağırsak Hareketleri

Basit migren hastalarının yaklaşık onda biri atak sırasında karın ağrısı ya da anormal bağırsak hareketlerinden yakınır. Bu oran genç hastalarda daha fazladır ve basit migrenin minör bileşeni olarak anılan bu durum "karın migrenleri" denilen olgularda tek ve baskın belirti olarak karşımıza çıkar (bkz. 2. Bölüm).

İki ayrı tipte karın ağrısı sıklıkla tanımlanmaktadır: Birincisi yoğun, düzenli, can sıkıcı "nevraljik" tipteki ağrıdır, genellikle karnın üst kısmında ve bazen de sırta vuran tarzdadır, delinmiş ülser, kolesistit ya da pankreatit ağrısını taklit eder. Daha sık görülen ağrı tipinde ise hasta karnının sağ alt kadranında duyduğu ve bu nedenle de apandisitle karıştırılabilen kolik tarzında ağrıdan yakınır.

Karında gerginlik, iç organlarda sessizlik ve kabızlık migrenin erken ya da öncü belirtileri olarak gözlenir ve kontrast madde ile yapılan radyolojik incelemelerde bu dönemde bütün mide-bağırsak sisteminde duraksama ve genişlemenin söz konusu olduğu gösterilmiştir. Bunu atağın ilerleyen ya da bitişine yakın dönemlerinde klinik olarak kolik tarzında ağrı, ishal ve mide sıvısının geri kaçması gibi bulgular şeklinde kendini gösteren bağırsak hareketlerinin artması izler.

Uyuşukluk ve Uyku Hali

Özellikle dirençli ve takıntılı hastalar, migrene kolay teslim olmayıp kendilerini günlük hayatın seyrine bırakırlarsa da, bütün basit migrenlerde bir kayıtsızlık ve dinlenme arzusu vardır. Başın hareketlerine şiddetle duyarlı vasküler baş ağrısı dinlenmeyi gerektirse bile bu durumu ağrının tek ve ana mekanizması olarak kabul edemeyiz. Pek çok hasta atak sırasında kendilerini zayıf hisseder ve iskelet kaslarında da güç azalması gözlenir. Çoğu kederlidir, sükunet ve hareketsizlik ararlar. Pek çoğu uyuklar.

Uykunun migrenle ilişkisi karmaşık ve köktendir; bu konuya çeşitli ve farklı bağlamlarda değineceğiz: Migrenin en şiddetli durumlarında (migren aurası ve klasik migren) baygınlık ve uyku halinin görülme sıklığı, uyku sırasında ortaya çıkan tüm migren tiplerine yatkınlık ve bunların rüya ve kâbus görme ile varsayılan ilişkileri gibi. Bu noktada bu karmaşık ilişkinin üç konumuna dikkat etmeliyiz: Basit migren öncesinde ya da sırasında yoğun uyku hali ya da uyuşukluğun ortaya çıkması, alışılmadık derinlikteki kısa bir uyku sonrasında açığa çıkan migren

atakları ve pek çok atağın doğal olarak sonlanmasına yol açan tipik uzamış uyku.

Literatürde en kesin ve canlı migren uykusu hali tanımlaması Liveing'in monografisinde mevcuttur.

> "Uyku hali"ni, vakaların çoğunda nöbeti sonlandıran bazen de kısaltan doğal ve rahat bir uykudan ayırt etmek çok önemlidir. Tam tersine, "uyku hali" bazen komaya kadar giden en rahatsız edici ve bunaltıcı yapıdadır.

Liveing bu uyku halini bazen astım nöbetinin öncüsü olan değişik bilinç durumlarıyla karşılaştırır ve yaptığı bir iç gözlemde der ki:

> Yaklaşan nöbetin ilk belirtileri öğleden sonra saat 4'te başladı. Ana belirti başta basınç, sıkıntı, gözlerde ağırlık hissi ve dayanılmaz bir uyku haliydi. Uyku hali o kadar arttı ki bütün akşamı benim "trans" adını verdiğim silsileyle geçirdim. Bu korkunç uyku hali, nöbet başlayıncaya kadar kişinin nöbetin yaklaştığını önceden sezinlemesini genellikle önlüyor.

Bir vakada hastanın atakların öncüsü olarak dayanılmaz ve rahatsız edici yapıdaki benzer bir uyku halinden yakındığından daha önce söz etmiştim (Vaka 20), bu gibi tanımlarla sık sık karşılaşırız. Bazen uyku hali öbür belirtilerden yalnızca dakikalar ya da saatler önce mevcutken diğer zamanlarda baş ağrısı ve öteki belirtilerle aynı anda ortaya çıkar. Yineleyen esnemeler bu uyuşukluk durumlarının karakteristik belirtisidir ve muhtemelen uyuşukluğu savabilmek için yapılan bir girişimdir. Migren "uyku hali" yalnızca "dayanılmaz", tutkal gibi yapışkan ve rahatsızlık verici tonda değil belirgin şekilde canlı, iğrenç ve tutarsız rüyalarla yüklenme eğiliminde olan ve kişiyi çıldırmanın eşiğine getiren bir durumdur. En iyisi ona boyun eğmemektir.[6]

6 Iolanthe'deki "kâbus" şarkısı kâbusun değil ama migren çılgınlığının çok güzel bir tanımını yapar. (Şarkı migrenin on bir diğer belirtisinden de söz eder) Gilbert ve Sullivan'ın gözlediği gibi: "senin uyuklamaların öyle kötü rüyalarla dolu ki, uyansan iyi edersin."

ununla birlikte bazı hastalar, migrenin başlamasına yakın kısa e derin bir uyku uyurlarsa, atağın gelişimini önleyebildikleri- ı keşfetmişlerdir.

> *Vaka 18:* Hem basit hem de klasik migreni olan 24 yaşındaki erkek hasta sıklıkla hem gece gelen astım nöbetleri hem de uykuda gezme nöbetleri geçirmekteydi. Migrenin başlamasından kısa bir süre sonra "zorlukla uyanabildiği çok derin bir uyku" çektiğini, eğer uyuyabileceği koşullar gerçekten sağlanırsa harika bir yenilenmişlik duygusuyla bir saat sonra uyandığını ve tüm belirtilerinin dağılıp gittiğini keşfetmişti. Böyle bir uyku uyuması engellenirse günün geri kalan bölümünde atağın devam ettiğini saptamıştı.

Bu tür tedavi edici uykunun süresi çok kısa olabilmektedir. Liveing tipik karın migreni olan bahçıvan bir hastasının eğer başlangıcı sırasında bir ağacın altına uzanıp on dakika uyuyabilirse bütün bir atağı gelişmeden önleyebildiğini anlatmıştır.

Sersemlik, Baş Dönmesi, Halsizlik ve Bayılma

Migren aurası ya da klasik migrende sıklıkla gözlenmesine karşın gerçek baş dönmesi basit migren evresinde çok istisnai bir durumdur. Milder "sersemlik" halinin sık olarak görüldüğünü söylemektedir. Selby ve Lance (1960) migrenin tüm tiplerinin incelendiği 500 vakalık çalışmalarında "hastaların yüzde 72'sinin sersemlik, baş dönmesi ve düşecek gibi olmaktan yakındıklarını" saptamışlardır. Ayrıca "396 hastanın 60'ında baş ağrısıyla ilişkili baygınlık" gözlemişlerdir.

Bu tür belirtilerin kuşkusuz çeşitli nedenleri olabilir ve bu nedenler arasında baygınlığın derecesini etkileyebilecek direkt merkezi mekanizmalara ek olarak *ağrı* ve bulantıya karşı gelişen otonomik tepkimeleri, *vazomotor çöküşü*, sıvı kaybı ve yorgunluğa bağlı dermansızlığı, kas zayıflığı ve güçsüzlüğünü vb. de sayabiliriz.

Sıvı Dengesindeki Değişmeler

Bazı migren hastaları ataklarıyla ilişkili olarak kilo artımı, yüzüklerinin, kemerlerinin, ayakkabılarının, giysilerinin vb. sıkmasından yakınmaktadırlar. Bu belirtiler Wolff tarafından ayrıntılı biçimde deneysel olarak araştırılmıştır. Çalıştığı hastaların üçte birinden fazlasında kilo artışını baş ağrısı döneminin hemen öncesinde gözledi; baş ağrısı deneysel idrar ya da su artışından etkilenmediği için Wolff "kilo alımı ve yaygın sıvı birikiminin bir arada olabildiğini ancak kesin olarak baş ağrısına bağlanamayacağını" öne sürdü. Bu saptama migren kompleksinin diğer belirtilerinin birbirleriyle ilişkilerini tartışırken sıklıkla başvuracağımız önemli bir sonuçtur.

Bu sıvı birikimi döneminde idrar miktarı azalır ama yoğunluğu çok artar.[7] Bu biriken sıvı, migren atağı geçerken bazen diğer salgılarda da artışla birlikte görülebilen yoğun idrara çıkmayla atılır.

> *Vaka 35:* Her ay bir ya da iki ileri atak ya da değişmez menstrüel migren atağı geçiren 24 yaşındaki kadın hasta. Hem menstrüel hem de menstrüasyon dışı ataklardan önce yaklaşık 5 kilo alıyor ve birikmesi iki gün süren bu kilolar sırtında, ayaklarında, ellerinde ve yüzünde toplanıyor. Sıvı birikmesiyle eşzamanlı olarak yerinde duramamazlık, hiperaktivite, gevezelik ve uykusuzluk ile karakterize olan, hastanın deyimiyle "sinirsel enerjisinde büyük bir artış" görülüyor. Bu durumu 24-36 saat kadar sürebilen bağırsak krampları ve vasküler baş ağrısı izliyor. Bu ataklar sözcüğün tam anlamıyla yaygın idrar yapma ve istemsiz epifora ile sonlanıyor.

Ateş

Bazı hastalar baş ağrısının başlamasından önce ya da ağrıyla birlikte basit migren atağı sırasında ateşleri varmış gibi hissettikle-

7 Bir keresinde ifadesine çok güvendiğim entelektüel bir kadın hastam baş ağrısını başlatan sıvı birikimi dönemlerinde idrarında çok özel, meyvemsi bir kokudan söz etmişti. Ne yazık ki, onu izlediğim altı ay boyunca hiç atak geçirmediği için bu kokunun yapısını ya da nedenini saptamaya yarayacak bir fırsat elime geçmedi.

rini ve hatta yüzde kızarıklık, üşüme, el ve ayaklarda morarma, titreme, terleme ve sıcak ve soğuk hissinin değişik belirtilerini gösterdiklerini söylemektedirler. Bu belirtilerin mutlaka ateşle birlikte olması gerekmese de, eğer varsa özellikle genç hastalarda dikkate değer şiddette olabilir.

> *Vaka 60:* Sekiz yıldır basit migreni olan 20 yaşındaki hasta. Baş ağrıları yoğun bulantı, solgunluk ve bağırsak rahatsızlıkları, titreme, soğuk terleme ve ara sıra oluşan kas sertlikleri ile birlikte gelişiyor. Ben bu hastayı şiddetli bir atağın sancısı içindeyken muayene etme fırsatı buldum, o sırada ağızdan ateşi 39,5 dereceydi.

Minör Belirti ve Bulgular

Tek gözbebeğinin kasılması, tek gözkapağında düşüklük ve tek tarafta enoftalmi (Horner sendromu) tek taraflı migren vakalarında yüzde çarpıcı bir asimetriye yol açar. Bu gelişmenin gözbebeği büyüklüğü ile bir ilişkisi yoktur. Atağın erken evrelerinde ya da ağrı çok şiddetliyse gözbebekleri genişleyebilir; daha sonraları ya da bulantı, uyuşukluk, çöküş vb. gibi tablolar baskınsa gözbebekleri küçülebilir. Aynı durumlar nabız hızında da görülebilir: Başlangıçtaki taşikardiyi sonraları uzamış bradikardi izleyebilir, bu son durum bazen anlamlı bir hipotansiyon ve fenalık hissi ya da baygınlıkla birlikte olabilir. Bazı gözlemci hastalar en kötü atakları sırasında nabız ve gözbebeklerindeki bu değişikliklerin farkına varabilirler.

> *Vaka 51:* Çocukluğundan beri migreni ve kronik taşikardisi olan 48 yaşındaki erkek hasta. Ataklar sırasında nabzının yavaşlığından etkilenmiş ayrıca her zaman büyük olan gözbebeklerinin incecik olduğunu gözlemiş. Hastayı bir atak sırasında görme şansını elde ettiğim için ben de bu gözlemleri onayladım: Belirgin bir solgunluk ve diaforez, kanlı şişmiş gözler, topluiğne ucu kadar gözbebekleri ve 45 nabız vardı.

Migrenin sonucu olarak ortaya çıkan fizyolojik değişikliklerin çeşitlerinin ve tiplerinin sonu yoktur; bunların tümünün bir lis-

tesi meraklısı için geniş kapsamlı bir katalog sağlar. Ne var ki, migrenle ilişkili yaygın damar değişiklikleri ve ara sıra olan trofik bozukluklara kısa bir referans yeterlidir. Kafatasındaki damar çevresinde bir kan birikmesi ya da morarma olabileceğini söylemiştik. Ben "kırmızı migreni" tüm vücudunda kızarıklığa yol açan, daha sonra da atağın geç dönemlerinde omurga boyunca ve kol ve bacaklarda kendiliğinden morlukların geliştiği bir hasta görme şansına eriştim. Başka bir hasta, 25 yaşında bir kadın, migren baş ağrılarıyla birlikte her iki avucunda da ağrı duyuyordu, bu ağrılı dönemde eller kızarık ve şişti: Bu sendrom Wolff tarafından tanımlanan "avuç migrenine" çok benziyordu. Literatürde, yineleyen migrenlerden sonra saçların beyazlaştığından ve döküldüğünden söz eden pek çok referans vardır. Benim kendi deneyimime göre bu duruma uyan tek vaka çok şiddetli ve sık sol taraf baş ağrısı olan orta yaşlı bir kadın hastaydı; bu kadın yirmilerinin ortalarındayken başının o tarafındaki bölgede saçları beyazlamıştı ve geri kalan kısmı yıllarca simsiyah kalmıştı.

Organik Kökenli Sinirlilik Hali

> *... hasta başına herhangi bir şeyin dokunmasına dayanamadığı gibi, herhangi bir görüntü ya da sese, hatta saatinin tıklayan sesine bile tahammülü yoktu.*
>
> *Tissot, 1778*

Migren ataklarında çok sık görülen ve Wolff ve diğerleri tarafından tanı koymaya yardımcı patognomonik belirtiler olarak değerlendirilen bulgular, irritabilite (kolay sinirlenme) ve fotofobidir (ışıktan rahatsız olma).

Migrene eşlik eden iki farklı irritabilite tipi ilgimizi çeker. İlki, pek çok migren hastasının sosyal durumunda ve davranışında göze çarpan ruh hali değişikliği ve inzivaya çekilme isteğidir. İkinci tip irritabilite Tissot'nun bize anımsattığı üzere bütün duyusal uyarılmaları dayanılmaz hale getiren yaygın bir duyusal heyecan ve uyarılganlıktan kaynaklanır. Migren hastaları özellikle fotofobiye eğilimlidirler, hem yerel hem de genel olarak

yoğun rahatsızlık hissi veren ışıkla uyarılırlar ve ışıktan kaçma isteği tüm atağın en belirgin dışsal karakteristiğini oluşturur. Bu fotofobinin bir kısmı daha önce açıklandığı gibi konjonktivada kızarıklık (hiperemi) ve yangıya bağlıdır ve gözlerde yanma ve acıyla ilişkilidir. Aslında fotofobinin ana bileşeni çok canlı ve uzamış ardıl görüntü ve dalgalı görsel imgelerle birlikte gelebilen merkezi irritabilite ve duyusal uyarılmadır. Alvarez bu tür belirtileri grafik olarak göstermiştir; kendi migren ataklarının erken dönemlerinde televizyon ekranında o kadar parlak hayaller görür ki esas filmi izleyemez. Gözlemci hastalar da eğer o sırada gözlerini kaparlarsa istem dışı çalışan görsel bir akıntıya kapıldıklarını, hızla değişip duran kaleydoskopik renkler ve kaba saba ya da dağınık düş ürünleriyle karşı karşıya kaldıklarını sıklıkla söylerler.

Fonofobi denilen sesleri abartılı algılama ve aşırı tepki verme de şiddetli bir atağın fotofobiye eşit derecede karakteristiğidir; uzaktaki sesler, trafik gürültüsü ya da bir musluğun damlaması hastaya dayanılmaz gelir ve onu öfkelendirir.

Bu durumun en abartılı özelliği koku duyusundaki sapmadır; bazen mis gibi bir parfüm kokusu hastaya pis kokar ve önüne geçilmez bir bulantı hissi uyandırır. Benzer şekilde tat alma duyusunda da, en lezzetli yiyeceklerin keskin ve çoğunlukla iğrenç tatta algılanması gibi değişiklikler olur.

Genellikle migren atağının erken döneminde görülen bu tip duyusal uyarılmaların baş ağrısını başlatabildiğini kayda almak önemlidir. Bu uyarılmayı duyusal engellenme veya atağın devamı sırasında kayıtsız olma hali izler. Peters'ın da dediği gibi; "duyusal gücün körleşmesi..." Basit migrende görülen duyu ve duyusal eşik değişiklikleri hastaya acı vermekle birlikte klasik migren ve migren aurasının özelliği olan yoğun sanrılara ve duyusal sapmalara oranla oldukça hafiftir.

Ruh Hali Değişiklikleri

Migren ve duyusal durumların birbirleriyle ilişkileri çok karmaşıktır ve bu konuya değindikçe tekrar tekrar incelememizi gerektirecektir. Bir araya geldiklerinde migren sendromunun bü-

tününü oluşturan atağın nedenini ve sonucunu birbirlerinden ayırt edebilmek daha en baştan önümüze bir zorluk çıkartır; atağı başlatmada rol oynayan öncül ruh hali ve duygu değişikliklerini, atağın yol açtığı ikincil duyusal sonuçlardan ayırabilmek için titiz bir sorgulama ya da uzun süreli bir gözlem gerekir.

Bu nedenler gereğince incelendiğinde, şaşırtıcı biçimde özellikle soğukkanlı hastalarda yalnızca ve yalnızca migren atağı sırasında derin duygusal değişimlerin ortaya çıktığını görmek dikkatimizi çekecektir. Üstelik, bu gibi ruh hali değişimlerinin yalnızca ağrı, bulantı vb.'ye karşı gelişen basit tepkimeler değil atağın diğer belirtileriyle eşzamanlı ortaya çıkan başlı başına birincil belirtiler oldukları da açıktır. Oldukça derin ruh hali değişiklikleri atağın öncesi ve sonrasında ortaya çıkabilir; bunlardan bu bölümün sonunda söz edilecektir. Basit migrenin klinik olarak tanımlanmış evresinde görülen en önemli duygusal renklilik atağın erken dönemlerinde gözlenen anksiyete ve gerginlik hiperaktivitesi ile geri kalan dönemdeki depresyon ve kayıtsızlık durumlarıdır.

Anksiyeteye bağlı gerginlik tablosu önceki kısımda anlatılmıştı. Hasta huzursuz ve sıkıntılıdır, eğer yatağa bağlıysa sürekli kıpırdar ve çarşaflarla uğraşır durur, hiçbir pozisyonda rahat olamaz ve gerek duyusal gerekse sosyal hiçbir durumu kaldıramaz. Çok çabuk ve kolay sinirlenir. Bu durum eğer hasta alışılmış yaşantısına devam ederse daha da artar ve arttıkça da kısırdöngü halinde atak sırasında görülen diğer belirtileri artırır.

Tam anlamıyla oluşmuş ya da uzamış ataklardaki tablo ise çok değişiktir. Burada fiziksel ve duyusal durum acıyı kabullenme, neşesizlik ve edilgenlik ile tanımlanır. Bu gibi hastalar, içsel ya da dışsal uyaranlarla farklı davranmaya zorlanmadıkça içe kapanır, hastalığa, yalnızlığa teslim olur ve inzivaya çekilirler. Böyle zamanlarda duyusal depresyon gerçek ve çok ciddidir, hatta bazen intihar eğilimleri doğurur. Aşağıdaki tanımlama on sekizinci yüzyıldan alıntılanmıştır:

> Midedeki rahatsızlık hissinin ilk algılanmasıyla ruh yorulmaya başlar. Hasta daha da depresif olur, neşeli düşünceler ve duygular uçup gider ve [hasta] kendisini insanların en perişanı olarak görerek asla düzelemeyeceğini hisseder.

Bu eski tanımlama, hastanın daha önce yaşadığı kısa süren iyi huylu sayısız atağa karşı geliştirdiği gerçekçi yanıttan farklı olarak, gerçek depresyonun niteliğindeki yoğun ümitsizlik ve kalıcı kötülük hissini ortaya koyar.

Depresyon duyguları kızgınlık ve kin duyguları ile birlikte gelişir ve en şiddetli migrenlerde hastanın kendisi de dahil olmak üzere herkesten ve her şeyden nefret etme, öfke duyma ve ümitsizliğe kapılmasının yer aldığı kötü bir karışım görülür. Bu kızgınlık dönemleri hem hasta hem de ailesi için dayanılmazdır ve olası şiddetleri, atak ağrıları sırasında bunalmış ve güçsüzleşmiş hastayı gören hekim tarafından asla hafife alınmamalıdır.

Basit Migrende Belirti Kümeleri

Şimdiye kadar basit migrenin ana belirtilerini sanki birbirinden bağımsızmış ve rastgele ortaya çıkıyormuş gibi inceledik. Ancak belli belirti gruplarının birbirleriyle uyumlu olmaya eğilimleri vardır. Bu yüzden şiddetli vasküler baş ağrısı kafa dışındaki damarlarda genişlemelerle birlikte görülür: Gözlerde kızarıklık ve şişkinlik, burun içindeki damarlarda genişleme, yüzde kızarıklık vb. Bazı hastalarda ise mide-bağırsak belirtileri uyumlu bir örgütlenme oluşturur: Mide ve bağırsakta şişkinlik, karın ağrılarını izleyen ishal ve kusmalar. Şiddetli "beyaz" migrenlerde solgunluk, el ve ayaklarda soğukluk, soğuk ter dökme, üşüme, titreme, nabzın zayıflaması ve yavaşlaması, tansiyon düşüklüğü belirtilerinin yer aldığı "şok" tablosu sıklıkla şiddetli bulantı ile birlikte görülebilir ancak bu tablo bulantı yoksa da ortaya çıkabilir. Bu tür kümelenmelerde, bekleneceği gibi belirtilerin birbirleriyle oldukça belirgin fizyolojik bağları vardır. Bir atağın özellikle ilk belirtilerin ortaya çıkmaya başladığı en erken ya da inişe geçtiği son dönemlerinde oluşma eğiliminde olan diğer kümelerin bağlantıları daha az açıklanabilmiştir. Böylece ilk durumda açlık, susuzluk, kabızlık, fiziksel ve duyusal hareketlilik birbiriyle bağlantılı olmaya yatkınken ikinci durumda çok sayıda salgısal etkinlik bir arada olmaya eğilimlidir.

Bir migren atağı hasta tarafından daha çok tek bir belirti ya da belirtiler dizisi olarak tanımlanır. Belirtilerin tercih edilen bir sırayı ya da düzeni izlediğini anlamak için yinelenen atakların gözlenmesi ve hastaların sorgulanması gerekli olabilir. Bu düzeni bir kere anlayınca karşımıza terminoloji ve tanım sorunları çıkar. Gerçek atağı neler oluşturur? Atak nerede başlar ve nerede biter?[8]

Genel olarak anlaşıldığı ve tanımlandığı üzere basit migren vasküler baş ağrıları, bulantı, splanik aktivite artışı (kusma, ishal vs.), salgısal aktivite artışı (tükürük, gözyaşı vs.), kas zayıflığı ve atoni, uyku hali ve depresyon belirtilerinden oluşur. Bununla birlikte aslında migrenin ne bu belirtilerle başladığını ne de bittiğini, klinik ve fizyolojik belirtilerin ve dönemlerin hem migrenin öncüsü olduğunu hem de onu izlediğini göreceğiz.

Düzgün bir migren atağının erken dönemlerine dönüşen prodrom ya da öncü belirtilerden söz edebiliriz. Bu öncü belirtilerin bir kısmı bölgeselken bir kısmı sistemiktir, bir kısmı fizikselken diğer bir kısmı duygusaldır. En sık rastlanan fiziksel öncü belirtiler arasında sıvı tutulması ve susamayı, damarlarda genişleme ve kabızlığı, kas gerginliğini ve bazen de yüksek tansiyonu sayabiliriz. En sık rastlanan duygusal öncü belirtiler ise açlık, huzursuzluk hiperaktivitesi, uykusuzluk, uyanık olma ve endişeli ya da neşeli olabilen duygusal uyarılmalardır. Kendisi de basit migren hastası olan George Eliot ataktan bir gün önce

8 Bu nokta ben ünlü bir yazar hastayı (Vaka 12) ağrılarının başlama zamanı hakkında sorgularken beklenmedik bir yanıtla ve güçlü bir biçimde ortaya çıktı. "Atakların şu ya da bu belirtiyle ya da şu ya da bu fenomenle başladığını söylemem için beni zorlayıp duruyorsunuz. Ancak ben onları böyle hissetmiyorum. Tek bir belirtiyle değil bir bütün olarak başlıyor. Başta hafif olarak ama tümüyle hissediyorsunuz... Sanki ufukta tanıdık bir noktaya bir göz atıp sonra da giderek yaklaşıp büyüdüğünü ya da bir uçaktan baktığınız hedefin bulutların arasından indikçe daha net görüldüğünü hissetiğiniz gibi" dedi. "Migren 'uzakta bir hayal gibi görülüyor' ama aslında bu sadece bir ölçek değişimi – her şey orada başından beri duruyor" diye ekledi.
Bu "uzaktaki hayal gibi görünme" diye tanımlanan büyük ölçek değişimi, migren manzarası diyebileceğimiz çok değişik bir tablo sunuyor, onu durağan ve klasik olmayan, hareketli ve geçici terimlerle –kargaşa teorisi terimleri– açıklamamızı sağlıyor.

kendini "korkunç iyi" hissettiğinden söz eder. Bu gibi durumlar ani ve şiddetli olduklarında neredeyse mani derecesinde bir yoğunluğa ulaşabilirler.

> *Vaka 63:* Bu orta yaşlı hasta soğukkanlı yapıdaydı, görünüşünde ve davranışında da yasakçı bir anlayışın getirdiği sertlik hâkimdi. Çocukluğundan beri düzensiz olarak basit migrene maruz kalıyordu ve bu atakların öncü belirtilerini biraz utanarak anlattı. Baş ağrılarının başlamasından iki üç saat önce değişime uğradığını söyledi: Kafasında düşünceler uçuşuyor, kontrol edemediği gülme, şarkı söyleme, ıslık çalma ya da dans etme isteğiyle dolup taşıyordu.

Migren öncesi değişimler daha çok rahatsız edici tipte olur ve huzursuzluk ya da artmış endişe duygularına dönüşür. Sıklıkla da bu durumlar panik ya da psikotik yoğunluğa ulaşır. Bu tipteki afektif öncü belirtiler daha çok menstrüasyon öncesi sendromun bir parçasıdır.

> *Vaka 71:* 29 yaşındaki kadın hasta şiddetli menstrüasyon sendromu çekmektedir. İki gün süren sıvı tutulumu ile belirgin bir âdet öncesi dönemi arkasından yoğun endişe ve huzursuzluk artışı göstermektedir. Uykusu hafiftir ve kâbuslarla kesilmektedir. Duygusal rahatsızlığı âdetten birkaç saat önce en yüksek noktaya ulaşır, bu süre içinde hasta histerik, vahşi ve sanrılıdır. Menstrüasyon başladıktan birkaç saat sonra hastanın duygusal hali normale döner ve ertesi gün vasküler baş ağrısı ve kolik tarzı karın ağrısı başlar.

Basit migrenin, daha doğrusu her çeşit migren atağının *çözülmesi* on yedinci yüzyıldan beri bilindiği üzere üç yolla olur. Doğal seyrinde kendisini tüketerek uykuda sonlanabilir; migren sonrası uyku tıpkı epilepsi sonrasındaki uyku gibi uzun, derin ve tazeleyicidir. İkinci olarak bir ya da daha fazla salgısal aktivitenin eşlik ettiği, giderek azalan bir erime, yani "lizis" şeklinde olabilir. Calmeil 150 yıl önce şöyle yazmıştır:

Kusma bazen migreni sonlandırır. Bol gözyaşı dökme ya da bol idrara çıkma da öyle. Bazen de hemikraniya ayaklarda, ellerde ve yüzün yarısında olan bol terlemeyle, burun kanamasıyla, damarlarda kendiliğinden olan kanamayla ya da burun akmasıyla durabilir.

Benzer şekilde migren atağının geçmesiyle sonuçlanan şiddetli ishal ya da âdet kanaması da Calmeil'in listesine eklenebilir. Bunalım ya da içe kapanma, öfkeli olma ya da kolay sinirlenme gibi migrenin kötücül ruh hali, çözülme döneminde fizyolojik salgıların artışıyla birlikte azalma eğilimine girer. "Salgılama yoluyla çözülme" hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan –sanki acıdan ağlamak gibi– bir katarsise benzer. Aşağıdaki vakada bu noktalara değinilmektedir.

Vaka 68: 32 yaşında, hırslı ve yaratıcı bir matematikçi olan erkek hastanın yaşamı haftada bir girdiği psikofizyolojik evrelere ayarlıydı. Hafta sonuna doğru suratı asık, huzursuz ve ilgisiz oluyor, kendini tam anlamıyla "yararsız" hissediyordu. Cuma akşamları uyumakta güçlük çekiyor, cumartesiler ise dayanılmaz oluyordu. Pazar sabahları şiddetli bir migrenle uyanıyor ve bütün gün yatakta yatmak zorunda kalıyordu. Akşama doğru hafif bir terleme baş gösteriyor, bol miktarda açık renkli idrar yapıyordu. Çektiklerinden doğan öfkesi bu salgılardan sonra azalıp geçiyordu. Atak sonrasında belirgin bir tazelenme, sakinlik duyuyor ve yeni haftanın ortasına kadar süren yaratıcı bir enerjiyle doluyordu.

Migrenin üçüncü çözülme biçimi *kriz*, yani ani bir fiziksel ya da zihinsel aktivite artışıyla atağın birdenbire sona ermesidir.

Yoğun bir fiziksel aktivite atağı önleyebildiği gibi mevcut atağın biçimini de değiştirebilir. Bütün pazar günü geç saate kadar yatıp migrenle uyanan pek çok hastada, erken kalkıp iş yapmanın migreni engellediği görülmüştür. Benim bir hastam, sinirli yaradılışta, mezomorfik yapılı bir İtalyan, eğer evdeyse migrenini sonlandırmak için cinsel ilişkiye giriyor, işteyse bilek güreşi yapıyor ya da arkadaşlarıyla içmeye gidiyordu. Hepsi de

on dakika içinde etkili oluyordu. Ani korku, öfke ya da başka bir güçlü duygusal uyaran migreni neredeyse saniyeler içinde dağıtabilir ya da bitirebilir. Ataklarını nasıl sonlandırdığını sorduğumuz bir hasta, "Adrenalinimi yükseltmem gerekiyor" demişti. "Koşarsam, bağırırsam ya da kavga edersem baş ağrım geçiyor." Değişik türdeki nöbetsel iç organ aktiviteleri de aynı şekilde atağı sonlandırılabilir. Şiddetli kusma en iyi örnektir ama başka aktiviteler de eşit derecede etkili olabilir.

> *Vaka 66:* Migren atakları her zaman kusma nöbetiyle sonlanan bir hasta, yaşamının bir döneminde ülser oldu ve subtotal gastrektomi ve vagotomi ameliyatı geçirdi. Ameliyattan sonraki ilk migren atağında kusmak isteyip de kusamayınca derin bir üzüntüye boğuldu. Ancak aniden, şiddetle hapşırmaya başladı; bu hapşırık nöbeti bittiğinde migreni de geçmişti. Sonuç olarak ataklarının çözülmesi için hapşırmayı kullanmaya başladı, böylece de bilmeden on sekizinci yüzyılda çok kullanılan bir tedaviyi başlatmış oldu.

Başka hastalar sürekli hıçkırıp geğirerek ataklarını derhal sonlandırabilir. Hatta pek çok migren hastasına canavarca gelebilecek bir oburlukla yemek yemek de atağı bitirebilir. *Yeme eylemi* hastayı rahatlatır.[9] Şiddetli fiziksel, iç organsal ya da duygusal aktiviteden hangisi kullanılırsa kullanılsın, önemli olan faktör *uyandırılmak*tır. Hasta migreninden sanki uykudan uyanırmış gibi uyanır. İlerleyen bölümlerde migrene yönelik ilaç tedavilerinden söz ederken görme fırsatı bulacağımız gibi, ilaçların büyük çoğunluğu vücudu fizyolojik bir depresyondan uyandırmaya hizmet ederler.

Migren ve uyku arasında bir benzeşme kurduk. Bu benzeşme şiddetli ve tam bir atağı izleyen tazelenme ve yeniden doğuş hissi ile çarpıcı bir tablo oluşturur (bkz. Vaka 68) Bu gibi durumlar migren öncesi koşullara dönüşü temsil etmekle kalmaz, aynı

9 Pavlov bir köpekteki hipnotizma evresinin yemek yemekle kırılabildiğine dikkat çekmiştir. Yemek yeme eylemi hemen daima kaşınma ve hapşırma ile devam eder böylece köpek trans halinden çıkarak ayaklanır. Bu hale Pavlov "kendi kendini tedavi edici refleks" adını vermiştir.

zamanda migren rotasında bir geri tepmeyi, uyanma yönünde bir dönüşümü gösterir. Liveing'in de dediği gibi "... [hasta] yeni birisi olarak uyanır." Geri tepme öforisi ve yenilenme özellikle şiddetli menstrüel migrenlerden sonra çok görülür. Kusma, ishal ve sıvı kaybının eşlik ettiği uzamış bir ataktan sonraysa daha nadir görülür; bu tür ataklar hastayı "yenileme"de yetersiz kalır ve bir nekahet dönemi gereksinimi yaratırlar.

Epilepsiyi basitçe konvülsiyon olarak tanımlayıp, pek çok hastada nöbet öncesi öncü bir uyarılma ve kasılma dönemi, sonrasındaysa uyku ve yorgunluk yaşandığını kabul edebiliriz. Ancak nöbetin şiddeti ve aniliği, epilepsi terimini yalnızca onunla sınırlamayı gerektirir. Migren gibi çok daha uzun bir nöbetsel tepkimede de sözcüğün anlamını yalnızca baş ağrısı ya da başka herhangi bir evreyle sınırlamak klinik, fizyolojik ve semantik olarak anlamsızdır. Bu nedenle *tablonun bütünü* "tam atak", çözülme ve geri tepme gibi evrelere ayırabilmemize olanak veren "migren" terimiyle açıklanabilir. Eğer böyle yapılmazsa migrenin doğasını anlamak olanaksızlaşır.

Sonsöz (1992)

Bütün bunlar söylendikten, belirtilerin kümelenmesi ve ardışıklığı iyice belirtildikten sonra, migrenin *değişken* niteliğinin, migreni *düzeltmenin*, gidişatını tahmin etmenin, en uygun tanımla "rahatsızlık" olarak açıklanacak o karmaşık yapısını ortaya çıkarmanın fazla basitleştirildiği ve eksik vurgulandığı ortaya çıkmaktadır. Du Bois Raymond kendi ataklarının başlangıcında "genel bir rahatsızlık hissi"nden söz eder, başka hastalarsa basit olarak bir "rahatsızlık" hissinden. Bu rahatsız evrede soğuk ya da sıcak ya da her ikisi birden hissedilebilir (bkz. Vaka 9); hasta şişkin ve gergin ya da gevşek ve kusacak gibi olabilir; gelip giden belirgin bir gerilim ya da bitkinlik ya da her ikisi birden, baş ağrısı ya da başka ağrılar, türlü baskılar ve huzursuzluklar duyulabilir. *Her şey* gelir ve gider, hiçbir şey yerleşik değildir ve eğer ısı ölçümü ya da vücut taraması yapılabilse ya da vücudun

iç fotoğrafı çekilebilse sanki sinir sisteminin kendisi de kararsızlık içindeymiş gibi açılıp kapanan vasküler yataklar, hızlanan ya da duran atımlar, spazmlar ile gevşeyip kasılan iç organlar, azalıp artan salgılar görülebilir.

Aralıklılık, kararsızlık, düzensiz değişim, gidip gelme bu değişken dönemin, bu "genel huzursuzluk hissi"nin migren başlamadan önceki ana özellikleridir. Dakikalar ya da saatler sonra bu huzursuzluk (yazık ki nadiren iyileşmeyle) sabitlenmeye başlar, daha çok kitaplardaki belirti ve bulguları gösteren migrenin kalıcı ve değişmez şekline döner. Migren kararsız, rahatsızlık veren, dengeyi bozan, düzensiz (ya da yayılmacı) evreyle başlar ve er ya da geç göreceli olarak sabit iki farklı durumla sonlanır, "iyileşme" ya da "hastalanma". Hayal kırıklığına uğratacak şekilde, bu iki dönem –iyilik hali ve sabitleşme– arasında gidip gelmeler yapar, sanki her şey yolundaymış gibi davranır ama aslında aksi yöne doğru ilerler.

McKenzie bir keresinde parkinsonizm için "düzenli bir kargaşa" demişti, aynı durum migren için de geçerlidir. Başta bir kargaşa vardır, sonra düzen gelir, hasta edici bir düzen; hangisi daha iyi karar vermek güçtür! Birincinin kötülüğü belirsiz oluşu, akışıdır; ikincinin kötülüğü ise sabit ağırlıktaki sürekliliğidir. Gerçekten de, tipik olarak migren ancak sabit, hareketsiz halinde "katılaşmadan" önce tedavi edilebilir.

Buradaki "kargaşa", bir metafor değil, örneğin hava durumu gibi diğer karmaşık sistemlerde de karşımıza çıkan kararsızlık, değişkenlik ve ani oynama durumlarını anımsatan ve karmaşık, dinamik sistem teorilerini (kaos teorisi) ve "kaos" kavramını anlamayı gerektiren bir terimdir. Öyleyse migreni bu şekilde, yani sinir sisteminin davranışı ve düzenlenmesindeki dinamik ve karmaşık bozukluk olarak düşünmek önemlidir. "Sağlık" dediğimiz düzenin kontrolü, çelişkili biçimde, kargaşa üzerine temellenir. Bu durum aynı zamanda tüm sinir sistemi, özellikle de o ince ayarı, homeostazisi, denetimi ile otonom sinir sistemi için geçerlidir (bkz. 5. Bölüm). Aslında migreni olan hastalarda bu daha da geçerlidir, çünkü onlarda belli dönemlerde en küçük bir stres sessizce düzeltilece-

ğine, fizyolojik dengesizlikle sonlanır ve hızla birbiriyle oyun oynayan daha ileri dengesizliklere, aşırı tepkimelere yol açarak "migren" denilen son noktaya ulaşıncaya kadar şiddetini artırır. Belki de migrenin kendisi, kaos teorisyenlerinin o çok sevdiği terimle "tuhaf bir cazibe merkezi" gibi davranıp sinir sistemini bir kargaşa içine çekmektedir.

2. *Migren Eşdeğerleri*

Pek çok belirtinin bir arada basit migreni oluşturduğu görüşü, bize bu terimin tek bir belirtiyle tanımlanamayacağını düşündürmektedir. Migren sayısız bileşenlerin bütünüdür ve bir bileşim yapısındadır. Genel bir çerçevede değerlendirildiğinde bileşenlerin şiddeti çok değişkendir. Baş ağrısı ana belirti olabildiği gibi yandaş bir belirti de olabilir ya da hiç bulunmayabilir. "Migren eşdeğeri" terimini migrenin genel özelliklerini gösteren ancak migrene özgü baş ağrısı bulgusunun olmadığı semptom komplekslerini açıklamak için kullanmaktayız.

Bu terim epilepsideki kasılmaların olmadığı durumlar için uygun düşen "epilepsi eşdeğerleri" ile karşılaştırılabilir. "Migren eşdeğeri" teriminin kullanılmasını ancak belli koşullar gerçekleşirse doğru bulabiliriz: Basit migrendeki nöbetlere benzeyen periyodik, süreli ve nonsefaljik (beyinden kaynaklanmayan) klinik formdaki atakların olması ve aynı tür duygusal ve fiziksel kökenden ortaya çıkması eğilimini göstermesi gerekir. Bu klinik eğilimler fizyolojik ve farmakolojik benzerliklere uygunluk göstermeli ve onaylanmalıdır.

Daha önceki yazarlar değişik tipteki migren ataklarına ilişkin canlı vakalar sundukları halde (gastrik megrim, görsel megrim, vb.) Liveing böyle atakların ortak dönüşüm özelliklerini buldu ve bu bağlamda "dönüşüm" ve "metamorfoz"dan söz etti. Böylece Liveing, astım tipi, epilepsi tipi, vertiginöz (baş döndürücü) tip, gastrik (midesel) tip, pektoral (göğüste) tip, la-

ringismal (soluk borusu) tipi ve mani tipi migren "transformasyonu" terimini kullandı.

Migren eşdeğerleri kavramı henüz tümüyle kabul görmüş değildir. Abdominal migren (karın migreni) tanısı koymak isteyen bir hekim pek çok meslektaşı tarafından saçmalamakla suçlanır ancak sayısız testler ve sonuç vermeyen laparotomilerden sonra ya da karın ağrısıyla kendini gösteren atakların yerini birden tipik baş ağrılarına bırakmasıyla bu eski Viktoryen terim sandıktan çıkarılıp yeniden değerlendirilir.

Migren hastalarıyla çalışmanın yoğun deneyimi doktoru önceki inanışı ne olursa olsun, birçok hastanın, baş ağrısı *dışında* migrenin her tür klinik kriterini yerine getiren, yineleyen, belirgin ve nöbetlerle gelen karın ağrısı, göğüs ağrısı, ateş vb. gibi durumlardan mustarip olduklarına inandırmalıdır. Şimdilik kendimizi şu sendromları tartışmakla sınırlandıracağız: Kusma nöbetleri ve safrasal ataklar, karın migrenleri, kalp bölgesi migrenleri ve beden ısısının, genel durumun ve bilinç düzeyinin nörojenik (sinirsel) ve periyodik bozuklukları.

Bu akut, periyodik, nöbetsel sendromlara ek olarak migrene yatkınlık gösteren yolculuk hastalığı, akşamdan kalma hali, rezerpin reaksiyonları gibi pek çok başka durumlar vardır. Bu sendromlara ikinci kısımda değineceğiz.

Kusma Nöbetleri ve Safrasal Ataklar

Bulantının sıklığı ve şiddetini çocukluk migrenlerinin bir bileşeni olarak gözlemiştik. Sıklıkla migren reaksiyonunun ana belirtisi olarak görülür ve "safrasal atak" terimiyle tanımlanır. Selby ve Lance geniş hasta serilerinde şunları saptamışlardır:

> ... 198 migren vakasında hastaların yüzde 31'i sıkça safrasal atak geçirmişlerdir. 139 hastalık başka bir grupta hastaların yüzde 59'u genç yaşlarında safrasal atak geçirmişler ya da bulantıları olmuştu.

Ben kendi hastalarımda böyle bir sıklık sıralaması yapmadım, ancak izlediğim hastaların yarısına yakın kısmının bu gibi belirtileri herhangi bir dönemde Selby ve Lance'in rakamlarına benzer oranlarda yaşadıklarını tahmin ediyorum. Şiddetli bulantı, her zaman solgunluk, titreme, terleme gibi multipl otonom belirtilerle birlikte görülür. Bu gibi atakların çoğu çocukluk döneminde beslenme düzensizliğine bağlanır, yetişkinlikte ise doktorun ikna yeteneğine göre ya "bağırsak nezlesi" ya da safra kesesi bozukluğuyla ilişkilendirilir.

Bu ataklar yaşam boyu böyle sürer ya da yavaş yavaş ya da aniden basit migrenin yetişkin şekline dönüşebilir. Aşağıdaki vakada genç bir hastada böyle bir atağın oluşumu ve gelişimi Vahlquist ve Hackzell tarafından gösterilmiştir (1949):

> ... 10 aylıkken hava akını sireninden çok korkan erkek bebekte daha sonra anormal korku reaksiyonları ve *pavor nocturnus* gelişti... İlk tipik atağını bir yaşındayken yaşadı. Aniden solgunlaştı ve arkasından şiddetli bir kusma atağı geldi. Sonraki iki yıl boyunca her hafta hepsi de aynı tip birkaç atak geçirmeye başladı... Üç yaşına geldiğinde bu ataklar sırasında başının ağrıdığından yakınmıştı... Bu ataklar genellikle ağır bir uykuyla sona eriyordu.

Bu konuyu bitirirken bu tip kusma nöbetleriyle birlikte çoğu kez anormal öfke reaksiyonlarının görüldüğünü ve sık sık da huysuzluk nöbetlerinin eşlik ettiğini söylemeliyiz.

Karın Migreni

Herhangi bir migren tipinde mutlaka çoklu belirtiler görülür, safra atakları ve karın migrenleri arasındaki sınırsa tamamen keyfidir. Bu ikinci durumda baskın özellik olarak değişik otonom semptomların eşlik ettiği devamlı karakterde ve çok şiddetli karın ağrısı söz konusudur. Liveing'in monografisinde şu kesin ve açık tanım yer alır:

16 yaşlarında sağlığım tam da yerindeyken periyodik nöbetler halinde gelen şiddetli karın ağrıları çekmeye başladım... Nöbetler herhangi bir saatte ve öncesinde hiçbir şekilde hazım sorunu ya da bağırsak bozukluğu gibi bir neden olmaksızın meydana geliyordu... Ağrı karnımda derin ve rahatsız edici bir huzursuzluk şeklinde başlıyordu. İzleyen iki ya da üç saat içinde giderek yoğunluğu artıyor ve sonra geçiyordu. En yüksek noktasına gelince ağrı dayanılmaz ve hasta edici bir hal alıyordu, ancak sancı şeklinde değildi. Her zaman üşüme, el ve ayaklarımda soğukluk, hissedilir bir nabız zayıflığı ve bulantı isteği eşlik ediyordu... Ağrı geçmeye başladığında genellikle bağırsaklarımda bir hareketlenme başlıyordu... Nöbet bu bölgede belirgin bir hassasiyet bırakıyor ama bir iki gün içinde hiçbir şey olmamış gibi geçiyordu.

Birkaç yıl sonra bu hasta karın ağrısı ataklarından kurtuldu ancak bunun yerine yine üç dört haftalık aralıklarla gelen klasik migren atakları başladı.

Bana basit ya da klasik migrenin belirtileriyle başvuran 40'tan fazla hasta (toplam 1200 vakadan) geçmişte aylar ya da yıllar süren benzer karın ağrısı atakları geçirdiklerini söylemişlerdi. Gözlemci bazı hastalar nabız zayıflığı ve diğer otonom belirtilerin de tabloya eşlik ettiğini belirttiler. Ayrıca daha önce sözünü ettiğimiz bir hasta (Vaka 51) basit migreninden önce beş yıl süren karın ağrısı atakları olduğunu, ancak her iki migren tipinde de nabız zayıflığı, gözbebeklerinde küçülme, gözlerde kızarıklık ve solukluk gözlediğini söyledi. Üç hastam ise bana klasik karın migreni diyebileceğim tipte ağrılar tanımladılar.

Vaka 10: 10 yaşından beri düzenli olarak dört haftada bir gelen atakları olan 32 yaşındaki klasik migren hastası. Bu hastada bazı durumlarda migren skotomunu baş ağrısı değil ama 6-10 saat süren şiddetli karın ağrısı ve bulantı izliyordu.

Çocuklardaki karın migrenlerinin gelişimi ve tanı koymada karşılaşılan sorunlar konusunda Farquhar mükemmel bir bildiri sunmuştur (1956).

Periyodik İshaller

Basit migren ataklarının özellikle geç dönemlerinde ishali bir belirti olarak gözlediğimizden söz ettik. İshal kabızlığın öncülük ettiği, aynı koşullarda kendiliğinden oluşabilen tek başına bir semptom olabildiği gibi, basit migrenle aynı periyodikliği gösterebilir – en sık olarak da "hafta sonu diyaresi" yakınması şeklinde görülür. Bu tür nörojenik ishaller bunların beslenme alışkanlığı, genelde besin zehirlenmesi ya da "bağırsak nezlesi" oldukları yolunda açıklanır. Bu açıklama kabul edilirliğini yitirinceye, hasta ve doktoru tarafından atakların nöbetler şeklinde geldiği ve migren eşdeğeri olabileceği anlaşılıncaya kadar bu bahaneler sürer.

Bu gibi hastaların bir bölümü, özellikle şiddetli kronik ruhsal gerilimde olanlar yalnız başına iyi huylu yapıdaki migren ishalinden kronik müköz ishallere hatta nadir de olsa gerçek bir ülseratif kolite geçiş yapabilirler. Bu hastalarda başlangıçtan beri hedef organın bağırsaklar olduğu düşünülebilir (bkz. 13. Bölüm).

Periyodik Ateş

Özellikle çocuklarda şiddetli basit migren sırasında yüksek ateş görülebilir. Bazen kendiliğinden ortaya çıkan, tek başına bir semptom olabildiği gibi bazen de basit migrenle dönüşümlü olarak birbirini izleyebilirler.

Basit ya da klasik migreni olup da geçmişte periyodik nörojenik ateş nöbetleri geçiren yarım düzine hastaya baktım. Bu tür vakalarda ayırıcı tanı zahmetli ve çetrefilli olabilir çünkü organik bir hastalığın tüm olası nedenleri düşünülüp dışlanmadan böyle bir belirtinin fonksiyonel ve nörojenik kökenli olduğuna karar vermek zordur. Wolff'dan özetlediğimiz vaka:

> 43 yaşında bir mühendis olan hasta 1928 yılından 1940 yılına kadar aralıklarla gelen ve 40 C dereceye kadar çıkan... ateş nö-

betleri geçirmiştir. İlginçtir ki benzer şekilde baş ağrısı, bulantı ve kusma ile birlikte olan aralıklı ateş nöbetleri hastanın babasında da görülmüştü...

... Ergenlik döneminin sonlarında hasta, özellikle stresli olduğunda daha sık gözlediği... periyodik baş ağrısından yakınmaya başlamıştı ve migren tanısı konmuştu... Her [ateşli] ataktan önce huzursuzluk ve konsantrasyon güçlüğü gibi başlangıç belirtileri görülmekteydi. Ateş hızla en yüksek noktasına kadar çıkıp 12 saat içinde de normale inmekteydi. 15.000 civarında bir lökositoz (kandaki beyaz kürelerin, "iltihap hücrelerinin" artışı) görülmekteydi. Ateşlerden sonra hasta tipik bir iyilik ve zihinsel yeterlilik duygusuyla kendini temizlenmiş hissediyordu.

Bu imrenilecek güzellikteki vaka öyküsünde ateşli migren eşdeğeri atakları, başlangıçta uyanış ve migren sonrasında geri tepme ve yeniden dolma sırasını gösteren basit migren ataklarına çok benzer. Ayrıca ateş nöbetlerinin, hastanın ruhsal sorunlarının ve genel durumunun terapötik olarak tartışılması sonucu, yani atakların varsayılan mekanizmasının ortaya çıkmasıyla sona erdiğini de söylemek gerekir.

Prekordiyal Migren

Prekordiyal migren terimi (pektoraljik ya da pseudoanginal (yalancı kalp krizi ağrısı) migren) basit ya da klasik migrenin göğüs ağrısı şeklinde ortaya çıkması şeklinde ya da (kalp krizinin öncüsü olan ağrıdan farklı olarak) migrenöz bir niteliği olan periyodik ve nöbetsel belirti olarak tanımlanabilir.

Bu belirti çok nadir görülür, şimdiye kadar ben, birisi basit migrenle diğeri de klasik migrenle birlikte olmak üzere 1000 vakadan ancak ikisinde bu semptoma rastladım. Aşağıdaki vaka bu migrenin klasik ataklar sırasında ya da dönüşümlü olarak nasıl bir yol izlediğini gösterir:

Vaka 58: Ergenlik döneminden beri klasik migren atakları geçiren 61 yaşında kadın hasta. Büyük çoğunluğu kıvılcım çakması şeklinde ve iki taraflı duyu kaybıyla başlayan, yoğun tek taraflı

vasküler baş ağrısı, bulantı ve karın ağrısıyla devam eden nöbetler geçiriyordu. Bunu izleyen daha ileri bir belirti ise göğüste başlayıp sol kürek kemiğine, oradan da sol kola uzanan, göğüste sıkışma duyusu uyandıran ağrının gözlenmesiydi; bu durum genellikle iki üç saat sürüyordu.

Bu göğüs ağrısı hareketle artmıyor, başka kardiyografik anormallikler göstermiyor, nitrogliserinle azalmıyor ama ergotamin alınca diğer eşlik eden belirtilerle birlikte geçiyordu.

Bazen bu hastada göğüs ağrısı tek başına ortaya çıkıyor ve bazen de migren skotomu ve duyu kaybı eşlik ediyordu.

Bu gibi atakların sunumu ve tanısı Fitz-Hugh tarafından çok iyi ortaya konmuştur (1940).

Periyodik Uyku ve Transa Geçme

Şiddetli basit migrene eşlik eden ya da öncü olan uyku hali kendi başına ortaya çıkabilir ve böyle durumlarda migrene yatkınlığın tek belirtisi olarak gözlenebilir. Bu vaka basit migrenin bir uyku eşdeğerine "dönüşümünü" göstermektedir:

Vaka 76: Hasta yirmi yıldır haftada en az iki kere ortaya çıkan şiddetli basit migreni olan bir rahibeydi. Kişisel sorunlarını tartışmak istemediği için yalnızca koruyucu ve semptomatik tedavi uygulanıyordu. Bu tedavinin üçüncü ayında baş ağrısı atakları aniden kesildi ve haftada iki ya da üç kez gerçekleşen, neredeyse komaya girmiş gibi olduğu gözlenen uyku hali bunların yerine geçti. Bu ataklar 10-15 saat sürüyordu ve hastanın gece uykusuna benzeri görülmemiş bir katkı sağlıyordu.

Yemekten sonra ortaya çıkan migrenlerdeki uyuşukluk halinden söz etmiştik. Diğer bölümlerde de kaynak göstereceğimiz aşağıdaki vaka yemek sonrası tek başına bir belirti olarak ortaya çıkan uyku halini gösterir:

Vaka 49: Hasta "Hiç durmadan çalışırım – keşke hiç uyumasam" diyebilecek kadar işkolik ve gayet belirgin migren eşdeğeri ve benzeri yakınmaları olan bir mühendistir. Yemeklerden sonra kendisini çok hareketli bir yürüyüşe zorlamadığı takdirde üzerine dayanılmaz bir uyuşukluk çökmektedir. Hasta bu durumu "Etrafımdakileri duyabildiğim ama hareket edemediğim bir transa giriyorum. Soğuk terler döküyorum. Nabzım çok yavaş atıyor" diye tanımlamaktadır. Bu durum aşağı yukarı bir iki saat sürmektedir. Ardından hasta güçlü bir tazelenmişlik duygusu ve yüksek enerjiyle deyim yerindeyse "uyanmaktadır".

Şunu kısaca not etmeliyiz ki, bu migren tipi uykular ve uyuşukluklar sık sık narkolepsi ya da gündüz kâbusları gibi uykusal dönemler şeklindeki diğer kısa süreli trans halleriyle dönüşümlü gerçekleşir. Bu ilişkilere sonraki bölümlerde daha ayrıntılı değinilecektir.

Periyodik Ruh Hali Değişiklikleri

Basit migrene eşlik eden duygusal durumlardan örneğin neşeli ve uyarıcı başlangıç belirtilerinden, nöbetin ana dönemindeki depresyon ve endişe verici durumlardan ve öforik (canlılık hali) geri tepmelerden daha önce söz etmiştik. Bunların ayrı ayrı her biri ya da hepsi birden göreceli olarak kısa süreli –bazıları saatler bazıları da en çok iki üç gün gibi süren– öncül duygusal bozukluk şeklinde ortaya çıkan belirtilerdir. Bu ruh hali değişikliklerinin en şiddetli olanı genellikle bir saat kadar süren migren aurasının eşdeğeri olan ya da ona eşlik eden belirtileri temsil eder. Bu dönemde, daha önce saptanmış migren atağı geçiren (klasik, basit, karın ağrısı migreni vb.) hastalarda dikkatimizi, aralıklarla olan depresyon ataklarına ya da manik-depresif nöbetlerine çevirmeliyiz. Bu tür migren eşdeğerlerini oldukça iyi bilen Alvarez'in anlattığı vakada:

56 yaşındaki bir kadın bir ya da iki gün süren depresyon nöbetlerinden yakınmaktadır. Aile doktoru bu yakınmaların me-

nopozla ilgili olabileceğini söylemiştir ancak ben bunların tek taraflı hafif bir baş ağrısıyla birlikte gelişen migren atakları olduğunu saptadım. Bu hasta genç kızlığında tipik migrenöz kusmalar... 40'lı yaşlarında da bulantıyla birlikte şiddetli migrenöz baş ağrıları geçirmişti.

Kendi hastalarımdan birine ait olan, daha önce de bir kısmını anlattığım oldukça belirgin bir vaka:

Vaka 10: Çocukluğundan beri klasik baş ağrısı ve klasik karın ağrısı migren atakları olan 32 yaşındaki bir erkek hastada nöbetler düzenli olarak ayda bir gelmekteydi. Bu hastada 20'li yaşlarının ortalarında bu ataklar yaklaşık bir yıl süreyle durmuş, bunların yerine aynı düzenlilikte, derin bir depresyonun izlediği neşelenme atakları geçmişti; bütün episod iki günden çok sürmüyordu.

Bu gibi duygusal migren eşdeğerlerinin özelliği kısa sürmesidir; genel olarak anlaşıldığı üzere manik-depresif dönemler birkaç hafta ya da sıklıkla daha uzun sürmektedir. Bu tür aylık eşdeğerler ya da –söylemeye cüret edersek– "delilikler" genellikle menstrüel sendrom bağlamında gözlenirler.

Menstrüel Sendromlar

Kadınların büyük çoğunluğu âdet dönemlerinde belirgin duygusal ve otonomik rahatsızlıklar yaşarlar. Greene'e göre "her 100 kadından 20'si âdet dönemi öncesi migren çekmektedir". Eğer bu duygusal ve otonomik rahatsızlıklar başlığına baş ağrısı olmadan gelişen rahatsızlıkları da eklersek bu oran çok daha artar. Gerçekten de, hasta tarafından gözlenmese bile âdet döneminde her zaman çeşitli derecelerde fizyolojik rahatsızlıklar olduğunu söyleyebiliriz. Bu rahatsızlık âdet öncesinde psikofizyolojik uyaranlar yönünde bir eğilim gösterir ve âdet sonrasında da bir geri dönüşün izlediği hayal kırıklığı görülür.

Uyarılma döneminde "gerilim", anksiyete, hiperaktivite, uykusuzluk, sıvı birikimi, susuzluk, kabızlık, karında şişkinlik vs. gibi belirtiler ve daha nadiren de astım, psikoz ya da epilepsi gibi

hastalıklar görülür. Hayal kırıklığı ya da çöküş döneminde ise halsizlik, depresyon, vasküler baş ağrısı, iç organlarda hareketlilik, solgunluk, terleme vb. görülür. Kısaca, migrenin şimdiye kadar anlatılan tüm belirtileri âdet dönemini kuşatan biyolojik karışıklıklara yoğunlaşmıştır.

Bu tanımlamada özellikle ilgilendiğimiz konu, hastanın yaşamı boyunca âdet dönemlerinin bazen baş ağrısı, bazen de karın ağrısı vb. olarak değişik şekillerde ortaya çıkmasıdır. Aşağıdaki vakada iki farklı tip âdet dönemi migreni arasındaki ani "dönüşüm" anlatılmaktadır:

> *Vaka 32:* 37 yaşındaki bir kadın hasta 17 ve 30 yaşları arasında âdet dönemlerinde şiddetli karın ağrısı (intestinal kramp tarzı ağrı) yaşamıştır. Ancak şimdiki yaşında aniden karın ağrıları geçmiş ve tipik âdet dönemi migren baş ağrıları başlamıştır.

Başka bazı hastalar yıllarca şiddetli menstrüel sendromlar yaşayıp sonra bunlardan kurtularak âdet döneminden bağımsız olarak baş ya da karın ağrısı nöbetleri geçirmeye başlamışlar ve sonra da tipik âdet dönemi rahatsızlıklarına geçiş yapmışlardır.

Bu tür menstrüel sendromların kesin zamanı ve bunların âdet dönemiyle olan fizyolojik ve psikolojik ilişkileri daha kapsamlı olarak 8. Bölüm'de anlatılacaktır.

Değişimler ve Dönüşümler

Birinci Bölüm'de değinildiği üzere migrenin genel yapısı ve sıklığının, yani migrenin abdominal, prekordiyal (göğüs duvarının ön sol bölümünde kalbin bulunduğu bölgeyle ilgili), febril (yüksek ateşle bağlantılı ya da karakterize), ruhsal vb. "eşdeğerlerinin" farklı bireylerde farklı belirtiler göstermesine rağmen genelde aynı olduğunu söylemek mantıksız olmaz. Bu kabul gören eşdeğerlerin yanı sıra, bir bireyin yaşamı boyunca karşılaştığı, migren ataklarının "yerini alan" ve orijinal migrenlere benzer sıklıkta olan ya da benzeri koşullara yanıt olarak gelişen, sinsi ya da aniden gelişen nöbetsel hastalıklar ve reaksiyonlar da var-

dır. Kuşkusuz nöbetlerle gelen astım, anjina ya da laringospazmın migren eşdeğeri olduğunu söylemek saçma olacaktır, yine de klinik gözlemler bu gibi durumların migren ataklarına benzer bir biyolojik role uyduğunu göstermektedir. Bu bağlamda semantik tartışmalar yersizdir ve biz şimdilik, Liveing'in kullandığı tarafsız "yandaş bozukluklar" terimiyle yetinebiliriz.

Heberden (1802'de) önceden de bilinen "hemikraniya astım krizi başlayınca durur" gözlemini yayımladı, zaten hastanın yaşamı boyunca bir kriz tipinden öbürüne ani geçişler yapabildiğinden kuşkulanmak olanaksızdır. Ben en azından 20 hastamda genellikle aniden olan bu değişimleri gözlemledim. Daha önce de kısmen anlattığım aşağıdaki vakada bu tip bir değişim söz konusudur:

> *Vaka 18:* 24 yaşındaki erkek hasta 8 yaşına kadar kâbus görme ve uykusuzluk dönemleri, 13 yaşına kadar periyodik ve genellikle gece gelen astım nöbetleri ve sonrasında da klasik ve basit migren atakları geçirmişti. Klasik migren atakları çok düzenli olarak her pazar akşamüzeri gelmekteydi. Ergot bileşikleri kullanmaya başlayınca bu ataklar belirgin bir şekilde bitti ve hatta üç ay sonra başlangıçta görülen migren auraları bile sona erdi. Birkaç hafta sonra hasta oldukça kızmış olarak bana geldi ve uzun süredir gündemde olmayan astım ataklarının hem de özellikle pazar akşamüzerleri yeniden başladığını söyledi. Hasta tedaviden pişmandı ve daha az ürkütücü olan migren ataklarını astıma tercih ettiğini öne sürüyordu.

Izleyen bölümlerde bu çarpıcı ve özel vakaya geri döneceğiz. Bu kişi benim ilk hastalarımdan biriydi, onun deneyimi, daha doğrusu ortak deneyimimiz, erken dönemlerde yalnızca belirtilere yönelik tedavinin bazı hastalarda iyileştirmekten çok sonsuz bir "yandaş" reaksiyonlar döngüsüne soktuğuna beni ikna etti.

Nörojenik anjina ve laringospazm ataklarının migrenle karşılıklı dönüşümleri göz önüne alındığında benzer öyküler ve benzer endişelerle karşılaşılır; bu dönüşümlerden ilki Heberden tarafından da iyi bilinir: "Bu tür atak şikâyetleri" diye yazar Heberden, "baş ağrısıyla dönüşümlü olarak hastayı etkilemeye

başlayınca istenmeyen sonuçlar ortaya çıkar." Bazı hastalarda migrene alternatif olarak ortaya çıkan ve ne egzersizle artan ne de kardiyolojik değişikliklerin eşlik ettiği ağrısız anjina (*angina sine dolore*) atakları, ayırıcı tanıda şaşırtıcı sorunlar ortaya çıkarır. Beaumont'dan alıntılanan aşağıdaki vakada (1952) böyle iki tip atak görülen bir klinik zemin gözlenmektedir:

> ... Hasta ani bir ölüm duygusuna kapılır, sararır ve hareketsiz kalır ancak hiç ağrı duymaz. Atak sırasında salgılarında artış ya da kusma görülür ve atak geğirme ya da bol idrara çıkmayla sona erer.

Nörojenik laringospazm (krup), migren ataklarıyla karşılıklı yer değiştiren diğer bir ani nöbetsel reaksiyona örnektir. Bu durumun mükemmel bir örneği Liveing tarafından gösterilmiştir. Onun karın ağrısı şeklinde ataklar (16 ile 19 yaşları arasında geçirilen periyodik ataklar) ve bunların yerine geçen klasik migren atakları (19 ile 37 yaşlar arasında) geçiren hastası bay A.'dan daha önce söz etmiştik. Sonunda bu hasta klasik migren ataklarından kurtuldu ancak bu kez de nöbetlerle gelen krup atakları başladı:

> ... Bir saat ya da daha fazla uyuduktan sonra hasta uyandığında bilinçsizdi ve yataktan fırlayıp yakasını yırtarak hırıltılı bir sesle soluk almaya uğraşmaktaydı; ona çok uzun gelen ve dayanılmaz bir acı veren birkaç dakika böyle sürdükten sonra boğazdaki spazm çözüldü ve hasta rahat nefes almaya başladı. Bu ataklar bazen birkaç ay arayla ve genellikle de iki üç gecede bir ya da gün aşırı olmak üzere çok düzensiz olarak geliyordu.

Migrenin Sınır Bölgeleri

Gowers 1907'de "Epilepsinin Sınırları" adını verdiği konferans dizisinin girişinde epilepsi ataklarına yakın olan ama epilepsi olmayan ataklardan söz etme niyetinde olduğunu belirtmişti. Gowers bayılma, vagal ataklar, baş dönmesi, uyku düzensizlikleri ve hepsinden de öte migren ile ilgiliydi. Epilepsiler en açık

şekliyle ani oluşları, kısalıkları, bilinç kaybıyla tanınmaktadırlar. Ancak Gowers şöyle der;

> ... Küçük bir epileptik atağın uzadığını, ortaya çıkan elementlerin bilinç yitimiyle sonlanma eğiliminde olmadığını hayal edelim, [bu atağın] özellikleri o denli farklı olacaktır ki yapısını anlamak güçleşecektir.

Gowers gerçekten de tanımladığı pek çok atağı uzamış epilepsiler adını verdiği bu sınıfa sokar. Örneğin alıntıladığı şu vakadaki *vagal atak* örneği epilepsiyle akrabadır:

> Hasta, 30 yaşında bir subaydı. 18 yaşında başlayan ve 12 yıldır süren nöbetleri sık değil, 6 ayda bir geliyordu. Nöbetin geldiği gün (daha önceki deneyimlerinde olduğu gibi) erken vakitlerde kendini özellikle iyi hissetmişti. Aniden anımsama, gayet iyi bildiğimiz şu anda olan şeyin daha önce de olduğu duygusu gibi düşsel bir zihinsel durum ortaya çıktı. Epilepsideki gibi anlık değildi ve devam ediyordu. Nöbetle birlikte ya da hemen sonra elleri ve ayakları buz kesti. Soğukluk nedeniyle yüzü giderek soldu, fiziksel yorgunluk başladı ve öyle arttı ki güçbela hareket edebiliyordu. Oturmaya çalıştığı anda geri düşüyordu. Kol ve bacakları onu gözleyen kişiye bile soğuk geliyordu. Aşırı yorgunluğu nedeniyle ancak bir iki sözcük söyleyebiliyordu. Nabzı neredeyse alınamayacak kadar azaldı. Bütün olay boyunca bir an bile bilinç yitimi olmadı. Kendi deneyimine göre ölüyor ve fiziksel varlığı sona eriyor gibiydi. Bu durum yarım saat kadar sürdükten sonra kendiliğinden uyarılmaya, zihni işlemeye ve ayakları daha az soğuk gelmeye başladı. Düzelme devam etti, ancak başladıktan iki üç dakika sonra belirgin bir titremeyle birlikte ürperme görüldü ve dişleri birbirine çarpmaya başladı. Titremeden birkaç dakika sonra gün boyunca süren acil bir işeme isteği oldu ve büyük miktarda berrak idrar dışarı atıldı. Günün geri kalan bölümünde solgunluğu devam etti.

Okurlar bu harikulade ayrıntılı tanımlamada şimdiye kadar "migrenöz" olarak adlandırdığımız belirtilerin çoğunu tanıyacaktır. Öncelikle kendini iyi hissetme hali, atağın süresi, uzun idrar yapma dönemiyle birlikte atağın hafiflemesi gibi belirti-

lerin tümü basit migren dizisinde karşılaştığımız belirtilerdir. Bu nedenle, hangi işaretlerle böyle bir atak, kısa ve şiddetli bir migren ya da *yoğun* migren yerine uzamış epilepsi olarak tanımlanabilir?

Bu bölümde ele aldığımız hemen hemen bütün migren eşdeğeri durumları kendilerini daha kısalmış bir formda gösterebilirler. Lennox ve Lennox (1960) otonomik ya da diensefalik epilepsi başlığı altında pek çok öğretici vaka bildirmişlerdir. Bazen bu otonomik ataklar bariz epilepsiler ya da migrenlerden açığa çıkar ya da onlara dönüşürler ve bazen de bu atakların yerine geçerler.

Migren ya da epilepsilere –yaygın otonomik özellikleri anlamında migrene, ani oluşu ve bilinç yitimi anlamında epilepsiye– belirgin bir klinik eğilim gösteren bariz ve önemli bir atak tipi *baygınlık*tır. Baygınlık sıklıkla, tekrarlayan migrenle birlikte yer alabildiği gibi, migren nöbetleriyle aynı aralıklarla ya da benzer uyarıcı koşullarda gelişebilir. Tıpkı vagal ataklarda olduğu gibi, klinik manzarada dramatik ve ani çöküşten, dalgınlığın baskın olduğu ancak bilincin yitmediği otonomik tepkilere sürekli bir geçiş gözlenebilir. Gowers'ın önerdiği baş dönmesi, narkolepsi, katapleksi gibi kısa ataklar şimdiye kadar tartıştığımız basit migren ya da migren eşdeğerinden daha çok, migren aurasına yatkınlık gösterdiği için onları sonraki bölümde ele alacağız.

Migrene yakın ama migren olmayan, *migrenoid atak* diyebileceğimiz bu tip ani ataklar tıpkı migren gibi periyodik, tekrarlayan ve kesinlikle ailevidirler. *Migrenoid reaksiyonlar* terimini klinik anlamda migrene benzeyen belli bazı tip tepkiler için söyleyebiliriz, ancak bunlar kendiliğinden ve periyodik olarak değil duruma bağlı olarak ortaya çıkarlar. Buraya migren hastalarında hem sıklıkla hem de karakteristik olarak görülen, *sıcaklığa* (ve ateşe), *yorgunluğa, pasif harekete* ve belli *ilaçlara* karşı hiperbolik tepkileri yerleştirmeliyiz. Migren ile migrenoid reaksiyon arasındaki fark kesinlikle keyfidir. Araba tutmasını migren atağı olarak tanımlamak tuhaf kaçar, ama buna rahatlıkla migrenoid reaksiyon diyebiliriz ve migrene eğilimini desteklemesi açısından, yetişkin migren hastalarının büyük bir çoğunluğunun (Selby ve Lance'e göre hemen hemen yüzde 50'si) çocuklukta araba tutmasından yakındığını söyleyebiliriz. Benzer şekilde *akşamdan kalma hali* de –vasküler baş ağrısı, rahatsızlık, yorgunluk, bulantı ve pişman-

lık depresyonu– migrenoid reaksiyon olarak düşünülebilir; pek çok migren hastası alkole karşı duyarlıdır ve ani bulantı ya da baş ağrısı gibi belirtilerden tutun da ertesi gün tam anlamıyla bir akşamdan kalma haliyle uyanmaya kadar geniş bir yelpazede belirtiler gösterirler. Benzer şekilde ateşli baş ağrıları ve otonomik reaksiyonlar nitelik olarak migrenoid reaksiyon sayılabilir.

Akut ya da subakut (seyir ve şiddet açısından akut ve kronik arası nitelikte) olsun, ilaçlara karşı gelişen tepkilerde de geniş bir spektrum vardır; bunlar yoğun santral ve otonomik reaksiyonlarla kendini gösterirler ve hem baygınlık hem de migren ataklarına benzerler. *"Nitritoid krizi"* denilebilecek şimdiki vaka Goodman ve Gilman tarafından alıntılanmıştır (1955):

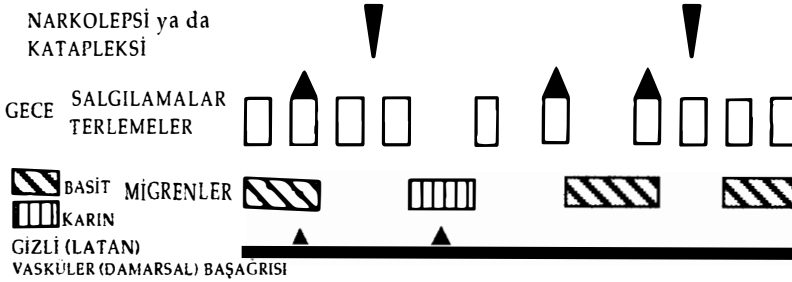
> 28 yaşındaki normal ve gürbüz erkek hastaya ağızdan 0,18 gr sodyum nitrit verildi... Esnemeler başladı ve giderek daha da arttı; solunum derinleşti ve inlemeye dönüştü; hareketlilik hali, geğirme ve bağırsaklarında guruldama saptandı; tüm vücutta soğuk terleme başladı. 20 dakika içinde cilt kül rengini aldı ve hasta uykulu idi... kan basıncı alınamaz oldu... bilinç yitimi gerçekleşti.

Aynı şiddetteki reaksiyonlar viseral dilatasyon (içorganlarda genişleme) ya da yaralanmalarda, refleks ya da kanama nedeniyle oluşan tansiyon düşüklüğünde, toksik ya da metabolik bozukluklarda (örn. hipoglisemiler-kan şekeri düşüklüğü) ve alerjik ya da anaflaktik durumlarda da ortaya çıkabilir.

İleride bu gibi tepkiler migren reaksiyonuna uygun olan modeli oluşturabilir mi sorusuyla ilgileneceğiz; ancak şimdilik yalnızca bu reaksiyonların migrene yatkınlık göstermeleri ve migrenin sınır bölgelerinde yer almalarıyla yetineceğiz.

Diğer Hastalıklarla Birlikte Yer Alma ve Yer Değiştirme

İki yandaş belirtinin birbirinin yerini aldığı vakalardan daha da karışık olan bir durumda ise; hastanın öyküsünde yer alan ve kendiliğinden ya da döngüsel olarak ortaya çıkan, birbirlerine karşı klinik ve fizyolojik eğilim gösteren pek çok belirtiyi içinde barındıran *polimorfoz sendrom* söz konusudur:



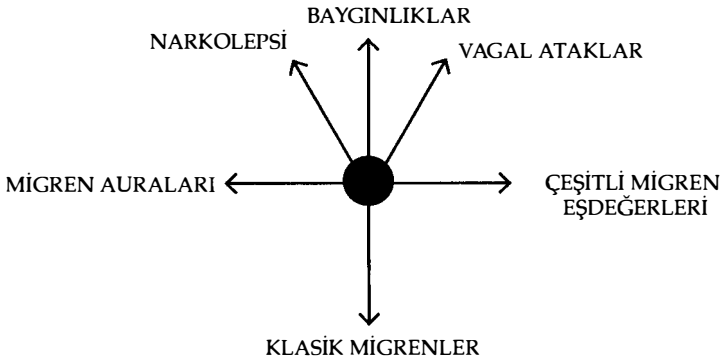
Şekil 1A Vaka 49

Vaka 49: Yemek sonrası uyku hali eğilimi olan bu 31 yaşındaki mühendis hasta daha önce alıntılanmıştı. Bu hasta daha başka belirtilerden de yakınmaktaydı:

a) Eğilme, sarsıntı ya da öksürmeyle açığa çıkan gizli ve sürekli bir baş ağrısı.
b) Basit migren nöbetleri.
c) Hiçbir organik nedene bağlanmayan gece terlemeleri.
d) Gece boyunca salya salgılanması.
e) Karın ağrısı ve ishal atakları – bağırsakların radyolojik incelemeleri her zaman negatif sonuç verdi.
f) Ortostatik hipotansiyon (ani hareketle ortaya çıkan tansiyon düşüklüğü).
g) Nadiren ortaya çıkan uyku felci, narkolepsi ve kataplexsi.

Hasta bunların dışında tamamen sağlıklıydı.

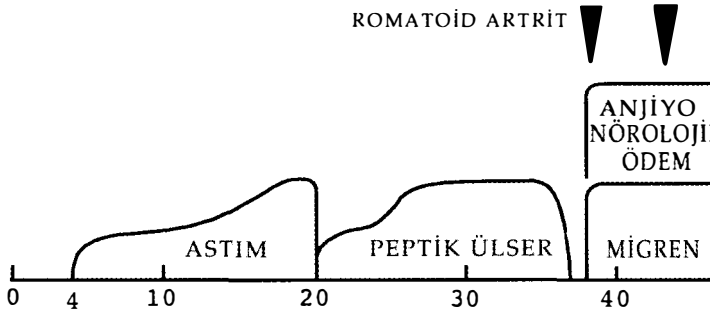
Vaka 75: 35 yaşında, migren auraları ve basit migreni olan bir doktor birbirinin yerini alan belirtiler olarak karın migreni, safrasal ataklar, uyuşukluk şeklindeki migren eşdeğerleri, "vagal ataklar" (hemen hemen Gowers'ın tarif ettiğiyle aynı tipte), daha az sıklıkla da bayılma ve narkolepsiden yakınıyordu. Bütün bu reaksiyonların hepsi de duruma bağlı olarak ya yorgunluk ya da ani duygusal stres ile ve özellikle de bu ikisi bir aradaysa ortaya çıkıyordu. Hasta, tümü de birbirine eşdeğerde olduğundan ve hazırda beklediğinden, hangi somatik tepkinin başlayacağını önceden kestiremiyordu.



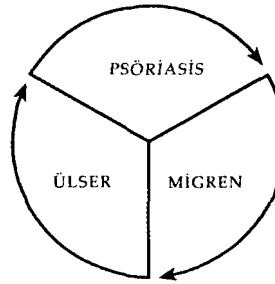
Şekil 1B Vaka 75

Vaka 64: 45 yaşındaki polisemptomatik (çok belirtili) kadın hastanın öyküsünde: 20 yaşına kadar genellikle geceleri vuku bulan intrinsik astım, 20 ile 37 yaş arasında yineleyen onikiparmakbağırsağı ülseri yakınmaları vardı. 38 yaşında romatoid artritin ilk krizini yaşadı daha sonra da birkaç kriz daha geçirdi. Bu belirtinin başlamasıyla eşzamanlı olarak da sık sık anjiyonörotik ödem ve basit migren nöbetleri geçirmeye başladı. Bu iki belirti sonraları birleşti ve 43 yaşından itibaren de migren atakları yüzde ve göz çevresinde görülen şişkinliğe indirgendi.

Vaka 62: Sosyal ve duygusal öyküsü İkinci Bölüm'de anlatılacak olan 51 yaşındaki kadın hastada 20 yıldan beri süregelen üç tip bedensel bulgu vardı: Basit migren, ülseratif kolit ve psöriasis (sedef). Hasta önce bunların birisini birkaç ay boyunca çekiyor daha sonra da öbürünü çekmeye başlıyordu. Böylelikle hasta



Şekil 1C Vaka 64

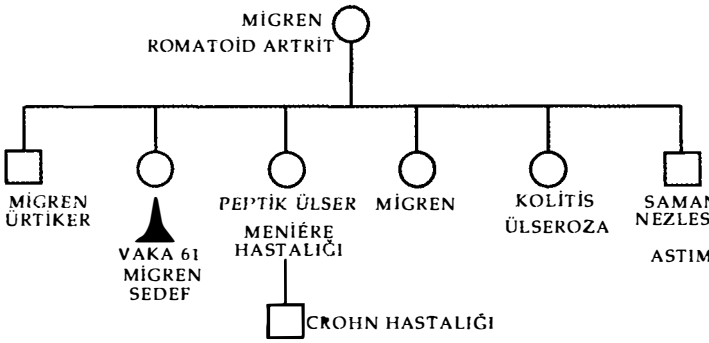


Şekil 1D Vaka 62

bitmek tükenmek bilmeyen öldürücü bir döngü içinde yaşayıp duruyordu.

Vaka 61: Aynı zamanda psöriasisi olan 38 yaşındaki kadın hasta basit migren tedavisi için başvurmuştu. Aile öyküsü adeta bir polimorfoz fonksiyonel sendrom örneğiydi; migren, saman nezlesi, astım, ürtiker, Meniére hastalığı, peptik ülser, ülseratif kolit ve Crohn gibi hastalıklar mevcuttu. İnsan bu hastalıklı ailenin fizyolojik olarak intihar ettiği hissine kapılmaktan kendini alamıyordu.

Vaka 21: 25 yaşında oldukça entelektüel bir hastada şiddetli nörotik belirtiler ve çeşitli bedensel sendromların bir karışımı mevcuttu. Hastada çocukluğundan beri klasik migren vardı, ailesinin yaşlı üyelerinde de çok görülen bir durumdu bu: Atakların çoğu sabaha karşı kâbus görme ya da korkulu gece kâbusu



Şekil 1E Vaka 61



Şekil 1D Vaka 62

hayalleri şeklindeydi – ikinci evrede ya da baş ağrısı evresinde, uyanmadan hemen önce kuşku götürmez skotomatöz şekilleri bir arada görüyordu. Bazı durumlarda aura dönemini karın ağrısı izliyor, baş ağrısı olmuyordu. Premenstrüel sendrom bu son duruma bağlı olarak, ama aurasız şekilde geçiyor, su tutulması, kabızlık ve aşırı hareketlilik, sık idrara çıkma, ishal ve menstrüel kanamaya dönüşüyordu: Bu premenstrüel sendroma vasküler baş ağrısı eşlik edebiliyor ya da görülmüyordu. Bazı durumlarda da hasta migrensel bir baş ağrısının izlediği geçici körlük ya da baygınlık geçiriyordu. Artan duygusal stres dönemlerine bağlı olarak ürtiker atakları da geçirmekteydi. Hastanın baş ağrısının başarılı tedavisiyle sorun, karın ağrısı ataklarının artmasına ve ürtikere doğru kaydı.

Ayırıcı Tanı ve Terminoloji

Ana belirti vasküler baş ağrısının görülmediği durumlarda, bu bölümde anlattığımız atak tipleri ayırıcı tanıda inanılmaz bir kargaşaya yol açabilir; gerçekten de tıpta böylesine dağınık, iyi niyetle başlanan ancak tümüyle yanlış tıbbi ve cerrahi girişimle sonuçlanan bir yanlış tanı ve yanlış tedavi enkazı yoktur. Karın migrenleri örneğin, belki de tabetik krizlerden daha fazla acil laparotomilere yol açmıştır. Nedensiz ama güçlü bir karın ağrısı atağının nasıl sonuçlanacağını hiçbir şey yapmadan beklemek tehlikeli sonuçlara yol açabilir; bir karın migreni vakasında, apandisit ya da peritoniti atlamış olmaktansa negatif sonuç ve-

recek olsa da laparotomi uygulamak yerinde olur. Bazı durumlarda gerçek tanı ancak daha sonraları, ataklar yinelendiğinde ve bu ataklar zararsız ve geçici yapıdaysa ortaya çıkabilir. Bu yüzden pek çok vakada, migren eşdeğerlerinin tanısını koyarken uzun bir gözlem süresi gerekebilir ve yalnızca geriye dönük bakıldığında tanı konabilir.

Biz tartışmamızı şimdiye kadar nispeten göze çarpan, belirli bir çerçevede ve iyice tanımlanmış nöbetsel ataklarla sınırladık ve vurgulamak açısından da neredeyse şematik açıklıktaki vaka örnekleri seçtik. Pratikte, gözlenen belirtiler ve hastanın anlattığı öykü migrene özgü kitabi belirtilere pek uymayabilir. Kırıklıktan biraz daha yoğun olan ataklar hafif viral hastalık gibi düşünülüp geçiştirilebilir. Duygu ve bilinçte değişimlerle karakterize durumlar –hafif uyuşukluk hali ve depresyon– tümüyle duygusal reaksiyon olarak ele alınabilir. Hem viral hastalık hem de duygusal reaksiyonlar gerçekten de, migrene özgü olmadan ancak migren sırasında ortaya çıkabilen pek çok klinik belirtiyi paylaşabilir ve daha spesifik belirtiler ya da atak verileri ortaya çıkmadıkça ayırıcı tanı netleşmez.

"Tanı koyma"nın keskin ve yapay sınırlarının dışında, migren teriminin tanımının kırılma noktasına kadar uzandığı bir anlamsal belirsizlik bölgesine gireriz. Merkezde, açık ve tartışmasız olarak basit migren yer alır. Bunun çevresine de belirtileri değişik şekilde olan, çeşitli parçalar, bozukluklar ve toplanmalar içeren farklı migren yapılarının yer aldığı migren eşdeğerlerini koyabiliriz. Bunun yanı sıra yandaş ve analog olan ve deyim yerindeyse migren için görev yapan reaksiyonların oluşturduğu gölgeli bölgeyi de göz önüne almalıyız.

Merkezde sıkı ve açık seçik yer alan migren, dışarı doğru yayılarak çevresini yoğun bir yandaş fenomenler kümesinin sardığı bir alana ulaşır. Buradaki yegâne sınırlama, hastalığı açıklıkla sınıflandırmak ve klinik olarak hareket etmek zorunda oluşumuzdur. Konunun kendisinde böyle bir sınırlama yoktur, bu sınırları biz koyarız.

3. *Migren Aurası ve Klasik Migren*

Giriş

Şimdi bu kitaptaki en kapsamlı, en ilginç bölüme – migrenin tam kalbinde ne yattığını öğrenmek için düşünmemiz gereken yere geliyoruz; işte migrenin gizlerinin ve harikalarının dünyası:

> Bizde olmayan ama arayıp durduğumuz harikaları içimizde taşıyoruz: İçimizde tüm Afrika ve onun mucizeleri var...

Sir Thomas Browne'nın bu sözleri migren *aura*sına tamamen uyar: İçimizde gerçek Afrika mucizeleri var; burada insan, deneyimleri, keşifleri ve yansıtmaları ile tüm bir dünyanın haritasını, yani kendi kozmografisini çizebilir.

Migren aurası başlı başına bir kitabın konusudur ya da en azından, Liveing'in dediği gibi, eğer migren hakkında bir kitap yazılacaksa, kitabın kalbini migren aurası oluşturmalıdır. Ancak şaşırtıcı olan bunun tam tersinin olmasıdır; kimse Liveing'den beri auraya gereken önemi vermemiştir; kitap ne kadar güncelse o kadar az yer verilmiştir. Kullandığımız sözcükler –*basit* migrene karşı *klasik* migren (*klasik* terimi aurası olan anlamındadır)– auranın *nadir* ve gizli olduğunu ima etmektedir.

Her şeyden önce bu gerçekçi değildir, soruşturma sonuçları hedeften uzak düşer ve aptalca varsayımlar hedefi şaşırtır. Alvarez gibi ileri görüşlü gözlemciler hekim olarak yetmiş yılın deneyimini de koyarak auranın her zaman düşünülenden, daha doğrusu migrenle ilgili her şeyden daha yaygın olduğunu düşünmüşlerdir. Bu konuda ben de tamamen aynı görüşteyim.

Aşağıdaki genel noktalar bize uygun bir giriş sağlayabilir.

Auranın kendisi nadir olmamakla birlikte hakkındaki tanımlamalar oldukça nadirdir; auranın yeterli tanımlamaları yaşamsal önemde gereklidir, çünkü bu olgu, yalnızca migren konusunu değil, beyin ve zihnin en gerekli ve en kökten mekanizmalarını aydınlatmada büyük yarar sağlar; iyi tanımlama elde etmek zordur çünkü birçok aura olgusu son derece tuhaftır, öyle ki dilin gücü anlatmaya yetmez, bu esrarengiz ve ürkütücü şeyin yalnızca düşüncesi bile zihni çekingenliğe ittiği için iyi tanımlama yapmak zorlaşır.

Liveing bu duruma ilişkin hiçbir çözümleme yapmadı, ama onu çarpıcı bir biçimde vurgulamaktan da geri kalmadı; aura ne kendisinin ne de hastalarının üstesinden gelebileceği tuhaf ve anlaşılmaz bir engel oluşturuyordu. Sonuçta tek söyleyebildiği, "bu hastalığı çeken, atağı konuşmaya ya da düşünmeye dayanamayan ve ona korkuyla yaklaşan hastalar vardır; ne var ki bu korkunun atak sırasında çektikleri acıyla ilgisi olmadığı açıktır" oldu. Migren aurasında kavranamaz ve ifade edilemez bir şeyler olduğu anlaşılıyor: Bu anlaşılmazlık onun tam merkezinde, kalbinde yatar.

Aura terimi yaklaşık iki bin yıldan beri bazı epileptik nöbetlerden hemen önceki duyusal halüsinasyonları açıklamak için kullanılmıştır.[10] Yaklaşık yüz yıldan beri de, belli bazı atakları –klasik migreni– başlatan benzer belirtileri açıklamak için kullanılmış, bazen de migren atağının tek belirtisi olarak kabul edilmiştir.

Bu auraların bileşenleri olarak bazen ani oluşlarını ve şimdiye kadar tartıştığımız her şeyden farklı boyutlarda bir keskinliğe ve tuhaflığa sahip belirtilerini göz önüne alacağız. Gerçekten de, eğer auranın ardından vasküler baş ağrısı, bulantı, yaygın otonomik rahatsızlıklar vb. gelmiyorsa, onun migrenöz yapısını saptamamız çok güçleşebilir. Hastalar birkaç dakika süren izole

10 Bu terimin kökeni ve orijinal anlamı Gowers tarafından şöyle açıklanmıştır: "Aura sözcüğü ilk kez, Galen'in hocası Pelops tarafından, birçok atağın başlangıcındaki durum –elde ya da ayakta başlayan ve başa doğru çıkan bir his– için kullanılmıştır. Ona hastalar tarafından tarif edilen 'soğuk buhar' hissi nedeniyle gerçekten öyle olabileceğini düşünmüştür; o zamanlar damarların hava içerdiğine inanılıyordu. Bu yüzden ona 'tinsel duman' adını vermiştir."

bir aura yaşıyor ve bunu baş ağrısı ya da iç organsal rahatsızlıklar takip etmiyorsa bu gibi zorluklar ortaya çıkabilir. Bunlar Gowers'ın belirttiği gibi çok şaşırtıcı, önemli ve yanlış anlamaya yatkın vakalardır.

Bu belirsizlikler tarihsel bir ikiye bölünmeye neden olmuştur, bu yüzden migren aurası ve migren baş ağrısı konuları bu iki olgu arasında herhangi bir bağlantı kurmadan yüzyıllarca ayrı ayrı ele alınmışlardır.

Migren aurası belirtileri oldukça çeşitlidir ve yalnızca basit veya karmaşık duyusal halüsinasyonları kapsamakla kalmaz aynı zamanda yoğun afektif durumları, konuşma ve algılama bozuklukları ya da kusurlarını, yer ve zaman tanımama durumlarını ve çeşitli düşsel, çılgınlık eşiği ve trans hallerini de içerir. Eski tıbbi ve dini yayınlar "hayal", "trans", "değişim" vb. gibi sayısız referanslar içermektedir ancak bunların çoğunun yapısı bizim için bir muammadır. Pek çok farklı durumlar benzer belirtiler gösterebilir ve çok karmaşık bazı olgular epileptik, felç yapıcı, toksik ya da migrenöz olabilecekleri gibi histerik, psikotik, düşsel ya da uyku verici yapıda oldukları da söylenebilir.

Tek bir kayda değer istisna olarak Hildegard'ın (1098-1179) tamamen migren yapısında olan hayallerinden söz edebiliriz. Bu konuya Ek 1'de değinilmiştir.

Bu gibi görsel olguların görüldüğü ayrı ayrı anlatılar Ortaçağ boyunca devam etmiştir, ancak görsel olanların dışındaki aura olgularının kaydedilmesi ve bu tür bulgularla migren arasında *açık* bir ilişki olduğunun anlaşılması için altı yüz yıl geçmesi gerekmiştir.

Şimdi anlatılacak olan üç vaka on dokuzuncu yüzyılın başlarında yazılmış ve Liveing tarafından aktarılmıştır; migren aurasının görsel (skotom), dokunsal (parestetik) ve konuşmayla ilgili (afazik) tiplerini de içeren pek çok ana özelliklerini gösterir. Burada parantez içinde belirtmemiz gereken şey auranın en iyi tanımlarının –on ikinci yüzyılda Hildegard, içinde bulunduğumuz yüzyılda Lashley ve Alvarez gibi– kendileri de klasik migren hastası olan ya da izole migren aurası yaşayan araştırmacıların iç gözlemlerine dayanarak yapılmış olmasıdır.

... Sık sık ani görme kaybı yaşıyordum. Genel görüşüm etkilenmedi ancak herhangi bir nesneye gözlerimi diktiğimde onu sanki kahverengi bir şeymiş, opak bir nesneymiş gibi, gözlerimin arasına yerleşmiş ve belli belirsiz görüyordum ya da bazen hiç görmediğim de oluyordu...

Bu birkaç dakika devam ettikten sonra görüntü, alt ya da üst ucu zikzak şeklindeki bir ışık ile sınırlanarak ve yukarıya doğru dik açılar yaparak ışıldıyordu. Bu ışıldama her zaman tek gözümde oluyordu; ancak bir nesneye ister tek gözle ister iki gözümle baktığımda hem ışıldama hem de sisli görme hep vardı... Sis ve ışıldama yirmi dakika, bazen yarım saat kadar sürüyordu... Hiçbir zaman baş ağrısı yapmıyor ama genellikle midemde geğirme yaratan bir kıpırdanma ile devam ediyordu. (Parry)

Dilimin ucunda, yüzümün tek tarafında, el ve ayak parmaklarımın ucunda başlayan karıncalanma yavaş yavaş omurgam boyunca ilerliyor ve yeniden ilk başladığı yere gelip orada düzeliyor... Ellerdeki bu heyecan verici duygu görsel hayalin dalgalanmalarını akla getiriyor. (Piorry)

Bir çeyrek saatlik bir körlükten sonra sağ elinin serçe parmağında, tam parmak ucunda başlayan, giderek bütün eline ve koluna yayılan, bu bölgelerde hiç güç kaybı olmaksızın tam bir duyu kaybıyla devam eden bir uyuşma hissediyor. Bu uyuşukluk daha sonra başının sağ tarafına geçiyor ve buradan da aşağıya, midesine doğru yayılıyor. Başının sağ tarafı uyuştuğunda hasta, baskı duyuyor ve zihni kısmen karışıyor, sorulara yavaş ve karmaşık yanıt veriyor, konuşması oldukça etkileniyor ve uyuşma midesine indiğinde bazen kusuyor. (Abercombie)

Karıncalanmanın ortaya çıktığı bölgeler (dil, el, ayak) ve çevreden merkeze doğru yayılması ilk gözlemcilere *aura epileptica*'yı anımsatmış ve 1863 ve 1865 yılları arasında yazdığı yazıda Liveing'in bu iki ayrı olgu için kesin bir ayrım yapmasını sağlamıştır. Bu noktada artık migren aurasının tarihi değeriyle ilgili daha fazla şey söylememize gerek yok; belirtilerin olası temellerine değineceğimiz bölüme geldiğimiz zaman (Üçüncü Bölüm) eski makalelere döneceğiz.

Şimdi yapacağımız şey, ortaya çıkabilecek bütün aural belirtilerin sistematik olarak düzenlenmesi olmalıdır. Çok çeşitli

olduklarından bu belirtileri bazı genel başlıklar altında değerlendirmeliyiz:

a) Özgün görsel, dokunsal ve diğer duyusal halüsinasyonlar.
b) Duyusal eşiğin ve uyarılmanın genel değişimleri.
c) Kasların kasılma yeteneği (tonus) ve bilinç düzeylerindeki değişimler.
d) Ruh hali ve duygu değişimleri.
e) Yüksek birleştirici fonksiyon bozuklukları: Algı, kavrama, bellek ve konuşma fonksiyonları.

Bu sınıflama tartışmayı basitleştirmek için yapılmıştır. Aslında ortak hiçbir özellikleri yoktur. Basit migrende olduğu gibi migren aurası da yapısal olarak bir karışımdır ve çeşitli olası bileşenlerin bir araya gelmesiyle oluşmuşlardır. Kıvılcım saçan tarzda bir skotomda olduğu gibi rastgele yapılan bir tanımlama tek bir belirtiye karşılık gelse de, hastanın ayrıntılı sorgulanması durumun daha da karmaşık olduğu sonucunu ortaya koymakta, gizli kalmış ve tanımlaması güç bazı olguların da eşzamanlı olarak ortaya çıktığı anlaşılmaktadır.

Auranın bileşenlerini yalnızca açıklamak amacıyla tek başına ele aldığımızı anımsayarak, öncelikle onları birer birer sınıflandırma yoluna gideceğiz. Bunun ardından, auraların karmaşık ve bileşik yapılarını gösteren bir dizi vaka öyküsüne yer vereceğiz.

Özgün Duyusal Halüsinasyonlar: Görsel

Migren aurası sırasında kayda değer çeşitlilikte görsel halüsinasyonlar saptanabilir.

En basit halüsinasyon, görme alanı boyunca izlenebilen parlak yıldızların, kıvılcımların, şimşeklerin ve basit geometrik şekillerin görülmesidir. Bu tip, kapalı gözde oluşan ışıklar genellikle beyazdır ancak parlak renklerde de olabilirler. Sayıları birkaç yüzü bulabilir ve görme alanı boyunca yayılabilirler. (Hastalar genelde bunları radar ekranındaki sinyalin yanıp

sönmesine benzetirler.) Bazen tek bir ışık şu vakada olduğu gibi diğerlerinden ayrılabilir (Gowers, 1892):

> Yarım görme alanı kaybının öncülük ettiği baş ağrıları olan hasta ne zaman parlak bir ışığa baksa gözlerinin önünde pırıl pırıl yıldızlar gördüğünden yakınmakta; bazen bu yıldızlardan birisi diğerlerinden daha parlak olarak görme alanının sağ alt köşesinden başlayıp, bütün alanı bir saniye içinde, bazen de daha yavaş geçerek sol köşeye ulaşınca hareketli ve parıltılı bir mavi alan bırakarak parçalanmaktadır.[11]

Bazen de görme alanında, belli bir yörüngede oraya buraya hareket eden, sonra ardında bir körlük ya da parıltı izi bırakarak aniden kaybolan tek ve ayrıntılı bir ışık ortaya çıkabilir (Şekil 2A). Bu tür ışıklı hayallerin en iyi tariflerini Gowers'ın bu konuda yazdığı pek çok makalede bulabiliriz (1904).

> ... Başka bir vakada atak sırasında değişmeden kalan yıldız benzeri bir şekilde dairemsi bir hareket görüldü. Genellikle görme alanında yatay çizginin hemen altında sağ kenarda yer alan, altı uçlu yaprak şeklinde, kırmızı ve mavi renk veren bir hayaldi... yavaşça sola ve yukarı doğru hareket ederek, sabit noktayı geçip orta hattın biraz ucuna kayıyor sonra başladığı noktaya geri dönüyordu; bu rotayı bir ya da iki kez çizerek, görme alanının sağ kenarına geçiyordu... bu şekilde, iki ya da üç kez aynı şeyi tekrarladıktan sonra aniden kayboluyordu... hasta gözlerini açtığında yalnızca bu ışınsal yayılımın geçmediği alanda görebiliyordu.

Bu gibi ışık hayalleri görme alanının bir yarısına ya da bir çeyreğine yerleşseler de, (yukarıda anlatılan vakadaki gibi) genellikle orta hattı geçmezler; hızla hareket eden hayaller daha çok iki tarafta görülürler. Bazen ışıklı hayaller hasta tarafından tanıdık görüntüler olarak ayrıntılarıyla açıklanır ya da yorumlanırlar;

11 Bu vaka, 8. Bölüm'de ayrıntılı olarak tartışılacağı üzere, ışığın çeşitli migren auralarını uyarma yönünde özgül bir kapasitesi olduğunu göstermektedir.

Selby ve Lance'in hasta grubundan bir hasta görme alanının bir çeyreklik kısmında hareket edip duran dik kuyruklu, kokarcaya benzer bir hayal tanımlamıştı.[12]

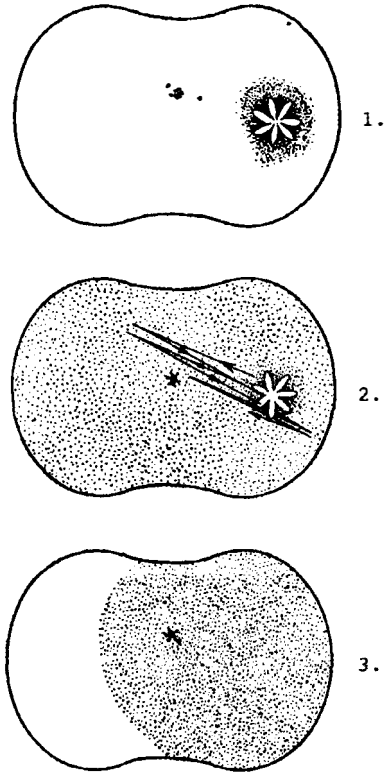
Sıklıkla rastlanan diğer basit halüsinasyonlar hastaların suda rüzgârın titreşimi ya da ıslanmış ipek kumaştan bakmaya benzettikleri, görme alanında küçük dalgalanmalar, titremeler ve dalgalanmalar şeklindeki hayallerdir (bkz. Şekil 5A ve 5B).

Basit ışıklı hayallerin geçişi sırasında ya da sonrasında bazı hastalar, gözlerini kapattıklarında mozaikleri, bal peteklerini, Türk halılarını vb. ya da hareli yapıları çağrıştıran kafesli, göz göz ve parça parça desenlerin baskın olduğu şekiller gözlemekte, bir görsel karışıklık ya da çılgınlık yaşamaktadırlar. Bu görüntüler ve basit hayaller çok parlak, renkli, çok kararsızdır ve ani kaleydeskopik şekillere dönüşme eğilimindedirler.

Bu çabuk gözden kaybolan, çırpıntılı hayaller genellikle görsel auranın ana bölümünün başlangıç kısmından öte bir şey değildir. Pek çok vakada hasta görme alanında *migren skotomu* denilen, uzun süren, ayrıntılı bir hayal görmektedir. Daha betimleyici sıfatlar da kullanılabilmektedir: Skotomların şekli (ve rengi) bizi migren *spektrum*undan söz etmeye yönlendirmiş, sınırlarının yapısı surlarla çevrili bir kentin duvarlarından esinlenerek *fortifikasyon spektrumu* (veya takopsiya) teriminin kullanılmasına yol açmıştır. *Parıldayan skotom* terimi tipik parlak migren spektrumunun parıltısını anlatmaya yardımcı olur ve *negatif skotom* terimi de parıldayan skotomu izleyen bazen de onun öncüsü olan kısmi ya da tüm körlüğü açıklamak için kullanılır.

Migren skotomlarının çoğunluğu tek bir görsel yarı alanda yer alan sabit nokta yakınındaki ani parlak ışıldama şeklinde oluşur; buradan skotom giderek genişleyerek dev bir hilal

12 Hughlings Jackson fizyolojik olarak anormal dönemlerde basit halüsinasyonlardan ayrıntılı hayallerin ortaya çıkma eğilimi üzerine yaptığı yorumda şöyle der: "Sağlıklı bir erkek hasta göz içinde yerleşen noktaların film şeridi gibi hareket eden beneklere dönüştüğünü söylemiştir. Ancak (deliryum tremensde olduğu gibi) kişiliği çözülmeye uğruyorsa bu hayal çözülmenin ilk aşamasıysa, sonraki aşamada fare ve sıçanlar görmeye başlayabilir. Kabaca deyişle benekler, sonradan bu hayvanlara dönüşmüştür."



Şekil 2A: Migren skotomunun çeşitleri. Gowers'tan değiştirilerek (1904). **Hareketli yıldızsal spektrum.**

ya da nal şeklini alıp yavaş yavaş görsel alanın kenarına doğru hareket eder. Hayali parlaklığı kör edici şiddettedir – Lashley'e göre öğle güneşindeki beyaz bir yüzeyin parlaklığına benzer. Bu parlaklığın içinde skotomun saçakları arasında yoğun, saf renk oyunları olabilir ve bu saçakların arasından görülen nesneler çok renkli, yanardöner şekiller oluşturabilirler. Skotomun dışa uzanan kenarı güçlendirilmiş spektrum terimini doğrulayacak şekilde iri, zikzaklı bir görünüm alabilir (Şekil 2B); bu kenarlar ışıltılı açılara ve birbiriyle kesişen daha küçük çizgilere dönüşerek kırılırlar. Bu *kıvırcık saç* şekli Lashley'in çizimlerinde gayet güzel gösterilmiştir ve skotomun alt bölüm-

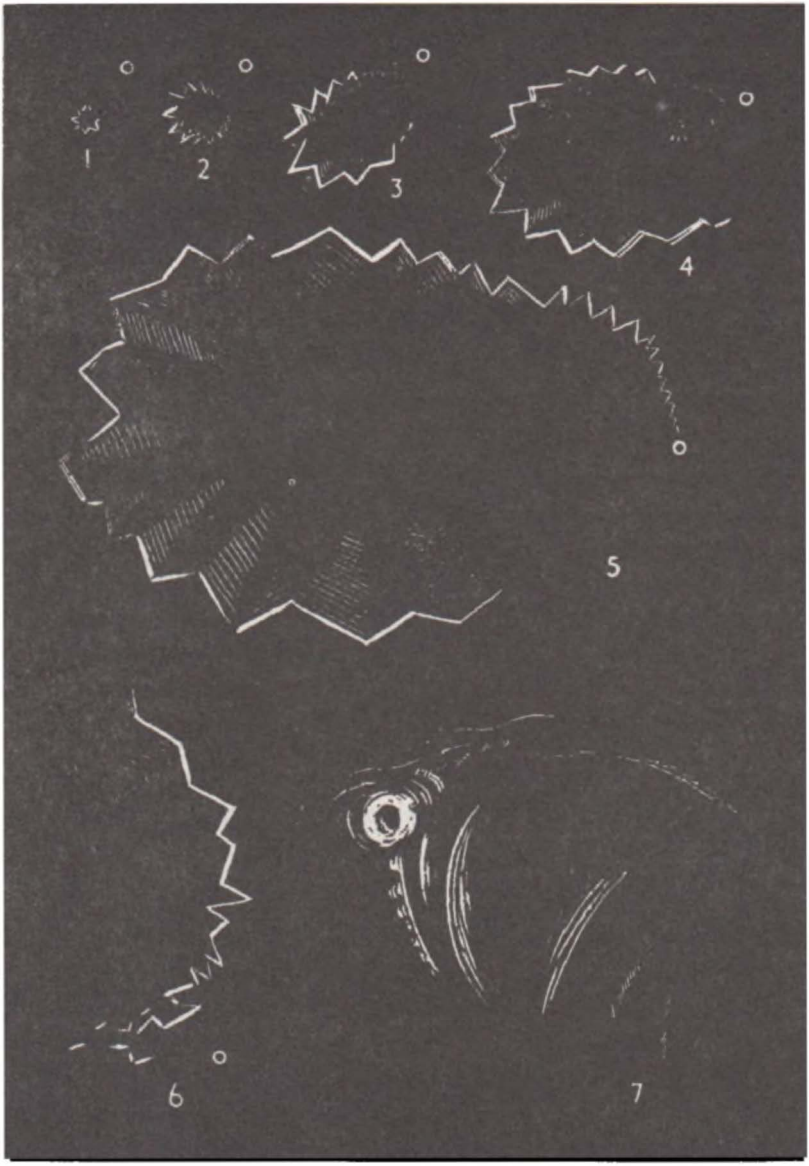
lerinde daha da kalınlaşmaktadır. (Şekil 3A) Skotomun ışıltılı bölgelerinde tipik olarak kabarcıklı bir kaynama hareketi görülür: Bu durum on dokuzuncu yüzyıla ait bir yazıda canlı bir anlatımla tanımlanmıştır.

> ... güneş ışığında su yüzeyinde küme halinde yayılan küçük su böceklerinin hızlı dairesel hareketlerini andıran bir etki yaratır...

Parıldama hızı titreme-sönme sıklığının altında olmasına karşın sayılamayacak kadar süratlidir; dolaylı yöntemlerle saptanabilen hızı saniyede 8 ile 12 parıldama arasındadır. Parıldayan skotomun sınırları az çok sabit bir hızla genişlemekte ve sabit noktanın yakınından görme alanının kenarına kadar ulaşması genellikle 10-20 dakika sürmektedir (Şekil 3B).

Belki de migren skotomuna ait en ayrıntılı tanımlamalar ve çiziler Airy (1868) tarafından yapılmıştır; bunlar hem Liveing hem de Gowers tarafından yayımlanmışsa da, bir kez de buraya almakta bir mahzur görmüyoruz. Airy'nin skotomlarının aşamaları Şekil 2B'de gösterilmiştir.

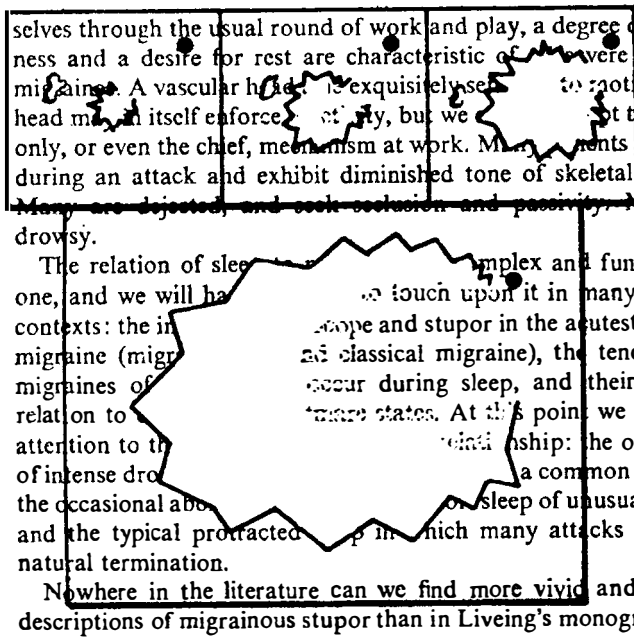
> Parlak yıldızımsı nesne, açılı küçük yuvarlak, aniden alanın birleşme yerinde bir köşede ortaya çıkıp ... önce dairesel bir zikzak gibi hızla genişliyor, ama iç kısımda orta hatta doğru düzgün hatları soluyor ve büyüklüğü arttıkça dış kısımda kırılmalar oluyor, genişledikçe aradaki boşluk artıyor ve ilk baştaki dairesel şekil ovalleşiyor. Bu şekil görme alanının kenarında kabaca yoğunlaşır gibi oluyor... dış kısmını oluşturan çizgiler dik ya da geniş açılar yaparak birleşiyordu. Bu açı yapmış oval şekil yarı alanın büyük kısmına yayılınca üst kısmı genişliyordu; sabit noktanın tam yakınında sonunda bir güce karşı koyuyor gibi yapıyor... böylece üstte bir çıkıntı oluşuyor ve açısal bölümler genişliyordu... Bu son evreden sonra gölgenin alt dış kısmı yok oluyordu. Merkez yakınındaki bu son genişleme hızla artıyor ve sanki uçuşan ışıklar saçan bir girdapla sonlanıyordu. Her şey bittikten sonra da baş ağrısı başlıyordu.



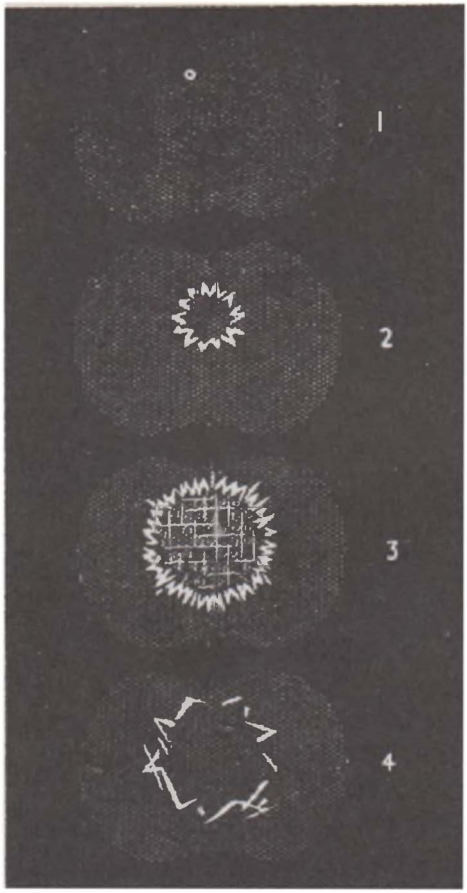
Şekil 2B: Migren skotomunun çeşitleri. Gowers'tan değiştirilerek (1904).
Genişleyen açılı spektrum. (Airy, 1868)

Başka yerlerde Airy, hızla "kabaran ve titreyen hareketlilikten" ve skotomun "güçlendirilmiş" ("takopsiya" terimini önermiştir) dış çizgilerinden söz etmektedir; şekillerin "harika renkli kenarları" onun dayanılmaz baş ağrısının habercisidir.

Parlak skotomun sınırları, tam körlüğün hilal gölgesiyle çevrelenir, bunun da gerisinde yani görsel uyarılmanın onarılma sürecinde olduğu yarı aydınlık yarı karanlık bir bölge yer alır. (Şekil 2C ve 3A). Airy zaman zaman, esas skotomu birkaç dakikayla takip eden, sabit nokta yakınındaki görsel uyarılmanın onarımından hemen sonra ortaya çıkan ikinci bir parıldayan odak olduğunu da kaydeder (ve bu belirti pek de ender değildir).


selves through the usual round of work and play, a degree
ness and a desire for rest are characteristic of severe
migraine. A vascular h
head m
only, or even the chief, mechanism at work.
during an attack and exhibit diminished tone of skeletal
drowsy.
The relation of slee
one, and we will ha
contexts: the i
migraine (migr
migraines of
relat on to
atten tion to th
of in tense dro
the occasional abo
and the typical protracted
natural termination.
Nowhere in the literature can we find more vivid and
descriptions of migrainous stupor than in Liveing's monogr

Şekil 2C: Migren skotomunun çeşitleri. Gowers'tan sonra (1904).
Genişleyen negatif skotom.



Şekil 2D: Migren skotomunun çeşitleri. Gowers'tan alınmıştır (1904).
Merkezin hemen dışındaki spektrum.

Migren skotomlarının en sık görülen serisi (Gowers'ın genişleyen açılı spektrumu) böyledir; bu seride pek çok önemli varyasyonlar da ortaya çıkabilir; eksiksiz bir skotom kuramı için bunların varlığı mutlaka dikkate alınmalıdır. Skotomların hepsi sabit nokta yakınlarında başlamaz, pek çok hasta ısrarla, bir kısmı da bazen skotomların görme alanının dışında ya da çevresinde oluştuklarını bildirmektedirler (Gowers'ın merkezden çevreye genişleyen spektrumu). Genişleyen skotom sırayla ya da eşzamanlı olarak her iki yarı alanda ortaya çıkabilir; sırayla ortaya çıkıyorsa, saatler süren aura "dönemini" başlatabilir. Her iki yarı alanda da eşzamanlı olarak görülen



Şekil 2E: Migren skotomunun çeşitleri. Gowers'tan alınmıştır (1904). **Gökkuşağı spektrumu.**

iki taraflı –Gowers'ın santral (merkezi) ve perisantral (merkez çevresi) spektrumları– olan skotomlar kuramsal olarak (ve de estetik açıdan) önemlidir (Şekil 2D). Bu tip skotomların varlığı migren aurasının temelinin tek taraflı ve bölgesel bir süreç olduğunu öne sürenler için ciddi bir sorun oluşturur. (bkz. 10. ve 11. Bölüm).[13] Parlak veya negatif skotomun şekli yalnızca merkezi değil çeyrek daire şeklinde ya da düzensiz dağılımlı veya yükselmiş olabilir. Göze hoş gelen bir şekil de görme alanında merkezi ve iki taraflı yerleşmiş, kemer biçimindeki spektrumdur (Şekil 2E); Gowers bunları perisantral spektrumun parçaları olarak görmektedir. Bu tip bir spektrum yaklaşık iki bin yıl önce Aretaeus tarafından tanımlanmış ve görünüş olarak gökkuşağına benzetilmiştir.

Negatif skotom genellikle parıldayan skotomu izler ancak bazen de öncülük eder ve bazen de onun yerini alır. Bu son olay, bütün kortikal körlük belirtilerinde olduğu gibi tesadüfen sap-

13 Gowers merkezi negatif skotomdan söz ederken; "Bu gibi merkezi kayıplar o kadar simetriktir ki bir yarı küredeki olası fonksiyon bozukluğunu açıklamak hemen hemen olanaksızdır. Bu durum yalnızca... her iki yarı kürede kendiliğinden oluşan, mükemmel simetri gösteren fonksiyonel bir engellenme ile açıklanabilir" der.



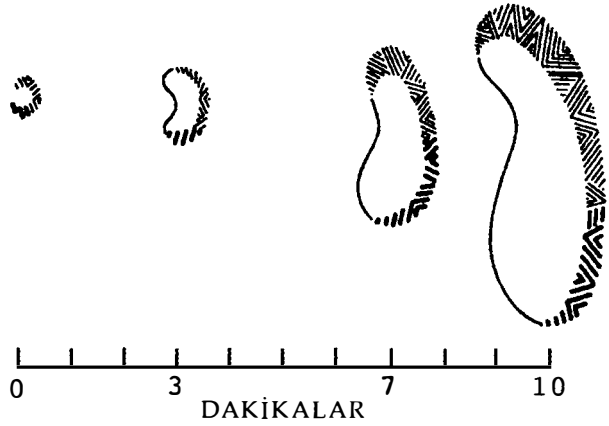
Şekil 3A: Parıldayan skotomun yapısı ve rotası. Lashley'den (1941). Skotomun dış sınırında kesişen çizgilerin oluşturduğu düzgün yapı (*kıvırcık saç* görüntüsü).

tanabilir, örneğin aniden yüzünün ikiye bölünmesi ya da bir sayfadaki yazıların ya da şekillerin birdenbire kaybolması gibi. Bazı iyi gözlemci hastaların negatif skotomun doğuştan bir özelliği olarak ortaya çıkan özel bir "göz kamaştıran" niteliğinin olduğunu söylemeleri de önemlidir. Liveing tarafından alıntılanan eski bir tanımlamada denir ki:

> ..."Görme yetim aniden, bir tarafta diğerinden daha fazla olmak üzere, sanki güneşe bakmışım gibi bozuluyor."

Parıltının parlaklığının yarattığı "kör edici" nitelikle bu "göz kamaştıran" niteliği karşılaştırmamız gerekir. Buradaki kuşku, görüş alanı ve görsel uyarılmanın ortadan kalkmasının birincil olay olmayıp beynin görme alanı dışındaki bölgelerinde etkili olan bir uyarılmanın sonucu olabileceği düşüncesinden doğmaktadır. Bu varsayım üzerinde daha sonra duracağız, ancak şimdi bu tür bir uyarılmaya işaret eden tanımlamaları gözden geçirelim:

> *Vaka 67:* Çocukluğundan beri klasik migren ve tek başına migren aurası atakları geçiren 32 yaşındaki doktor hasta. Her zaman bir çeşit analeptik uyarılmanın öncülük ettiği negatif sko-



Şekil 3B: Parıldayan skotomun yapısı ve rotası. Lashley'den (1941). Görme alanındaki skotomun genişlemesi ve evrimi.

tom geçiriyor. Hastanın kendi deyişiyle: "Sanki heyecanlanmışım gibi, amfetamin almışım gibi bir duyguyla başlıyor. Bana bir şeyler olduğunu hissediyor ve etrafa bakmaya başlıyorum. Acaba ışıkla ilgili bir sorun mu var diye merak ediyorum. Sonra görme alanımın bir bölümünün kısıtlandığının farkına varıyorum."

Burada negatif skotomun yoğun analeptik uyarılma sırasında ve ona rağmen oluştuğunu görüyoruz; diğer hastalarda ise tam tersi yoğun uyku haliyle birlikte olan parıldayan skotom görülmektedir. Bu tür vakalarda *uyarılma ve engellenmenin paradoksal olarak bir arada oluşu* söz konusudur.

Dokunma

Görsel bulgulara dayanarak yapılan gözlemlerin çoğu migren aurasının dokunmayla ilgili halüsinasyonlarına uyarlanabilir. Olumlu (parestetik: uyuşmalı) ya da olumsuz (anestetik) halüsinasyonlar olabilir. Parestezinin kendine özgü görsel parıltılar-

la aynı sıklıkta olan zonklama ya da titreşme özellikleri vardır. Dokunma halüsinasyonları görsel belirtilere oranla daha az görülmekle birlikte skotom ile bir arada yer alabilir, onların öncüsü ya da izleyeni olabilir ya da skotom yokluğunda ortaya çıkabilirler. Ancak bu durum aynı hastada yineleyen ataklarda bile sabit değildir.

Bu halüsinasyonlar kendilerini en çok, dokunma alanının en uyarılabilir ve en yaygın olduğu ağız, dil ya da el ve daha az olarak da ayak gibi kısımlarında gösterirler, çünkü skotom genellikle, görme alanının makula bölgesiyle ilişkili olarak ortaya çıkar. Çok ender olarak da sırtta, kalçada ya da dokunma alanının diğer bölgelerinde halüsinasyonlar ortaya çıkabilir.

Hafif ya da çabuk geçen parestezi başladığı noktada sabit kalabilir; ama daha çok çevreden merkeze doğru yani kol ve bacakların uçlarından içlerine doğru yayılabilir. Bu yüzden bunları Jacksonien tipteki epilepsi aurasıyla karşılaştırmak, aradaki iki önemli farkı anımsamak koşuluyla, tümüyle elverişlidir. Migren parestezisinin merkeze doğru dağılımı aynen parıldayan skotomda olduğu gibi epilepsideki karşılığından daha yavaştır ve tek bir yayılma dalgası 20-30 dakika sürer. Yineleyen parestezi döngüleri birbirlerini saatler sonra izlerler ya da migren "nöbeti"ndeki skotom döngüleriyle yer değiştirirler. İkinci olarak, vakaların çoğunda tek taraflı olarak başlayan epilepsi auralarının aksine migren aurasındaki parestezi vakaların yarısından fazlasında *iki taraflı* olarak başlar ya da sonradan iki taraflı olur. İki taraflılık özellikle dudaklar ve dildeki parestezi için geçerlidir. Hatta, eğer güvenilir bir tanık aura belirtilerinin bir taraftan diğer tarafa hiçbir zaman geçmediğinde ısrar ediyorsa migren tanısından kuşku duymamız gerekebileceğini söyleyecek kadar ileri gidebiliriz. (Bkz. Vaka 26).

Migrenöz parestezi, ya vücut yüzeyinin komşu bölgelerine doğrudan (dokunma alanı) geçerek ya da dokunma alanı içinde farklı bir bölgedeki ayrı ve yeni bir odakta başlayarak iki şekilde yayılabilir.

Diğer Duyusal Halüsinasyonlar

Migren aurasında diğer duyulara ait halüsinasyonlar oldukça nadirdir. İşitsel halüsinasyonlar genellikle işitme kaybı ya da azlığının izlediği ya da öncüsü olduğu tıslama, guruldama veya gürleme sesleri şeklinde olur. Koku halüsinasyonları bana birkaç hasta tarafından tarif edildi: Çoğunlukla yoğun, kötü, tuhaf bir şekilde tanıdık ama tanımlanamayan bir kokudur ve beynin derinliklerinden kaynaklanan nöbetlerdeki belirtileri anımsatır şekilde bir *déjà vu* duygusu verir, anısı olan bir şeymiş gibi algılanır. Tat halüsinasyonları özel duyu halüsinasyonları içinde belki de en az rastlananlardır.

Migren aurası sırasında iç organlarda ve karnın üst kısmında çeşitli belirtiler ortaya çıkabilir. En sık görüleni iyi gözlemci hastaların baş ağrısı vs. ile birlikte olan bulantıdan ayırt edebildikleri yoğun bulantı duygusudur.

Diğer hastalar karnın üst kısmında, göğüste ortaya çıkan boğaza doğru yükselen, sıklıkla geğirme ve zorlu bir yutkunmanın eşlik ettiği değişik belirtiler hissedebilirler –benim bir hastam midesinde "titreşen kablolar"a benzer bir belirti duyuyordu (Vaka 19).

Hareket halüsinasyonları iki şekil alabilir. Nadir görülen, Gowers'ın "motor duygusu" adını verdiği durumda, aslında hiçbir hareket yokken hasta bir organının hareket ettiğini ya da duruşunun değiştiğini hissedebilir. Daha yaygın ve belki de tüm migren aurası belirtileri arasında en dayanılmaz olanı sersemletici ve üstesinden gelinemeyen bulantı ve kusmanın eşlik ettiği ani ve yoğun baş dönmesidir. Aşağıda Liveing'e ait, migrenin akla gelen tüm belirtilerinin görüldüğü talihsiz Bay A'nın anlatıldığı bir tanımlama yer alıyor:

> Onun migren nöbetleri genellikle körlükle başlar; baş dönmesi hafif ve istisnaidir. Bir iki durumda esas nöbetin yerini alan kısa süren yoğun vertigo atakları yaşamıştır. Bir sabah uyandığında hareket etmeden ve yataktan kalkmadan önce odadaki tüm eşyaların sağdan sola dairesel olarak inanılmaz bir hızla döndüğünü görerek panik olmuştur... ki bu pek az rastlanan bir

görsel vertigodur.... Gözlerini kapatıp kaskatı yattığında bu atağı da normal nöbetlerinde karşılaştığı körlük atağına uyan bir sürede sona ermiştir.

Migren Halüsinasyonlarının Sahte Nesnelliği

"Halüsinasyon" terimini migren aurası sırasında ortaya çıkan duyusal deneyimleri açıklayabilmek için kullandık; bu sözcük bazıları için pejoratif bir anlam taşıyabileceğinden biraz daha açılması gerekir. Halüsinasyon deneyiminin can alıcı noktaları şunlardır: Gerçekle karıştırılabilmeleri ve Konorski'nin deyimiyle "hedef gösterici refleks" denilen bir tepki oluşturmaları (Konorski, 1967, s. 174-181). Rüyalar gerçek halüsinasyonlardır, çünkü gerçekmiş gibi yaşanırlar ve yansıtılmış halüsinasyonları tarayan gözlerin hedef gösterici refleksleriyle birlikte ortaya çıkarlar (paradoksal uykudaki "hızlı göz hareketleri"; [rapid eye movement, REM]). Migren aurasının anormal duyguları rüyadakilerin tersine tamamen uyanıldığında ortaya çıkarlar (alacakaranlık denilen dönemlerde ve uykuda da ortaya çıkabilirler) ve hastaların pek çoğu onları gerçekle karıştırmamayı öğrenirler. Yine de en deneyimli hastalar bile aura duygularını nesnelleştirme *eğilimi* gösterirler. Parestezisi olan hastalar uyuşan ellerine bakıp ovabilirler. 67. hasta oldukça kültürlü bir doktor olmasına ve negatif skotomlu bir sürü aura yaşamasına karşın migren aurası yaşadığını anlayıncaya kadar odanın aydınlatmasında bir sorun olduğunu düşünüyordu. Pek çok hasta migrenöz titreşim yaşamaya başladığında önce gözlüklerini çıkartıp camlarını temizlemeye başlar. Parıldayan skotom ya da koku halüsinasyonları yaşanmaya başlandığında nesnellik duygusu özellikle çarpıcı olur. Gowers (1904) bu "istem dışı nesnellik duygusu"nun gücü ve inatçılığı konusuna dikkat çekmiş ve özellikle perisantral skotomları olan hastaların gözlerinin üzerinde bir çeşit köşeli taç ya da gökkuşağı gördüklerini iddia ettiklerini bildirmiştir (bir hasta tarafından çizilen örnekte görüldüğü gibi. Şekil 2E). Çok sayıda aldatıcı yapıda migren aurası deneyimi ya-

şamış bir doktor olan 75. hasta, koku aurası yaşamaya başladığı her defasında kokunun nereden geldiğini bulmaya çalışıyordu. l'ek çok şiddetli aurada daha sonra anlatılacağı gibi öznel duygular hastayı tamamen esir almakta ve rüyada olduğu gibi sanki gerçekmiş duygusuna kaptırmaktadır.

Duyusal Eşiğin Genel Değişimleri

Duyuların yaygın şekilde artışı ya da şaşırtmacılığı daha önce açıkladığımız özel duyusal halüsinasyonlara ek olarak ya da onların yerine ortaya çıkabilir. Bu tür değişikliklere basit migren olgusu içinde zaten değinilmişti, ancak migren aurasında çok daha fazla bir yoğunluğa ulaştıklarını da söylemek gerekir.

Bazı hastalar görüş alanlarını kapsayan bir parlaklık gördüklerini tarif ederler. Daha önce hiç parıldayan skotom yaşamamış bir hastama göre: "Sanki odanın içinde birden bin vatlık bir ampul yandı." Buna benzer yaygın görsel uyarılmayı gösteren daha ileri vakalarda böyle zamanlarda oluşan yoğun, uzamış ve bazen de göz kamaştıran görsel ardıl görüntüler oluşur ve böylece gözler kapalıyken görülen parlak görsel imgeler seli ortaya çıkar. Aynı şekilde benzer bir olgu da işitmeyle yaşanır, en hafif sesler aşırı yüksekmiş gibi duyulur ve uzun süren veya durduktan birkaç saniye sonra yeniden başlayan yankılanma olur. Yine, basit bir dokunma abartılı ve dayanılmaz gelir. Bu durum acı veren genel bir duyarlılıktır, hastalar çevrelerindeki duyusal uyaranlar ya da eğer kendilerini çevrelerinden izole tutuyorlarsa içsel imgeleri ve halüsinasyonları tarafından saldırıya uğrarlar. Bu dönemler özellikle baygınlığın görüldüğü şiddetli auralarda, daha çok göreceli ama bazen de kesin olabilen duyu kaybı ile sonlanabilir. Bu tarz bir olgu bize epilepside daha da şiddetli olan duyu kaybını anımsatır, Gowers'ın bir vakasında olduğu gibi: "... bir an her şey sessiz, her yer karanlık oldu sonra bilinç gitti" (bkz. Vaka 19).

Kas Tonusundaki ve Bilinç Düzeylerindeki Değişimler

Bütün migren auraları büyük olasılıkla bir miktar *uyarılma* ile başlar; bu uyarılma çok çeşitli pozitif halüsinasyonlar şeklinde ya da analeptik uyarılmalar şeklinde olabilir (bkz. Vaka 67 ve Vaka 69). Uyarılma dönemlerini migrendeki hiperaktif öncü belirtilerden ayırt etmek oldukça güçtür ve bazen de bu dönemlerdeki tepe noktası olarak karşımıza çıkarlar.

Pozitif halüsinasyonlar negatifler tarafından izlendiğine göre, kas tonusundaki ve bilinçteki genel uyarılmaları –aşırı tetikte olma, gerginlik ve ihtiyatlılık hali– bilinç düzeyindeki ve kas tonusundaki zayıflama izler. Hafif vakalarda, bu durum yalnızca sıkıntı ve neşesizlik olarak kendini gösterir, ağır vakalarda ise tam bilinç kaybı ya da kasılma yeteneğinde neredeyse kataplektik düzeyde azalma görülebilir.

Migrene bağlı bayılma hiçbir zaman *petit mal* atağı gibi ani başlayıp ani bitmez, hasta birkaç dakika süresince baygınlığa geçip, kaybolan yeteneklerini yine giderek artan düzeyde geri kazanır. Bu bağlamda üç evreyi dikkate almamız önemlidir: İlki uyku ve letarji evresi; ikincisi bir çeşit uyuşukluk evresi olup hasta kendini genel olarak hoşa gitmeyen nitelikte düşünmeye ve hayal etmeye "zorlanmış" hisseder, –Liveing bu evrede canlı zorlama hayallere akinezinin (narkolepsiyi anımsatan "uyku felci") eşlik ettiği "feci trans hallerinden" söz eder–; üçüncü evre de tuvaletini tutamama ve bazen de felçlerin eşlik ettiği koma halidir.

Migrendeki baygınlık olayının sıklığını öngörmek olanaksızdır, bir hastada yaşamı boyunca bir ya da iki kere görülebilir ve ortaya çıkış nedeni unutulabilir ya da atlanabilir. Bu nedenledir ki Lees ve Watkins yayımladıkları bu vakayı "basilar (beyin tabanı) migren" olarak adlandırmışlardır:

> 24 yaşındaki kadın hasta periyodik iki taraflı görme bozukluğu ve dudaklarda, dilde ve tek kolda uyuşma ataklarını izleyen frontal baş ağrısı ve baygınlık yaşamaktaydı... Bir keresinde atağın en şiddetli anında bayıldı ve tuvaletini tutamadı.

Şahsen ben de yüzü aşkın migren aurası ya da klasik migreni olan hasta gördüm ve bunlardan yalnızca dördünde düzenli olarak gelişen baygınlık saptadım.

Zaman zaman meydana gelen migren bayılmalarının görülme sıklığı çok daha yüksek olabilir. Selby ve Lance'e göre "(toplam 396 hastadan) 60 hasta baş ağrısı ataklarıyla bağlantılı olarak baygınlık geçirdi"; bu 60'tan 18'inde baygınlığın zararı oldukça fazlaydı ve epileptik nöbeti anımsatan özellikler bu bayılmalara eşlik etti.

Özgül Hareket Bozuklukları

"... epileptik nöbeti anımsatan özellikler": Bu özellikler pek çok hastanın yaşadığı baygınlık ve havale nöbetleridir. Migren atakları sırasında yaşanan bilinç azalması ya da kaybının niteliğini ve sıklığını tartıştık, şimdi araştırmamız gereken bu epileptik tipteki gerçek spazmların ve havalelerin migrenin bileşenleri olup olmadığıdır. Bu tür hareket belirtileri, eğer varlıkları kabul edilecek olursa, epileptik kopyalarından daha nadirdir ve sorgulamamız gereken şey, sıklıkla ve dogmatikçe öne sürülen bir görüş, migrendeki ileri bozuklukların kesinlikle duyusal olduğu iddiasıdır. Kas *spazmına* ilişkin kayıtlara bu konuda özellikle Tissot, Liveing ve Gowers tarafından yazılan klasik makalelerde rastlanır:

> 12 yaşındaki bir kız çocuğu başının sol tarafında gözünü, şakağını ve kulağını tutan şiddetli bir migren ile aniden hastalandı; aynı zamanda aynı taraftaki küçük parmağında başlayan ve diğer parmaklara, ön kola, kola, boyna yayılan sanki karıncalar tırmanıyormuş gibi bir duyguya kapılıp başını spazmodik hareketlerle şiddetli bir şekilde ileri geri sallamaya başladı. Spazm alt çenesini de içine aldı, buna genel bir zayıflık hali de eşlik etti ancak hasta bayılmadı. Bu işkence safrasal kusma ile sona erdi (Tissot, 1790).
>
> Hastada her baş ağrısı atağı, bacağında bir uyuşmanın ardından gelen, iki üç dakika süren ağrılı bir krampla başlıyordu.

> Aynı hastada başka zamanlarda yüzünde aniden oluşan bir kızarıklık, başında başlayıp bacağının yan tarafına geçen keskin bir ağrı ile devam ediyordu, sonra da birkaç dakika içinde spazma dönüşüyordu (Gowers, 1892).

Gowers'a göre eğer bu spazmlar olursa; "vaka genellikle tipik olmaktan çıkar, hatta migren olarak sınıflanıp sınıflanamayacağı kuşkusunu yaratacak bir özelliğe bürünebilir."

Bir organdaki geçici hareket zayıflığı (bir sonraki bölümde anlatılacak olan uzamış felçlerin tersine) nadir değildir ve parestezi izleyebilir. Bazı vakalarda hastayı sorgular ya da muayene ederken, bariz zayıflığın kendi kendine geçerek, felçten çok işlevsel hasara indirgendiğini, aura dönemindeyken görüp muayene ettiğim bazı hastalarda ise kol ya da bacağın kasılma yeteneğinin olmadığını, refleks kaybını ve tamamen felç olduğunu gözlemledim.

Migren aurası sırasında havale geçirene hiç tanık olmadım, üç hastam bana (tek başına aurası ya da klasik migreni olan 150 hasta içinde) başka hastaların atakları sırasında havale geçirdiklerini ilettiler. Migren aurasının en yüksek noktasında bu tür havalelerin ortaya çıktığı farklı gözlemciler tarafından iddia edilmektedir. Bu açıklamaların ta eski yıllara kadar izleri sürülebilir, bu tür atakların ilk örneği Aretaeus tarafından ikinci yüzyılda tanımlanmıştır: Migren spektrumunun ortaya çıkmasından sonra bayılan ve havale geçiren bir adam.

Bu tür atakları nasıl sınıflandırabiliriz? Migrene bağlı havaleler ile birlikte olan atipik migrenler olarak mı, migrensel özellikleri olan atipik epilepsiler olarak mı, yoksa migren varlığında ortaya çıkan epilepsi atakları olarak mı? Lennox bunlara "hibrit (melez) nöbetler" adını vererek ikilemden yakayı kolayca sıyırmıştır ve bildiğimiz kadarıyla şimdiye kadar kullanılan en iyi terim de budur.

Ben de ara sıra migren aurası sırasında başlayan ve kore ile birlikte gelişen, bazen de tiklerin eşlik ettiği arka planda şiddetli hareketlilik, sinirlilik ve yerinde duramama halinin (akatizi) yer aldığı karmaşık motor uyarılmalar gördüm.

Kore –titreme ya da motor hareketi– beyin korteksinden değil, beynin derin kısımlarındaki normal uyanmayı ayarlayan bölgeler olan basal ganglionlar ve üst beyin sapından köken alır. Bu yüzden migren sırasındaki kore belirtileri migrenin; aslında uykunun o tuhaf sınır bölgelerinde yerleşmiş, kaynağı beyin sapının derinlikleri olan ve hep sanılanın aksine beyin korteks örtüsünde yüzeysel bir bölgeden kaynaklanmayan, uyarılmayla ilgili bir bozukluk olduğu düşüncesini destekler. (Bu konu Üçüncü Bölüm'de derinlemesine tartışılacaktır.)

Hal ve Duyu Değişimleri

Basit migren ya da migren eşdeğerine eşlik eden veya öncüsü olan derin ruh hali değişikliklerinden söz etmiştik. Şimdi bütün belirtilerin daha şiddetli, daha dramatik ve benzer ruh hali değişikliklerinden daha farklı olduğu durumları, özellikle de şiddetli migren aurası evresinde ortaya çıkan "zorlama" duyuların baskın olduğu ani patlamaları değerlendirmeliyiz.

Migrenöz bayılma gibi bu da göreceli olarak nadir bir belirtidir ve nadiren hastanın yaşadığı her atakla uyum içinde oluşur, ancak şiddetli ve sık aura yaşayan hastalar ara sıra bu tür ani duyu patlamaları yaşarlar. Daha sonra öyküsünü ayrıntılı olarak anlatacağımız bir hasta (Vaka 11), çocukluğundan beri onu rahatsız eden ama nadiren çözülmesine yol açan basit migren ya da tek başına aura atakları yaşamaktaydı; bir keresinde aura sırasında "çok korkunç, sanki bir şey olacakmış gibi bir önsezi" duygusu yaşadığını belirtti. Hasta kendisi de bunun diğerlerine benzemeyen yapıda olduğunu, alışkın olduğu, basit bir endişenin önemsiz bir sonucu olarak ortaya çıkmadığını anlamıştı.

Aniden ortaya çıkan karşı konulmaz duyusal ataklara ilişkin durumlar özellikle Liveing (migren atakları konusunda) ve Gowers (epilepsi konusunda) tarafından yazılan ilk yayınlarda zeniş bir şekilde anlatılmıştır. Liveing'in gözlemlerinde "ataklarından değil söz etmek düşünmek bile istemeyen ve çektikleri ağrılardan çok bu ataklardan hep korkuyla söz eden" hastalar yer alır. Gowers, vakaları başka tipteki duyu değişikliklerine

ilişkin deneyimler yaşayanlar olduğu halde epilepsiyle birlikte incelediği duygusal auraların genellikle *korku* ("silik uyarı" ya da "yoğun şiddet") şeklinde ortaya çıktığını bildirmektedir. Bu korkunun en şiddetli şekli dehşete düşürücü bir yoğunluğa ulaşabilir ve hastayı çok yakında meydana gelecek bir zarar ya da ölüm duygusuna sürükler. Ölümcül korku duygusunu en iyi anlatan (anjina veya pulmoner emboli gibi ataklarda da ortaya çıkabilir) eskilerin "angor animi" (ölüm korkusu hissi) terimidir. Duyusal tepkime her zaman bu yönde olmayabilir. Bazı hastalar auraları sırasında hafif bir *keyif* ya da coşku şeklinde olabilen duyular da yaşayabilirler (bkz. Vaka 16) ve nadir durumlarda bu dönem derin *haz* ya da aşırı *sevinç* duygusuna yüceltilebilir (bkz. bu bölümle ilgili ek). Yine bu yoğun duygu korku ve endişe ya da sevinç niteliklerinden yoksun olabilir ve hastayı yalnızca neşe ve kahkahaya ya da dışarıdan bakana göre aptalca davranmaya sürükleyebilir (bkz. Vaka 65): Bu gibi vakalara Selby ve Lance biraz ters olarak "belirgin histerik davranış" adını verirler.

Gowers bir epileptik hastada bilincin yitiminden ve havale geçirmeden hemen önce saf ahlaki duyguların (hastada ne olursa olsun hep yanlış yaptığı duygusu – örn: ahlaki olarak *yanlış*) geliştiğini bildirmiştir. Bu auralarda büyük bir güç ve çabuklukla kendini gösteren karmaşık duygu *saçmalık* duygusudur. Bu ani duygular içinde en sık görülen ve tek başına ya da şimdiye kadar sözünü ettiğimiz duyu değişiklikleriyle birlikte olabilen ani *tuhaflık* duygusudur: Tuhaflık duygusu sıklıkla, hastayı derinden rahatsız eden, zaman algısı bozukluğuyla birlikte görülür.

Özet olarak migren auralarındaki duyusal durumların özelliklerine ilişkin şu nitelikleri sayabiliriz:

a) Aniden başlamaları.
b) Bilincin ön plandaki bileşenleriyle uyuşmazlığı ve belirgin kökensizliği.
c) Karşı konulmaz niteliği.
d) Edilgen olma ve beyninin "zorlandığı" duygusu.
e) Kısa sürmeleri (nadiren birkaç dakikadan fazla sürerler).
f) Sürüklendikleri zamansızlık ve sessizlik duygusu: Bu evreler derin ya da yoğundur, bu durum herhangi bir "olay" olmadan da ortaya çıkabilir.
g) Tatminkâr tanımlamalarının zor ya da olanaksız oluşu.

Bu tür başa çıkılamayan "zorlanma" duyguları yalnızca migren ya da epilepsi gibi beyinsel nöbetlerde değil şizofrenik ve uyuşturucuya bağlı psikozlarda, ateşli ve toksik hallerde, histerik, aşırı sevinç ve rüya hallerinde de görülebilir. Burada William James'in "mistik" durumlar için yaptığı nitelikler listesi kaçınılmaz olarak aklımıza geliyor: Ağza alınmazlık, düşünsel nitelikte oluş, geçicilik, edilgenlik.

Yüksek İntegratif Fonksiyon Bozuklukları

Çok sayıdaki seçkin klinik gözlemciye göre migrende beyinsel bozukluklar yalnızca ilkel seviyelerde ortaya çıkarlar ve bu incelikli bozukluklar eğer varlarsa epilepsi ya da başka bazı organik nedene bağlıdırlar. Bu bakış açısı yanlıştır. Kesinliği tartışma götürmez migrenlerde, epilepsideki karşılıkları gibi sayısız ve karmaşık beyin belirtileri çok fazla miktarda ortaya çıkmaktadır.

Beyindeki yüksek integratif fonksiyon değişikliklerinin migrenlerin çoğunda ortaya çıktığını düşünebiliriz, ancak tuhaflıkları ve incelikleri yüzünden gözden kaçabilirler ya da hasta aura sırasında anlaşılması güç zihinsel ya da motor aktivitenin farkında olmayabilir. Kendi migreninin dikkatli bir tanığı olan Alvarez bir gün aurasının "saf" ve tek başına bir görsel olgu olmadığını nasıl anladığını şöyle anlatır:

> Görüşümün bulandığı ve okumakta güçlük çektiğim sıralar zamanımı aileme el yazısıyla bir mektup yazmaya ayırırdım. Sonra mektubu kontrol ettiğimde yazdığımı sandığım sözcüklerden çok farklı sözcükler kullandığımı fark ederdim.

Bu tür konuşma ya da yazma bozukluğu hastaların çoğu tarafından fark edilmeyebilir. Bu tür belirtilerin asıl yapısını ortaya çıkarmak için doğru soruları sormak gerekir. Pek çok hasta migren auraları sırasında kendilerini "tuhaf" ya da "kafası karışmış" hissederek sakarlıklarının üzerinde olduğunu ya da araba kullanamadıklarını itiraf ederler. Kısaca, parıldayan sko-

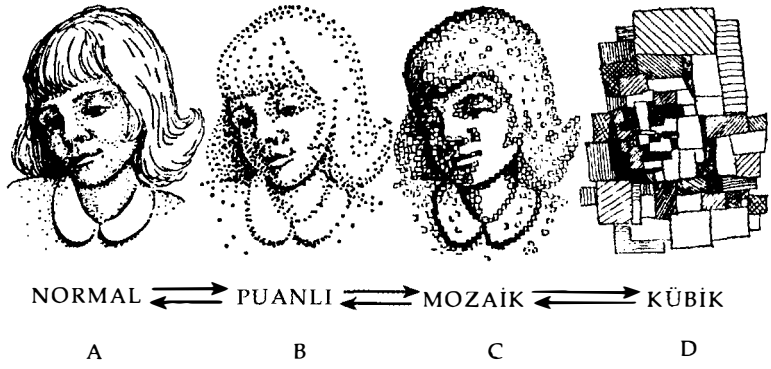
tomlarına, parestezilerine ek olarak önceden hissedemedikleri, tanımlaması çok zor olan, yakınmaları sırasında atladıkları ya da sakındıkları başka bir "şey"in daha olduğunun farkındadırlar. Migren aurasındaki bu incelikli belirtileri saptamak için çok sabırlı ve çok dakik olmak gerekir, ancak bu titizlikle bu tür belirtilerin sıklığı ve önemi anlaşılır.

Beyin fonksiyonlarının karmaşık bozukluklarının basit olgulardan *sonra* oluştuğu söylenebilir (gerçi bu her zaman doğru değildir) ve ince işlenmiş düzenlerini tanımlamak olanaklı olabilir: En basit görsel belirtileri –noktalar, çizgiler, yıldızlar vs.– parıldayan skotomlar izleyebilir ve sonra da tuhaf algı bozuklukları ortaya çıkabilir (büyültme [zum], mozaikleştirme vs.) ve atak rüya benzeri durumlar ya da ayrıntılı aldatıcı hayallerle sonlanabilir. Rahatsızlık veren önemli belirtiler arasında şunları sıralayabiliriz:

a) Karmaşık görsel algılama bozuklukları (en uygun tanımlamayla Lilliputvari, Brobdignagvari, zum yapan, mozaik şeklinde, sinematik vs.).
b) Beden kullanmanın ve algılamanın karmaşık zorlukları (konuşma ve tanıma kusurları).
c) Konuşma ve dil bozukluklarının her türlüsü.
d) *Déjà vu* ya da *jamais vu* ile birlikte olan ikili ya da çoklu bilinç yitimi durumları, zamanı algılamaya ilişkin diğer bozukluk ve kusurlar.
e) Ayrıntılı rüya, kâbus, transa geçme veya çılgınlık halleri.

Bu sınıflandırmayı yalnızca kolaylık açısından yaptık, bunlar tek başlarına ortaya çıkmadıkları gibi çeşitli düzeylerde çakışabilirler de; bu bozuklukların çoğu ya da hepsi birden şiddetli migren aurası sırasında kendiliğinden ortaya çıkabilir. İlk önce bu belirtilerin bazılarını ayrıntılı olarak tarif edip sonra aydınlatıcı vaka sunularına geçeceğiz.

Lilliputvari görüntü (mikropsi) nesnelerin boyutlarında bariz bir küçülmeyi, *Brobdignagvari görüntü* (makropsi) bariz bir büyümeyi tanımlar – bu terimler aynı zamanda görsel dünyaya yaklaşma ve uzaklaşma için de kullanılabilir ve alternatif tarifleri,



Şekil 4: Migren aurası sırasında yaşanan "mozaik" görmenin evreleri.
A: Normal B: Puanlı C: Mozaik D: Kübik

büyüklüklerin değişmesini ya da halüsinasyonları temsil eder. Eğer bu tür değişiklikler aniden değil de giderek artan şekilde ortaya çıkarsa hasta fotoğraf makinesinin merceğinde olduğu gibi odak uzaklığını değiştirerek nesneleri büyütüp küçülten uzaklaşıp yaklaşma hareketine benzer *zum görüntüsü* yaşar. En ünlü algı kusuru tarifleri kendisi de bu tip dramatik klasik migren hastası olan Lewis Carroll tarafından verilmiştir. Parıldayan skotomun dışsal yerleşimi yoktur ve bu yüzden "artefakt-yapay görüntü" olarak herhangi bir büyüklükte, herhangi bir uzaklıkta yansılanabilir (bkz. Vaka 69, Şekil 2E).

Mozaik ve Sinematik Görme

Mozaik görme terimi ile görsel imgede tıpkı bildiğimiz mozaikte olduğu gibi düzensiz, kristalimsi, çokgen gözeneklerin menteşe gibi birbirine geçtiği anlatılmak istenir. Bu gözeneklerin büyüklükleri birbirinden farklıdır. Eğer son derece incelerse, görsel dünya kristal gibi yanardöner ya da noktalı boyamayı anımsatan tarzda "tanecikli" görünümde olabilir (Şekil 4B'de görüldüğü gibi). Eğer gözenekler iriyse görsel imge klasik mozaik (Şekil 4C) ve hatta "kübik" görünüm alabilir (bkz. Tablo 6). Görsel

imgenin tümünün büyüklüğüne ulaşırlarsa kübik şekiller ayırt edilemez olur (Şekil 4D) ve belirgin görsel agnozi ortaya çıkar.

Sinematik görme terimi ile de hareket algısı kaybedildiğinde ortaya çıkan görsel deneyimin yapısı kastedilir. Bu gibi zamanlarda, hasta yavaşlatılmış film izlermiş gibi yalnızca hızla yanıp sönen bir dizi "fotoğraf" görür. Yanıp sönmelerin hızı migren skotomundaki ya da parestezilerdeki parıltı hızıyla aynıdır (saniyede 6-12 adet), ancak normal hareket görünümünü ya da (özellikle şiddetli ve çıldırtıcı auralarda) görsel halüsinasyonların süreklilik göstermesini sağlayabilmek için aura sırasında hızlarını artırabilirler.[14]

Bu her iki nadir belirtiye epileptik nöbetler ve daha sıklıkla da ilaca bağlı ya da şizofreni kökenli psikozlar sırasında rastlandığı bildirilmiştir. Ünlü kedi ressamı Louis Wain akut şizofrenik psikoz krizleri sırasında mozaik görmenin de dahil olduğu çeşitli görsel algılama bozuklukları yaşamış ve deneyimlerini kayda değer yapıtlara aktarmıştır (Şekil 5).

"Mozaik" ve "sinematik" görme olguları çok önemlidir. Bunlar bize aklın "uzam" ve "zaman" kavramlarını nasıl yarattığını, yer ve zaman duygusu bozulduğunda ya da kaybolduğunda neler olduğunu gösterirler.

Yukarıda gördüğümüz gibi bir skotomda görsel alanın yok olmasıyla birlikte uzam kavramı da yok olur ve biz "izsiz, yersiz ve mekânsız" kalırız. Mozaik ve sinematik görmede sanki inorganik, kristal bir yapısı olan, organik kişisel özelliği ve "canlılığı" olmayan bir ara dönemle karşı karşıyayızdır.

Bu da, skotomda olduğu gibi tuhaf bir korku yaratabilir.[15]

14 Şiddetli bir migren atağında yaşanan mozaik ve sinematik görme ile ilgili oldukça ayrıntılı bir kişisel açıklama benim *A Leg To Stand On* (*Dayanacak Bir Bacak*, YKY, 2010) adlı kitabımda anlatılmaktadır.

15 Geçenlerde açılan "Mozaik Görme" adlı bir sergi –migren atağı sırasındaki kendi kişisel görsel deneyimlerini resmeden migren hastalarının açtıkları sergi– hiç değilse bir ölçüde, mozaik görmenin şiddetli migren auraları sırasında nadir olmadığını göstermektedir. Başta, bu resimler görme alanının tümünde ya da bir kısmında çokgenler şeklinde, kafes işine benzer imgeler görüldüğünü ve sonra da bütün imgenin "çokgenleştiğini" düşündürmektedir. Bu yaygın algı bozukluklarındaki uzam ve zaman kavramlarının kaybı, beynin algılama/kortikal merkezinde parçalanmış boyutlar ve kırılmaların ortaya çıkışıyla birlikte oluyor gibi gözükmektedir (bkz. 17. Bölüm, Migren Aurası ve Halüsinatif Sabitler).



A B C

Şekil 5: Akut psikozdaki bazı görsel halüsinasyonlar.
Bu kedi çizimleri şizofren bir sanatçı (Louis Wain) tarafından çok şiddetli bir psikotik nöbet anında çizilmiştir ve migren aurası sırasında da oluşabilen belli bazı algısal değişimleri göstermektedir. Şekil 5A'da kedinin yüzü yıldız benzeri parlak figürlerin olduğu bir zemin üzerine çizilmiştir. 5B'de odaklanan noktadan kaynaklanan yoğun titreşim dalgaları görülmektedir. Şekil 5C'de bütün görüntü mozaik bir yapıya bürünmüştür.

Diğer Bozukluklar

Migren auraları sırasında pek çok başka görsel algı bozuklukları tanımlanmıştır. Nesneler doğal olmayan bir şekilde keskin kenarlı, şematik, düzleşmiş, üçüncü boyutlarını yitirmiş ya da abartılı bir perspektifte vs. görülebilirler.[16] Nadiren de olsa hastalar *simultagnozi* –aynı anda birden fazla nesneyi tanıma güçlüğü ve böylece karmaşık görsel bütün oluşturma kusuru– yaşayabilirler.[17]

16. Migrendeki karmaşık görsel halüsinasyonların oldukça ayrıntılı bir tanımlaması Klee tarafından yapılmıştır (1968); ancak ne yazık ki bunlar ben çalışmamı tamamladıktan sonra elime geçti. Klee migren auraları sırasında ortaya çıkan pek çok *metamorfoz* şeklinden söz eder: Kenarların bozulması, tek gözde çift görmeler, kontrast ayırmada azalma (bazen körlüğe yol açar), görsel imgelerdeki çizgisel bileşenlerin dalgalı hale gelmesi ve yoğun harelerin oluşması (Şekil 5B ile karşılaştırınız) vb. Ayrıca görsel imgelerde renk değişimleri ve görme alanında mikropsi ve makropsiden başka gelişen tuhaf yer değiştirmeler olduğunu da belirtmiştir. Pozitif ve negatif klasik skotomlar Klee'nin serilerinde göreceli olarak azdır. Klee'nin gözlemlerine göre hem basit hem de karmaşık görsel halüsinasyonlar tek taraflıdan daha çok yaygın bir dağılım gösterirler; bu bulgu diğer başka araştırmacılarla uyuşmamaktaysa da benim gözlemlerimle uygunluk göstermektedir.

17. Son günlerde parıldayan skotomu izleyen görsel tanıma kusuru yaşayan ve bunu çok net tanımlayan bir hastayı muayene ettim. Bu dönemde hasta ör-

Benzer olgular beden imgesi ve beden hareketleri söz konusu olduğunda da ortaya çıkabilir. Bazen (özellikle de bir organdaki yaygın parestezi geçtikten sonra) bedenin bir bölümü büyümüş, küçülmüş, bozulmuş veya kaybolmuş gibi gelir. Elde tutulan bir nesneyi incelemek ya da yapısını anlayabilmek olanaksızlaşır (Bu vakalarda duyusal bileşenleri motor bileşenlerden ayırt etmek güçleşir çünkü duyu her zaman etkin ve keşfedicidir: bu anlamda belki de *apraktognozi* terimi kullanılabilir). Bu tipteki yüksek duyusal ve motor kusurlar sıklıkla basit anesteziler ve paralizlerle karıştırılabilir. Karmaşık duyusal ve motor işlemleri planlarken karşılaşılan güçlükleri göz önüne almak gerekir; Pribram bunlara *hareket skotomları* adını verir. Bunların pratik değeri çoktur ve örneğin hastanın migren aurası sırasında araba kullanamadığını, uzun cümle kuramadığını ya da karmaşık hareketler yapamadığını anlamasına yardımcı olur.

Bu tür konuşma bozuklukları Luria tarafından dinamik afazi olarak adlandırılmıştır. Migren aurası sırasında başka tür afaziler de görülebilir. Bunların en yaygın olanı dudaklar ve dilde iki taraflı paresteziyle birlikte oluşan ifade afazisi ve ağız ve

neğin saatine baktığında saati anlamakta güçlük çekmektedir. Önce bir eline sonra ötekine bakıp sonra sırayla ikisine birden göz atıp bir yavaşlık ve güçlükle zamanı "çözebilmektedir". Eğer her zamanki gibi saatin kadranına yalnızca bir bakış atarsa hiçbir şekilde zamanı anlayamamaktadır. Saat şeklini bozup "yüzünü" yitirmektedir. Organik bir bütün olarak algılanamamakta yapay olarak parçalara ayrılıp özellik özellik, kısım kısım incelenmektedir. Bu gibi niteliksel ya da "yapay" algı kaybı migrende sıklıkla ortaya çıkar ve hastanın düzenini bozar.

Bu bozukluğun özellikle çarpıcı ve rahatsız edici olanı, aniden ortaya çıkan, bir *yüzü* tanıma güçlüğü, onun bir bütün olarak ve tanıdık birisi gibi yani tıpkı bir yüz gibi tanıma yeteneğinin azalmasıdır. Bu (korkutucu ve bazen de komik olabilen) bozukluğa *prosopagnozi* denir. (Bu vakayı ayrıntılı olarak *Karısını Şapka Sanan Adam* [YKY, 1992] adlı kitabımdaki aynı ismi taşıyan öyküde anlattım.) Yapay algıdaki benzer bozulmalar duyma merkezindeki rahatsızlıklarda da görülür. Sesler özelliklerini yitirip duygusuzlaşır ve tonsuzlaşır sese benzemez. Müzik de aynı şekilde tonalitesini ve müzikal yapısını yitirir, migrenöz *amusia* sırasında tamamen tanınmaz bir gürültüye döner. Böyle zamanlarda prosopagnozide yüz fikrinin yok olduğu gibi müzik *fikri*, saati karşısında şaşkınlığa uğrayan bizim hastamızda ise zamanı gösteren kadran fikri yok olur.

ses kaslarının işlev bozukluğudur. Bazen de, işitsel algı bozukluğu ya da halüsinasyon başlarken, konuşmanın "gürültü" olarak duyulduğu ve sessel yapısının algılanmadığı duyusal afaziler ortaya çıkar.[18]

Migren aurasının en tuhaf ve en yoğun belirtileri arasında yer alan ve tanımlaması ya da incelemesi en güç olan durum ani tanışıklık ve kesinlik duygusu (*déjà vu-daha önce yaşamışlık duygusu*) ile tam tersi olan ani yabancılık ve yabancılık duygusunun (*jamais vu-asla yaşamamışlık* duygusu) ortaya çıkışıdır. Bu duygular ara sıra herkes tarafından yaşanır; migren aurasında (epileptik ve psikotik olgulardaki gibi) belirgin özellikleri yoğunlukları ve kısmen uzun oluşlarıdır. Bu durumlar bazen diğer belirtilerle birlikte olabilir: Zamanın durduğu düşüncesi ya da tuhaf bir şekilde kısalması; düş görüyormuş gibi hissetme ya da bir an için başka dünyaya geçmişlik duygusu; yoğun nostalji duyguları, *déjà vu*'deki gibi uzun zaman önce unutulmuş anıların birden anımsanışı; gözle görülemeyen şeylerin görülmeye başlaması; *jamais vu*'deki gibi dünyanın ya da kişinin yeniden yaratıldığı duygusu ve tüm vakalarda görülen bilincin iki katına çıktığı hissi.

> ...(1) bilincin yarım felç hali (rüya hali) ve (2) normal bilinç kalıntıları ve dolayısıyla çift bilinç vardır... bu bir zihinsel çift görmedir.

18 Hangi beyinsel rahatsızlığın neden olduğunu anlamak için migren aurasının duyusal, motor ve kavramsal belirtilerinin en şiddetli formlarını inceliyoruz. Genellikle bu belirtiler hafif bir rahatsızlıktan daha fazla şekilde kendini göstermezler, yalnızca çeşitli kusurlara eğilim gösterirler: Yanlış duyma, eşyaları yanlış yere koyma, sözcükleri yanlış okuma, dil sürçmeleri, hafif bellek kayıpları vb. Kendisi de klasik migren hastası olan Freud bu gibi kusurları şöyle yorumlar: "Dil sürçmeleri kişi yorgunken, başı ağrıyorken ya da migren atağının geldiğini hissettiğinde ortaya çıkar. Uygun isimleri unutma bu koşullar altında sık sık görülür, pek çok kişi isimleri anımsama güçlüğü çektiklerinde migrenlerinin başlamak üzere olduğunu anlama alışkanlığındadır" (Freud, 1920). Freud yalnızca migren hastası olmakla kalmayıp aynı zamanda migrenin psikofiziksel ve biyolojik tepkimelerinden çok etkilenen bir düşünürdü. 1895 Mart'ında migrenin yapısı ve nedenleri hakkındaki düşüncelerini toparlayarak bir kopyasını Fliess'e yollamıştı; üzücü olan şey onun bu konu hakkında hiç yayın yapmamış olmasıdır.

Hughlings Jackson çift bilinç halini işte böyle tanımlar.[19] *Déjà vu* duygusu ve onunla ilgili her şeyi hatasız ve ayrıntılı olarak tanımlayabilecek hiçbir yayın mevcut değildir ve en canlı tanımlamalar tıbbi yayınların dışında bulunabilir:

> Hepimiz zaman zaman yaptığımız ya da söylediğimiz bir şeyi önceden yaptığımızı ya da söylediğimizi düşünürüz, sanki çevremizi kuşatan belirsiz bir zamandır; aynı yüzler, aynı nesneler ve aynı koşullarla kuşatılmışızdır; bir sonra söylenecek şeyi biliriz, sanki hatırlıyormuşuz gibi.
>
> (Dickens, *David Copperfield*)

> Dahası, bir şey var ya da var gibi
> Bana mistik parıltılarla dokunuyor,
> Unutulmuş düşlerin anlık görüntüleri gibi...
> Bir duygu, sanki buradaymış gibi gelen
> Bilmem nerede yapılmış gibi gelen
> Hiçbir dilin anlatamayacağı.
>
> (Tennyson, *İki Ses*)

> Afyonun büyük mucizelerinden birisi yabancı bir mekânı aniden anılarla dolu, içinde her zaman yaşanmış gibi gelen tanıdık bir mekâna dönüştürmesidir.
>
> (Cocteau, *Afyon*)[20]

19 *Déjà vu* ve ona bağlı belirtileri açıklamak için çeşitli psikolojik ve fizyolojik kuramlar ileri sürülmüştür. Freud bu tuhaf deneyimi baskılanmış bilgilerin aniden su yüzüne çıkması olarak tanımlarken, Efron *déjà vu*, afazi ve nesnel zaman kusurlarını –hepsi birbirine bağlı olunca– sinir sistemindeki "zamanı tanımlama" yeteneğindeki değişikliklere bağlamaktadır. Bu iki kuram iki farklı açıklama boyutu getirir ve birbiriyle mükemmel şekilde uyumludur.

20 Pek çok hasta zorlanmış anımsama ve *déjà vu* deneyiminin özellikle epilepsi, migren, psikoz vb.'lerde sık görüldüğünü anlayınca kendi sağlıkları ve akıllarından endişe etmişlerdir. Bu kişiler Hughlings Jackson'ın sözleriyle yatıştırılabilirler: "Hiçbir zaman diğer belirtiler olmadan yalnızca dönem dönem olan 'anımsama' olaylarına dayanarak epilepsi tanısını koymam, ancak o çok güçlü zihinsel durum sık olmaya başlarsa epilepsiden kuşkulanırım... Hiçbir zaman izole bir 'anımsama' olayı için bana başvurulmadı; ben vakaları gördüğümde her zaman bu ve 'rüya hali'nin diğer şekilleri ile birlikte epilepsinin basit ama hafif belirtileri mevcuttu." Klasik migrenlerde de rüyada gibi anımsama halleri sık görülür. Ne var ki bunların en ayrıntılı tanımları bana epilepsi bağlamı içinde sunulmuştu. (bkz. "Anımsama" bölümü, *Karısını Şapka Sanan Adam*).

"Rüya hali" ve "deliryum" terimlerini migren auraları bağlamında biraz aydınlatmalıyız. Bir rüya hali tipi *déjà vu* ve çift bilinç durumu ile ilişkilidir; böyle durumlarda "zorlanmış anımsama" olabilir ya da her atakta basmakalıp, değişmeyen ve yineleyen bir bellek ya da düş dizimi açığa çıkar. Bu tür dizimler belki psikomotor epilepside migrende olduğundan daha yaygındır ancak migrende de kuşkuya yer bırakmayacak şekilde ortaya çıkarlar. Bu olguları ayrıntılı olarak araştıran ve beyindeki belli kortikal alanları uyararak bu tip yineleyen dizimleri elde etmeyi başaran Penfield ve Perot (1963) bunlara geçmiş deneyimlerin tam kopyaları olarak beyin kabuğunda saklanan "fosilize" düş dizimleri adını verirler; bunlar ilk algısal deneyimle aynı hızda olan ve başlangıç atağını (epileptik, migrenöz, deneysel vs.) tetikleyen belleği artırıcı imgelerin açığa çıkmasıdır.

Bu basmakalıp, yineleyen dizimlerden farklı ama her nasılsa aynı zorlama nitelikte olan durumlar yoğun migren auraları sırasında yaşanan kendi başına buyruk halüsinasyon, yanılsama ve "düş görme" halleridir ve hastanın yarım anımsadığı, kendini şaşkınlık veya konuşkanlık haliyle belli eden durumlardır. Bu durumlar tutarlı, çarpıcı bir şekilde iyi organize edilmiş imge dizileridir ve hastalar bunları genellikle yoğun, istem dışı gündüz düşleri ya da gündüz kâbusları şeklinde ifade ederler (bkz. Vaka 72 ve 19).

Bu "rüya halleri" ve migrenöz deliryum ya da psikozlar arasında kesin bir çizgiyle ayırım yapmak olanaksızdır. Deliryum halinde organizasyon bozukluğu derecesi daha fazladır ve hasta yalnızca (noktalar, yıldızlar, kafesler, mozaikler,[21] çınlamalar, vızıltılar, karıncalanmalar, vs. gibi) somut imgelere dönüşmeyen

21 Mozaik şekillerin canlı bir örneği Klee'nin yayınlarında yer almaktadır, hastalarından biri bir keresinde kendisine doğru hareket eden kırmızı ve yeşil üçgenler, başka bir sefer ise etrafında parlak hareler olan siyah renkli çokgenler, birçok kez de parlak sarı ve yeşillerden oluşan ekose desenli bir battaniyenin dalgalanmakta olduğunu görmüştür.
Kendi deneyimlerine dayanan çarpıcı makalesinde Dr. W. Richards ("Migrenin Güçlendirici Yanılsamaları", 1971) migren halüsinasyonlarının çok karakteristik bir özelliği olarak çokgen motiflerin yinelendiğini tanımlar ve bunun da görme merkezinin çokgen ünitelerden oluşan fonksiyonel bir düzeneği yansıttığını ileri sürer. Yineleyen geometrik desenler, özellikle çokgenler hemen her tür görsel halüsinasyonda bildirilmiştir ve Kluver tarafından "halüsinasyon yapıcı sabitler" adı verilir. (bkz. 17. Bölüm, Migren Aurası ve Halüsinatif Sabitler.)

ilkel duyular coşkusu yaşar. Derin migren deliryumunda hasta febril deliryumu ya da deliryum tremensi anımsatan, mırıldanıp duran (silkinen, zıplayan) vesveseli bir tablo çizer. Gowers (1907) migren gözleminde şöyle der; (atağının en şiddetli noktasında bir kadın hastada) "... sonuçta hiçbir şeyin anımsanmadığı bir deliryumun eşlik ettiği ... tuhaf konuşmalar yaparak sonradan hiçbirini anımsamadığı deliryum durumuna geçti. Hastanın bu durumu onu o anda gören bir hekim tarafından epileptik krize benzetilmişti."[22]

Deliryum halinin kümeleşen hayalleri bazen anlık Lilliputvari halüsinasyonlar yığınına dönüşebilirler, Klee tarafından sunulan (1968) şimdiki vakada olduğu gibi:

> Hasta 38 yaşında orta derecede deliryum haliyle birlikte şiddetli migren atakları geçirmekte olan bir erkekti. Ataklara çoğu zaman bellek yitimi de eşlik ediyordu. Hastaneye kabulünde atakları sırasında bir keresinde uzandığı yerde 20 cm uzunlukta gri renkli bir Kızılderili topluluğu gördüğünü belirtmişti. Ona bir şey yapacakmış gibi görünmediklerinden korku duymamıştı. Başka bir sefer ise hasta yere uzandığında yerden halüsinasyonel müzik aletleri topladığını söyledi.[23]

22 Bu karmaşık alacakaranlık kuşağı içinde yer alan "deliryum", "mani", "rüya halleri" ve "şaşkınlık" durumları belki yeni tanımlanan transient global amnezinin (TGA (geçici bütünsel bellek kaybı) klasik migren ataklarında anlamlı bir sıklıkta görülmesi ile açıklanabilir. Gerçekten bu hayret verici sendrom –bu sendromda hastada kısa süreli bellek yitimi yanı sıra geriye dönük derin bir bellek yitimi de söz konusudur– esas olarak ya da özgün bir şekilde migren yapısındadır. Bu tür bir bellek yitiminde hasta o anda ailesini, arkadaşlarını, insanları ve mekânı tanıma yeteneğini yitirmekle kalmaz aynı zamanda iyileştikten sonra baş ağrısı, bulantı, skotom gibi atak sırasında yakındığı ıstırap verici şeyleri de anımsamaz (Crowell, 1984). Ben de geriye dönük derin bellek yitiminin o inanılmaz etkileri hakkında *Karısını Şapka Sanan Adam* adlı kitabımın "Kayıp Denizci" bölümünde ve *New York Review of Books*'ta yer alan "Son Hipi" adlı makalemde ayrıntılı olarak yazdım.

23 Lilliputvari halüsinasyonlar en bilinen şekliyle alkolik deliryumda ve daha az olarak da eter, kokain, haşhaş veya afyon zehirlenmelerinde görülürler – Théophile Gautier bu tür madde bağımlı halüsinasyonvari öykülerin çok eğlenceli örneklerini yayımlamıştır. Genel felç hallerinde anlık sayısız halüsinasyon ortaya çıkabilir (Baudelaire). Ateşli deliryumlarda Alfred de Musset'nin tanımladığı şekilde Lilliputvari halüsinasyonlar görülebilir. Oruç tutma, zafiyet ve iltihaplı yaralar anlık mistik halüsinasyonlara neden olabilir (örneğin Jeanne

Çok ender olarak migren aurasındaki derin deliryum hali arayı izleyen (klasik) migren süresince devam eder ve bu gibi durumlarda tüm uzamış deliryumlarda olduğu gibi akut halüsinatuvar psikoz yapısını alır. Mingazzini (1926) bu durumların klasik tanımlarını yapmıştır ("hemikransichen Psykosen") ve Klee de çok canlı bir vaka öyküsü yayımlamıştır (1968):

> ... Bir hafta süren şiddetli bir atak sırasında hasta psikoza girmişti ve hastayı akıl hastanesine yatırmak zorunlu olmuştu. Hasta bu evreyi anımsamıyordu... Hastaneye kabulünden önceki gün boyunca bilinci gölgelenmiş ve artan hareketlilik hali göstermişti, komşularının kendisi hakkında ileri geri konuştuklarını duymuş ve üst üste bıçaklandığını sanmıştı. Hastanedeki ilk günlerinde aklı karışıktı, aşırı hareketliydi, işitsel ve görsel halüsinasyonları vardı: Çocuk sesleri ile aile doktorunun sesini duymaktaydı ve bacaklarının kesildiğini, insanların ona pencereden ateş ettiğini düşünmekteydi. Bu psikotik dönem birkaç gün içinde geçti...

Bu ciddiyette bir migrensel psikozun çok çok nadir görüldüğünü vurgulamak gereklidir: Klee hastanede kalmayı gerektirecek kadar şiddetli 150 migren vakasının yalnızca ikisinde yineleyen migren psikozu gözlemlemiştir. Ben de yalnızca bir kez şizofren bir hastamda bu durumu gözlemledim ancak onun akut psikozu yalnızca yoğun klasik migren varlığında ortaya çıkıyordu.

Geçici *depersonalizasyon* durumları migren aurası sırasında oldukça sık görülür. Freud "... ego, en başta beden egosudur... beden yüzeyinin zihinsel yansımasıdır" diye anımsatır. "Benlik" duygusu temelde dengeli beden imgesi, dengeli dışa dönük algı ve dengeli zaman algısının durmaksızın çıkardığı sonuçlardan köken alır. Egosal çözülme duyguları eğer ciddi beden imgesi, dışa dönük algı ve zaman algısı bozukluğu ya da düzensizliği varsa aniden ortaya çıkar ve tüm bunlar, yukarıda gördüğümüz gibi, migren aurası sırasında yaşanır.

d'Arc'ın kırbaç yaralarının iltihaplanması). Leroy'un incelemesinde (1922) "basit toksik görüntüler korku ve dehşet duygusu yaratabilmekte Lilliputvari halüsinasyonlara ise tam tersine merak ve eğlence eşlik etmektedir" gözlemi yer alır. Cardan hemen her gün Liliputvari halüsinasyonlardan oluşan hayaller görmekteydi (bkz. Ek 2: Cardan'ın Hayalleri).

Vaka Öyküleri

Şimdiki üç vaka öyküsü Liveing'in makalesinden alınmıştır; açıklayıcılığını ve grafik gücünü göstermek açısından kısaltılmadan sunulmaktadır.

> *Zorlanmış anımsama, zamanı algılama bozukluğu ve çift bilinç durumu*
>
> ... Görsel olgu geçtikçe tek bir kavrama bozukluğu yaşadı; çok önce yaşanmış koşullar ve olaylar sanki o anda oluyorlarmış gibi geri gelmişti; bilinci iki kat artmış gibiydi ve geçmiş ile gelecek birbirine karışmıştı.

> *Zorlanmış düşünce, kafa karışıklığı ve çoklu konuşma kusuru belirtileri*
>
> ... Neredeyse yarım saat kadar bir dizi düşünce gönülsüzce zorla beynimde yer aldı. Kafamda oluşan bu tuhaf fikirlerden kurtulmayı başaramadım. Konuşmaya çabaladım... ancak anladım ki söylemeye niyetlendiklerimi değil başka şeyleri söylüyorum... Bir fakire yardım için bana gönderilen bir para karşılığında fatura yazmam gerekiyordu. Oturdum ve ilk iki sözcüğü yazdım, bir dakika sonra devam edemeyeceğimi gördüm çünkü o anda aklımda olan fikirlere ait sözcükleri anımsayamıyordum... Yavaş yavaş harfleri yazmaya çalıştım... ama yazdıklarım benim yazmayı aklımdan geçirdiğim karakterler değildi... Yarım saat boyunca duyularımda kargaşa hüküm sürdü... Gücümün yettiği kadarıyla beynimdeki karmaşık imgeler kalabalığıyla savaşmaya çalıştım, dinimin buyruklarını, bilincimdekileri, gelecekten beklediklerimi anımsamaya uğraştım... Neyse ki bu durum çok uzun sürmedi, yarım saat içinde aklım netleşmeye başladı; tuhaf ve yorucu düşünceler canlılığını ve etkileyiciliğini yitirdi... Sonunda güne başladığımdaki gibi zihnim açık ve berraktı. Hepsinden geriye kalan da hafif bir baş ağrısıydı.

Migren auraları en yoğun haline ulaşınca, yukarıdaki hastanın sözünü ettiği "karmaşık imgeler kalabalığı" halüsinasyon şekli-

ne dönüşerek çevresindeki dünyayı tanınmaz hale getiriyor. Jones "klasik gece kâbuslarından hiçbir şekilde ayırt edilemeyen ataklar yalnızca oluşmakla kalmaz uyanık durumdayken bütün yönleriyle yaşanırlar" diye anımsatır ve bu tür "gündüz kâbusları" niteliksel (ürküntü, korku, felç duyguları) ve süresel (birkaç dakika) olarak migren aurasındaki deliryum haline büyük benzerlik gösterirler. Bu klinik yatkınlık ille de fizyolojik mekanizmaların işe karıştığını göstermez.

Migren aurası deliryumu

Okulda çok yoğun çalışan hasta o gün eve erken döndüğünde aniden "gündüz kâbusu" dediği duruma yakalandığını belirtti. Odadaki her şeyle ve kendisiyle ilgili algılama duyusunu kaybetmiş, kendini uçurumun kıyısında asılıyorken görmüş ve anımsayamadığı daha birçok korku yaşamış. Yakınları çığlıklarını duyup koştuklarında hastayı merdivenlerde gürültülü bir şekilde uyuklar halde bulmuşlar. 10 dakika içinde hasta kendine gelmiş ancak sarsılmış ve huzursuz hali devam etmiş... İkinci atak gece yattıktan sonra gelmiş ancak kısa sürmüş... Bu ataklardan kısa bir süre sonra da tam migren başlamış.

Şimdi de kendi kayıtlarımdan aldığım birkaç çarpıcı vakaya sıra geldi.

Vaka 72: Rüya hali

44 yaşındaki bu erkek hasta ergenlik çağından beri zaman zaman migren atakları yaşamaktaydı. Ataklar parıldayan skotom öncülüğünde başlamaktaydı. Bir atağı sırasında, görsel olguları rüya haline benzer bir durum izlemişti. Hasta bu durumu şöyle tanımlamaktaydı:

Görme duyum geri geldikten sonra çok tuhaf bir şey oldu. İlk önce nerede olduğumu anlayamadım ama sonra hemen farkına vardım ki California'dayım... Çok sıcak bir yaz günüydü. Karımı verandada gezinirken gördüm ve bana soğuk bir kola getirmesini istedim. Karım bana yüzünde tuhaf bir ifadeyle baktı, hasta olup olmadığımı sordu. Birden uyanır gibi oldum

ve New York'ta bir kış gününde olduğumu anladım, veranda meranda yoktu, konuştuğum kişi karım değil ofisimde ayakta durmuş tuhaf tuhaf bana bakan sekreterimdi.

Vaka 19: Skotom, parestezi, iç organ aurası ve zorlanmış duygulanım: Sürekliliği olmayan deliryum atakları ve aura "statusu"

Klasik migrene ve izole auralara yatkınlık gösteren 16 yaşındaki genç erkek hasta. Pek çok farklı şekillerde ataklar geçirmektedir.

Genel olarak atakları sol ayakta paresteziyle başlamakta ve kalçaya doğru artmaktadır. Dize ulaştığında ikinci bir odak olarak parestezi sağ elde başlamaktadır. Parestezi azalırken bu kez de işitme bozukluğu ortaya çıkmaktadır, kulaklarda sanki deniz kabuğu kapatmış gibi gürleme sesi duyulur. Ardından her iki görme alanının alt yarısını içine alan iki yönlü parıldayan skotom ortaya çıkar.

Bazen hasta beş saat kadar süren, sırayla ayakta, elde ve yüzde ortaya çıkan, yer değiştiren paresteziden oluşan aura "statusu" geçirmektedir.

Bazen de aura karın bölgesinde "yanma" hissine eşlik eden sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir önsezi –kabloların titreşmesi gibi– ile başlar.

Genellikle geceleri gelen diğer ataklar ise kâbus niteliğindedir. Başlangıç belirtileri içten gelen itici his ve aşırı hareketlilik –"Huzursuz oluyorum– sanki kalkıp bir şeyler yapma isteğim varmış gibi" halidir. Sonuçta derin bir halüsinasyon yapıcı etki ortaya çıkar: Baş dönmesi, hızla giden bir arabada mahsur kalma ve metalden yapılma ağır nesnelerin kendine doğru gelmesi gibi halüsinasyonlar. Bu deliryum döneminden çıkarken parestezi ve bazen de skotomun farkına varır. Bu aura dönemlerini sıklıkla yoğun bir baş ağrısı izler.

Bu hasta şiddetli aura sırasında bayılma nöbetleri de geçirdi, bu nöbetlerde pozitif halüsinasyonları görme ve işitme kaybı, bir baygınlık hissi ve bilinç yitimi izliyordu.

Vaka 11: Klasik migren: Gebelikte baş ağrısı bileşeninin yok olması: Parıldayan skotom ve Negatif skotom; Fotojenik (ışık saçan) ataklar: Nadiren olan "angor animi"

Bu kadın hasta aşırı derecede kendine hâkim ve kültürlü idi ve hamilelik dışında –hamileliği sırasında yalnızca tek başına gelişen aura atakları yaşıyordu– yılda 6-10 arası değişen sayıda atak ve nadiren iki yıla uzayan düzende baş ağrısı yerine karın migreni şeklinde kendini gösteren klasik migren atakları geçiriyordu.

Ataklar hemen her zaman ya tek tarafta ya da iki tarafta birden ortaya çıkan parıldayan skotomun öncülüğünde başlıyordu. Parıldamanın düzeninin hasta gözlerini kapattığında ortaya çıkan abartılmış ardıl görüntü ve karışık görsel imgeler ile ilişkili olduğu anlaşılmıştı. Belli frekansta titreşen ışıkların parıldayan skotom oluşturduğu açıktı. Görsel aurayı burunda ve dilde bazen de ellerde ortaya çıkan "titreme" duygusu izliyordu. Bazı ender zamanlarda bu hasta aura döneminde "ürkütücü şekilde kötü şeyler olacakmış duygusu" yaşamıştı. Negatif skotomlar oldukça nadirdir, yoğun bir hoşnutsuzluk duygusu eşlik eder ve ardından daima şiddetli baş ağrısı gelir.

Vaka 16: Görsel aura: Zorlanmış düşünce ve anımsama: Keyif veren etki: Uzamış duyusal ön belirtiler

Çocukluğunda tek başına aura atakları ve klasik migren başlangıcı geçirmiş olan 55 yaşındaki erkek hasta. Auralarını büyük bir şevkle tanımlıyor. "Düşünce boyutunda büyük bir derinlik, hız ve keskinlik var" diye anlatıyor. "Uzun zaman önce unuttuğum şeyleri anımsamaya, gençlik yıllarıma ait görüntüleri görmeye başladım." Hasta migren baş ağrısıyla devam etmediği sürece auralarından hoşlanıyor. Ancak karısı bu durumdan pek de hoşnut değil; kocası auraları sırasında "ileri geri volta atıyor, tekdüze ama yineleyip duran tarzda konuşup duruyor; sanki transa geçmiş gibi ve hiç kendisine benzemiyor."

Bu hasta her ataktan iki üç gün önce görme alanında sürekli "parlak noktalar" görüyor ve bu görsel uyarıya ön belirti olarak heyecanlanma ve aşırı zindelik eşlik ediyor.

Vaka 65: Afazik ve parestetik auraya eşlik eden "sersemlik" etkisi ve zorlanmış gülme.

15 yaşındaki bu kendine hâkim kız hasta sürekliliği olmayan şiddetli klasik migren atakları geçiriyordu. Benim muayene odamda 45 dakika kadar hiç aralıksız kıkırdadığı bir aura yaşadı. Bu süre içinde tümüyle konuşma yitimi vardı ve bir bacağından diğerine atlayıp duran parestezisi oldu. Bu durumu düzeldiğinde şu sözlerle benden özür diledi: "Neye güldüğümü bilmiyorum ama kendimi engelleyemedim, her şey çok komik geldi, sanki gülme gazı verilmiş gibiydi."

Vaka 69: Yoğun uyarılmanın öncülük ettiği karmaşık görsel aura
Ergenlik döneminin ilk yıllarından beri klasik migren ve tek başına aura atakları yaşayan 23 yaşındaki erkek hasta. Ataklar hiperaktivitenin haber verdiği ve neredeyse manik bir yoğunluğa erişen bir başlangıç gösteriyordu. Bir sabah hasta, normalde sakin bir motorcu olduğu halde, çılgın bir hızda ve bağırıp şarkı söyleyerek motor kullandığını fark etmişti. Bu durumu yüksek derecede algı değişikliklerinin eşlik ettiği parıldayan skotom izliyordu. Hasta skotomun yoğun çizgilerini "sürülmüş tarladaki saban izleri gibi... Bu izleri okuduğum kitabın satırlarında görebiliyordum ama kitap kocamandı ve izler de satırın yüzlerce metre aşağısına kadar uzanan derin yarıklar gibiydi" diye anlatmaktaydı. Parıldamalar söndüğünde hasta "sanki benzedrin almışım gibi boşluk hissi, bir hayal kırıklığı" duyduğunu belirtti.

Bu dönemde hasta izleyen 10 saat boyunca tipik vasküler baş ağrısı ve yoğun karın ağrısı yaşadı. Bu belirtiler sonunda neredeyse ansızın geçip gitti ve yerine "harika bir sükunet duygusu" geldi.

Vaka 70: Mozaik ve sinematik imge
Çocukluğundan beri sık migren aurası ve sürekli olmayan klasik migren atakları geçiren 45 yaşındaki erkek hastada aura genellikle parıldayan skotom ve parestezi şeklini alıyor ancak bazı durumlarda ana belirti olarak mozaik görme ortaya çıkıyordu. Bu evrelerde hasta, bazı yüzlerin "kesik", bozulmuş ve kopmuş gibi gözüken keskin kenarlı şekillerden oluştuğu görsel imgeler gözlemlemişti. Hasta bunları Picasso'nun erken dönem çalışmalarına benzetiyordu. Daha sık olarak sinematik im-

ge görüyordu; bu tip aurayı özellikle, örneğin televizyonunun ayarı bozukken ortaya çıkan belli bazı frekanslardaki ışığın parıldamasıyla hissetmeye yatkındı. Sinematik imge deneysel olarak "flaş" ışığının parıldamasında da meydana gelebilir. Her iki durumda da, uyarıcı etkinin durmasından sonra birkaç dakika daha devam eder ve genellikle şiddetli bir klasik migrenle sonlanır.

Vaka 14: Çok sayıda eşdeğeri olan auralar
20 yaşına kadar klasik migren atakları geçiren 48 yaşındaki kadın hasta 20'sinden sonra yalnızca izole migren auraları ve migren eşdeğerleri yaşamaya başlamıştı. Sık olarak parestezisi olmayan parıldayan skotom atakları, ara sıra da dudaklarında ve ellerinde görülen, skotomu olmayan parestezi atakları geçiriyordu. Şiddetli skotomlu auralarına yoğun "angor animi" de eşlik ediyordu ve bunların ardından baygınlık geliyordu. Hasta aynı zamanda yavaş başlayıp yavaş gelişen baygınlıklar ve 10-20 dakika süren, duyusal halüsinasyonların eşlik etmediği aşırı kızgınlık nöbetleri geçirmişti. Bunların hepsi migren aurasının değişik tipleri gibi gözüküyor.

Tek bir hastada farklı zamanlarda ortaya çıkan farklı migren aurası değişkenlerinin örnekleri, çocukluğundan beri ara sıra klasik migren atakları ve sıkça migren auraları yaşayan bir meslektaşım tarafından aşağıda alıntılanmıştır. Meslektaşım atak-larının bir kısmı hakkında kısa notlar almış ve iki olağandışı atağını da ayrıntılı biçimde anlatmıştır.

Vaka 75: (a) Kâbus, sonrasında iki beyaz ışığın görülmesi, ışıklar yanıp sönerek, sıçrar tarzda hareket ederek yaklaşıyor. Kâbus bileşenleri eşliğinde uyumsuzluk duygusu ile birlikte olan yoğun dehşet duygusu. Sonuçta klasik migrene geçiş.
(b) Kâbus, uyanma döneminde 10 dakika süresince titreşimli resimlerin aniden sinematik imgeye dönüşmesi.
(c) Bilinç açılırken araya giren aşırı endişe, zorlanmış anımsama ve konuşmaya çalışınca ortaya çıkan konuşma bozukluğu ile birlikte olan "gündüz kâbusu". Süre yaklaşık 30 dakika: Kalıcı etki yok.

Şu açıklama ayrıntılı örnek olarak verilmiştir:

> Yazın akşamüzeri geç vakitte kır yollarında motosikletimle dolaşıyordum. Daha önce hiç bu yolda motosiklet kullanmadığım halde sanki bu anı daha önce aynı yerde yaşamışım gibi olağanüstü bir sükûnet duygusuna kapıldım. Bana öyle geldi ki bu yaz öğleden sonrası hep vardı ve ben sonsuzlukta tutukluydum. Birkaç dakika sonra motordan indiğimde ellerimde, burnumda, dudaklarımda ve dilimde olağanüstü güçlü karıncalanma hissettim. Önce bana motorun titreşimini hâlâ hissediyorum gibi geldi ve bunu titreşimin sonraki etkisi olarak algıladım. Ancak titreşimin her dakika giderek artmasını ve parmak uçlarımdan avuçlarıma oradan da daha yukarılara doğru yavaş yavaş yayılmaya başlamasını hiçbir şekilde açıklayamıyordum. Sonra görme duygum etkilendi; gördüğüm her nesne hareketlenmeye başladı, ağaçlar, otlar, bulutlar vs. sessizce kaynamaya, bir telaş içinde titreyip akmaya başladı. Cırcırböceklerinin vızıltısı her yerdeydi ve gözlerimi kapattığımda ortalık aniden, bana duyduğum sesin bire bir görsel karşılığı gibi gelen bir renk cümbüşüne dönüşüyordu. Yaklaşık 20 dakika sonra dirseklerime kadar tırmanmış olan bu parestezi geldiği yolu izleyerek kayboldu, görsel dünya normal haline döndü ve heyecan duygusu geçti. "Kendime gelmişlik" duygusu içine girdim ve sonra da baş ağrısı belirtileri başladı.

Bu ayrıntılı tanımlamada dikkati çeken pek çok nokta vardır; motosikletin titreşimiyle eşzamanlı başladığı açık olan Jacksonian tipteki parestezinin ortaya çıkışı, aynı hızda titremeye başlayan parıldayan skotom benzeri bir olgunun yaşanması, görsel imgelerin "kaynar" gibi hareketi, sonsuzluk duygusu, déjà-vu, işitsel uyaranlar ve görsel imgeler arasındaki birleşik algılama deneyimi.

Aşağıdaki olay da migrendeki deliryumun tipik niteliğini gözler önüne serdiğinden ayrıntılı olarak alıntılanmıştır:

> Her şey duvar kâğıdını su yüzeyinin hareketindeki gibi titreşiyor görmemle başladı. Birkaç dakika sonra buna sanki çalan

bir piyanonun ses tablasına dayamışım gibi titremeye başlayan sağ elim de katıldı. Sonra noktalar, ışıklar, görme alanım içinde yavaşça hareket etmeye başladılar. Türk halılarındaki gibi habire değişip duran desenler ortaya çıktı. Sürekli tomurcuklanıp açan çiçek imgeleri vardı. Her şey göz göz olup çoğaldı; bana doğru yükselen baloncuklar, açılıp kapanan delikler, bal petekleri oluştu. Bu imgeler ben gözlerimi kapadığımda kamaşıp dururken, gözlerimi açtığımda daha sönük olmakla birlikte hâlâ görünüyorlardı. Bu hal 20-30 dakika devam edip sonra yerini şiddetli baş ağrısına bıraktı.

Auranın Yapısı

Migrenler tek bir belirtiye dayanarak tanımlandıkları için genellikle yanlış tanımlanıp eksik anlaşılırlar. Bu yüzden, basit migren baş ağrısıyla ve migren aurası da skotomla bir tutulur: Bu tür tanımlamalar klinik anlamda gülünçlük derecesinde yetersizdir ve aynı ölçüde saçma fizyolojik kuramların ortaya atılmasına neden olurlar (Bu kuramlar 10. Bölüm'de anlatılacaktır.) Bu bölümde ele alınan vakalar ve tartışılan konular aura belirtilerinin ne kadar çeşitli ve karmaşık olduğunu gösterir. Basit migrende de, migren aurası sürecinde de tek bir belirtiyle karşılaşmak nadir bir durumdur. Dikkatli sorgulama ve gözlem sonucunda iki, üç, beş hatta bir düzine belirtinin birlikte hareket ettiği anlaşılır. Bütün bu belirtilerin aynı fonksiyonel düzeyde olması beklenemez (skotomun ve parestezinin aynı düzeyde olması gibi): Görme ya da dokunma alanında ortaya çıkan, bir alanla sınırlı basit halüsinasyonlar ileri derecede karmaşık duyusal değişimler (örneğin mozaik görme), uyarılma mekanizması bozuklukları (bilinç düzeyi vs.), duygusal bozukluklar ve yüksek birleştirici fonksiyon bozuklukları ile birlikte olabilirler. Dahası migren aurasının belirtileri değişkendir, aynı hastada birbirini izleyen ataklarda bile aynı olmaz, bazen skotom belirtileri, bazen konuşma yitimi, bazen ruh hali değişiklikleri vs. ile öne çıkarak basit migrende karşılaştığımız ayrışmalar ve birleşmeler kadar çeşitli sayıda "eşdeğerler" görülür. Bu yüzden

migren aurası basit migrende olduğu gibi karışım yapısındadır; sayısız şekilde bir araya gelmiş çeşitli bileşenler ya da kısımlardan oluşmuştur.

Migren aurası aynı zamanda basit migrene benzer bir *ardışıklığa* sahiptir ve herhangi bir zamanda ortaya çıkan belirtilerle yeterli düzeyde açıklanamaz. Hem uyarıcı hem de engelleyici evreleri göz önüne aldığımızda, uyarıcı evrede parıldamalar ve paresteziler, duyuların yaygın şekilde artışı, bilincin ve kas tonusunun uyarılması belirgindir; engelleyici evrede ise negatif halüsinasyonlar, kas tonusunun kaybı, baygınlık vs. belirgindir. Auranın zaman ölçüsü oldukça kısalmıştır, uyarılma-engellenme-yeniden uyarılma düzeni vs. basit migrendeki saatler ve günler süren döngüye oranla yalnızca 20-30 dakika sürmektedir. Sonuç olarak, aura belirtilerinin merkezi ve beyinsel olduğunu, basit migren belirtilerinin hepsi değilse de büyük çoğunluğunun çevresel ve otonom olduğunu gözlemekteyiz.

Migren Aurasının Görülme Sıklığı

Migren aurasının görülme sıklığını saptamak hemen hemen olanaksızdır. Klasik migrenin genel toplumdaki görülme oranının yüzde birden daha az olduğu tahmin edilmektedir, ancak bu rakam, bize herhangi bir yakınmaya yol açmadığından ya da hasta ve hekim tarafından anlaşılmadığından tek başına auralar hakkında hiçbir bilgi vermez.[24] Bununla birlikte Alvarez 600 migren skotomunu incelediği bir araştırmasında erkek hastalarının yüzde 12'den fazlasında tek başına skotom bulgusu saptamıştır. Daha kapsamlı bir çalışmada (44 hekimin katıldı-

24 Bu konuyu tesadüfen zoolog bir arkadaşımla görüşürken benim parıldayan skotom şeklimi gördü ve bana "Gençliğimde genellikle yattığım sıra sık sık bu şekli görürdüm. Renkler ve onların dağılımı çok hoşuma giderdi –bana bir çiçeğin açışını anımsatırdı. Sonrasında hiçbir zaman baş ağrısı ya da diğer bulgular ortaya çıkmadı. Bu tür şeyler herkese oluyor sanıyordum ve hiçbir zaman onun bir şeyin bir 'belirtisi' olabileceğini düşünmedim" dedi.

ğı) hastaların yaklaşık yüzde 87'sinde "baş ağrısı olmadan tek başına skotom" belirtisi gözlendiğini saptamıştır. Eğer negatif skotom (hasta tarafından farkına varılmayabilen), tek başına olan paresteziler, baygınlık ve sersemlik atakları, değişen ruh hali ve yüksek fonksiyon bozuklukları vs.'nin oluşma sıklığını da hesaba katarsak –bunların hepsi aura belirtileri olarak görülebilir ancak belirsizlikleri ve sinsilikleri yüzünden tanı konulamayabilir– migren aurası sıklığının klasik migren için söylenen görülme sıklığı oranını geçen bir oranda karşımıza çıktığından kuşkulanabiliriz.

Migren Aurasının Ayırıcı Tanısı: Migrene Karşı Epilepsi

Migren aurasını diğer nöbetli hastalıklardan özellikle epilepsiden ayırt etmek yaşamsal önemde bir tanı koyma pratiğidir. Sıkça iddia edildiği üzere hem klinik hem de istatistiki zeminde her iki hastalık da birbiriyle çok yakından ilgilidir, buna karşıt görüşte yer alan ekoldekiler ise bu ilişkinin varlığını hatta olasılığını bile şiddetle reddetmektedirler. Oldukça kuşku verici bir durum olduğu aşikârdır (iddia ve inkâr kuşkuyu ima eder) ve soğukkanlı bir tartışma zemini için fazla duygusal yük taşımaktadır. Kuşku tanımlamalarımızın yetersiz oluşundan, duygusal yük ise sıklıkla epilepsinin kötü ve küçük düşürücü ününden kaynaklanır. Şu ana kadar belli bazı klinik benzetmeleri kaynak gösterdik (Gowers'ın "epilepsinin sınır alanları" ve Lennox'un "melez nöbetler" benzetmeleri) ve artık bu terimlerin ne anlama geldiklerini açıklama zamanı geldi.

Hughlings Jackson'ın da sürekli belirttiği gibi sorunun çözümü iki farklı kaynak arasındaki ayırımda, kabaca söylersek teori ve pratik arasında yatar. Jackson'a göre:

> Migren bilimsel olarak epilepsilerle birlikte sınıflandırılırsa... [bana kalırsa] onu epilepsinin basit vakalarıyla sınıflamak balinaları pratik yaşam açısından diğer memelilerle birlikte sınıflamak kadar saçma olur. Balina balıklar ailesinde yer alır; zoolojide ise bir memelidir.

Pratikte vakaların çoğunda migrenleri epilepsilerden ayırt etmek kolaydır. Kuşkulu durumlar ancak olan karmaşık auralarda ortaya çıkar, özellikle tek başınaysa. Eğer kişisel veya ailevi epilepsi öyküsü var ise, eğer hasta aura sırasında bilincini yitirdiyse ve her şeyden öte bilinci kapalıyken havale geçirdiğini ileri sürmekteyse o zaman duyulan kuşku artar. Bu yüzden epilepsi ve migren sırasında oluşan belli olayları karşılaştırmak daha yapıcı olur ve böyle yaparak eski yayınlardaki en güvenilir kaynaklarla –Liveing'in migrenle (1873) ve Gowers'ın epilepsiyle (1881) ilişkili yayınları– kendi deneyimimizi güçlendirebiliriz. Görsel *belirtiler* migrende çok daha fazla görülür ve sıklıkla da epileptik auralarda görülmeyen çok özgün bir şekle bürünür: Parıldayan negatif skotomlara. Görsel belirtiler Liveing'in vakalarında yüzde 62 oranında (klasik migren daha baskın olmakla birlikte bu rakama hem klasik hem basit migren vakaları dahildir) ancak Gowers'ın vakalarında yüzde 17 oranında görülür. Jacksonian tipteki paresteziler migrende daha fazla görülür (Liveing'in vakalarında yüzde 35, Gowers'ın vakalarında yüzde 17 oranında), migrende özellikle dudak ve dil bölgelerinde iki taraflıyken epilepside nadiren iki taraflı olurlar; önemli bir ayrım parestezinin yayılım hızındadır, migrendekiler kabaca söylemek gerekirse epilepsideki karşılıklarına oranla yüz kez daha yavaş yayılırlar. *Havaleler* epilepside sık görülür, migrende ise o kadar nadirdir ki varlıkları tanı konusunda kuşku uyandırabilir: Motor epilepsilerde nöbet sonrası güçsüzlük olması kuraldır, ancak çok nadir hemiplejik ataklar dışında migrende görülmez (bkz. sonraki bölüm). Bilinç kaybı epilepside sık görülür (Gowers'ın 505 vakasında yüzde 50 oranında), migrende görülmesi ise uzak bir olasılıktır; bilinç kaybı epilepside aniden başlar (psikomotor epilepsiler hariç) ama migrende yavaş yavaş başlar. Karmaşık yüksek birleştirici fonksiyonlardaki ve ruh halindeki değişikliklerin her iki yazar tarafından hastalarının yüzde 10'undan fazlasında görüldüğü bildirilmiştir, ancak migren aurasının düşsel ya da parçalanmış hallerinin, temporal lobda görülen bazı atakların (örneğin amneziyle devam eden otomatizm halleri) şiddetine ulaşması nadirdir ve tersine epilepsilerde de, migren aurasında ortaya çıkan ve ondan daha uzun sürebilen deliryum ya da deliryum benzeri nöbetler yaşamak nadirdir.

Bu türden ve benzer özelliklerle tanısal kesinliğe ulaşabiliriz veya vakaların çoğunda en azından tanıyı tahmin etmeyi başarabiliriz. Üzerinde düşünülmesi gerekli şey de hem epileptik hem de migrenöz ataklar geçiren hastalar veya bunların birbirine dönüşümüdür; gerçek "melez" atak geçirenler ve son olarak da atakları çok belirsiz olup da klinik tanı yöntemlerini yanıltan hastalar. Bu alacakaranlık kuşağında kalan durumlar ve bizim katı hastalık sınıflandırma sistemimizi bozan vaka öykülerinin dökümü için okurlar Gowers'ın (1907) ve Lennox ve Lennox'un (1960) yazılarına başvurmalıdır.

Gowers aynı hastada dönüşümlü olarak ortaya çıkan migren ve epilepsi atakları olan ve değişik zamanlarda birtakım belirtileri diğerlerine üstün gelen birkaç vakayı bildirmiştir. En dramatik vakalarında "belirtiler resmen birbirinin içine" geçmektedir: Beş yaşından beri klasik migreni olan bir kız çocuğunda değişik şiddetlerdeki baş ağrılarının yerini havaleler almıştır. (Böyle melez bir migren atağını havalenin izlediği bir vakayı ilk kez Aretaeus bildirdi.) Gowers bu gibi vakalarda epilepsinin başlamasını migren ağrısı ve beyinsel rahatsızlığa bağlamaktadır: Liveing daha mantıklı ama bir o kadar da şaşırtmacalı olarak bir nöbetten diğerine aralıksız devam eden "başkalaşımlar"dan söz etmektedir.

Lennox ve Lennox epileptik bileşeni elektroenselografik bulgularla doğrulanan bu tipte birçok vaka bildirmişlerdir. Bu vakalardan birinde belirgin görsel rahatsızlığı olan (sarı renkte yanıp sönen yıldızlar ve Lilliputvari imgeler gören) bir hasta ya *grand mal* epilepsi ya da klasik migren baş ağrısı çekmektedir. Uzamış görsel ve parestezik belirtileri olan başka bir hasta şiddetli baş ağrısı çekmekte daha sonra da genel havale geçirmektedir, baş ağrısı havale sona erdikten sonra da devam etmektedir. Lennox bu atağa "migralepsi" adını vermiştir.

Örneklerin çoğunda iyi bir sorgulama ve gözlemin nöbetsel atağın migrenöz, epileptik ya da başka tipte bir atak olup olmadığı sorununu çözmeye yeteceği açıktır. Güçlü klinik sezgilerin açıklığa kavuşturamadığı bazı istisnai durumlar da vardır: Daha önce de tanımladığımız gibi koku halüsinasyonları, déjà vu

duygusu ve bazen zorlanmış anımsama ve zorlanmış etkinin belirgin olduğu migren auraları, ileri belirtiler olmadıkça epileptik "unsinat nöbetler"den ayırt edilememektedir.

Vaka 98: 19 yaşından beri karmaşık ataklar geçiren 42 yaşındaki kadın hasta giderek daha şiddetli, daha sık ve daha belirgin ataklar geçirmeye başlamış. Ataklar "zaman ve mekân algılamasında belli belirsiz ancak yaygın bozulma... tuhaflık hissi... sakin ya da enerjik olma hali" duygularıyla başlamış. Bu durumu "görsel çizgilenme" ve bazen de beynin sol yarım küresinde üst temporal bölgenin etkilendiği, görsel alandaki keskin bir kopukluk izlemekteymiş. Bu yükseltilmiş duyusal uyarım ve özel görsel alan kopukluklarını sıklıkla karmaşık rüya halleri ya da halüsinasyonlar izlemektedir: "Hareli desenler... varoluş halüsinasyonları... orada burada ortaya çıkan bir kaybolup bir görünen yüzler, sesler..." Bazen ataklar bu noktada sona ermektedir. Bazen de hasta "dilinde her zaman aynı metalik tadı" hissetmekte ve sonra düşüp bayılmaktadır ya da hiç anımsayamadığı kendinden geçişler yaşamaktadır.

Hastanın baba tarafında oldukça etkili bir klasik (bazen de karmaşık) migren öyküsü bulunmaktadır. Hastanın babası "böbrek şeklinde parıltılar, zikzaklar ve körlük" yaşamaktadır; halası migrenler sırasında konuşamamaktadır; babaannesi ışıkla artan şiddetli nöbetler ve migrenler geçirmektedir. Hastanın kendisi de ışık uyaranlarına fotomiyoklonus, fotokonvulsif tepkiler ve fotik migrenler (parıldayan ışıldamayla gelişen skotom) gibi güçlü tepkiler vermektedir. Beyin tomografisi sağ yan lobda damarsal anomaliler (venöz anjiyom) olduğunu göstermiştir.

Bu tür karmaşık ataklar bir meslektaşım tarafından "migrolepsiler" olarak adlandırılmıştır çünkü bunlarda hem migren hem de yan lob epilepsi belirtileri vardır. Bu hastalar ergotamin verilerek bir şekilde tedavi edilebilmişler ancak antikonvülsanlar verildiğinde yalnızca nöbetlerin sıklıkları azaltılabilmiştir.

Yoğun ruh hallerinin (saldırganlık, kendinden geçme vb.) eşlik ettiği nöbetsel rüya hali veya trans benzeri durumların ve ayrıntılı yüksek zihinsel fonksiyon değişikliklerinin görüldüğü bölg

en kuşkulu olandır. Bu vakalarda ayırıcı tanıda şunlara bakılmalıdır:

> Migren Aurası
> Epileptik Aura ya da Psikomotor Nöbet
> Histerik Translar ya da Psikotik Durumlar
> Toksik, Metabolik ve Ateşli Deliryumlu ya da Histeroid Dönemler
> Uyku ve Uyanma Bozuklukları: Kâbuslar, Gündüz Düşleri, Atipik Narkolepsiler veya Uyku Felçleri vs.

Böylece belli migren eşdeğerlerinin ayırıcı tanısıyla ilişkili olarak şimdiye kadar tanımlananlarla yüzleştiğimiz bir bölgeye geliriz: Belli bazı klinik sendromların birleşir göründüğü ve elimizdeki araçlarla birbirinden ayıramadığımız bir bölge. Sonuç olarak sorun klinik ya da fizyolojik ayrım olmaktan çıkar ve anlamsal bir çözüme ulaşır: Ayırt edemediğimiz şeyi isimlendiremeyiz.

> Ya bu şey başka şeylerin sahip olmadığı özelliklere sahiptir ve kişi böylece bu şeyi tanımlama ve ilişkilendirme ile diğerlerinden doğrudan ayırt eder ya da, bazı şeyler vardır ki, ortak özelliklerle bir bütün oluşturur ve bu yüzden [bu özelliklerin] hiçbirine ayrı ayrı dokunulamaz.
>
> Eğer bir şey hiçbir şeyle ayırt edilemezse ben de ayırt edemem, çünkü aksi olsaydı ayırt edilebilirdi.
>
> (Wittgenstein)

Klasik Migren

Migren aurasını bu kadar uzun anlatınca klasik migren hakkında söylenecek çok az şey kaldı. Hastaların belirli bir kısmı aura döneminden bulantı, karın ağrısı, otonomik belirtiler vs. ile birlikte gelişen ve saatler süren uzamış vasküler baş ağrısına geçiş yapar. Klasik migrendeki bu belirtilerin çeşitliliği basit migrenden farklı değildir ve bu yüzden de ayrı bir tanımlama gerektirmez.

Ancak şekil olarak bazı genel farklar vardır. Klasik migrenler basit migrenlere göre daha sık ve daha yoğun olmaya eğilimlidir ve çoğunlukla iki üç saat sürmekle birlikte nadiren on iki saati aştığı da olur. Atakların bitişi de anidir ve normal fonksiyonlara dönüş ya da migren sonrası geri tepme keskin olur. Bu bağlamda Liveing der ki:

> Yoğun acı duygusundan tamamen sağlıklı hale keskin geçiş çok çarpıcıdır. Kişi... kendini küçük bir uyarı ile ya da hiç uyarılmaksızın tümüyle hastalıklı, yoğun bedensel acılar içinde, zihinsel olarak bezgin bulur ve belki de duyusal ya da düşünsel halüsinasyon görür, bu durumda bütün gün boyunca kalır ve gün bitimine doğru... bambaşka biri olarak, bütün yeteneklerini yeniden kazanarak, gece bir eğlenceye ya da bir tartışmaya katılabilecek düzeyde birisi olarak uyanır.

Bazı basit migrenlerin hastanın günlerce süren kötü ve hastalıklı durumda olduğu uzamış şekline klasik ataklarda nadiren rastlanır.

Migrenin öncülerini ve sıklığını İkinci Bölüm'de tartışacağız ancak bu noktada klasik migrenlerin basit migrenlerden daha az sıklıkta görüldüğünü ve "tepkisel" olmaktan çok nöbetsel olduğunu söylemek yerinde olur. Bunun kural olması gerekmez ama her iki tipteki atağın da ayırt edici özelliğidir.

Hastalarda belli bir klinik düzene uyma eğilimi güçlüdür; klasik migreni olan hastalar nadiren basit migren geçirirler, bunun tersi de doğrudur. Yine de kesin bir doğru yoktur, ben her iki tipte atak geçiren, iki atağın ya yer değiştirdiği ya da bir arada olduğu en az 30 hasta gördüm.

Daha önce de söylediğimiz gibi klasik migrene yatkın olan bazı hastalar bazen baş ağrısı bileşenini "yitirebilir" ve sonra tek başına ortaya çıkan auralar geçirebilirler (bkz. Vaka 14).[25] Tersine, auralarını yitirip basit migrene benzer ataklar geçiren hastaların sayısı da oldukça fazladır.

25 Benim kontrolüm altında bazı hastalar yıllarca klasik migren geçirdikten sonra hiç özgün tedavi verilmemesine karşın başğrılarını "yitirdiler". Bu tip migren değişimi, benim aura belirtilerine çok ilgi gösterip baş ağrılarına daha az eğilmemin bir sonucu da olabilir.

Klasik migrendeki baş ağrısı karakteristik olarak auranın sonlanmasına yakın ortaya çıkar ve hızla en yoğun düzeye ulaşır. Başın tek ya da iki tarafını tutabilir ve yerleşimi aura bölgesiyle hiçbir şekilde ilişkili değildir. Baş ağrısı başladıktan sonra da başka aura atakları da ortaya çıkabilir. Aura ve baş ağrısı evrelerinin birbirlerinden tümüyle bağımsız olabileceğini (bkz. Vaka 11) ve klasik migren atağını "yok eden" ergot türevleri ve diğer ilaçlarla kolaylıkla ayrıştırılabildiğini çeşitli koşullarda gördük.

Böylece klasik migrenin aura ve baş ağrısı evrelerinin birbiriyle nedeni bilinmeyen bir şekilde bağlı olduğu ya da buna eğilim gösterdiği bir melez durum oluşturduğunu, arada gerekli veya esas bir bağın bulunmadığını düşünmemiz için yeterli nedenler vardır. Bu nedenle klasik migren çeşitli kümelerin bir araya geldiği yapısal bir bütündür.[26]

Son Not (1992) – Skotom Öfkesi (Angst)

Alışılmadık bir korku –belki de bu Liveing'in sözünü ettiği korkunun bir bölümüdür– yalnızca görme yitimi değil aynı zamanda gerçekliğin yitimi olarak da hissedilen negatif skotom ile ilişkili olabilir.

Bu korku dolu ve oldukça esrarengiz duygu şu vaka öykülerinde anlatılmaktadır:

> *Vaka 90:* Oldukça yetenekli bir doktor, bir psikanalist olan hasta erken çocukluk döneminden beri yılda iki üç kez gelen hemianopi ya da negatif skotom yaşamaktadır. Bunları, her zaman olmamakla birlikte sıklıkla migren baş ağrıları izlemektedir.

26 Terminolojide son zamanlarda bir değişiklik oldu, "klasik" ve "basit" migren terimleri *auralı* ve *aurasız* migrenler olarak değiştirildi. Bazı araştırıcılar (örneğin Danimarka'da Oleson ve arkadaşları) basit ve klasik migren arasında önemli hemodinamik farklar olduğunu ileri sürerler, ancak şimdiki düşünceye göre epidemiyolojik, klinik, fizyolojik olarak temel bir fark yoktur (Ranson ve arkadaşları, 1991). Pek çok hasta bazen birini bazen de ötekini geçirir ve bazen yoğun görsel uyarılmanın olup da auranın olmadığı ara ataklar ortaya çıkabilir.

Aslında bu kişi her gün ruhun derinliklerine ve ilkel bir şiddet duygusuna mesleği gereği sürüklenmekte ve bilinçaltının bütün canavarlarına cesurca karşı koymaktaysa da onu psikiyatri dünyasında karşılaştığı bütün her şeyin ötesinde, dayanması güç ve tekinsiz bir hayal âlemine götüren kendi skotomuna alışkın değildi. Kendi sözleriyle:

"Hasta olarak yakından tanıdığım biri masamın karşısında oturuyor, bakışlarım ona çevrili. Birden bir şeylerin yanlış olduğu duygusuna kapılıyorum ama ne olduğunu söyleyemiyorum. Bir şeylerin kökten yanlış olduğu, doğanın yapısına ve düzenine aykırı bir şeyler olduğu duygusu bu.

Sonra birden hastanın yüzünün bir bölümünün yok olduğunun farkına varıyorum: Burnunun bir kısmı, yanağı, sol kulağı. Onu dinlemeye ve konuşmaya devam ediyorum ancak bakışlarım mıhlanmış gibi –başımı çeviremiyorum– ve bir dehşet, bir imkânsızlık duygusu benliğimi kaplıyor. Bu yok oluş genellikle yüzün yarısı ve onunla birlikte odanın da yarısı gidene kadar devam ediyor. Kendimi bir şekilde felç olmuş ve donakalmış hissediyorum. Hiçbir şekilde görüşümde bir bozukluk oluyormuş gibi değil de sanki dünyaya tuhaf bir şeyler oluyormuş gibi geliyor. Başımı ya da gözlerimi kıpırdatıp kaybolmaya başlayan görüntüleri 'kontrol etmek' aklımdan geçmiyor. Bu deneyimi daha önce belki düzinelerce kez yaşadığım halde migren geçirmekte olduğum hiç aklıma gelmiyor...

Aslında tam olarak bir kayıp hissi yok, ama korkunç bir kuşku duyuyorum. Sanki surat 'fikrini' kaybediyorum gibi geliyor; yüzler nasıl görünür unutuyorum – hayal dünyama, belleğime, düşünce yapıma bir şeyler oluyor... Dünyanın yarısı yitip gidiyormuş gibi değil de sanki aslında hiç var olmamış kuşkusuyla doluyorum. Belleğimde ve zihnimde, dolayısıyla da dünyada bir delik varmış gibi geliyor, ancak bu delikte neler olduğunu hayal edemiyorum. Delik var ve de delik yok, zihnim tümüyle karışmış durumda. Sanki gövdem –gövdeler– değişken ve parçalara ayrılabilir, bazı parçalar yok olabilirmiş gibi – gözüm, kolum, bacağım yaşamsal bir parça yok olmuş, hiç iz bırakmadan gitmiş ve giderken bir zamanlar kapladığı alanı da berabe-

rinde götürmüş gibi hissediyorum. Bu korkunç bir hiçbir şey ve hiçbir yerde olma duygusu.[27]

Bir süre sonra –belki bir iki dakika süren, ancak sonsuzmuş gibi gelen bir süre sonra– görmemde doğal, fizyolojik bir bozukluk olduğunu, dünyada olağandışı, doğal olmayan hiçbir şey olmadığını fark ediyorum. Migren aurası yaşadığımı anlıyorum ve yoğun bir rahatlık duygusu beni sarıyor.

Ancak bunu bilmek bile algılamayı düzeltmiyor... Skotomun hep süreceğine dair bir endişe ve korku kalıntısı hâlâ devam ediyor... Ancak görme alanımın tümüyle düzelmesinden sonradır ki panik ve bir şeylerin yanlış olduğu duygusu geçiyor...

Migren skotomu dışında hiçbir zaman böyle bir korku deneyimi yaşamadım."

Vaka 91: 75 yaşındaki kadın hasta sıklıkla "migren aurası", "epilepsi" ya da bazen "migralepsi" olarak adlandırılan ataklar geçirmektedir ve bu hastada kafasının sağ arka-yan bölgesinde çocukluğundaki bir yaralanmadan kalan fizyolojik renk ağarması şeklinde bir yara izi bulunmaktadır.

Bu ataklar sırasında vücudunun sol tarafı görünmez olmaya başlıyor ve sol tarafta yer alan her şey ortadan kayboluyordu. Hastaya göre; "orada hiçbir şey yoktu, sadece boşluk, sadece bir delik." Görme alanında, bedeninde, evrenin kendisinde bir boşluk oluşuyor ve bu durumda hasta ayakta durmayı göze alamayıp daha kötü olmadan oturma gereksinimi duyuyordu. Bu atakları geçirdiği sırada ölümcül bir korku hissi içini sarıyordu. "Boşluk" sanki ölüm gibi geliyordu, günün birinde o kadar büyüyecekti ki hastayı tamamen "yutuverecekti". Hasta bu atakları çocukken de geçirmiş ancak anlattığı zaman "yalancı" diye adlandırılmıştı.

Şiddetli ataklarda yalnızca bedeninin sol tarafı yok olmakla kalmayıp tüm vücudunu karmakarışık hissediyor ve neyin nerede olduğundan ya da neyin ne olduğundan emin olamıyordu.

Hasta kendini tamamen gerçek dışı hissediyor (hastanın

27 Hobbes ile karşılaştırın: "Gövde olmayan, Evrenin bir parçası değildir ... ve de Evren her şey olduğuna göre... demek ki Gövde olmayan hiçbir şey değildir... ve hiçbir yerde değildir." Hobbes, *Kingdom of Darkness* (Karanlıklar Krallığı).

boşlukta yok olma korkularının en önemli nedeni bu). Ayrıca bu tür şiddetli ataklarda gördüklerini anlamlandıramamakta (görsel agnozi) ve özellikle de yakınlarının yüzlerini ayırt edememektedir – yüzler ya "farklı" görünmekte ya da daha çok "yüzsüz" görünmekteler, örneğin ifadesiz yüz özelliği göstermekteler (prosopagnozi). En kötü ataklarda ise bu durum seslere kadar ilerler, –sesleri duyar ancak bu seslerin tonu ve "karakteri" yoktur– bir çeşit işitsel agnozi ortaya çıkar.

Bu tür duyu yoksunlukları –Gowers'ın vakalarında olduğu gibi– tam karanlık ve sessizliğe doğru ilerler ve hastanın bilincini yitirdiği söylenir ancak bu aslında onun giderek derinleşen bir "duygusuzluk" haline girerek sonunda tümüyle duygularının çözülmesidir. Bu derece korkunç ve gerçekçi atakların ölüm gibi hissedilmesi de şaşırtıcı değildir.

Skotom sözcüğü karanlık ya da gölge anlamına gelir ve yukarıdaki öyküden bu gölgenin niteliğiyle ilgili bir fikir sahibi olabiliriz. İki taraflı skotomda daha da ürpertici deneyimler yaşanır, böylece iki taraflı, merkezi skotom, görme alanının orta bölgesinin, başka deyişle görünen dünyanın kaybolmasına, kimi zaman suratların ortasının çıkarılıp atılmasına ve boşluğu saran bir halka şeklini almasına (bu şekle donat ya da simit imgesi adı verilir) yol açar.

Eğer iki taraflı tam skotom söz konusuysa, (beyindeki görsel ve dokunma alanlarının yakınlığı nedeniyle) görme alanının ve bedensel alanların ya da beden duygusunun tümden kaybı söz konusuysa en dehşetli yok olma duygusu ortaya çıkabilir.

Tecavüze uğrama, dehşetli ve uğursuz bir şeyler olduğu duygusu ancak acil durumlarda ortaya çıkar. Bazı akut durumlarda, çok keskin bir gözlemci bile skotom gördüğünü anlamayabilir (90 numaralı vakada görüldüğü gibi). Uzun süreli, kalıcı ve kronik olduğunda ise hemen daima dikkatten kaçabilir (kişi neyin dikkatinden "kaçtığını" anlayamaz); bazı felçlerde bu durum sıklıkla görülür. Şimdiki vaka bu konuyu işlemektedir:

Vaka 92: Altmışlarındaki entelektüel kadın hasta beyninin sağ yarımküresinde arka ve dipteki bölgeleri etkileyen bir felç ge-

çirmişti. Ancak zekâsı ve şakacılığı mükemmel şekilde yerindeydi.

Bazen hemşirelere yemek tepsisine tatlı ya da kahve koymadıklarından yakınıyordu... Hemşireler: "Ama X Hanım tam şurada, tepsinin solunda" dedikleri zaman ne söylediklerini anlamıyor gibiydi ve sol tarafa bakmıyordu. Ancak başını, tatlı görüş alanına girecek şekilde görme alanının sağlam kalan sağ tarafına hafifçe çevirdiklerinde görüyor ve "Hah işte, ama daha önce orada değildi" diyordu. Hasta "sol taraf" fikrini hem çevresel hem de bedensel anlamda tamamen yitirmişti. Bazen de yemek porsiyonlarının çok az olduğundan yakınıyordu, –Bunun nedeni tabağın yalnızca sağ tarafından yemesiydi– tabağın bir de sol yanı olduğunu bilemiyordu. Bazen de ruj sürüyor ve yüzünün sağ tarafına makyaj yapıyordu ama sol tarafı tamamen ihmal ediyordu: Bu hataları tedavi etmek hemen hemen olanaksızdır çünkü hastanın dikkati o tarafa yönlendirilemez (*hemi-inattention*: "yarım dikkat") ve yaptığının "yanlış" olduğuna dair hiçbir algılaması yoktur. Aslında zihinsel olarak olanları gayet iyi bilmekte ve anlayıp gülebilmekte ancak doğrudan algılayamamaktadır.

Macdonald Critchley büyüleyici bir migren öyküsü anlatır (Critchley, 1966):

> Blaise Pascal ürkütücü karakterde periyodik yanılsamalar yaşamaktaydı. Zaman zaman sol tarafında bir boşluk ya da bir uçurum oluştuğunu hayal ediyordu. Bundan emin olmak için de o tarafa doğru herhangi bir eşyayı ittiriyordu... Çağdaşları bu periyodik yanılsamalardan "Pascal'ın Uçurumu" şeklinde söz ederdi. Tekrar tekrar ortaya çıkan bu uçurum yanılsaması aslında geçici sol hemianopiye uyan ilginç bir örnektir.

Critchley Pascal'ın hemianopisinin migren özelliğinde olduğunu düşünmektedir. Tanımlamadan –ve de "uçurum" ya da "boşluk" sözcüklerinden– anlaşılacağı gibi Pascal'da, uzayın bir parçasının yitip gittiği derin, metafiziksel, öfkeli bir duygu vardır. Bu şaşkınlık Vaka 91'deki hastanın tarif ettiği kozmik "de-

lik" ile –bilinçteki delik– ve de benim *Dayanacak Bir Bacak* kitabımda anlattığım kişisel deneyimle aynıdır.

Bu tip hastalar sonradan, hiç beklemedikleri, korkunç bir duyguyla evrenin yarısını kaybettiklerinin farkına varırlar. Yüksek düzeydeki bazı fonksiyonları yitirmezler, (en azından ara sıra) neler yaşamakta olduklarını bildirebilirler. Ancak bozukluk daha kronik ya da derin ise neler olduğuna ve bir zamanlar nelerin çok farklı olduğuna ilişkin bellekte büyük bir kayıp meydana gelir. Bu hastalar artık yarı uzayda, yarı evrende yaşamaktadırlar, bilinçleri yeniden yapılanmıştır ancak onların bundan haberi yoktur.

(Bunları gerçekten yaşayan kişiler dışında) hayal edilemeyecek kadar tuhaf olan bu durumlar bunları çekenlere yalnızca daha çok acı vermekten başka işe yaramayan "yanılsama" ya da "çılgınlık" gibi sözcüklerle adlandırılmıştır. Ancak son zamanlarda Gerald Edelman tarafından geliştirilen biyolojideki ya da nörofizyolojideki yeni kavramlarla bu tür olgulara akla yatkın ve mantıklı açıklamalar getirilmiştir.

Edelman ilk planda bilinci algı bileşiminden kaynaklanan, geçmiş ile geleceği sürekli birbiriyle ilişkilendiren geçmişe dönük süreklilik duygusu olarak görür. Onun deyimiyle "ilkel" bilinç, uzay ve zamandaki (bu kendi kişisel uzayımış, kişisel zamanımış ya da geçmişimiş gibi) bir gövde ve dünyanın uyumlu olarak algılanmasından oluşmuştur. Derin bir skotomda üçü birden kaybolur; kişi kendisi için bedeninin ya da görsel dünyasının (sol yarısını) varlığını iddia edemez; bunlar, kapladıkları alanla birlikte ve geçmişini de alarak yok olmuştur.

Bu tür bir skotom, kişinin kendi beden egosu ya da ilkel benliğindeki ilkel bilinç skotomudur. Bu skotom kişinin içini korkuyla doldurur, kişinin üst bilinci, üst benliği neler olup bittiğini gözleyebilir ancak hiçbir şey yapamaz. Neyse ki, bu tipteki derin "benlik" ve bilinç değişiklikleri migrende yalnızca birkaç dakika sürmektedir. Ancak bu birkaç dakikada bile kişi Beden ve Zihnin mutlak kimliğiyle ilgili güçlü izlenimler edinir; bilinç benlik gibi en yüksek fonksiyonlarımızın bedensel deneyimler ve onların birleşimine bağlı olmak kaydıyla, gövdeye "üstün" gelen, kendine yeten varlıklar değil, nörofizyolojik yapılar olduğu gerçeğini görür.

4. Migrenöz Nevralji (Küme Baş Ağrısı) – Hemiplejik Migren – Oftalmoplejik Migren – Yalancı Migren

Migrenin bu değişkenleri kayda değer uzunlukta sürebilen nörolojik bozuklukların görülmesi gibi tek bir ortak özellikleri olması bakımından ayrı bir bölümde ele alındı. Bu tesadüfi özellik dışında birbirleriyle hiçbir yakınlıkları yoktur.

Migrenöz Nevralji

Möllendorf'un 1867 yılındaki ilk tanımından bu yana migrenöz nevralji birçok kere yeniden tanımlanmış ve yeniden isimlendirilmiştir. Anlamdaşları arasında "silier nevralji", "sfenoplatin nevralji", "Horton sefaljisi", "histamin baş ağrısı" ve "küme baş ağrısı" sayılabilir.

Bu oldukça özellikli bir sendromdur ve bazı gözlemciler migrenin başka şekillerine dönüşmeye yatkınlığını onaylamamışlardır. Genellikle bir taraflı, şakakta ve gözde ani ve çok şiddetli başlayan ağrı görülür; daha az olarak da kulak içi ya da arkasında ya da yanakta ve burunda ağrı duyulur. Ağrının yoğunluğu (bir hastama göre "ağrının orgazmı") o kadar fazladır ki hastalar cinnet geçirebilir. Migren hastalarının çoğu oturur ya da yatarken ya da bu pozisyonlara geçme isteğindeyken migrenöz nevraljisi olan hasta ağrıyan taraftaki gözüne bastırarak

ve inleyerek öfkeli öfkeli bir aşağı bir yukarı yürür durur. Ben şahsen ağrı sırasında başlarını duvara vuran hastalar bile gördüm.

Ağrıya sıklıkla çarpıcı lokal belirti ve bulgular eşlik eder, bazen de öncü olurlar. Ağrıyan göz kanlı ve sulanmıştır ve aynı taraftaki burun deliğinde de tıkanıklık ya da nezle vardır. Bazen atak yoğun bir tükürük salgısıyla, nadiren de geçmeyen öksürükle birlikte gelişir. Ağrıyan tarafta kısmi ya da tam Horner sendromu görülebilir ve bu durum kimi zaman kalıcı nörolojik sekel oluşturabilir. Bu atakların süresi iki dakikadan nadiren de olsa iki saate kadar uzayabilir.

Atakların büyük bir çoğunluğu gece gelir ve hastayı derin uykusundan uyandırır; bazısı sabah uyandıktan sonraki ilk dakikalarda daha uyku mahmurluğu geçmeden başlar; gündüz olan ataklar ise dinlenme zamanlarında, yorgunlukta ya da güçsüzlük anlarında ortaya çıkar. Hastalar tamamen canlı ve "tam gaz" gidiyorken ortaya çıkan ataklar çok enderdir. Alkol dışında atakları tetikleyen başka bir mekanizma tanımlamak pek olası değildir: Duyarlı zamanlarda alkole dayanıksızlık o kadar belirgindir ki kuşkulu bir durumda test olarak kullanılabilir (bkz. Vaka 1).

Ben yaklaşık 1200 migren hastasından 74 tanesinde migrenöz nevralji vakası gördüm. Bu rakam sendromun gereğinden yüksek bir sıklıkta görüldüğünü ortaya koyar ve talihsiz hastaların genellikle tıbbi yardım aramaya zorlandığı, bu inatçı ve berbat ağrıdan kurtulmak için doktor doktor dolaşıp sonunda bir baş ağrısı uzmanına geldikleri gerçeğini de yansıtır.

Görülme sıklığı ile ilgili iki özellikten de söz etmekte yarar vardır: Migrenöz nevralji erkeklerde kadınlara oranla on kat daha fazladır (migrenin diğer tiplerinde görülme sıklığı her iki cinste eşittir) ve diğer tip migrenler çoğunlukla aile geçişlidir; nevralji tipi ise nadiren ailevidir; bu 74 vakadan yalnızca 3'ünde benzer ataklar yaşayan ailevi geçiş gördüm.

Son olarak pek çok hastada tek bir atak biçiminden, sendromun bu değişkeni için "küme" teriminin kullanımını haklı çıkaran bir biçimden söz edebiliriz. Bu gibi hastalarda birbirine sıkıca bağlı ataklar grubunun birkaç hafta sürdüğünü (sıklık

günde 10 atağa kadar çıkabilir) ve aylarca hatta yıllarca süren bir sessizlik döneminin bunu izlediğini görebiliriz. Bazı hastalar belirli bir düzen içinde yılda bir küme atağı geçirmeye eğilimliyken (Paskalya yortusu küme mevsimidir) bazıları ise kümeler arasında 10 ya da daha fazla yıl geçirirler. Bu sessizlik döneminde hastalar tümüyle ataklara bağışık durumdadır, hatta sanki dokunulmazlıkları varmış gibi bol miktarda alkol alırlar. Bazen kümeler aniden başlarsa da çoğunlukla birkaç gün süren bir zaman içinde giderek artarak belli bir yoğunluktaki zirveye ulaşır. Bazen bariz bir başlangıç evresi vardır, bu evrede hasta bir tarafta hafif bir yanma ya da rahatsızlık hisseder ancak ağrı yoktur. Bazen de kümenin başlangıcı alkole duyarlılık gelişmesiyle anlaşılır. Genellikle aniden, dramatik bir şekilde durdukları halde bazı kümeler derece derece azalarak dururlar.

Bu aradaki sakin dönemleri yaşayamayan, yıllarca haftada birkaç tane olmak üzere sürekli atak geçiren diğer hastalar da vardır. Ataklar hemen daima tek tarafla sınırlıdır, ben yalnızca iki vakada atakların yer değiştirdiğini gördüm. Birkaç hasta ya küme baş ağrısı sırasında ya da sürekli olarak yüzeysel şakak damarında duyarlılık ve sertlik hissediyordu.

Bu tür atakların basit migrenle ilişkili olduğunun en iyi kanıtı her ikisinin de belirtilerini birleştiren "geçiş" ataklarının varlığıdır (bkz. Vaka 1). Bu vakaların migrenle özdeşlikleri, fizyolojik içeriklerini (Üçüncü Bölüm) ve tedaviye yanıtlarını (Dördüncü Bölüm) göz önüne aldığımızda daha da güçlenir.

Aydınlatıcı Vaka Öyküleri

Vaka 1: Atipik küme baş ağrısı atakları. Başlangıç atakları bıçak saplanır gibi şiddetli, çok kısa süren ve tümüyle bölgesel belirtiler gösteren ataklardır. Küme ilerledikçe her bir atağın süresi uzar, şiddeti azalır ve basit migrenden ayrılması güç olan karın ağrısı, ishal ve çeşitli otonom belirtileri vs. eşlik eder. Küme baş ağrısında ve yalnızca ağrı sürerken yoğun bir alkol duyarlılığı vardır. Küme baş ağrıları yılda bir kez ve oldukça düzenli olarak geldiler, yalnızca bir kez, o da hasta hamile iken küme ağrı beklenen zamanda başlamadı.

Vaka 2: 28 yaşındaki erkek hasta 18-25 yaşları arasında aralıksız migrenöz nevralji atakları geçirmiş ancak sonunda küme yapısındaki ataklara dönüşüm yapmıştı. Erkek kardeşi de benzer şekilde etkilenmişti. Bu hasta atakların zamanı ve koşullarıyla ilgili olarak öğretici bir örnek sunuyordu; gece yarısında televizyon karşısında uyuklarken, işten, ağır bir yemekten ya da orgazmdan sonra dinlenirken gelen ataklardı bunlar.

Vaka 3: Alışılmadık belirtiler gösteren 40 yaşındaki migrenöz nevralji hastası. Gözyaşının salgılanması her zaman yakında başlayacak bir atağın uyarıcısı olur ve bir iki saat içerisinde baş ağrısını başlatır. Ataklar çoğunlukla sağ taraftadır ama 20 atakta bir defa da sol tarafta olur. Hep aynı sıklıkta olan bu atakların düzeni ayda bir yapılan histamin enjeksiyonuyla bozulabilmektedir. Histamin etkisiyle hasta hemen migrenöz nevralji atağı geçirmeye başlar ve böylece hasta yeni bir enjeksiyona kadar başka bir ataktan kurtulmuş olur.

Vaka 5: 36 yaşındaki kadın hasta hem klasik migren hem de küme tipi baş ağrısından yakınıyor. Migrenöz nevralji atakları her zaman geceleri geliyor, yoğun ve yapışkan tükürük salgısının ataklara eşlik etmesi dikkati çekiyor.

Vaka 6: 47 yaşında paranoyak, mazoşist ve depresif erkek hasta. Bu hasta da migrenin iki şeklini çekmektedir, geceleri migrenöz nevralji atakları ve hafta sonları basit migren atakları. Hastada sağ taraf yüzeysel şakak damarındaki duyarlılık ve sertlik kalıcıdır.

Vaka 7: 12 yıllık küme baş ağrısı öyküsü olan 37 yaşında erkek hasta. Her küme baş ağrısı öncesi bir hafta süren, sağ şakağında yoğun bir yanma hissi ve sağ şakak damarında sancılı sertlik şeklinde ortaya çıkan öncü belirtiler vardır. O bölgede kalıcı Horner sendromu görülmektedir. Tek tek ataklar yoğun bir huzursuzluk, sık ve bol idrara çıkma ile birlikte olmaktadır.

Vaka 8: 55 yaşındaki erkek hasta 12 yaşından beri yılda bir kez migrenöz nevralji atakları geçirmektedir. Hastadaki tek iyileşme dönemi psikanaliz olduğu beş yıllık bir süreyi kapsar.

Vaka 9: Bir migrenöz nevralji atağının ortasındayken ilk kez muayene edilen 30 yaşındaki erkek hastada sağ tarafta Horner sendromu geliştiği ve sağ gözünün yarı kapalı olduğu, burnunun aktığı, o taraftaki şakak damarının şiştiği ve zonkladığı gözlendi. Çok ağrısı vardı, solgundu, nabzı çok yavaş ve zayıftı ve sanki kavgadan çıkmış gibi görünüyordu. Bana bir saat önce patronu tarafından bir hatasından dolayı azarlandığını ve iş arkadaşlarının önünde aşağılandığını söyledi. Bunu anlattıktan sonra kızgınlığı hatta öfkesi arttı, dayak yemiş görünümünü yitirip kavgacı ve saldırgan bir tutum aldı; solgunluğu bitti, kıpkırmızı oldu ve sağ gözbebeği genişlemiş, sağ gözkapağı kalkmış olarak Horner sendromu belirtilerini atlattı, *ağrısı da geçti.* Sonra öfkesi ve öfkeye eşlik eden morali ve psikolojisi geçince korkak ve reddedilmiş hali geri geldi, yeniden solgunlaştı, bir kez daha Horner sendromu gelişti ve yeniden migrenöz nevraljinin derinliklerine düştü. Bu gördüklerim arasında en çarpıcı vakalardan biridir; güçlü duygular, kavgacı bir yapı, sempatomimetik etki aniden kabarıp taşıyor, migrenöz nevralji atağının üstesinden gelip onu geçici olarak iyileştiriyordu.

Hemiplejik Migren

"Hemiplejik migren" terimi geçici nörolojik belirtileri olan klasik migrenin basit ataklarının yanı sıra saatler ya da günler süren gerçek motor hemiplejilerle ortaya çıkan atakları açıklamak için kullanılır. Biz burada bu terimi tam anlamında kullanacağız.

Hemiplejik migren hakkında benim bildiğim en erken yazılmış tanımlama Liveing'in makalesinde geçer:

> 24 yaşında genç bir erkek hasta... günün koşuluna göre değişen çabuk geçici özellikteki konuşma bozukluğu ve zihinsel karı-

şıklıkla başlayan ve daha uzun süren sağ taraf felciyle seyreden "inme nöbeti" geçirdi... (ikinci defa) yeniden atak geçirdi ancak bu kez derin bir uyuşukluk, sağ tarafta kısmi felç ve 40'a kadar düşen bir nabzı vardı. Ertesi sabah uyuşukluk hali geçti ve nabzı düzeldi ancak felç bulguları arttı ve konuşma yetisi hemen hemen kayboldu... ve yavaş yavaş düzeldi.

Özet olarak, bu hasta klasik migreni umulmadık bir şekilde izleyen, bir gün süren felç ve bir hafta süren konuşma kaybı yaşadı. Bu gibi ataklar ender olarak yayımlanmaktayken Symonds iki vakayla ilgili oldukça ayrıntılı bilgiler sağlayınca ancak 1951 yılında atakların yapısı anlaşılabilmiştir. Symonds'ın hastalarından biri klasik migreni izleyen sol tarafta felçle birlikte beş gün süren komaya girmiştir.

Hastanın hem babası hem de dedesi benzer ataklar geçirmişlerdir. Omurilik sıvısında mm^3'te 185 lökosit görülmüş ancak iki gün sonra normale dönmüştür. Elektroensefalogramda başın tüm sağ yarımküresinde geçici yavaş dalga aktivitesi gözlenmiştir. Hemiplejinin olduğu düzeyde yapılan anjiyografide herhangi bir anormallik görülmemiştir.

Bu gibi hastalarda aile öyküsünün varlığını vurgulayan benzer vakalar Whitty ve arkadaşları tarafından (1953) tanımlanmıştır. Whitty'nin de hastalarından üçünde omurilik sıvısında geçici hücresel yanıt gözlenmiştir. Harold Wolff da bir iki vaka yayımlamıştır ve bir vakada da geçici epifiz itilmesi gözlemiştir.

Klinik ve elektriksel tablo bu vakalarda genellikle tek tarafta sınırlı, derin ama geçici beyinsel bozukluk olduğunu ortaya koyar. Bu atakların anjiyografi ya da ergot doz aşımı ile hızlanması vasküler spazm ya da geri dönebilir hasar olasılığını gösterebilir. Bu gibi değişikliklerin anjiyografi ile saptanamaması yalnızca küçük çaplı damarlarda tutulum olduğunu akla getirebilir. Beyindeki ödemle uyumlu olarak ortaya çıkan epifiz itilmesi ve omurilik sıvısındaki hücresel yanıt ilgili damarlarda steril yangı olasılığını düşündürür.

Bu bir iki vakadaki yeni bulgular ne olursa olsun beyinsel bozukluk temeline yönelik iskemik ya da yangısal yanıt görüşü-

nü destekleyecek yeterli kanıt yoktur. Şiddetli bir migren ya da şiddetli atakların artışının epilepsi sonrası gelişen felç ile (Todd Paralizisi) benzeşen ama ondan daha uzun süren fonksiyonel beyinsel aktivite çöküşüne yönelebilme olasılığı vardır.

Hemiplejik migren (ve bazen "fasiyoplejik migren" olarak adlandırılan küçük bir değişken) çok çok nadirdir. Ben yalnızca şu iki vakayı gördüm:

> *Vaka 23:* 43 yaşındaki kadın hastada 12 yaşından beri klasik migren (yılda 6-10 atak) ve ara sıra da hemiplejik ataklar –toplam 5– görülmekteydi. Benzer hemiplejik ataklar annesinde ve teyzesinde de vardı. Ben hastayı bir atağı sırasında izleme olanağı buldum, bu sürede hastada sol tarafta kortikal duyu bozukluğu ile birlikte yarım duyu kaybı ve ekstensor plantar yanıt gelişti. Yarım duyu kaybı üç günde geçti. Sonuç olarak hasta ileri nörolojik inceleme için yatırıldı; anjiyografi ve kontrast madde ile yapılan incelemelerde herhangi bir anatomik bozukluk gözlenmedi.

> *Vaka 25:* 14 yaşındaki erkek çocuk hasta 5 ile 11 yaşları arasında yineleyen "safrasal ataklar" geçirmişti. Bu ataklar bittiğinden beri de seyrek olarak çok şiddetli klasik migren atakları geçirmeye başlamıştı. Bu atakların çoğu aşırı çaba ve egzersiz sonrası artıyordu ve okulda kır koşusundan hemen sonra başlama eğilimindeydi.
>
> Bu atakların bir kısmına uzun saatler süren yüzün alt bölümündeki kaslarda zayıflık eşlik etmekteydi ve bir keresinde de üç gün sürmüştü. Hastanın babasında da fasiyoplejik bileşeni olmaksızın şiddetli klasik migren atakları vardı.

Oftalmoplejik Migren

Oftalmoplejik migren de oldukça nadir görülür (Friedman, Harter ve Meritt 1961 yılında 5000 migren hastasının ancak 8'inde saptayabilmişlerdir). Çoğu genellikle basit ya da klasik migren geçiren pek çok hastanın ancak birkaçında atakları oftalmople-

jik belirtiler izler. Ancak unutulmaması gereken şey bu tanının çok iyi bir nörolojik muayeneden geçirerek ve olası anatomik bozukluklar (anevrizma, anjiyom, vs.) dışlandıktan sonra konulması gerektiğidir.

Genellikle üçüncü kafa siniri tutulmakla birlikte, bazen dördüncü ve altıncı sinirler tutularak total oftalmoplejiye yol açabilir. Bu nörolojik bozukluklar genellikle birkaç haftada düzelir. Yineleyen ataklarda tutulum her zaman tek taraflıdır. Kafa sinirlerinin tutulmasının nedeni olarak iç karotid damarın intrakavernöz bölümündeki ödem gösterilse de bu konu henüz açıklık kazanmamıştır.

Ben 1200 hastanın ancak üçünde oftalmoplejik migren gördüm:

Vaka 24: Bu 34 yaşındaki kadın hasta çocukluğundan beri nadiren basit migren atakları ve uzun aralarla (1943, 1953 ve 1966'da) üç kez oftalmoplejik atak geçirmişti. Üçünün de öncesinde artan şiddette bir dizi basit migren atakları olmuştu ve bunlar hızla birbirini takip etmişti. Ataklar en yüksek noktaya erişince ertesi gün oftalmopleji gelişimi izlemişti. 1966'daki atağında sol taraftaki yoğun baş ağrıları silsilesini üçüncü ve dördüncü sinirdeki felçler takip etmişti. Hasta üç hafta süren tam gözkapağı düşüklüğü yaşamış ve bir ay çift görmeye devam etmişti. Ben hastayı oftalmoplejisi başladıktan 10 hafta sonra muayene ettiğimde, aynı taraftaki gözbebeğinde genişleme vardı ancak gözkapağı düşüklüğü ve felç yoktu. İlk atakta yapılan iki yönlü karotid anjiyografide her şey normaldi.

Vaka 73: 3 yaşından beri klasik migren atağı geçiren 9 yaşındaki kız hasta. 5 yaşındayken geçirdiği bir atak sonrasında bir hafta süren oftalmopleji gelişmişti. İki erkek kardeşinde, anne ve babasında ve diğer yakın akrabalarında klasik migren vardı ancak hiçbiri oftalmoplejik belirti göstermemişti.

Vaka 99: 19 yaşından beri yineleyen oftalmoplejik migren atakları geçiren 44 yaşındaki mühendis hasta. Ağrı her zaman sol tarafta ve işkence gibi şiddetliydi, hastanın deyimiyle ağrı gözü tamamen kapanıncaya kadar geçmiyordu (yani aynı tarafta

üçüncü, dördüncü ve altıncı sinirlerde tam felç hali). Başta her ataktan sonra birkaç haftada yavaş ama tüm iyileşme söz konusu oluyor, sonra giderek artan sekeller kalıyordu. Hasta hemen hemen her ilacı (Ergotamin, Inderal, Dilantin, kalsiyum kanal blokerleri vs.) ve bio-feedback, şiropraksi ve akupunktur da dahil olmak üzere her tedaviyi denemiş ancak hiçbirinden yarar görmemişti. Atağı başladığında kendi kendini DHE45 ve steroidler yaparak tedavi ediyordu ve eğer şanslıysa ağrısı oftalmoplejiye yol açmadan geçiyordu. Her tetkiki yaptırmış –anjiyogramlar, beyin sintigrafileri– ancak ne anjiyom ne de anevrizma bulunmuştu. Atağının başlamasından beş saat sonra muayene ettiğimde solda gözbebeği çok genişlemişti ve tepki vermiyordu; içe, yukarı ve aşağıya baktığında görme kusuru vardı, yalnızca dışa baktığında görmesi tam ve hasarsızdı. Sol gözünün işe yaramayacağından endişe ediyordu. Ayrıca ataklarının başlangıcında tuhaf, değişken bir durumdan söz ediyordu: "Sıcak ve soğuk gelgitler... vücudum çılgın değişikliklere uğruyor... 10-15 dakika süren, giderek artan dalgalanmalar... pozitif geri besleme sanırım."

Yalancı Migren

Migrenin tanısı genellikle klinik öykü temeline dayanarak konulur ve eğer mümkünse atak sırasında hasta gözlenerek tanı desteklenir. Çoğunlukla, yani tüm vakaların yüzde 99'unda normal sınırlar içinde çıkacağı beklense de bazı temel incelemeleri (kafa röntgenleri, EEG vs.) yapmak mantıklı olur. Yaşamın geç dönemlerinde migrenin ortaya çıkması gibi belli bazı klinik özellikler hiç tartışmasız organik bir bozukluğa dayanır ve çok dikkatli incelenmelidir. Klasik migren vakalarında hastayı aura döneminin niteliği ve yeri hakkında ayrıntılı olarak sorgulamak çok önemlidir. Migren hastalarının çoğunun zaman zaman tek ya da iki taraflı görme alanları ve vücut kısımlarıyla ilgili olarak auralar yaşadıklarını vurgulamıştık. Yalnızca tek taraflı olan aura kuşku duyulacak bir belirtidir ve hastayı ayrıntılı olarak incelemeye zemin hazırlar. Şimdiki vaka bu açıdan oldukça tanımlayıcıdır:

Vaka 26: 16 yaşından beri "klasik migren" öyküsü tanımlayan 57 yaşındaki kadın hasta yılda genellikle 6-7 atak geçiriyor ve bu düzende hiçbir aksama olmuyordu. Dikkatli bir sorgulama auralarında belirgin alışılmadık özellikler ortaya koydu. Hem skotom hem de duyu bozukluğu daima görme alanının ve bedeninin sağ tarafındaydı ve hasta hiçbir zaman sol tarafında olmadığından emindi. Ayrıca duyu bozukluğu hiç bozulmadan, değişmeden ve Jacksonien geçiş göstermeden üç saat sürmekteydi. (Son bölümde açıklandığı gibi tek bir skotom ya da parestezi "yayımı" 20 ila 40 dakika sürer.) Genel tablodan sapma gösteren bu küçük ama önemli fark yüzünden daha ayrıntılı bir inceleme gerçekleştirildi.

Kafa filmleri sol arka beyin yarı küresinde kalsifiye olmuş bir kitle ortaya koydu. Elektroensefalografi yavaş dalga eğrisi verdi, beyin taraması bu bölgede boyar maddenin tutulmasının arttığını gösterdi. Anjiografi sol beyin yarım küresinde arkayan bölgede bir kitle saptadı.

Niyetimiz vasküler baş ağrılarının "ayırıcı tanısına" girmemek olduğu halde –bu pek çok kitapta yeterince yazılan bir konudur– beyin tümörleri dışındaki diğer koşullar yani şekil bozuklukları ya da anevrizmalar ara sıra migreni taklit edebildiği ya da migrenle karıştırılabildiği için aşağıdaki vaka üzerinde durmamız gerekir:

Vaka 48: 57 yaşındaki kadın hastada sol şakak ve gözde yerleşen inatçı ve şiddetli baş ağrısı ortaya çıkmıştı. Kendi doktoru, hasta daha önce hiç baş ağrısı çekmediği halde hastaya "atipik migren" tanısı koymuş ve ergot preperatları ve sakinleştiriciler vermişti. Bu plana rağmen hastanın yakınmaları geçmeyince ileri incelemeler için hastayı bana devretti. Muayenede duyarlı ve sertleşmiş şakak damarı, erken papillit ve merkezi görme keskinliğinde biraz azalma saptadım. Hastada sedimantasyon hızı saatte 110 mm idi ve böylece "temporal arterit" ön tanısı kondu. Hastaya yüksek doz prednizon tedavisi uygulayınca iki gün içinde ağrısı geçti. Ne var ki görme keskinliğinde bir miktar kalıcı azalma oldu.

Vaka 50: 50 yaşındaki kadın hasta ara sıra hafif derecede klasik migren atakları geçiriyordu, bu ataklar en fazla birkaç dakika süren belirsiz şiddetlenmeler şeklinde gerçekleşiyor, bunları bazen vasküler baş ağrısı izliyordu. Son zamanlarda tamamen farklı bir atak geçirmişti: "Her yerde parlayan ışıklar... titreyen ışıklar... ışık huzmeleri" görmüş ve sol tarafında zonklar tarzda baş ağrısı ile uyanmıştı. Bunun migrenlerinden biri olduğunu düşünmüştü. Ancak görsel belirti her zamanki gibi birkaç dakikada düzelmemiş ve bütün gün ve ertesi gün de devam etmişti. İkinci günün sonuna doğru daha da karışık hale gelmiş, hasta sağdaki görme alanının yukarı kısmında "sanki siyah-sarı renkte kirpikleri parıldayan bir tırtıla benzeyen kıvranan ışık huzmesi" ve sonra da "Broadway ışıklarına benzeyen aşağı yukarı hareket eden akkor haline gelmiş sarı ışıklar" gördüğünü sanmıştı. Hem kendisi hem de doktoru bu kez çok şiddetli ve uzun süren bir migren atağı geçirdiğini düşünmüşlerdi. Ertesi gün diğer sanrılar belirmişti: Banyo küveti kıpır kıpır karıncalarla doluydu, duvarlar ve tavanlar örümcek ağı kaplıydı... İnsanların yüzleri kafesle örtülüydü. Algı ve tanıma kusurları ortaya çıkmıştı: "Kocamın bacağı kısa ve eğri büğrü gözüktü... sanki lunaparktaki aynalara bakıyormuş gibiydi... Marketteki herkes tuhaftı, yüzlerinin bazı bölümleri yoktu." Ve dokuzuncu günde sağ tarafı hiç göremediğini fark etti. O zaman hastanın hemianopik olduğu saptandı ve beyninin sol yan bölümünde felç olduğu anlaşıldı. Bu trajik vakada gerçek klasik migrenin varlığı daha ciddi bir durum olan apoplektik "yalancı migren" olasılığını düşünmeyi engellemişti.

Migrene Bağlı Kalıcı Nörolojik ya da Damarsal Hasar

l'ek çok hasta ve bazı doktorlar nadir ama dramatik vaka sunuları (basında yer alan ya da uydurulan vakalar) ile kışkırtılarak migrene bağlı kalıcı hasarın olabileceği düşüncesiyle oyalanmaktadır.

Bu vaka sunularının çoğu migreni, aynı zamanda ortaya çıkan yüksek tansiyon, damar patolojisi ya da tesadüf olasılığını

göz ardı ederek beyin ve damarlarla ilgili kazalara bağlamaktadır. Bununla beraber damarsal bozuklukların migren atakları ile ilişkili olabileceğini gösteren vaka sunuları elbette vardır (Dunning [1942] ve Bruyn [1972] bu tür vakaları incelemişlerdir). "Karmaşık migren" terimi bazen beyinde, retinada veya beyin sapında oluşan enfarktüslerin sonucu olarak, yirmi dört saat ya da daha uzun süren nörolojik hasarla birlikte ortaya çıkan atakları açıklamak için kullanılır. Bu gibi felçler ya da enfarktüsler herhangi bir beyinsel ve damarsal hastalığı olmayan genç insanlarda görülmektedir ve damar duvarındaki ödem, azalmış kan akımı ve artmış pıhtılaşma gibi durumların bu hastalıklardaki rolü değişik yazarlar tarafından önerilmiştir (Rascol ve ark. 1979).

Ancak bu kalıcı hasarlar fevkalade nadirdir. Ben kendi deneyimim ve literatürü dikkatli incelemem sonucunda şuna inandım: Migreni olan 1200'den fazla hastayı sorguladım ve muayene ettim; hiçbirinde migrenden dolayı kalıcı bir hasar bulunmamaktaydı. Bütün sorunlarına karşın migren tamamen iyi huylu ve geri dönebilir yapıda bir hastalıktır ve hastaların bu konudan emin olmalarını sağlamak zorunludur.

5. *Migrenin Yapısı*

Şimdiye kadar migrenin başlıca yapılarını tüm o şaşırtıcı çeşitlilikleri ve farklılıklarıyla gözden geçirdik. Bu noktada bir ara vermemiz ve konuyu basitleştirmemiz gerekir. Konuya derinlemesine daldıkça migrenin kesin tanımı bizden uzaklaşmaktadır. Ancak belli bazı genel durumları formüle edebilecek ve sayısız klinik dışavurumlarının ve permütasyonlarının altını çizerek migrenin temel örgüsünü ya da yapısını izleyebilecek yeterli donanıma artık sahibiz.

Bütün migrenlerin bir arada hareket eden pek çok belirtiden (ve fizyolojik değişimlerden) oluştuğunu gözlemlemiştik: Migrenin yapısı her zaman, her anında bir *karışım*dır. Bu yüzden basit migren ana ve kesin bulgu olan baş ağrısını çevreleyen çeşitli bileşenlerden oluşur. Migren eşdeğerleri temelde başka şekilde bir araya gelmiş ve vurgulanmış benzer bileşenlerden ibarettir. Migren aurasının yapısı da benzer şekilde bir karışımdır. A, b, c gibi bileşenler kullanarak sayısız kombinasyon ve permütasyon elde edebiliriz: a ile b, a ile c, a ile b ile c, b ile c... vs.

Bu değişken ve ayırt edici bileşenlerin altında, göreceli olarak sabit diğer özelliklerin ortaya çıkarak değişmez bileşkede yer aldığını görebiliriz: Bunlar migren yapısının *çekirdeğini* oluşturur. Migrenin *temel* özellikleri vejetatif bozukluklar ve kortikal bozukluklar arasındaki aralıkta bulunurlar: Bilinç düzeyinin değişimleri, kas tonusunun değişiklikleri, duyusal uyarılma vs. Bütün bunları tek bir terim altında toplayabiliriz: Bunlar *uyarılma* bozukluklarını temsil ederler. Çok şiddetli ataklarda migre-

nin erken başlangıç belirtilerinde ortaya çıkan uyarılmalar uyuşukluğa hatta uyku haline dönüşürken bunu izleyen aşamalar sinirlilik haline ya da taşkınlığa varabilir. Daha hafif ataklarda uyarılma bozuklukları ağrının ya da diğer belirtilerin varlığıyla gölgelenebilir ve bu yüzden hasta ve hekim tarafından önemsenmeyebilir. Uyarılma bozuklukları şiddetli ya da hafif olsun tüm migren türlerinin değişmez özellikleridir.

Migren sırasında her evre *farklı fonksiyonel düzeylerde* aynı anda ortaya çıkan belirtilerle, özellikle fiziksel ve duygusal belirtilerle kendini gösterir. Bunlar birbirlerinin terimleriyle açıklanamazlar: Her evre kendisine uygun bir dille anlatılmalıdır. Bu yüzden migren bariz bir şekilde psikofizyolojik bir olaydır ve (Jackson'ın deyimiyle) bir çeşit zihinsel çift görme ve çift dil ile anlaşılmayı gerekli kılar. Migrenin en ilkel belirtileri hem fiziksel hem de duygusaldır: *Bulantı* örneğin hem duygusal hem de "zihinseldir" (bulantı sözcüğünün edebi ve mecazi kullanımları eşit eskiliktedir); bulantı duyu ve duygu ayrımının henüz yer almadığı bölgede bulunur. Daha karmaşık belirtilerin deyim yerindeyse ikili bir özelliği vardır, böylece bir atağın her döneminde fiziksel ve duyusal belirtilerin paralelliğini ve birlikte oluşlarını anlamlandırabiliriz. Örneğin migrenin tipik dizisini (prototip) şu beş evrede tanımlayabiliriz:

1) Bir atağın başlangıç *uyaranı* veya uyarılması (dışarıdan bir uyarım ile ya da içeriden bir aura ile uyarılma) sırasında duygusal durumlar öfke, gurur vs. ve fizyolojik durumlar hiperakuzi, parıldayan skotom, parestezi vs. olarak yaşanır.

2) *Genişleme* durumu (bazen başlangıç bazen de bir atağın erken dönemleri olarak adlandırılan) iç organlarda şişkinlik ve durgunluk, damarlarda genişleme, dışkı birikimi, sıvı birikimi, kas gerginliği vs. ve bu belirtilerle birlikte olan duygusal gerginlik, anksiyete, yerinde duramamazlık, uyarılma vs.

3) *Dermansızlık* durumunda (sıklıkla tıbbi gözlem ile ayırt edilir ve "düzgün atak" terimiyle açıklanır) fiziksel bileşenler bulantı, keyifsizlik, sersemlik, baygınlık, kas gevşekliği ve zayıflık vs. ile, duygusal yaşantı ise apati, depresyon ve içe dönme ile kendini gösterir.

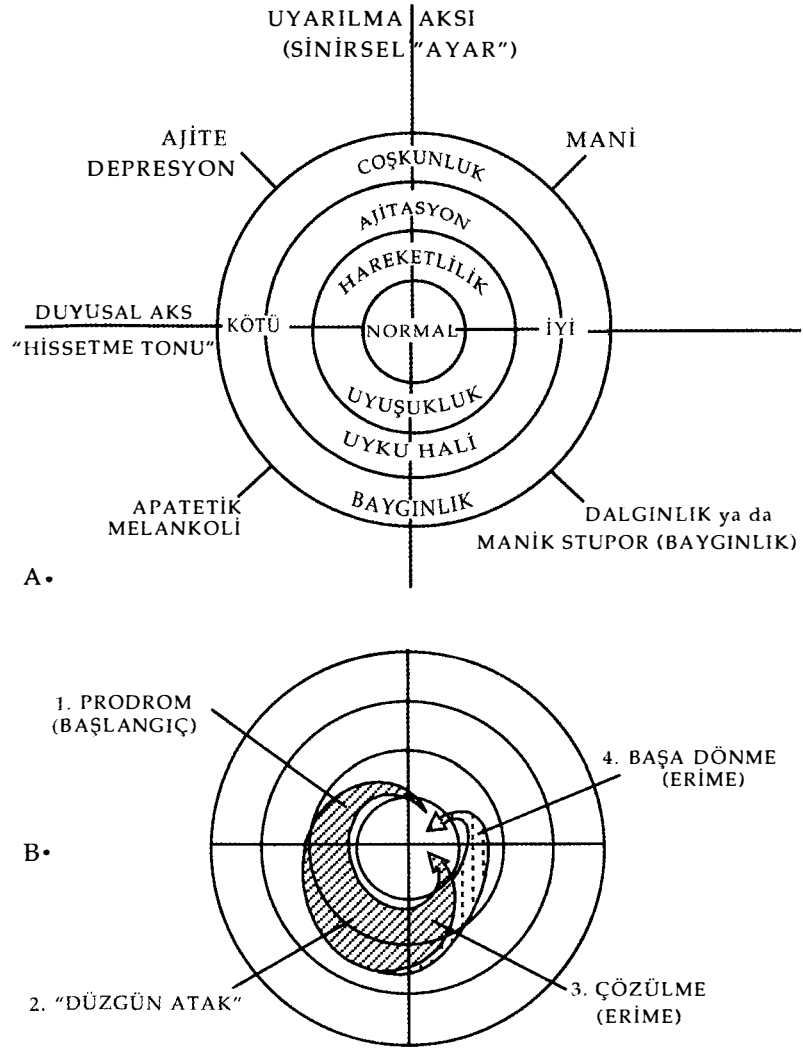
4) İyileşme ya da *güçlenme* dönemi ani olarak (kriz) ya da yavaş yavaş (çözülme) ile sağlanır. İlk durumda kusma ya da hapşırma gibi şiddetli iç organsal boşalma, ani duygu artımı olabilir ya da her ikisi bir arada ortaya çıkar; sonraki durumda ise çeşitli salgısal aktivitelere (idrara çok çıkma, aşırı terleme, istem dışı ağlama vs.) mevcut duygusal belirtilerin aynı anda çöküşü ya da katarsise ulaşması eşlik eder.

5) *Geri dönme* döneminde (eğer atak kısa ve yoğunsa) öfori ve yenilenmiş enerji duygularına fiziksel olarak iyi hissetme, artmış kas tonusu ve uyarılma, genel canlılık eşlik eder.

Duygusal ve bedensel belirtilerin çarpıcı şekilde eşzamanlı oluşları herhangi bir zamanda, ruh hali ve otonomik durum (ya da daha kesin olarak canlanma veya sinirsel "ayar": 11. Bölüm'de bu kavramlar daha geniş olarak ele alınmıştır) göz önüne alınarak migrenin psikofizyolojik konumunu tanımlamamıza izin verir. Böylece migrenin tipik seyrini koordinatları duygulanma ve uyarılma olan bir "harita" üzerinde uygun şekilde gösterebiliriz (Şekil 6).

Bu konuyu geniş olarak ele almayı ileri bölümlere (13. Bölüm) bırakarak migrenin somatik ve duygusal belirtileri arasında yer alan ilişki tipi üzerinde kısaca duralım. Migren ataklarındaki sıvı birikimi sorununu göz önüne aldığımızda Wollf'un özenli deneylerinden hareket ederek sıvı birikmesi ve vasküler baş ağrısının bir arada olduğunu ancak birbirleriyle nedensel ilişkileri olmadığını söyleyebiliriz; bir arada olan duygusal ve somatik belirtiler için de aynı durum söz konusudur. Bunların bir arada olması doğrudan nedensellikle açıklanamıyorsa (fiziksel belirtilerin duygusal belirtilere yol açması ya da tersi) ya basit bir öncü nedene dayandırılmalı ya da simgesel bir bağ kurulmalıdır. Başka olasılık yoktur.

Şimdi artık migren deneyimini sınıflandırmaya yönelik genel soruna geri dönmeli ve onun yatkın olduğundan tekrar tekrar söz ettiğimiz idiyopatik epilepsi, baygınlık, vagal atak, akut ruh hali bozuklukları vs. ile olan ilişkilerini formüle etmeliyiz. Bu evrede yalnız klinik formülasyon terimleri kullanabiliriz.



Şekil 6. Migrenin ruh hali ve uyarılmaya göre biçimlendirilmesi. Prototipik migrenin psikofizyolojik şeklinin ya da yapısının sinirsel "ayar" (uyarılma derecesi) ve duygunun bir fonksiyonu olarak sunulması. Migrenin ve pek çok diğer karmaşık nöbetsel vakanın sınırları bu tür bir harita ile uygun olarak tanımlanabilir.

Migreni belli bir düzende, belli sürede, belli belirtilerle ortaya çıkmasıyla tanırız. Migrenin yapısı çok değişkendir ancak bu değişkenlik yalnızca üç türlüdür. Birincisi, atağın tüm seyri *uzunluk* olarak değişkendir: Migrenin tüm yapısı sıkıştırılmış ya da uzatılmış olabilir (bu bağlamda Gowers'ın sözünü ettiği vagal atakları uzamış epilepsiler olarak ele alabiliriz). İkincisi, bir atağın seyrinin sinir sistemindeki çeşitli *düzeylerde* –kortikal halüsinasyon düzeylerinden çevresel otonomik bozukluklara kadar– gerçekleştiği kabul edilebilir. Üçüncüsü, her düzeydeki belirtiler kendilerini farklı *kombinasyon ve permütasyonlar olarak* gösterirler. Böylece migreni çok özel ve stereotipik bir olay olarak düşünmek yerine, migren ve migren benzeri atakların tüm repertuarını içine alan geniş bir *bölgeyi* hayal etmeliyiz; bu bölgede migrenin yapısı süre olarak, Jackson'ın terimleriyle "düşey düzeyde" ve "kollateral düzeyde" düzenlenebilir.

Tüm yönleriyle başlayan migren sürecinin (erken sonlanmayan ve başlangıç evreleri ile ortaya çıkan migrenin) temel olarak iki evresi vardır: Uyarılma ya da canlanma evresi ve onu izleyen uzamış engellenme ya da "uyuşma" evresi.

Bu terimler aracılığıyla önce bir taraftan migren döngüsünün epilepsiye yakınlığını diğer taraftan da uyanma ve uykunun daha yavaş döngülerine yakınlığını anlayabiliriz; migrenlerin başlıca etkili bileşenlerini anlamak için, bazı psikozların uyarıcı ve engelleyici dönemleriyle uzaktan uzağa karşılaştırmalıyız. Bütün bunlar arasındaki geçici evrelerin oluşumunu gözlemledik: "Migralepsilerin", migrenlere ya da epilepsilere geçiş gösteren uykusuzluk ve az uyku dönemlerinin, rüya ya da kâbus gibi auraların, migrenin engelleyici evresindeki apatetik depresyonların ortaya çıkışı, uyku ya da uyuşukluk veren migrenlerin oluşumu, migrenlerin uyku sırasında başlayıp, kısa bir uykuyla geçmesi ve son olarak karakteristik şiddetli migren ya da epilepsileri izleyen uzun derin uyku halleri. Normal uyku uyanılan gündeki aktivitelerle sonuçlanırken, bütün vakalarda engelleyici evreler, aşırı uyarılmaları (migrenöz öncü belirtiler ve uyarılamalar, epileptik konvülsiyonlar, psikotik ajitasyonlar) izleyen normal uykunun hastalıklı çeşitlemeleri ya da karikatürleri olarak görülür; oysa normal uyku günlük etkinlikleri izler.

Gowers migrenleri, bayılmaları, uyku düzensizliklerini vs. epilepsinin "sınır bölgeleri" olarak sınıflamıştı; biz de onun sözlerini biraz çevirerek migren ve migren benzeri tepkimeleri uykunun sınır bölgelerine yerleştirebiliriz.

Migrende tüm fiziksel ve zihinsel aktivitelerin uyku ya da psikotik uyuşukluklardakinden daha fazla kısıtlanmadığını tam tersine; içsel, kendine özgü aktivitelerle yüklendiğini gözlemlemek önemlidir. Bir evrede engellenme diğer evrelerde uyarılmaya yol açar. Migren sırasında motor aktivite ve dış bağların azalmasına karşılık içsel aktivitelerde, vejetatif belirtilerde ve bunlara eşlik eden geriletici duygularda artış görülür (içsel şiddet ile dışsal çözülmenin paradoksal bir bileşkesi. Bu durum, paradoksal uykudaki rüya görme haliyle ve psikolojik stuporlardaki* gizli ajitasyon ve halüsinasyonlarla benzerlik gösterir.

Gowers, bir migren tipinin diğerine, migrenlerin epilepsilere, baygınlık nöbetlerine ani veya göreceli olarak değişmesini gözlemlediğinde, "Gizemli ilişkiyi biliyor ama açıklayamıyoruz" demişti. Bu noktada biz de bütün bu benzer atakların yapısal olarak birbirine benzediğini, birbirine geçtiğini ve migren bölgesine ilerlediğini işaret etmekten daha fazlasını yapamıyoruz. Migrenin ya da onun yerini alan diğer paroksismal atakların işlevlerini hesaba katmadan bu "gizemli ilişkiyi" araştıramayız. Bu nedenle daha ileri gidip migrenlerin ne zaman ve neden ortaya çıktıklarını öğrenmeliyiz.

* Çevrenin farkında olmama ve tepki vermeme. – ed. n.

İKİNCİ BÖLÜM

Migrenin Oluşumu

Giriş

Pek çok hasta migrenin "kendiliğinden" ve hiç nedensiz oluştuğunu düşünmektedir. Bu tür bir görüş bizi bilimsel açıdan saçmalığa, duygusal açıdan kaderciliğe ve tedavi açısından da yetersizliğe yöneltir. Bütün migren ataklarının gerçek, keşfi olası ancak tanımı zor belirleyicileri olduğunu varsaymalıyız.

Migren belirleyicileri sonsuz sayıda ve çok farklı bileşenlerden oluşabilir. Bu tartışmaları Willis'in üç yüzyıl önce yaptığı gibi migrene yatkınlığa yol açan, uyaran ve yardımcı olan nedenleri göz önüne alarak sonlandırabiliriz. Bunlar arasında Willis şu belirleyicileri dikkate almıştır:

> Organların kötü ya da zayıf yapıları... bazen doğuştan ve kalıtsal... uç bir organda ya da iç organda tahriş... mevsim değişiklikleri, atmosfer durumları, güneş ve ayın görünüşleri, vahşi arzular ve beslenme hataları...

Migrenin ne zaman ortaya çıkacağını kesin olarak önceden tahmin edemeyiz ve bu yeteneksizliğimiz bilgimizin ne kadar sınırlı olduğunun göstergesidir. Gerçekten kesinlikle *a*, *b*, *c*, *d*... vs. koşulları yerine gelince migren kaçınılmaz olarak gelişecektir ancak bize gerekli olan *tüm* bilgilere ya çok az ulaşırız ya da hiç ulaşamayız. Bu nedenle ancak eğilimler ve olasılıklar üzerinde konuşmak zorunda kalıyoruz.

6. Bölüm'de tek başına migren oluşumuna ön ayak olan koşullar klinik zeminin izin verdiği ölçüde gözden geçirilmekte-

dir. 7. Bölüm'de ise periyodik olarak ya da düzensiz aralıklarla, dış yaşam koşullarından bağımsız olarak ortaya çıkan "idiyopatik" migren ataklarını tartışmaktayız; buradaki uyarıcı oluşumlar sinir sistemindeki mevcut kararsızlıklara ve periyodikliğe bağlı olarak gelişen içsel faktörlerdir. 8. Bölüm yatkın hastalarda migren ataklarını uyaran –fiziksel, fizyolojik ve duygusal– pek çok dış koşulla ilgilidir: Çoğu zaman bu koşullar her atağın ortaya çıkışında belirgin bire bir ilişkiye dayanır. 9. Bölüm'de migrenlerin yardımcı nedenlerinin en önemlilerini yani doğrudan açığa vurmayı ya da çözülmeyi reddeden yatkın hastaları yineleyen migren kalıbına sokan güçlü duygusal gereksinimleri ve stresleri incelemekteyiz.

6. Migrene Yatkınlık

Herhangi bir tepkinin edinilmiş ya da doğuştan olduğunu düşünürüz, bu bakış kafa karıştırıcıdır... Tepki kalıtsal mıdır yoksa sonradan mı edinilir? Doğrusu ikisi de değil: Evet de hayır da bizi yanlış yönlendirebilir.

Hebb

Eğer hasta X'e epileptik dersek iki önermede bulunabiliriz, nöbet geçirmekte ve nöbetlere yatkınlığı var. Bu sonuncu durum kendisinde zaten var olan özelliktir ve bu mevcut yatkınlığa epileptik yatkınlık, epileptik yapı veya epileptik karakter diyebiliriz. Daha da ileriye götürecek olursak hastanın yatkınlığı yalnızca içinde mevcut olmakla kalmayıp aynı zamanda hiç değişmeyen ("bir kere epileptikse hep epileptiktir") ve onu yaşam boyu dikkatli olmaya, antikonvülsan ilaçlara, otomobil kullanamamaya vs. mahkûm eden bir durumdur. Bu varsayımların bir bileşkesi epileptik yapının –epileptik stigmatanın– kendine özgü "işaretlerini" tanımlamak olabilir.

Bu önermeler tarihin derinliklerinden gelir ve kabul edilebilir verilerden ancak kısmi bir destek alır; içlerindeki gerçek duygusallıkla şişirilmiştir. Benzeri iddialar "şizofrenik yatkınlık" için de geçerlidir ve bunlar da pek çok araştırmaya konu olmuş ve olmaktadır. Bu iki örnek epileptik ya da şizofrenik yatkınlıkla ilgili genel görüşlerden yoksun olunması halinde, daha da karmaşıklaşacak olan migrene yatkınlık konusunu tanıtmaya hizmet edebilir.

Migren yatkınlığı kavramı üç grup veride toplanır: İlk ve önde geleni, migrenin ailevi görülme sıklığı üzerine çalışmalar, buna yardımcı olan bünyenin karakteristik belirtilerini açığa çıkarmaya ayarlanmış çalışmalar ve migrenöz ve migren öncesi popülasyonda altta yatan "faktör" ve "özellikleri" keşfetme çabaları. Temel varsayım kuşkusuz, örneğin, orak hücreli aneminin yalnızca orak hücre özelliği olan kişilerde görülmesi gibi migrenin de belli bazı koşulların yerine geldiği kişilerde kesin olarak tanımlanmış bir hastalık olduğudur.

Migrenin Görülme Sıklığı

Hastaların doktorlarına aktardığı en sık yakınma baş ağrısıdır ve migren de hastaların en sık çektikleri fonksiyonel hastalıktır. Elimizde yalnızca migren baş ağrısının (sefaljik migren) görülme sıklığına ilişkin rakamlar mevcuttur ve bu rakamlar genel nüfusa göre oranları yüzde 5 ile yüzde 20 arasında değişmektedir. Balyeat (1933) araştırdığı 3000 kişilik bir toplulukta görülme sıklığını yüzde 9,3 olarak saptamıştır. Lennox ve Lennox (1960) sorguladıkları tıp öğrencileri, hemşireler ve epilepsisi olmayan kişilerde migren baş ağrısı oranını yüzde 6,3 olarak bulmuşlardır. Fitz Hugh'nun rakamı yüzde 22 gibi yüksek bir rakamdır. Wolff'un makalesinde de pek çok başka rakam alıntılanmaktadır.

Bütün bu görülme sıklığı rakamlarına dayanarak genel bir gözlem yapılabilir. Soruşturmada pek çok hasta ve migren kategorisi, örneğin seyrek ve anımsanmayan atakları olanlar, hafif ve tanı konmamış atak geçirenler ve migren eşdeğeri ya da tek başına migren aurası atağı geçiren pek çok hasta dışta tutulmuştur. Toplumun küçümsenmeyecek bir azınlığının, yaklaşık onda birinin neredeyse sık sık ve kolayca kabullendikleri bir baş ağrısı çektiğini öne sürebiliriz. Pek çoğunun da ara sıra veya hafif şiddette migrenler, migren eşdeğerleri ya da migren auraları yaşadıklarından kuşkulanabiliriz. Bazı migren türleri ise oldukça nadir görülmektedir. Klasik migrenin genel toplumda görülme sıklığı yüzde 1'in üzerinde değildir (muhtemelen düşük tah-

min); migren nevraljisi daha nadirdir; migrenin hemiplejik ve oftalmoplejik şekilleri ise çok çok nadirdir ve ortalama bir doktor ömür boyu çalışsa da görmeyebilir.

Migrenin Ailevi Oluşu ve Ailevi Geçişi

Uzunca bir süre ve haklı nedenlerle migrenin bazı ailelerde ailevi olarak görülme eğiliminde olduğuna inanılmıştır, bu gerçeği tanıyan sayısız klinik ve istatistik çalışma vardır. Lennox (1941) migren baş ağrısı olan geniş bir hasta kitlesini incelediği raporunda hastaların yüzde 61'inin migreni olan bir ebeveynden söz ettiğini ancak kontrol grubunda yüzde 11 kişide yakın ailevi etkilenme bulunduğunu açıklar. Friedman ise baş ağrısı kliniğinde izlenen migren hastalarının yüzde 65'inin aile öyküsü anlattığını hesaplamıştır. Ailelerde sık görüldüğü *gerçeği* tartışma götürmez ancak bu gerçeğin yorumlanması açıklıktan çok uzaktır.

Bu karşılaştırmalı istatistiki çalışmaların en iddialı ve en geniş olanı Goodell, Lewontin ve Wolff'a aittir (1954). Bu çalışmacılar "yıllardan beri tekrarlayan şiddetli baş ağrısı çeken" 119 hasta seçmişler ve bu hastaları ailedeki diğer bireylerde görülen baş ağrısı sıklığı açısından ayrıntılı olarak sorgulamışlardır (bu çalışmada basit migren ve klasik migren arasında kesin bir sınır konmamıştır). Bu migrenli ailelerde kuşaklar arasında bir karşılaştırmada yüzde 28,6'sında her iki migrenöz ebeveynde de migren olmadığı, yüzde 44,2'sinde migrenöz ebeveynlerden birinin migreni olduğu, yüzde 69,2'sinde ise her iki migrenöz ebeveynde de migren olduğu bulunmuştur. Goodell ve arkadaşları inceledikleri 832 kişide gözlenenleri beklenenlerle karşılaştırdığında "binde birden daha az bir şansla bu tür sapmalar [beklenen görülme sıklığına göre] eğer hiçbir kalıtımın söz konusu olmadığı farz edilirse gerçekleşebilir... Dahası migrenin resesif (çekinik) geçişli ve etkinliği yüzde 70'lerde olan bir genden kaynaklandığını düşünmek akılcı olur."

Çalışmanın düzgünlüğü ve seçiciliğine rağmen bu sonucu çok kuşkulu ve hatta saçmadır. Kuşku duymayı düşündürecek

en azından üç farklı gizli varsayım bulunuyor; birincisi örneklemeyle, ikincisi çalışılan toplumun homojenliğiyle ilgili, üçüncüsü ve en önemli olanıysa bu türden herhangi bir çalışmanın kuşku veren yorumlanmasıdır. İlk olarak, yalnızca şiddetli, tekrarlayan, uzun süreli migren baş ağrısı çeken hastalar seçilmiş ve diğer aile bireylerinin araştırılması da benzer şekilde bu kriterler çerçevesinde ele alınmıştır. Ancak hafif ya da anımsanmayan ya da nadir migren baş ağrısı atakları geçirilebileceği ya da bunun yerine migren eşdeğeri veya aurası ortaya çıkmış olabileceği ve bu yüzden de elde edilen rakamlardan farklı görülme sıklığı oranları elde edilebilme olasılığı olduğu açıktır. İkinci olarak, herhangi bir yargıda bulunmaksızın bütün migrenler içinde ister klasik olsun, ister basit ya da diğer tip bir migren olsun migren göz önüne alındığında çalışılan toplumun genetik olarak homojen olduğu varsayılmış ve çalışma amacına göre genetik olarak eşdeğer sayılmıştır. Üçüncü ve en kritik olanıysa *ailevi görülme sıklığının ille de kalıtsal olmayı gerektirmediği*dir. Bir aile yalnızca gen kaynağı değil geniş bir potansiyele sahip çevresel koşullar toplamıdır.[28] Goodell ve arkadaşları bu koşulların farkındalar ancak önemsemiyorlar. Aslında migren tepkimeleri aile çevresinde kolaylıkla benimsenip, öğrenilip, taklit edilebildiğinden bu kanıtların ışığında çok önemsenmelidir (gelecek bölümlerde bu konuyu tartışacağız). Özenli bir genetik çalışma migrenöz hastaların migreni olmayan koruyucu aileler tarafından yetiştirilmiş kuşaklarını da içine almalı ya da ideal olarak doğumdan sonra birbirinden ayrılmış ikizlerde migren görülme sıklığı araştırılmalıdır. Migren kadar karmaşık ve çok özellikli tepkimelerde "doğal" olanın "besinsel" olana karşı etkilerinin olduğunu ayırmaya yeterli olan bir yöntemden daha azıyla yetinmemeliyiz. Bu denetimler olmadan, migrenin istatistiki çalışmaları (şizofrenideki gibi) herkesin zaten bildiği, migrenin bazı ailelerde daha yaygın görüldüğü düşüncesini tekrarlamaktan

28 Kompleks psikofizyolojik tepkilerin belirlenmesinde "Yalancı kalıtsallığın" rolüne ilişkin öğretici bir örnek Friedman'ın yalnızca migren hastalarının yüzde 65'inde değil, tansiyon baş ağrısı çekenlerin yüzde 40'ında da ilgili belirtilere ilişkin ailevi öyküler olduğu yolundaki bulgularıdır. Tansiyon baş ağrılarının genetik temeli olduğu hiçbir zaman önerilmemiştir (önerilmeyecektir de) ancak bu ağrılar ev ortamlarında ailevi "tarz" olarak yaşanırlar.

başka bir şeye yaramaz. Bu tür çalışmalar, kısmi etkilenmeyle bir arada olan tek gen temeli gibi oldukça ilkel (ve kalıtsal olarak imkânsız) bir yöntemi geçin, herhangi bir genetik temel de oluşturamazlar.

Örnekleme ve belirti çeşitliliğine dair kuşkular azalırsa ve özellikle migrenin ender şekilleri üzerinde çalışılırsa genetik temel olasılığı daha mantıklı ortaya konabilir. Klasik migren basit migrenden kabaca on kat daha ender görülmekte ama daha dramatik bir ailevi olgu oluşturmaktadır. Anmadan geçemeyeceğimiz hemiplejik migren "ideal örnek" olarak kalma eğiliminde dir ve genel nüfusta oldukça az görülür, ancak ağır ailevi etkilenme kavramı içinde hemen her zaman yer alır (Whitty, 1953).[29]

Bu konu akademik önemdedir, eğer bir hasta kendini hastalıktan dolayı ailecek uğursuz olmaları nedeniyle yaşamı boyunca migren ile lanetlenmiş hissediyorsa ve doktoru da kaderci bir yaklaşım içindeyse tedavi edici herhangi bir girişim daha az yararlı olacaktır. Genellikle akılcı bir ikili olan Lennox ve Lennox derler ki "Migreni olan kişiler evlenmeden önce evlenecekleri kişide ya da ailesinde bu hastalık varsa iki kere düşünmelidirler." Bu önermeyi, genetik faktörlerin de işe katıldığı kuşkusu altında ve çevresel koşulların da büyük orandaki önemi yüzünden biraz canavarca olarak niteleyebiliriz.

Migrenöz Yapının Belirtileri

Tartışma amacıyla özgün migrenöz yatkınlık kavramının diğer iki zeminini birleştireceğiz; "belirtilerin" klinik gözlemi ve migrenlilere tanı koydurucu olduğu varsayılan "faktörlerin" deneysel gözlemi. Şu evrede bu belirti ve faktörlerden söz etmekten biraz ileri gideceğiz, bu konudaki deneysel çalışmaların ayrıntılı eleştirisini daha sonraki bölümlere saklayacağız (10. ve 11. Bölüm).

Bu bağlamda belirti terimiyle, migren eğilimiyle yakın ilişkide olan ve böylece pek çok migren hastasında ve yakınlarında

[29] Bu kitabın tashihini yaparken, ebeveyn, amca ve kuzeniyle birlikte dört aile bireyinde birden hemiplejik migreni olan bir hasta görme şansını elde ettim.

istisnai bir sıklıkta ortaya çıkan klinik özellikleri anlarız. Bu tür bazı belirtiler migren yapısının birleştirici kısmı olarak göz önüne alınır, bazıları da rastlantısal ama fevkalade yaygın bir bağ ile migrene yatkınlık gösterir. Tüm olgulardaki gizli varsayım migrenin altta yatan tek bir genetik temeli olduğudur – Wolff "stok faktör"den söz eder. Eğer migrenözün ilginç bir örneğini alıntılayacak olursak:

> [Wolff der ki]; stok faktörün başka bir kanıtı Erik Ask-Upmark tarafından bildirilmiştir, buna göre migren baş ağrısı atakları geçiren 36 hastadan 9'unda içine kaçmış meme ucu vardır, bu durum migreni olmayan 65 hastadan 1'inde görülmektedir.

Bu gözlemlerin ya da kuramların çoğunluğu özellikle ya da yalnızca fiziksel ve duygusal karakteristiği migrene yatkınlık olan yapısal tipi göz önüne alır. Bu nedenle Tourraine ve Draper (1934) kafatasının büyük, zekânın ileri ama duygusal düzenin geri olduğu "karakteristik yapısal tip"ten söz ederler. Alvarez (1959) migrenöz kadınlardaki birincil özellikleri şöyle ayırt eder:

> Sıkı göğüslü, biçimli minyon bir vücut. Genellikle bu kadınlar iyi giyinirler ve çabuk hareket ederler. Yüzde 95'i hızlı işleyen bir zekâya sahiptir ve sosyal etkinlikleri fazladır. Yüzde 28'i kızıl saçlıdır ve pek çoğu saçtan yana zengindir... Bu hanımlar güzel yaşlanırlar.

Greppi (1955) migreni, migren hastaları arasında ve onlara özgü psikofizyolojik kümelerden oluşan bir "zemin" olarak algılamayı ileri sürer:

> ... Belirgin bir incelik ve zarafeti vardır. Erken gelişen zekâ ve duyarlılığın göstergesi olan, kendini kontrol eden ve eleştiren bir mizacın belirtileri vardır.

Bunlar migrenöz yapının "romantik" örnekleridir. Geçmişten günümüze pek çok yazar tarihi ilgiden çok migrenlilerin çok parlak bir tablosunu çizmekle uğraşmışlardır. Kuşkusuz bu ilgi-

nin nedeni pek çok yazarın kendisinin de migren hastası olmasına bağlanabilir. Bütün olgularda bu tanımlamalarla, epileptiklerin ve epileptik yapının kalıtsal "kusurları" ve yapısal "stigmata"ların tehditkâr görüşleriyle birlikte olan geleneksel tanımı bağdaşmamaktadır.

Her zaman söylendiği üzere migrenler genellikle takıntılı, katı, yönlendirici, mükemmeliyetçi olarak tanımlanan "migren kişiliğine" özgüdür. Bu kavramın yeterliliği migren hastalarında çok fazla çeşitlilikte olan duygusal zemindeki klinik bulgular ile ölçülebilir (bkz. 9. Bölüm), bu kısım daha sonraki bir bölümde eleştirilecektir (13. Bölüm).

Bazı yazarlara göre migren hastaları dört psikofizyolojik sınıflandırmadan en az birine sokulabilirler (Hipokratik ya da Pavlov terimleri kullanılabilir) ancak bu bir avuç migren hastasını tanıyınca terk edilecek bir sınıflamadır. Ancak du Bois Reymond'un da yüz yıl önce farkına vardığı gibi belli bazı yapısal tiplerde migrenin farklı bazı türlerinin daha yaygın olduğuna ilişkin kanıtlar vardır. Bu yüzden "kırmızı" migrene yatkın olan hastalar açıkça uyarılabilirler ve öfkeyle kızarabilirler (Pavlov'un deyişiyle "kuvvetli, uyarılabilir tipler" ya da "sempatotonikler") diğerleri ise "beyaz" migrenlere yatkındır ve solgunluk, bayılmalar ve duygusal uyaranlara karşı yüzlerinde çekilme tepkileri verirler ("zayıf, engellenebilen tipler" ya da "vagotonikler"). Ancak bu konuda migren hastalarının tümüne uyarlanabilecek bir genel tanımlama bulunmamaktadır.

Diğer araştırmacılar migrene yatkın olmanın çeşitli fizyolojik parametrelerle belirgin olacağını önermektedirler: Pasif hareketlere, ısı, yorgunluk ve depresan ilaçlara (örneğin, alkol ve rezerpin) özellikle duyarlı olma, artmış kardiyovasküler refleksler (örneğin patolojik sinüs karotidis duyarlılığı), anatomik ya da fonksiyonel "mikro dolaşım bozukluğu", yavaş beyin dalgaları bozukluğu, çeşitli metabolik ve kimyasal fonksiyon bozuklukları. Bazıları belli alt gruptaki migren hastalarına uyum sağlayan değişiklikler gösterse de bu faktörlerin hiçbiriyle migren hastalarının genelinde bir uygunluk yoktur demekten daha fazlasını halihazırda yapamayız.

Migren Yatkınlığı ve Diğer Bozukluklar

Migren yatkınlığıyla ilişkili ya da bağlantılı olan diğer bozukluklar olduğuna dair bir kavram ya da araştırma düşüncesi zaten oluşturulmuş olan fikirlerin mantıklı bir uzantısı olmaktan öteye geçemez ancak ayrı bir dikkat gerektiren özel konular vardır. Bu alan, kısmen gerçekle ilgili sorular, kısmen yorumlamayla ilgili sorular (özellikle istatistiki ilişkilerle ilgili yorumlar) nomenklatür ve semantikle ilgili sorular yüzünden kuşkulu ve tartışmalıdır.

En temel konulardaki fikirler çok değişiktir. Bu konudaki en önde gelen otorite Critchley (1963) der ki:

> Erken çocuklukta migrenöz yapı kendini enfantil egzama, daha sonra ise yolculuk hastalığı olarak gösterebilir. Biraz daha ileri yaşta tekrarlayan kusma nöbetleri olarak görülebilir... Migren hastaları az veya çok peptik ülser, koroner hastalıklar, romatoit artrit ya da kolit çekerler mi? Benim klinik izlenimim bir çeşit negatif ilişki olduğu yolundadır. Yaşam boyu migren sonuçta diğer stres bozukluklarına karşı gelişen bir savunma oluşturur.

Diğer yandan, Graham ve Wolff migrenli hastaları çeşitli hastalıklara oldukça yatkın olarak görürler. Bu yüzden Graham (1952) 46 migren hastasının hastalıklarını sıralarken yarısından fazlasının araba tutmasından, üçte birinden fazlasının alerjik belirtilerden ve üçte birinin de ek olarak kasılma şeklindeki baş ağrılarından çektiğini bulmuştur. Dahası, aile öyküleri de epilepsiden (yüzde 10), alerjiden (yüzde 30), artritten (yüzde 29), hipertansiyondan (yüzde 60), serebrovasküler kazalardan (yüzde 40) ve sinir bozukluğundan (yüzde 34) yana zengindir.

Wolff (1963) ise işe zıt uçtan başlayarak, özellikle fonksiyonel kalp hastalığı, esansiyel hipertansiyon, vazomotor rinit, üst solunum yolu enfeksiyonları, saman nezlesi ve astım, midebağırsak bozuklukları (duodenum ülseri vs.) ve psikonevrozları olanlarda sık görülen (damarsal ya da kas kasılmasına bağlı) baş ağrısı yakınmaları saptamıştır. Peki biz Critchley'in migrenlileri diğer hastalıklara karşı bağışık olma lüksünü yaşayan ayrıca-

lıklı hastalar olarak gören ve Graham ve Wolff'un bu hastaları sayısız hastalıklarla yüklü gösterdiği kötümser görüş arasında nasıl bir uzlaşma sağlayacağız? Gerçekten de bu negatif ve pozitif ilişkiler varsa bunları nasıl yorumlayacağız?

Herhangi bir genel tartışmaya geçmeden önce migren ile diğer hastalıklar arasındaki ilişkiyi ilgilendiren eldeki kanıtlar hakkında daha kesin bilgiler edinmeliyiz. Erken yaşlarda migren hastaları arasında araba tutması, nöbetsel kusma ya da safrasal ataklara ait öykülerin özellikle yaygın olduğu kabul edilir, bu eğilimler ve ataklar "yetişkin migrenlerinde" yer değiştirir çoğu zaman, ilk özgün yoğunluktaki haliyle yaşam boyunca nadiren devam eder. Araba tutmasıyla ve migrenle ilişkili geniş bir topluluğu temel alan salt istatistiki bir bildiri önemlidir. Ne var ki istatistiki yaklaşımdan uzaklaşıp bireysel vaka öykülerine yoğunlaşırsak migreni olan pek çok hastanın erken yıllarda (özellikle klasik migreni olanlar) araba tutması ya da içorgan tutulumu yaşamadığı açıktır ve hatta çoğunluk bulantı oluşturan uyaranlara bile olağanüstü dirençlidir; tersine, nöbetsel kusma, araba tutması ve safrasal atak çeken (zevki yaşayan?) pek çok çocukta yaşamlarının ileri yıllarında hiçbir zaman "yetişkin" migreni gelişmez.

Gerçekler –daha doğrusu hata payıyla birlikte aktarılan rakamlar– migrenin hipertansiyon, alerjiler, epilepsi vs. ile olan ilişkisi açısından pek de açık değildir ve literatürü dolduran yüzlerce yayından yalnızca bir elin parmakları kadarını alıntılamaktan fazlasını yapmayacağız. Gardner, Mountain ve Hines (1940) hipertansiyonlu bir grupta hipertansiyonsuz bir kontrol grubundakine oranla beş kat fazla migren saptadılar. Bu yazarlar kendi verilerini açıklarken basit genetik faktör ve diğer ortak faktörlerle (örneğin hipertansiyonlularda ve migrenlilerde görülen kronik engellenmiş öfkenin görülme sıklığı) ilişkili kabul edilebilir hipotezi eşit derecede kabullenerek bir ölçüde ihtiyatlı davranırlar. Balyeat (1933) migren hastalarında ve ailelerinde alerjik tepkimelerin sıklığını görünce o kadar etkilenmişti ki bunu bir belirteç sayıp pek çok olguda migrenin alerjik yapıda olduğunu öne sürdü, Wolff ve diğerlerinin önemli deneylerde migrenin hemen hemen hiç alerjik olmadığını göstermelerine

karşın bu görüş şaşılacak derecede uzun süre kabul görmüştür. Lennox ve Lennox (1960) migren ve epilepsiler arasındaki yapısal ilişkiye ait tabu alana uzun süre ilgi duymuşlardır. (2000'in üzerindeki epileptikle yaptıkları çalışmada) bunların yüzde 23,9'unda kontrol grubundan ayrı tutulan aile öykülerine göre çok fazla sayıda olan, ailevi migren öyküsü olduğunu saptamışlardır. Sonuçta da migren ve epilepsinin yalnızca ortak yapısal temelleri değil birbiriyle ilişkili genetik temeli olduğunu da bildirmişlerdir.

Yaşa Bağlı Migren

Yapısal bozukluklar kendilerini daha çok erken yaşlarda belli ederler. Bunun migren için de geçerli olup olmadığını saptamamız gerekir. Critchley (1933) bu konudaki eski bir yazısında "Bir kişi ya erken yaşta migrene yatkınlık nedeniyle acı çeker ya da hiç çekmez. Hastalığa yetişkin yaşta yakalanması pek olası değildir" demiştir. Literatürde bu varsayıma karşı çıkan pek çok yayın vardır. Lennox ve Lennox (1960) migrenli 300 hastayı incelediklerinde yüzde 37,9'unda başlangıç ataklarının otuzlu yaşlarda ya da daha geç ortaya çıktığını saptamışlardır.

Benim kendi tecrübelerimde (1200 migren hastası, çoğunluğu yetişkin) geç başlayan migren sıklığına ilişkin oldukça fazla veri vardı, sonra anlamlı bir saptama yapabilmek için bütün grubu daha küçük gruplara yani klinik olarak daha homojen alt gruplara indirgeme gerekliliği ortaya çıktı. *Klasik migren* belki de gençlikte ya da erken yetişkinlikte ortaya çıkmaya eğilimlidir ancak ben kırk yaşından sonra migreni başlayan en az bir düzine hasta gördüm; klasik migren ataklarının kesinliği ve şiddeti o kadar fazladır ki insanın o ilk öncü atakları unutması çok zordur. Orta yaşlarda başlangıç *basit migrenlerde* daha sıktır, ben kırk yaşında basit migreni başlayan en az altmış hasta gördüm ve bunların belki de beşte birinde ellisinden sonra ortaya çıkmıştı, bu klinik tablo daha çok menopoz sırasında ya da sonrasında kadınlarda görülür. *Migrenöz nevralji* hepsinden öte ileri yaşlarda ortaya çıkma ününe sahiptir, bir keresinde 98 ya-

şında başlangıç küme baş ağrısı geçiren bir hastayla karşılaştım; yetmiş yaşın ortasında başlayan pek çok vaka literatürde geçmektedir. Migrenin erken yaşlarda ortaya çıkma eğilimi ve ileri yaşlarda azalması, itiraz edilemeyecek bir olgudur, ancak sık ve önemli istisnaları da vardır.

Migren yatkınlığı kavramı migrenin bir anlamda bireyin içinde gizli kaldığını ve ancak uyarıldığında ortaya çıktığını ima eder. Şimdiki vaka öyküsü yaşamın büyük bir bölümünde migrenin nasıl uykuda kaldığını ve çok özel çevre koşullarında aktive olduğunu anlatan bir örnektir:

> *Vaka 15:* 75 yaşındaki bu kadın hasta şiddetli ve sık klasik migren ağrılarıyla başvurdu. Her biri güçlülük duygusu ve paresteziyle gelen haftada iki üç atak geçirmekteydi. Atakları kocasının bir trafik kazasında, aniden, trajik bir şekilde ölmesinden hemen sonra başlamıştı. Çok depresif olduğunu ve intihar fikirleri geliştirdiğini söylüyordu. Ona hiç daha önce benzer ataklar geçirip geçirmediğini sordum; aynı atakları çocukken de geçirdiğini, o zamandan beri yani 52 yıldır hiç yaşamadığını söyledi. Zaman, psikoterapi ve antidepresan ilaçlar bileşkesiyle hastanın depresyonu azaldı. Bir kez daha "kendisi" oldu ve klasik migreni de yarım yüzyıldır uykuda olduğu yere geri döndü.

Şimdiki olgu öyküsü ise migren yatkınlığının yaşamın daha geç dönemlerine kadar nasıl gizli ve kuşkulandırmadan kalabildiğini daha güçlü olarak vurgulamaktadır:

> *Vaka 38:* Hasta dört aydır çok şiddetli baş ağrıları çeken 62 yaşında bir kadındı. İlki o kadar uyarıcıydı ki doktor kocası bir an önce hastaneye kaldırmıştı. Subaraknoid kanama ya da kafa içi kitleden kuşkulanılmıştı ancak bütün araştırmalar negatif çıkmıştı ve üç günden sonra da atak geçmişti. Bir ay sonra aynı atağı ikinci kez yaşamış ve bundan bir ay sonra da üçüncüsünü. Ben hastayı bu evrede muayene ettim. Çok entelektüel ve güvenilir bir kişi olan hastayı sorguladığımda şimdiye kadar bu nöbetsel ataklarına benzeyen hiçbir atak geçirmediğinden emindi. Bu nöbetlerin verdiği şaşkınlık içinde son zamanlarda

ilaç almaya başlayıp başlamadığını sorduğumda jinekoloğunun ona dört ay önce periyodik olarak alacağı bir hormon preparatı verdiğini söyledi (menopoz sonrası belirtiler için verilen östrojen-progesteron karışımı bir doğum kontrol hapı). Tarihleri karşılaştırdığımızda her bir atağın hormon siklusunun başladığı haftaya karşılık geldiğini gördük. Hastaya hormonu bırakmayı denemesini önerdim. O da öyle yaptı ve bir daha hiç atak yaşamadı.

Genel Tartışma ve Sonuçlar

Bu bölüm ister istemez, bildirilerin, karşı bildirilerin, kuşkuların, tereddütlerin ve niteliklerin bölümü oldu. Sonuç olarak şimdi biz, migren yatkınlığına ilişkin istatistiki çalışmalara duyulan kuşkuları ve bu kavrama verilebilecek anlamları gözden geçirmeliyiz.

İlk yorumlarımız *örneklemelerin geçerliliğiyle* ilgili olacaktır. Şu veya bu özelliğin bir toplulukta görülme sıklığıyla ilgili bildirimler değerli ya da ilgi uyandırıcı olacaksa o zaman o topluluk göreceli olarak homojen olmalıdır. Migrene dayanarak yapılan açıklamalar migrenin tek bir temelden kaynaklanan tek bir hastalık olduğu varsayımına dayanır. Bize kurgunun bir şekli sunulur – ortalama bir migrenöz: Ortalama migrenli yüksek tansiyonlu, mükemmeliyetçi, tek meme başı içine kaçmış, bir yığın alerjisi, araba tutması öyküsü olan, beşte ikisi peptik ülserli ve birinci kuşaktan kuzenleri epileptik insandır. Gerçek klinik deneyim kısa zamanda migren hastasıyla çalışan herkesi, onların aşırı heterojen bir grup olduğuna ikna eder. Bazılarının klasik migreni vardır, bazılarının basit migreni: Bazılarında çarpıcı aile öyküleri vardır, çoğunda hiç aile öyküsü yoktur; bazılarının alerjileri vardır, bazılarında yoktur; kimisi bazı ilaçlara tepki verir, kimisi vermez; kimileri alkole ve pasif harekete duyarlıdır, kimileri değildir; bazısı genç yaşta ataklarından kurtulur, bazısının atakları yaşlılıkta başlar; bazılarının kırmızı bazılarınınsa beyaz migreni vardır; kimisinde iç organ bulguları öne çıkar, kimisindeyse baş bulguları ön plandadır; bazıları hiperaktif,

bazıları uyuşuktur; bazıları takıntılı, bazıları dikkatsizdir; bazıları dahi, bazılarıysa aptaldır. Kısaca, migren hastaları toplumun herhangi bir kesiminde olduğu gibi çarpıcı bir sapkınlık gösterirler. Gözlem altındaki topluluğun ve belirtilerin bu heterojenliği herhangi bir istatistiki araştırmayı geçersiz kılar ve anlamsızlaştırır; araştırma amaçları için klinik materyalin daha küçük ve homojen gruplara bölünmesini talep eder. Eğer veriler birbirinden farklıysa karşılaştırma amacıyla bir araya konmamalıdır. Critchley'in migren ve diğer bozukluklar arasındaki negatif ilişkiye ait klinik izlenimlerini, Graham, Wolff ve diğerlerince öne sürülen pozitif ilişkilerle uzlaştıramayız. Yapmamız gereken şey bütün bu genel bildirimleri tümüyle sorgulamak olmalıdır. Gözlemci hekim için açık olan (ve Critchley'nin pek çok yayınında tamamen desteklediği) şey bazı migren hastalarının, onları dürtüleyen hangi stres ya da sinirsel düzensizliğin yeterli dışa vurumu ve çıkış yolu ise, migrenlerine şaşırtıcı şekilde sadık kalmalarıdır; bazı hastalar ise bir migren eşdeğerinden öbürüne ya da migrenden astıma veya baygınlığa vs. geçiş yapan çok yönlü ve ani değişimler gösterirler; üçüncü bir grup hastanın çok geniş psikosomatik kursakları vardır ve olabildiğince fazla fonksiyonel hastalığı barındırırlar. Bazılarında fonksiyonel hastalık imgesi sabittir ve yaşamın ilk dönemlerinden başlayarak fiziksel reaktivitede ya da duygusal isteklerde değişmeyen bir şeye demir atarlar; diğerlerinde devamlı düzenlenen duygusal stresler sonsuz çeşitte hastalık dizisiyle *ksilofonik reaktiviteye* yol açar.

İkinci ilgi alanımız istatistiki ilişkilerin *yorumlarının geçerliliği* olmalıdır. Belli bir çalışmada örnekleme hatalarının çıktığını ve korelasyon katsayısı doğduğunu –iki faktör, *a* ve *b* arasında rastlantısal olarak ortaya çıkan bir rakam– varsayalım. Buradan *a*'nın *b*'ye neden olduğu ya da *b*'nin *a*'ya neden olduğu ya da her ikisinin ortak bir nedeni paylaştığı çıkarılabilir. Bütün bu çıkarımlar, özellikle sonuncusu migren yatkınlığıyla ilgili literatürde bulunabilir: Böylece Balyeat alerjinin migrene yol açtığını, bazı yazarlar serebrovasküler olaylara migrenin yol açtığını ya da kamçıladığını öne sürer ve pek çok araştırmacı da kendini migren ya da diğer pek çok hastalık olarak ortaya koyan ortak

yatkınlık hipotezine –Wolff'un "stok faktörü"– tutunurlar. Bu çıkarımların hiçbiri istatistiki zeminde tek başına doğrulanamaz. Korelasyon rastlantısal bir rakamdan başka bir şey değildir ve tartıştığımız bu olgularla kendi içinde mantıklı bir bağ kuramaz. Eğer belli bir grup hastada hem migren hem de hipertansiyonun görülme sıklığı yüksekse bunun düzinelerce nedeni vardır ve hipertansiyonun nedenlerinin ille de migrenin nedenleriyle çakışması gibi bir durum söz konusu değildir. Migren hastalarında alerjik reaksiyonların sık görüldüğü genellikle kabul görür, ancak Balyeat'ın migrenlere alerjilerin yol açtığı kuramının yanlış olduğu gösterilebilir. Bu durumda, biyolojik strateji ve analoji yöntemleri doğrultusunda, basitçe alerjik ve migrenöz tepkimelerin organizmada benzer amaçlara hizmet ettiğini (12. Bölüm) ve bu yüzden eşdeğer fizyolojik seçenekler olarak bir arada olduklarını ya da değiştiklerini söylemeliyiz.

Son ilgi alanımız ise bu alanda kullanılan *terimlerin geçerliliği*'dir: Eğilim, yatkınlık, yapısal duyarlılıklar, stok faktörler, vs. Bazılarını saklı tutarak, göreceli olarak özgün eğilimlerin var olduğunu ve hemiplejik migren ve hepsinden ayrı olsa da, pek çok klasik migren olgusunda aktarılabildiğini kabul edebiliriz; ancak bu durumlar pek nadirdir ve tüm migren nüfusunun onda birinden azını oluşturur. Basit migren için herhangi bir özgün eğilim olduğunu hatta evrensel "migren yatkınlığı" varlığını büyük bir kuşkuyla karşıladığımızı belirtmeliyiz. Peki o halde migrenin açıkça toplumun bir kısmına indirgenmesini ve belli ailelerdeki şiddetini nasıl açıklayabiliriz?

Şu anda mevcut bulunan en belirsiz ve genel terimlerin dışında başka terim kabul edemeyiz. Pek çok migren hastasının normalden daha fazla derecede bulunan *bir şey* ile ayırt edildiği açıktır.

Bu *bir şey*in repertuarı oldukça geniştir – Critchley migrenin gençlikte kendini enfantil egzema, araba tutması ve tekrarlayan kusma nöbetleri olarak gösterdiğini söylememiş miydi? Bu listeye biz bu kitabın Birinci Bölümü'nde anlatılan bütün o migren çeşitlerini ve bunların ötesinde migrenle çakışan ya da yer değiştiren diğer pek çok nöbetsel tepkimeleri – baygınlıklar, vagal ataklar, vs.'yi eklemeliyiz. Migrenöz yatkınlık kavramı, eğer

herhangi bir anlam taşıması isteniyorsa bu bağlamda –sayısız değişik şekiller ve bariz esneklik gösteren çok belirteçli tepkimeler bağlamında– kullanılmalıdır. Dahası, bu *bir şey* o kadar çok derecelere ayrılır ki migrenli nüfus ölçeğinde net olarak tanımlanıp bir kenara konmak yerine her noktada genel nüfusa yayılmasına izin verir. Herkesin, her organizmanın migrene akraba *niteliksel* tepkimeler için bir potansiyel barındırdığı düşünülebilir (bkz. 12. Bölüm), ancak bu potansiyel fazla vurgulanmış ve toplumun belli bir bölümüne özgü hale sokulmuştur.[30] "Migren yatkınlığı"nın kolayca; basit, özgün, tek, nitelendirilebilir ya da temel genetiğe indirgenmesi ne bir şeyi açıklar ne de yanıtlar ve çok soruyu beraberinde getirir; ama daha kötüsü bireyde ve çevresinde migrenin gerçek belirleyici faktörlerini açıklamayı çapraşık hale getirir. Migren hastasında onu ataklarına karşı daha duyarlı yapan *bir şey* tabii ki vardır, ama bu *bir şey*in, bu eğilimin tanımlanması için bu bölümde anlatılan istatistiki ve genetik görüşlerin yönlendirdiğinden daha büyük bir alanı araştırmak gerekliliği doğar.

Eğer bir migren hastasını anlamak ve tedavi etmek umudumuz varsa onun belirtilerini ve yaşam öyküsünü şekillendirecek koşulların ne kadar önemli olduğunu görürüz, bu çevre koşullarını ayrıntılı olarak keşfettiğimiz ve ölçtüğümüz zaman yapısal ve kalıtsal faktörlerin olasılıkları üzerinde tartışabiliriz. Kurgudan başka bir şey çıkmayabilecek saf kuramsal kavramların –migren "yatkınlığı", migren "stok faktörü", tek-gen kalıtımı vs.– yoldan çıkarıcılığından uzak duracaksak klinik öykülerin o çok zahmetli araştırmaları zorunludur. Burada Freud'un bir vaka öyküsünü bitirirken söylediği o meşhur sözcükleri alıntılamalıyız:

> Kalıtsal ve filogenetik olarak edinilmiş faktörleri önemseyen görüşlere pek çok çevrede itibar edildiğinin farkındayım... İn-

30 "Serinin bir ucunda aşırı diyebileceğimiz vakalar vardır: Bu insanlar ne olursa olsun, ne yaşarlarsa yaşasınlar hastalanırlar... Diğer uçta tam tersi bir yargıyı ileri süren hastalar vardır – eğer yaşam onların üstüne böyle yükler bindirmeseydi hastalanmayacaklardı. Serilerdeki ara vakalar... yaşamın az ya da çok yaralayıcı yükünü çekenlerle az çok düzenleyici olanlardandır" (Freud, 1920, s. 356).

sanların kendileri için bir yer açmaya ve önemsenmeye çoktan hazır oldukları düşüncesindeyim... Bunların ancak vakanın doğru bir biçimde ve doğru düzenle gözlemlenmesiyle kabul edilebileceğini düşünüyorum; bireyin edindiği katmanların arasında yol bulmaya çalışınca miras kalan izler nihayet ortaya çıkar.

7. Periyodik ve Nöbetsel Migrenler

Migren ve Diğer Biyolojik Döngüler

Biyolojik sistemlerdeki equilibrum (denge), karşıt güçleri sürekli olarak dengede tutmakla başarılır. Dinamik bir sistemde sürekli küçük ayarlar yaparak homeostatik olarak da sürdürülebilir. Başka zamanlarda baş ağrısı döngüsel, tek tük görülen ya da giderek yayılan derin sistem değişimlerine bağlıdır. Bu döngülerin bazıları uyuma ve uyanma değişimi gibi evrenseldir, diğerleri ise toplumun yalnızca bir kesiminde epilepsi, psikoz ve migren döngüsü ile ortaya çıkar. Bu olguların tümünde, doğal periyodisite çeşitli dış etkenlere bağlı olsa da döngü eğilimi sinir sisteminin yapısında vardır. Bu yüzden *yaşam şekline bağlı olmaksızın* oldukça düzenli aralıklarla oluşan ataklardan söz ederken "periyodik migren", düzensiz ya da geniş aralıklarla kendiliğinden oluşan ataklar için de "nöbetsel migrenler" diyeceğiz.

Bu anlamda periyodisite migrenin herhangi bir şeklini belirtebilir, ancak özellikle klasik migrenler ve küme baş ağrıları için karakteristiktir. Basit migren ve migren eşdeğerleri olgularında ise yapısal periyodisite daha az görülür ve atakların klinik özellikleri hastanın duygusal durumuna ya da dış koşullara bağlı olma eğilimindedir.

Ataklar Arasındaki Süre

Klasik migrende birbirini izleyen iki atak arasındaki zaman aralığı genellikle 2-10 haftadır, her bir hastanın kendi sıklığına

oldukça bağlı kalan zaman aralığı vardır. Liveing bu durumu şöyle alıntılar:

> ... [periyodik migreni olan 35 hastada] 9 vakada ataklar her on beş günde bir gelmekteydi, 12'si ayda bir; 7'si ise 2-3 aylık aralıklar yaşadılar. Geri kalan 7 vaka oldukça uzun ya da kısa periyotlar yaşıyordu.

Klee'nin 150 vakalık dikkatle belgelenmiş serisinde (1968) karşılaştırılabilir rakamlar vardır, yüzde 33 migren hastası 1 aydan daha az aralıklarla migren geçiriyordu, yüzde 20'si 4-8 hafta aralıklarla, yüzde 26'sı 8-12 haftalık aralıklarla ve kalan yüzde 21 hasta ise 3 ay ya da daha fazla aralıklarla migren geçiriyordu. Benim klasik migrenin sıklığına ilişkin deneyimim de bu rakamlara uymaktadır. Bununla birlikte, bu tipte kaba rakamlar, migrenleri uyarıcı etki yapan ve periyodik olarak oluşan dışsal ya da duygusal koşulların etkilerini dışta tutmayı beceremedikçe belirsiz hatta anlamsız olabilir: Daha ileride bu tip "yalancı periyodisite" belirteçlerini ele alacağız.

Rastlantıyla ortaya çıkan koşulların etkileri dışarıda tutulursa, basit migren grupları klasik migrenlere oranla daha çok ortak belirtiler gösterir. Şiddetle etkilenen hastaların bir kısmı klasik migren olgularında görülemeyecek sıklıkta yani haftada 2-3 kez migren atağı geçirir. Burada, sık oluşan periyodik basit migrenlerin çarpıcı bir şekilde geceleri ortaya çıkma eğilimi olduğunu belirtmeliyiz. Ayda bir kez periyodik basit migren atağı geçiren hastalar (Birinci Bölüm'ün başına alıntıladığımız du Bois Reymond'un vakasında olduğu gibi) kendilerini göreceli olarak şanslı hissederler. Her zaman olmamakla birlikte çoğu kez, bu tür atakların sıklığı ve şiddeti arasında karşılıklı ilişki yönünde bir eğilim ortaya çıkar, uzun aralıklı atakların karşılık olarak daha şiddetli olması gibi. Liveing'in hastalarından biri bunu kısaca ve ruhsal bir ifadeyle şu şekilde açıklamıştır:

> Daha uzun aralıklara aldırmamaya başlayalı çok oldu; yaşamak zorunda olduğum *belli bir miktar acı* olduğunu biliyorum, ancak bu

acının parçalanmış ya da bölünmüş, düzenli aralıklarla olmasını tercih ederim.[31]

Aynı noktaya Klee'nin titiz istatistiki çalışmasında da değinilmiştir. Böylece pek çok migren hastasında atakların şiddeti ve sıklığının bir ürünü olarak migrenin tüm şiddeti ve Liveing'in hastalarının sözünü ettiği "belli miktarda acı çekme" durumu, çeşitli miktarda küçük parçacıklara ayrılabilen migren *hacmi* olarak planlanabilir.

Aynı zamanda küme baş ağrısını periyodik migrenin bir şekli olarak düşünebiliriz, bütün bir kümeyi tek bir dev migren atağı sayabiliriz (migrenöz nevraljinin yüzlerce tek başına atağına karşılık gelir). Küme ağrılar arası aralıklar basit ve klasik migrendeki aralıklardan çok daha uzundur: Ortalama ara 1 yıl kadar sürebilir ve aralıkların oranı 3 aydan 5 yıla kadar uzanır. Bazı küme baş ağrılarının ise yıllık aralıklarla, nerdeyse günü gününe ortaya çıktığını eklemeliyiz.

Benim kendi deneyimim olan şimdiki vakada olduğu gibi basit migrenlerde periyodik kümeleşme gösteren tuhaf ara olgular vardır:

> *Vaka 52:* 19 yıldan beri yıllık basit migren "kuşatmaları" geçiren huzurlu yapıdaki 55 yaşında bir erkek hasta. 4-6 haftalık bir dönemde kayda değer uzunlukta (12-20 saat) ve şiddette gelen günlük ataklarla neredeyse tamamen elden ayaktan düşmüştü. Bu ataklar iki taraflı vasküler baş ağrısı, yoğun bulantı, tekrarlayan kusmalar ve pek çok diğer otonomik belirtilerle karakterizeydi yani migrenöz nevralji ataklarına hiç benzemiyordu. Kuşatma hiç nedensiz ani başlayıp ani bitiyor ve hasta yılın geri kalan zamanında tamamen migrenden muaf oluyordu.

En düzensiz oluşan modeller bazı klasik migren olgularında ve özellikle tek başına olan migren auralarında görülür. 6, 12 veya 30 aylık ataksız dönemler geçiren ve aniden "kötü döneme" gi-

31 Manik-depresif nöbeti olan hastalar da benzer duyguları yaşarlar. Bu nöbetler yalnızca gövdedeki fiziksel ve kimyasal değişiklikleri değil *ruhsal nöbetleri* de temsil ederler, mutluluk dönemlerinde bilincin sert emirlerinden bağışık olma ve depresyonun kendinden nefret, kendini suçlama dönemlerindeki bilincin abartılı hali. Ağrıdan uzun süre muaf kalan bir kişi tarafından kötücül migren nasıl karşılanırsa depresyon da sıklıkla manik hal için ceza olarak hissedilir.

rerek hızla birbirini izleyen 3-4 atak yaşayan bu tür bazı hastalar gördüm (bu tür ataklar bazı epileptiklerde nadir değildir).

Ataklar Arasında Bağışıklık

Karakteristik olarak, du Bois Reymond'un da bize anımsattığı gibi, periyodik migrende her bir şiddetli atak ile izleyen ikinci bir atak arasında bir bağışıklık zamanı vardır:[32]

> ... Ataktan belli bir süre sonra daha önce mutlaka bir atağa neden olabilecek şeylere kendimi hiç etkilenmeden, tamamıyla kaptırabiliyorum.

Bağışıklık tedricen kaybolur ve yeni bir atak olasılığı uygun bir ölçü içinde giderek artar. Tam bağışıklığın bitiminden sonra büyük uyarılar (prematüre) bir atak başlatabilir. Görece bağışıklık azaldıkça daha önemsiz uyarılar yakın bir atağı patlatmaya yeterli olabilir. Sonuç olarak, eğer atak "yoldaysa" (ya da gecikmişse) bir uyaran olsun olmasın patlayacaktır.

Aslında atağa karşı benzer duyarlılık ve bağışıklık döngüleri pek çok idiyopatik (nedeni bilinmeyen) epilepsi ve astım olgularında da görülür. Her vakada, farklı bir zaman diliminde, sinir uyarılarındaki milisaniyelik aralardan yaprakların ya da derinin yıllık dökümüne kadar bütün biyolojik döngülerin karakteristiğinin, aynı düzeyde inatçılık ve ani salgılanma olduğunu düşünmeliyiz.

Atağın Habercileri

Periyodik migrenler, özellikle şiddetli ve ara sıra olanları, basit ve klasik migrenlerden önce ortaya çıkan düzgün belirtilere,

32 Belki de en dramatik nöbet sonrası örnek küme baş ağrısına ilişkindir. Bu ağrı sırasında hastalar alkole son derece duyarlı olurlar; sonrasında ise hiç hastalanmadan bol miktarda içebilirler. Sonraki küme baş ağrısının yaklaştığına dair işaret herhangi bir ağrıdan önce alkol duyarlılığının tekrarlaması ve alkol etkisiyle oluşan hafif ataklar gelişmesidir.

yerinde duramazlığa, uyarılabilirliğe, kabızlığa, su birikimine, vs. ve bazen de küme atağının başlamasından önce görülen özel bir yanma ya da lokal rahatsızlık hissine diğerlerinden daha bariz bir eğilim gösterirler (Vaka 7'de olduğu gibi). Oldukça nadir şiddetli atak geçiren hastalar gerçek atak başlamadan günlerce önce başka şekillerde fizyolojik önseziler yaşayabilirler, tıpkı küçük sismik hareketlerin büyük bir depremin habercisi olması gibi. Her yıl ya da iki yılda bir klasik migren atağı yaşayan bir hasta (Vaka 16) her ataktan iki üç gün önce görme alanında ok gibi fırlayıp duran parıltılı noktalar görmüştür. Başka hastalar her ataktan iki ya da üç gün önce daha çok geceleri olan ve epileptik hastaların daha sık yaşadığı miyoklonik kasılmalar çekerler.

Yalancı Periyodisite

Periyodik migrenleri, sinir sistemine içkin bir döngüsel sürecin ifadesi olarak ayrı tuttuk. Bu tamamen keyfi bir ayrımdır. Pratikte, içkin sinirsel periyodisitenin etkileri ile içsel döngüler (duygusal ve fizyolojik) ya da keşfedilmemiş dışsal döngüler arasına sınır koymakta oldukça güçlük çekmekteyiz. Bu belirsizlikleri birkaç klinik örnekle gösterebiliriz.

Migrenöz nevraljisi olan bir meslektaşım, ataklarının onu her sabah saat 3'te, neredeyse saatini bile ayarlayabileceği bir düzenlilikle uyandırdığını bildirdi. Bu atakları onun sinir sistemindeki özel durumuna bağlı günlük ritme, gövdenin herhangi bir yerindeki gizli fizyolojik ritme, migrene bağlı koşullanmış reflekse yol açan uzaktaki bir saatin armonik vuruşuna, bu tehlikeli saatle ilişkili olan çocukluğun (ilk sahneye tanıklık eden) karanlık bir anısına dayandırabilir miyiz? Yıllardan beri aylık klasik migren atakları geçirmekte olan ve ara sıra bu atakları karın migreni ya da saldırgan ruh hali değişiklikleri ile yer değiştiren bir hastam (Vaka 10) ataklarının her zaman dolunaya tesadüf ettiğinde ısrar ediyordu ve bunu desteklemek için de kayda değer bir günlük tutmuştu. Bana günlüğünü verdiğinde Willis'in eski sözlerini anımsadım, "... güneşin ve ayın muhteşem yüzleri". Hasta migrenle ay arasındaki ilişkiyi saplantılı bir

içimde savunuyordu, migren mi saplantıya dönüştü, saplantı mı migrene ben bir türlü karar veremedim. Bu esrarengiz periyodisite yıllık nevrozlara benzeyen "yıllık migrenler" ile de karakterizedir. Sanırım, bu bağlamda, eğer bir hasta, bir rahibe, her Kutsal Cuma (Paskalya yortusundan önceki cuma) sözde migren atağı geçiriyorsa Paskalya stigmatasının çağdaş bir örneği akla gelir. Kişisel kutlamalar –doğum günleri, evlilik yıldönümleri, felaketler, kazalar, vs.– sıklıkla kesin periyodik migren atakların ya da diğer fonksiyonel hastalıkların nedeni olabilirler.

Bu kitapta sık sık yinelediğimiz konulardan biri, migrenlerin pek çok eşzamanlı düzeyde harekete geçebildiği ve mekanizmalarının benzer şekilde her düzeyde çalışabildiğidir. Periyodik, idiyopatik migrenlerin uyarıları sinirselse de, tik benzeri duyarlılık gösteren lokal parça reflekslerinden tutun takıntılı beklentiler, özetleyici fanteziler vs. şeklinde ortaya çıkan yüksek düzeydeki tekrarlayan uyarılara kadar pek çok farklı düzeyde, etkili tetikleyici mekanizmaların varlığını kabul etmeliyiz. Atakların periyodikliği her fonksiyon düzeyinde hazır nazır ve değişmez olduğundan saatin işleyişinin gerçekten hücresel düzeyde mi (alerjik tepkimelerdeki gibi), moleküler düzeyde mi, beyinsel periyodisite düzeyinde mi, yoksa motivasyon ve duygu düzeyinde mi olduğu sonuç olarak konu dışıdır. Bu tür görüşler menstrüel migrenlerin açıklanabilmesinde migreni tek bir izole "faktöre" yanıt olarak değil pek çok eşzamanlı periyodisitelerin –hormon düzeyinin, temel fizyolojik ve biyolojik periyodisitelerin, bir arada olan ruh hali ve motivasyonların– bir yansıtıcısı olarak gören anlayışa yakındırlar. Bunların herhangi birisinin ara sıra da olsa periyodik yapıyı devam ettirdiğinden kuşku duyulabilir, şu anlatacağımız vakada olduğu gibi:

> Vaka 74: 68 yaşındaki kadın hasta 21 yaşından beri yalnızca menstrüel migren geçiriyordu. 30 yıl sonraki menopozu bu yapıda bir değişiklik yapmadı, atakları 28-30 günlük aralıklarla gelmeye devam etti.

Sonuçlar

Bu bölümde anlatılan migren şekilleri, Willis'in yüklü ve gergin sinir sistemindeki ani patlamaları açıklayan "idiyopati" kavramına birer örnek teşkil etmektedir. Liveing'in "sinir fırtınası" terimi benzersiz bir benzetmedir; sinir sistemindeki güçlerin ve gerilimlerin yavaş yavaş biriktiği hali, aniden elektrik fırtınasının kopuşunu, onu izleyen sükuneti ve gökyüzünün berraklığını son derece net bir şekilde gözümüzde canlandırmamızı sağlar.

Bu tipteki ataklarda bütün migren –auranın ilk ışıltısından ya da başlangıç uyaranının ilk belirtisinden, atağın çözülmesini izleyen son yankılara kadar– kendini tek bir parça olarak sunar; önceden şekillenmiş ve tek parça olarak, sönünceye kadar bütün evreyi geçirmeye eğilimi vardır ve yeni bir fizyolojik dengenin oluşumuna (eğer geçiciyse) izin verir. Periyodik ve nöbetsel migrenlerin önlenmesi ve sonlandırılması zordur, ama buna karşılık uzun müddet bağışıklık kazandırır. Bunlar belirti ve tarzlarına göre de bütün migrenler içinde en klişeleşmiş olanlardır, koşullara göre en az etkilenen ve duygusal durumlara ve stratejilere en az tepki verenler de bunlardır. Çok fazla doymuş bir çözeltideki ani kristalleşmeyi anımsatır şekilde aniden ve bütün olarak fizyolojik çözeltide *çökerler.* Ataklar fizyolojik mevsimin bitişini ve tepe noktasını işaretler; atak sanki çürük bir meyvenin patlaması gibi yarılıp açılarak döngünün yeniden hareketlenmesine olanak verir.

Sonsöz (1992)

Willis'in "patlama" kavramı, Liveing'in "sinir fırtınaları", Gowers'ın "katılma konvülsiyonu" – bütün bunlar düzensizlik, eleştirellik, tek başınalık imgeleridir; sinir sistemindeki kritik durumları ya da yapıları yansıtan ve en hafif bir uyaranın kargaşa yaratıcı bir etki gösterdiği durumlardır. Bu durumlara ya da noktalara ilişkin ilk genel görüşler Clark Maxwell tarafından 1870'lerde ileri sürülmüştür:

> Bütün durumlarda bir ortak koşul vardır – sistemin belli bir miktar potansiyel enerjisi mevcuttur; bu enerji harekete dönüştürülebilir, ancak sistem belli bir düzeneğe ulaşmadan dönüşüm başlayamaz; dönüşüm belirli bir iş gerektirir; bu iş belli durumlarda son derece küçük olabilir ve genellikle ortaya çıkan enerjiyle belirli bir orantı içinde değildir. Örneğin, don yüzünden gevşemiş ve tek bir noktada bir dağ yamacında dengelenmiş bir kaya parçası ya da bütün bir ormanı tutuşturmaya yetecek küçük bir kıvılcım düşünün... Belli bir sınıfın üstündeki her yaratığın kendi eşsiz noktaları vardır... Bu noktalarda fiziksel büyüklüğü akla gelebilecek en küçük bir boyutta olan bir nesnenin etkisi çok büyük sonuçlar doğurabilir.

Hastalarıma migrenlerinin güncesini ya da takvimini tutmalarını söylediğimde bana da benzer görüşler sunuldu. Bu takvimler gerçekten migrenlerin belli bazı (ve de sıklıkla kuşkulanılmayan) *nedenlerini* açığa çıkarmaya yarayabilirler (8. Bölüm'de tartışıldığı üzere). Ancak sıklıkla da bu alanda başarısız olurlar, ortada bir neden-sonuç ilişkisi olmadığını, daha çok diğer zamanlarda etkisiz ve önemsiz olabilen ancak belli bir noktada atakları başlatan bir *tahrik* unsurunun söz konusu olduğunu gösterirler. Çok çok küçük, kendi içinde de önemi olmayan olaylar, sistem "belli bir düzeneğe", Maxwell'in "eşsiz noktasına" ulaşınca atakları başlatabilir ve önemli hale gelebilir. Böylece uyaran ve tepki arasındaki lineer ilişki burada kesilir, sistemin davranışı lineer olmayan hale gelir, artık neden-sonuç ilişkisinden söz edemeyiz. Özel nedenlerden kaynaklanan bir ilişki yaratamayışımız bu atakların rastgele bir düzende olduğunu göstermez; bütün o karmaşık "dinamik" sistemin davranışını, zamandaki geometrisini değerlendirmemiz gerektiğini gösterir. (Birinci Bölüm'ün sonsözünde) tek başına olan atakların gelişimine karmaşık sistemlerin genel dinamikleri olarak bakabilmenin önemini anlatmıştık; aynı durum, daha da çarpıcı bir şekilde Dr. Goody'nin "migrenli hastanın hem çektiği hem de yarattığı uzay-zaman sürekliliği" adını verdiği ataklar için de geçerlidir.

8. Koşullara Bağlı Migren

Bu bölümde migren nöbetlerine neden olabilecek koşulları gözden geçirerek, bu koşullar üzerinde duracağız. Başvuracağımız terimleri *akut*, *geçici hal* gibi, tek bir migren nöbetini ifade eden terimlerle kısıtlı tutup kronik koşullara bağlı migren nedenlerini izleyen bölümde ele alacağız. Elimizdeki verilerin önemli bir kısmı kendi migren nöbetlerinin oluşumunu fark edebilen, günlük notlar alan ve eğilimlerini tarafsız gözlemleyen, tutarlı hastaların izlenimlerinden derlenmiştir. Bu veriler, yer yer, kontrollü koşullarda yapılmış deneysel gözlemlerle desteklenmiştir. Tekrar yinelemek gerekirse, koşul ile nöbet arasında bire bir ilişki kurulmamalıdır. Çoğunlukla birinin diğerine neden olma durumu söz konusudur.

Göz önüne almamız gereken koşullar sayısız, bir o kadar da çeşitlidir. Bu yüzden açıklamalara yardımcı olması bakımından bir tür ön eleme ve sınıflandırma yapmak elzemdir. Kategoriler hiçbir zorlamaya gerek duyulmadan, tamamen biçimsellikten uzak durarak benimsendi. Daha açık ve anlaşılır olma yönünden günlük lisanı kullanma konusunda rahat davrandım.

Uyaranlı Migren

Bu terim, organizmayı harekete geçiren, uyaran, rahatsız eden ve kulak çınlamasına sebebiyet veren durumlarda vuku bulan

migren türlerini anlatır.[33] Tanıdık gelebilecek koşullardan bazıları şunlardır: Işık, gürültü, kokular, soğuk ve fırtınalı iklim koşulları, egzersiz, heyecan duyma, şiddetli coşku, somatik ağrı ve bazı ilaçların vücutta gösterdiği etki. Kökende var olan intrinsik eksitasyonlar (içsel uyaranlar), devamında bir migren reaksiyonuna yatkın olduğundan, migrenden kaynaklanan prodromal (ilk) belirtiler ve auralar meydana gelmesi, bu sınıfta değerlendirilmelidir. Yukarıdaki liste, elbette, daha da uzatılabilir.

Işık ve Gürültü

Göz kamaştırıcı parlak ışığın ve kulak tırmalayıcı gürültülü seslerin kendilerinde migrene yol açtığını iddia eden birçok hasta vardır. Genelde şu şikâyetler üzerinde durulmaktadır: Tetikleyici koşulun yoğunluğu ve süresi, dayanılmazlığı, nöbetten önceki rahatsızlık, yaşanan ağrıya son verme arzusu, sessiz ve az ışıklı bir ortam arayışı. Bu sınıflandırmadaki hastalardan bazıları kapalı mekânlarda koyu renk güneş gözlükleri ile dolaşır ve aralarında "fotofobik" (ışık fobisi olan) kelimesinin anlamını bilmeyen çok azdır. Güneşin denize vurup yansıdığı kalabalık plajlarda, parlak flaş ve ışıkların yoğun olduğu elektronik veya fotoğraf malzemesi satan mağazalarda bulunmak, ortak şikâyet konularıdır. Diğer birtakım hastalar ise sinema veya televizyon seyrederken belirgin rahatsızlık hissettiklerini iddia etmişlerdir. *Titreşen ışık*, son olarak bu anlamda, çok belirgin bir tetikleyici koşul olarak dikkate alınmalıdır. Bu gibi vakalarda görülmesi beklenen tepki mekanizması farklıdır. Bu mekanizma, bu bölümde ilerde ayrıca ele alınacaktır.

33 Uyarıcı koşullar, benzer birçok tepkiye neden olabilir. Örneğin, saman nezlesi. Sydney Smith'in bu bağlamda kendinden verdiği bir örnek şöyle:
Sinüs zarı o kadar hassas bir hale geliyor ki, ışık, toz, zıtlaşma, saçma bir söz, sevmediğim biriyle karşılaşma, herhangi bir şey, beni arka arkaya defalarca aksırtıyor.

Kokular

Zaman zaman migren aurasında vuku bulan koku halüsinasyonundan ve migren *esnasında* vuku bulması muhtemel, sık rastlanan, kokuları farklı algılama ve tahammülsüzlükten söz etmiştik. Hiç şüphe yok ki, bu iki durum bazı yanıltıcı ve tutarsız hikâyelerin ortaya çıkmasında etkendir; aksi takdirde bu tarz vakalar, kokuların, tetikleyici koşulun nedeni gibi algılanmasına neden olurlar. Buna rağmen, yine de belli kokulara karşı (özellikle zift) belirgin hassaslık kazanan ya da doğuştan beri bu hassasiyete sahip veya "kötü" kokulara karşı genel duyarlılığı olan tutarlı hastalar da mevcut. Özellikle renkli vakaların yer aldığı eski literatürde bu tür hastaların anlattıkları hikâyelere sık rastlanmakta. Mesela Liveing aşağıda bahsi geçen vakayı örnek veriyor:

> *... akademinin seçkin üyesi olan bir doktor, otopsi incelemeleri esnasında, istisnasız her seferinde ani kusma ve migren nöbetine tutuluyor. Eğer kazara, kendisinin sorumlu olduğu hasta koğuşları viziteden önce iyice havalandırılmazsa başına yine aynı şeyler geliyordu.*

Soğuk ve Fırtınalı İklim Koşulları

Aşırı iklim koşullarından bazıları –bazen tümü– bünyesi etkilenmeye müsait hastalarda migren nöbetine neden olabilir ya da en azından buna ortam oluşturabilir. Fırtına ve rüzgâr tipik örneklerdir. Bazı hastalar böyle havalarda nükseden migrenlerine dayanarak meteorolojik falcılığa soyunup yaklaşmakta olan fırtınayı haber verirler. Bir meslektaşım bana, her yıl tekrar eden ve güneybatıdan Zürih'e doğru esen sert rüzgârların neden olduğu migrenin, İsviçre'de geçen çocukluğunu kendisine zehir ettiğini ve diğer zamanlarda, hiç migren krizine tutulmadığını söylemişti.

Daha bilinen reaksiyonlar gösteren diğer hastalar ise çok sıcak ve nemli havalarda nükseden migren nöbetlerine tutulduklarını ifade ettiler. Burada belki de tetikleyici koşullar farklı

yorumlanmalı, bitkinlik ve uyuşukluğun migreni ön plana çıkarabileceği düşünülmelidir.

Egzersiz – Heyecan – Coşku/Duygu

Ağır egzersiz (doğası gereği hem fizyolojik, hem de psikolojik heyecan unsurlarını içerir) genç hastalarca sık sık migrene yol açan yegâne durum diye nitelendirilmiştir. Karakteristik olarak, idmandan hemen *sonra* migren nöbeti gelmektedir. Egzersiz sırasında nükseden nöbete ise çok seyrek rastlanmaktadır. Daha önce verdiğimiz bir örnekten (Vaka 25), çok yorucu ve zorlu bir kros koşusundan sonra tipik fasyopleji (yüz felci) nöbetine tutulan ve bunun dışında hiç migreni tutmayan bir hastayı anımsayabiliriz.

Şiddetli Duygu/Coşku, migren reaksiyonlarını tetiklemeye diğer tüm akut koşullardan daha çok yatkındır. Birçok hastada – özellikle klasik migrenden şikâyeti olanlarda– görülen nöbetlerin büyük bir çoğunluğu bu yüzdendir. Liveing'e göre: "Duygu, coşku, şiddetle hissediliyorsa, ne türde olduğunun pek önemi yoktur."[34] Oysa ben daha belirgin örneklemeler yapabileceğimiz kanısındayım. Ani *öfke* en sık görülen uyaranlardandır, bunun yanında genç hastalarda *korku* (panik) aynı sıklıkta görülür. Ani *mutluluklar* (kazanılan bir başarı veya beklenmedik talihli bir olay) benzer etkiyi taşıyabilir.

Bu tarz tepkiler insanı yaşadığı heyecan esnasında veya coşkunun zirvesinden hemen sonra etkilemelerinden ötürü, çelişkili niteliktedir. Bir kısmı migren reaksiyonlarına "alternatif" teşkil edebilecek, çeşitli klinik paralellikler vardır: (Öfke, orgazm veya aşırı heyecanlanmada sıklıkla ortaya çıkan) narkolepsi ve katapleksinin akut reaksiyonlarını, vazovagal senkop (baygınlık), histerik stupor gibi ani duygusal bir "şoka" –hoş ya

34 Bu kapsamda, migren nöbetlerine neden olabilecek, birçok tuhaf ve daha ziyade karakteristik koşullara uygulanabilecek bir tespit yapmamız gerekir. O da, gerçek bir organik duyarlılık, Liveing'in söz ettiği gibi, bir "patolojik alışkanlık" yani bir şartlı reflekse benzetilebilir. "Gül nezlesi" olan ve kâğıttan bir gül gösterildiğinde bile aksırmaya başlayan hastaları bu noktada anımsayabiliriz.

da nahoş olsun– gösterilen tepkileri ve daha patolojik durumlarda üşüme nedeniyle titreme tepkisini (Parkinson hastalarında) ve "zihin tıkanması"nı (şizofreni hastalarında) bu bağlamda saymalıyız. Bu tarz tepkiler sadece insanlara mahsus değildir. 11. Bölüm'de benzer ve aynı tür biyolojik organizmalara ait örnekler bulacağız.

Ünlü yazar James Joyce'un terminolojisinde duyguların tetikleyici olduğu bütün vakaların "kinetik" (devinimsel) olarak sınıflandırılması dikkat çekicidir. Bunlar organizmayı uyandırır ve normal seyirleri sırasında harekete sevk eder (fiziksel tepki gösterme, keyiften yerinde duramama, gülme gibi). Kinetik duygularla tezat oluşturan, sessiz ve hareketsiz biçimlerde ifade bulan saatler sonra azar azar *lisis* (gevşeme, yatışma) veya *katarsis* (arınma, temizlenme) yoluyla etkisi kaybolan (dehşet, korku, acıma, korkuyla karışık merak gibi) duygular "statik" olarak sınıflandırılabilir. Bu tarz duyguların migreni tetiklemesi çok nadir görülür.

Burada gerginlik veya coşkunun iki biçimde son bulduğu söylenebilir: Gerginlik halini bir anda dağıtan *boşalma* (sözlü, bedensel –kusma, dışkılama vs.– veya somatik olabilir) ve aynı sonuca daha yavaş varan, yavaşça gevşeyip, durulan *lisis*. Gözyaşı yerini gülmeye, uyarılar yerini sakinleşmeye bırakır.

Diğer psikofizyolojik heyecan türlerinden de kısaca söz edilebilir. Bazı hastalar orgazm olduktan hemen sonra migrene tutulacak kadar talihsizdir. (bkz. Vaka 2 ve Vaka 55)

Son olarak, daha önce belirttiğimiz gibi: Bir aura veya prodrom, migrenin tetiklenmesinde rol oynadığı takdirde, heyecanlanma/duyguları dizginleme tümleşir ve içselleştirilir.

Ağrı

(Kas ve deriden kaynaklanan) somatik ağrılar mide ağrısı ve vücut metabolizmasının aşırı derecede yavaşlaması vb. de tetikleyici ve harekete geçirici rol oynarken, iç organlara bağlı (mide, kalp, damar gibi) ağrıların etkisi bunun tam zıddı olarak bulantı, pasiflik şeklinde kendini gösterir. Farklı mekanizmalarla da

olsa, her ikisi de migrene sebebiyet verebilir. Belki de birincisine verilebilecek en bilinen örnek, aktif insanlarda meydana gelen akut bir kas yırtılması. Buradaki ağrının uyarması, öfkelendirmesi ve hareket kabiliyetini engellemesi sonucu ortaya çıkan migren, diğer problemlere eklenip zaman zaman onların üstüne çıkar. İç organlara bağlı ağrıların etkileri, ileride göz önüne alınacaktır.

İlaç etkisinin migrenle olan ilişkisi ise daha sonra bu bölümde, ayrı bir tartışmada ele alınacaktır.

Yatışan Migren Türleri ve Ani Reaksiyonlar

Bu yeni deyimler migrenin yorgunluk, bitkinlik, metabolik yavaşlama, uyku gibi hallerde ortaya çıkışını belirtir. Bu koşulların çoğu, genelde fizyolojik tatmin olma, doyum, tatlı bir uyuklama, takatten düşme gibi hallerle ilişkilendirilir. Ama eğer fizyolojik reaksiyonlar daha yoğun, daha baskın ise, şu ya da bu şekilde bir *yatışma reaksiyonu* görülür. Bu nedenle, yatışma reaksiyonları, sakin ve huzurlu hallerin abartılı ve bir taklidi gibidir.

Yemek Yeme ve Aç Kalma/Oruç Tutma

Doyurucu bir yemeği, tatmin olma duygusu, bir parça uyku hali, aktif fakat belirgin olmayan hazım süreci vb. takip eder. Dikkatli bir inceleme, post-prandial (yemek sonrası) reaksiyonların çeşitliliğini ortaya çıkarır.

> Yemekten sonra uykuya dalan yaşlı bir adamın parasempatik faaliyeti gözlenmişti. Kalp atışları yavaş, bronşların daralmasından ötürü nefes alması hırıltılı, gözbebekleri küçüktü ve ağzının kenarından salyası akmıştı. Karnına stetoskop tutulduğunda pek çok bağırsak hareketi olduğu anlaşıldı.

Bu, pek de iştah açıcı olmayan tasvir, yaşlı bir adamın, yemek sonrası yaptığı şekerlemeden bir kesit sunuyor.

Şimdi aynı fizyolojik reaksiyonların gücünün artırıldığını, çarpıtıldığını ve bazı bulgular ortaya çıkarıldığını düşünelim. Bu durumda üç farklı yatışma sendromundan söz edebiliriz: "Hazımsızlık," "boşaltım sendromu" ve "yemek sonrası migren". Arzu edersek, bunlardan birincisinin sebebini, haddinden fazla dolu bir mide, ikincisinin ise akut hipoglisemi (kandaki aşırı şeker düşüklüğü) olduğunu düşünebiliriz. İki bakış açısı da tartışılabilir. Bununla birlikte, tüm bunlar yemek sonrası uyuşukluk ve bitkisel halin patolojik çeşitlemeleridir.

Uzun süre yemek yememe ya da oruç tutma ile ilgili, bazı patolojik reaksiyonları da hesaba katmalıyız. En son yenilen yemeğin üzerinden saatler geçtikten sonra gösterilen "normal" reaksiyon, yerinde duramama, huzursuzluk ve hemen bir şeyler yeme dürtüsüdür. Adını koymak gerekirse bu iştah ve duyguların uyanmasıdır. Eğer açlık uzarsa, er ya da geç arkadan bitkinlik ve güçten düşme sendromları gelecektir. Bazı hastalarda belli bir süre açlık veya oruçtan sonra kan şekeri seviyesi düşer. Bu koşullar altında belli bir kesim hastada ise migren reaksiyonları ortaya çıkabilir.

> *Vaka 54:* 47 yaşında bir kadının, görünürde bir neden olmamasına rağmen, ayda üç ila beş kez migreni tutmaktadır. Önceden dikkat çekmeyen bazı tetikleyici nedenlerin ortaya çıkarılması ümidiyle, kadına günlük tutması söylenir. Bir sonraki vizitesinde, günlükten anlaşılır ki, kadın kahvaltı yapmadığı zamanlarda migren nöbetleri ortaya çıkabilmektedir. Uzun süreli bir şeker yükleme testi uygulanır ve kanda, beş saat sonunda kan şekeri miktarı yüzde 44 mg. olarak belirlenir. Bu sırada hasta solgun, terlemekte ve baş ağrısından şikâyet etmektedir. İlave testler "fonksiyonel hipoglisemi" tanısını ortaya çıkarır. Kadına kahvaltı yapma alışkanlığı edinmesi ve başucunda her zaman şekerli portakal suyu bulundurması söylenir. Bundan sonra, hemen hemen hiç migren nöbeti gelmemiştir.

Sıcak Hava ve Ateş

Sıcak havada gösterilen normal tepkiler yorgunluk ve terlemedir. Vücutta ateş varsa, belirtilere bir de rahatsız edici vasküler bir baş ağrısı eklenir. Bazı migren hastaları ısıya karşı aşırı duyarlılık gösterir ve sıcak ve nemli havalarla bağlantılı migren nöbetlerine tutulur veya ateşleri çıkar. Dolayısıyla, birçok insana sıradan gelebilecek hafif bir "grip" ya da ateşli bir "nezle", yatkın kimseleri elden ayaktan düşürecek bir migrene yol açabilir.

Pasif Devinim

Pasif devinim, genelde yatıştırıcı ve uyku getiricidir –bebekleri salladığımızda uyumaları gibi– fakat, bazılarımız, pasif devinime (ya da vestibüler stimulantlara) karşı tahammülsüz ve aşırı tepkiseldir. Bu tarz insanlar çocukluklarında, çok ağır bir "hareket hastalığı" geçirmiş olabilir (mide bulantısı, kusma, beniz solgunluğu, soğuk terleme vb.). Bu saydıklarımıza bir de vasküler baş ağrısı eklenirse, hareketten ötürü ortaya çıkan migrenden söz edebiliriz. Vestibüler stimülasyona aşırı tepki migren hastalarında belki de en sık rastlanan ve kesinlikle halsizliğe neden olan bir özelliktir. Öyle ki, insanları basit zevklerden bile mahrum edebilir: Çocukken salıncakta sallanmak, ergenlik döneminde lunapark eğlenceleri ve otobüs, tren, gemi, uçak gibi vasıtalarla seyahat etmek. Bu tür reaksiyonlarda, *pasiflik* ve pasif stimülasyon şarttır. Seyahat hastalığına aşırı derecede yatkın birçok hasta rahatlıkla araba sürebilir veya tekne, uçak gibi araçları kullanabilir.

Bitkinlik

Yorucu bir günün sonunda tatlı bir yorgunluk hissedilir. Fakat yatkınlığı olan hastalarda bu, yorgunluk halinin patolojik şekli olan bitkinlik, çöküntünün ilk evreleri ve bazen migren biçiminde ortaya çıkar. Benzer biçimde, belli bir süre için birçoğumu-

zun katlanabileceği uykusuzluğa bu tür hastalar dayanamazlar. Böyle bir uyku yoksunluğunun, yatkınlığı olan hastalarda migren veya migren reaksiyonunu ve 5. Bölüm'de bahsi geçen özellikle narkolepsi gibi bağlaşık reaksiyonları sık sık tetiklemesi kuvvetle muhtemeldir. Hastalık, ishal, aç kalma/oruç tutma gibi faktörler, önemsiz de olsa, yorgunluk veya uykusuzluğun önemli düzeyde bir bitkinlik gibi hissedilmesine neden olabilirler. Bu noktada yatışma reaksiyonu meydana gelmesi olasıdır. Parry adında görsel auralardan mustarip bir hasta, kendinden şöyle söz ediyor:

> Sekiz ila on saat açlık/oruç şiddetli bir yorgunluk; can yakan bir ishal nöbetini takip eden bitkinlik hali, bazen de migreni beraberinde getiriyor.

İlaç Etkisi

İlaç etkisi konusunun, çeşitli bağlamlarda migrenle olan ilişkisine değinmiştik. Örnekse, "mahmurluk" hissi veren reserpin (antihipertansif ya da antipsikotik olarak kullanılan bir ilaç) reaksiyonu gibi. Bunlar da, normal fizyolojik tepkilerin abartılması, saptırılması biçiminde yorumlanmalıdır. Fazla alkol alan biri yorgun, uykulu ve bir parça hasta olduğunu hissedebilir. Fakat çok az alkolden sonra hissedilen yoğun mide bulantısı, migren veya migrene bağlı nevralji, anormal bir reaksiyondur. Birçok migren hastasının, bunu kabullenip ya bu eğilimle yaşamayı öğrenmesi ya da mücadele etmesi gerekir. Aynı şekilde, yoğun hissedilen "mahmurluk hali", patolojik bir reaksiyondur ve sık sık potansiyel migren tehlikesini beraberinde getirir.

Alkolün yanı sıra, bazı hastalar için hiç de güvenilir olmayan sayısız türde depresyon yapıcı ilaç vardır. Bunların içinde en kötüsü, hipertansiyonu kontrol etmek için çeşitli preparatlar halinde kullanılan *reserpin*'dir. Reserpin sadece migreni değil, uyuşma, narkolepsi, şok, depresyon ve Parkinson akinezisi (Parkinson hastalarında görülen, isteme bağlı hareketleri gerçekleştirme bozukluğu) gibi buna bağlı birçok reaksiyonu da tetikleyebilir.

Bu kapsamda *amfetamin* kullanımı ya da suiistimali ayrıca dikkate alınmalıdır. Amfetamin merkezi ve periferik sinir sistemi faaliyetinin güçlü bir şekilde uyarılmasına yol açar. Etkisi azaldıkça da devamında eşit oranda "yatışma" söz konusu olur. Daha önce örneklerini gördüğümüz bazı hastalar doğal olarak auralarındaki heyecan verici ve dizginleyici evrelerle amfetaminin etkisini kıyaslamaktadırlar. (bkz. Vaka 67 ve 85; sayfa 67 ve 69). İlerleyen sayfalarda amfetaminlerin migren terapilerinde kullanılmasını inceleme fırsatı bulacağız. Bu aşamada amacımız yüksek dozlarda amfetamin kullanımından sonraki "ilacı bırakma dönemi" aşamasında migrene ve diğer bağlaşık reaksiyonlara yatkınlığı irdelemektir. Aşağıdaki vaka bu konuda öğreticidir.

> *Vaka 43:* 23 yaşındaki bu genç kız, 19 yaşından beri hemen her ay, bir veya iki kez migren nöbetine tutuluyordu. Bana başvurmadan iki ay önce, durumu aniden kötüye gitmeye başlamıştı. İlk başta farklı zamanlarda gelen nöbetler (migren hali), artık her gün geliyordu. Bunun dışında son günlerde karşılaştığı diğer belirtiler şunlardı: Aşırı yorgunluk, yoğun sıklıkta narkolepsi, sürekli göz yaşarması, ishal ve depresyon hali. İlk başta hastanın durumundaki bu ani ve tuhaf değişiklikleri açıklamakta zorlandım. Sözünü etmekten çekindiği bir duygusal trajedi yaşayıp yaşamadığını merak etmeye başladım. İkinci kez gelişinde bir yıldan beri Ritalin bağımlısı olduğunu ve günde en az 1.600 mg. aldığını itiraf etti. İlaçları aniden bırakınca çok büyük bir depresyon, yatışma ve parasempatik haller içeren bir geri çekilme sendromu yaşadı.

"Atlatma Dönemi" Durumları

Migrenin, bir olay geçtikten (her ne ise) sonra ortaya çıkması çok yaygındır. Dolayısıyla, hastalar, sınav, doğum, işteki bir başarı, tatil sonrası gibi olayların ardından sık sık migren yaşamaktan şikâyetçidir. Bu türün kendini tekrarlayan önemli bir örneği "hafta sonu migreni"dir (bazen hafta sonu depresyonları, ishal,

nezle vb. ile dönüşümlü). Bu hareketli geçen bir hafta sonunun ardından yatışma döneminde yaşanır. Kitabın 9. Bölüm'ünde ve Üçüncü Bölüm'ünde, bu tür eğilimler daha geniş yer alacaktır.

Gece Migrenleri

Bazı geceler uykularından migren ağrısı ile uyanan hastalarda bu durum sık sık şaşkınlık yaratmaktadır. Migren ile uyku arasındaki bağlantının sadece yaygın değil, aynı zamanda anlaşılır olduğunu öğrendikleri zaman bu şaşkınlıkları daha da artmaktadır.

Dikkatli incelenen bazı vakaların ışığında, gece migrenlerinin çeşitli türlerini birbirinden ayırt edebilmemiz mümkün. Bazı nöbetler gecenin ortasında gelerek hastaları derin uykularında deyim yerindeyse silkelemektedir; bazen gün ağarırken gelen migren nöbeti yarı uyanık vaziyetteyken uykuyu böler. Rüyalarla bütünleşen nöbetlere rastlanmıştır (ki bu konuda en tutarlı öyküler uykunun ikinci evresinde ya da baş ağrısı evresinde rüya görüntüleri ile skotomatöz şekillerin iç içe geçmiş halini çok net bir şekilde hatırlayan bazı klasik migren hastaların ifadelerinden oluşur); bazı nöbetler ise görülen kâbuslarla ilişkilendirilir (geceyarısı dehşete kapılma ve uyurgezerlik).[35]

Migrene yönelik nevralji nöbetleri hastaları en derin uykularından uyandırabilir. Bu tür nöbetler başlangıcında son derece akut bir biçimde belirir. Ama yine de gece migreni yaşayanlar bu ilk nöbetten sonra gördükleri rüyaları hiç hatırlayamazlar.

Klasik migren bazen, basit migren ise sık sık gece migrenleri biçiminde ortaya çıkar. Elimde migren nöbetlerinin birçoğu sadece gece migreni olarak ortaya çıkan kırktan fazla şiddetli biçimde etkilenmiş hastanın kayıtları mevcut. Bu tür hastaların

35 Hastaların, rüyalarında aura görmesi veya ister açık, ister saklı olsun, rüyanın akışında araya aura girme olgusu, sık rastlanan bir durumdur. Hastaların bu tür rüya-aura görüp görmediklerini soruşturmak her zaman önem taşır. *A Leg to Stand on (Dayanacak Bir Bacak)* adlı çalışmamda bu tür bir kişisel rüya-aura deneyimimi açıkladım. Ayrıca bu yaygın konuyu, "Nörolojik Rüyalar" başlığı altında bir makalede, (*MD Dergisi*, Şubat 1991) yayımladım.

önemli bir kısmı gece migren nöbeti geldiği zaman daha yoğun, daha akılda kalıcı rüyalar gördüklerini öne sürmüşlerdir. Gece boyunca elektroensefalografik incelemeye tâbi tutulan bazı hastaların nöbetlerle bağlantılı uyku hallerinde gözle görülür bir REM artışı kaydedilmiştir. (Dr. Dexter, 1968: Kişisel iletişim)

Kâbus görmeye yatkın hastaların anlattığı ve kâbusla sonradan ortaya çıkan migren bulguları arasındaki bağlantıları anlatan istisnai derecede açık ve anlaşılır vakalar mevcuttur (bkz. Vaka 75). Aradaki bu bağlantının varlığı, yorumlamasından daha açıktır. Rüyanın ya da kâbusun mu migrene yol açtığını, yoksa bunların mı migrenden kaynaklandıklarını ya da arada, migren tecrübesini gösteren, sadece birkaç klinik ve psikolojik benzerlik mi olduğunu saptamak daha zordur.

Aslında bu yorumlar birbirinden bağımsız da değildir. "Rüya hali", sayıklama hali ve düş kurmanın migren aurasının bileşenleri olduğu birkaç vakayı örnek vermiştik. Bazı durumlarda, kâbus ile klasik migren arasındaki sabit kesişme noktasında kâbusun, auranın tek belirleyicisi olup olmadığı sorusu sorulabilir.

Aynı ölçüde merak konusu olan başka bir nokta ise rüya (özellikle kâbus) haline bağlı yoğun duygusal ve psikolojik heyecanın, eğilimi olan hastalarda migren için yeterli düzeyde harekete geçirici, uyarıcı faktör sağlayıp sağlayamayacağıdır. Şimdilik migrenin uyku sırasında vuku bulduğu gerçeğini ve özellikle de huzursuz ve rüya içeren uyku ile tartışılmaz ilişkisini kaydetmekten başka yapılabilecek bir şey yoktur.

Rezonans (Tınlama) Migreni

Bu başlık altında ender de olsa önemli, kendine has koşullara bağlı bir migren türünü ele alacağız; belli frekanslarda titreşerek yanıp sönen ışığın ortaya çıkardığı, belirli bir görsel dürtünün şekillendirdiği, ışıldayan yarı karanlık şekillerin, hatta belirgin görsel imgeler ve hatırda kalıcı şekillerin ortaya çıkması.[36]

36 Görsel şekle yönelik aura tepkisi ve aralıklı stimülasyon konusunda çarpıcı bir örnek, Liveing'in verdiği örnek bir vakada bulunmaktadır. Burada hastanın nöbetleri, sadece kar yağışı görmesi ile bağlantılı ortaya çıkıyor.

Kaynağı ne olursa olsun –flüoresan lambası veya televizyondan yayılan, sinema perdesi veya metalik yüzeylerden yansıyan vb.– titreşerek yanıp sönen ışık, aniden parıldayan, yarı karanlık şekiller ortaya çıkarabilir. Buradaki ışıldama oranı, tetikleyici uyarıcının frekansı ile hemen hemen aynıdır. Bir stroboskop* yardımıyla sadece dar bir banttaki (saniyede 8 ila 12 uyarıcı) titreşen frekansların, ışıldayan yarı karanlık şekilleri ortaya çıkardığı görülmüştür. Aynı frekans bandının *foto-miyoklonik* titreme veya yatkın hastalarda gerçek *foto-epilepsi*yi tetiklemede etkili olduğu gözlenmiştir.

Bazı hastalarım bu tarz fotojenik skotomun eksiksiz tasvirini yaptılar. Bunların en ilginç olanlarından biri titreşen ışıkta hem foto-miyoklonik hem de foto-epilepsi tepkilerini dönüşümlü olarak veren bir hemşireydi.

Görsel sabitlemeler de (bakışları aynı noktaya ya da şekle uzun süre sabitleme) belirli desen veya şekiller üzerine yöneltilirse titreşimleri uyarıcı olabilir. Liveing'in bununla ilgili bazı açıklamaları vardır:

> ... M. Piorry adında bir şahıs arzu ettiği zaman bakışlarını sabitlerken ya da okurken gözlerinin önünde titreşen parıltı halkaları ortaya çıkarabildiğinden söz etmiştir.

Çizgili bir duvar kâğıdına ya da çizgili bir elbiseye baktığında, zaman zaman migren nöbetine tutulan bir hastadan da söz edilmiştir. Bu olgularla, foto-epilepsi ile okuma-epilepsisi arasındaki yakın benzerlikleri dikkate almamız gerekir. Örneğin, foto-epilepsi durumunda, hareketli uyarıcı, parmaklarımızı gözlerimizin önünde çok hızlı sallamak ya da bir pencere panjurunun önünde bir aşağı bir yukarı hareket etmek olabilir.

Bu benzerlik daha da ileri götürülebilir. Dr. Penfield ve Dr. Perrot 1963 yılında, epilepsi hastaları üzerinde yaptıkları kapsamlı bir araştırmada, bazı hastaların nöbetlerindeki "fiziksel yığılma"yı, bu hastaların ilk ve esas nöbeti esnasındaki koşullarını açık seçik zihinlerinde canlandırmaları sayesinde açıklıyorlar. Liveing tarafından kaydedilen benzer bir vakada ise, Sir John

* Hareketlerin muhtelif aşamalarını gösteren alet – ç. n.

Herschel isminde "saf görsel megrimden şikâyetçi bir hasta görüntülerin tariflerine zihnini yoğunlaştırdığı zamanlarda nöbet geçiriyordu.

İki olguya bir açıklama getirmek zorundayız: Skotomatöz tepkinin *aniliği* ve titreşme uyarısıyla sayısal bir kusursuzluk içindeki *senkronizasyonu*. En kestirme tahmin, bu tür olguların, uygun uyarıcının etkisini takip eden, sayısal bir uyum veya sinir sistemindeki bir *rezonans*a göre meydana geldiğini düşünmektir.[37] Tetikleyen uyarıcının, görsel olması gerekmez. Zaten "rezonans" kelimesi bir sesi belirtir. Birçok migren türünde gürültüye tahammülsüzlük (fonofobi) neredeyse evrensel bir özelliktir. Fakat burada üzerinde durulması gereken, *belli frekanslardaki seslerin*, tuhaf bir biçimde ağırlaşıp kulak tırmalaması ve tetikleyici gücüdür.

Giderek daha saldırgan ve gürültülü hale gelen ortamlarda yaşıyoruz. Bu durumun tetikleyici etkilerine ilişkin en belirgin hikâyeleri migren hastalarından duyabiliriz. Bazı hastalar havalı kompresör sesini daha duyar duymaz rahatsız olurlar. Bunların sesinin sadece şiddeti değil fakat hızlı ve tekrarlayan biçimde çıkardıkları *takırtıları* da tuhaf bir şekilde migreni tetiklemektedir. Rock müzik ritmi, yüksek ses yoğunluğu ve sürekli tekrar etmesinden ötürü bazı hastalarda migrene yol açar. Bu durum müzikojenik epilepsiye benzer bir olgudur.

Esasında, tahammül edilemeyen, sesin yoğunluğu ya da nefret edilen bir tını değil, özellikle sesin *frekansı*dır. Bu durum klinik bir laboratuvarda hastanın beyin dalgalarını EEG (elektroensefalogram) ile grafiğe dökerek deneysel teste tabi tutulabilir. Bu koşullarda sadece *belirli frekanslarda* parlayan ışığın ya da çarpma, patlama gibi seslerin önce uyarıcı ile senkronize biçimde *yönlendirerek*, sonra da şiddetli, paroksimal bir beyinsel tepkiyi ateşleyerek beyin dalgalarının seyrinde büyük karışıklığa neden olduğu ortaya çıkabilir.

37 Orijinal taslak üzerindeki çalışmalarım sırasında, 3. Bölüm'deki Vaka 75'i detaylı bir şekilde ortaya koyma şansı doğdu. Bu vakada, uygun bir frekansta, temas ederek titreşim uyarısı yaratan rezonansın, auranın diğer bulguları ile beraber migrenöz paresteziyi de (sinir sistemindeki karışıklığa neden olan migren) ortaya çıkardığı belirlenmiştir.

Buna karşın hoş, melodik ve gerçek müzikal bir uyarının beyin dalgalarının devamlılığını ve ritmini hızla düzelttiği ve beyindeki paroksimal tepkiye hem klinik hem de elektriksel açıdan son verdiği anlaşılmıştır. Çok açıkça görülüyor ki *yanlış* ses ya da "anti-müzik" migrene neden olabilir. Öte yandan *doğru* ses –uygun müzik– hakikaten sakinleştiricidir ve beyin sağlığı yönünden önem taşır. Bu etkiler gerçekten çarpıcıdır ve akla Novalis'in şu vecizesini getirir: "Her hastalık müzikal bir sorun, her deva müzikal bir çözümdür."

Benzer bir tepki, –(elektroensefalografik terminolojiyle) önce "yönlendirme" sonra "tetikleme"– *dokunarak uyarma* biçiminde ortaya çıkabilir. 3. Bölüm, Vaka 75'te bunun güzel bir örneği verilmiştir. Bu örnekte, bir motosikletin yoğun titreşimlerinin migreni tetiklemesinden söz edilmektedir.

Görme Alanındaki Çarpıklıkların Neden Olduğu Migren

Zaman içerisinde alışılmışın dışında ritim ve rahatsızlıklar migrene yol açabilir, dolayısıyla *uzaydaki* tuhaf simetri ve asimetrilerce tetiklenebilir. Yetenekli bir gözlemci tarafından aşağıda anlatılan vaka (Vaka 90), bazı hastaların bu hassasiyetlerini veya zayıflıklarını göstermektedir:

> Bazı migrenlerim görme alanımdaki bozukluklardan, bazıları ise aniden bastırıveren, beklenmedik sapma ve tuhaflıklar nedeniyle tetiklenebiliyor. Ceketimin eğreti duran, kopmak üzere olan bir düğmesini, ceketin bütünüyle özdeşleştiriyorum ve sanki bu ceket artık hiç işe yaramayacakmışçasına, beni tuhaf bir biçimde sıkıntıya sokuyor. Sonra ceketteki bu kusur benim hayal gücümde, adeta görüşümde bir kusur, bir sapma haline geliyor. Önce görüş alanımda lokal bir bozukluk oluşuyor, sonra bu bozukluk alanın daha geniş bir kısmına yayılıp, bütün görme alanımı içine alabiliyor. Bazen de insan yüzündeki bir eğretilik –tik, spazm ya da buruşma gibi– bir asimetri söz konusu olabiliyor. Bu geçici bir algılama, fakat uzaya yönelik bir rahatsızlık ve hassasiyeti harekete geçirip, birkaç dakika boyunca devam ediyor.

Klee, şiddetli migren auralarında, "metamorfoz"un –hatların çarpıklaşması, görüş alanında tuhaf yer değiştirmeler, mikropsi, makropsi gibi– tuhaf oluşumlarından söz eder (bkz. sayfa 75). Fakat, bazı hastalardaki, şekillerin başkalaşmış ve umulmadık görüntülerinin görsel auraları tetiklemesinden söz etmez. Migren hastası olağanın dışındaki "dönüşümlere", şekil değiştirmelere, farklılık ve sapmalara –bir sanatçı gibi– hassastır. Bunlar hastada şekilsel çarpıklık duygusunun yayılmasına, ressam Escher'in tablolarındaki gibi içi dışına dönmüş, tersine bir dünyayı algılamasına yol açabilir. Hasta bunun bir kez *farkına* varırsa, bu durum şaşırtıcı, dehşete düşürücü olmaktan çıkmaya başlar ve – belki de Escher'de olduğu gibi– yaratıcı ilhamın kaynağı, dürtüsü olabilir.

Koşullara Bağlı Muhtelif Migrenler

Migrenin gerçekleştiği koşullara ilişkin listemiz daha çok uzatılabilir, ama kalanları kategorize etmeye çalışırken ciddi zorluklarla karşılaşabiliriz. Bunları şu konu başlıklarıyla inceleyeceğiz: Besin ve sindirim güçlüğüne, bağırsaklar ve özellikle kabızlığa, âdet dönemlerine ve hormonlara ve alerjilere ilişkin migrenler. Son olarak "sempatik" migrenin, yukarıda saydıklarımızla birlikte meydana gelişinden ve diğer belirgin yönlerinden kısaca söz edeceğiz.

Besin, Migren ve Mide

Baş ağrısı sırasında ya da öncesinde, tüm migren nöbetlerini yedikleri bir şeye bağlayıp, kendilerini kötü hissettiklerini öne süren ("safrasal bulantı" ya da "hazımsızlık"), azımsanmayacak sayıda hasta vardır. Bunu ileri sürerken, farkında olmadan çok eski, geleneksel bir düşünceyi tekrarlarlar. Aşağıdaki, Tissot'nun *Treatise* adlı yapıtından alıntı paragraf, bu geleneği açıklar nitelikte:

> ... Migren nöbeti yaklaştığı zaman tüm hastalar midelerinin diğer zamanlara kıyasla rahatsız olduğunu, yediklerine dikkat ettiklerinde nöbetlerin daha seyrek geldiğini söylerler. Midelerini tıka basa doldurduklarında ise nöbetler daha sık ve daha şiddetli olmaktadır.
>
> Migren ve mide bozukluklarından şikâyetçi olanlar mide kendini toparladıkça, migren nöbetlerinin oranında azalma hissederler... Mide rahatlayıp boşaldıkça ağrının son bulması adeta değişmez bir kuraldır...

Tissot'nun gözlemlerinden çıkan sonuçlara bu bölümün sonuna kadar değinmeyeceğiz. Bu klinik gözlemlerden bazıları şüphe götürmez; esasen zorluklar bunların yorumlamalarında yatmaktadır. Mide ile ilgili rahatsızlıklarla migren ve baş ağrısı arasında *ilişki kurulabilir*, fakat ille de bir neden sonuç ilişkisi aramak doğru değildir.

Bu mevzu (geçmişte olduğu gibi) sayısız kez tartışma konusu olabilir. Ben kendi adıma, önce ya da birlikte oluşan "mide rahatsızlıklarının" migren bileşkesinin önemli bir parçası olduğunu düşünüyorum. Dahası, migren nöbetlerinin et ya da çikolata yedikten sonra geldiğinde ısrar eden bir hastanın gözlemlerini inkâr etmemekle birlikte, başka hiçbir koşul olmaması durumunda, sadece gözleme dayanan bu ampirik gerçeği biraz temkinli karşılıyorum. Migrenin, belirli bir gıda duyarlılığına atfedilmesi konusunda ikna olmuş değilim. Bu ikisi arasındaki herhangi bir bağlantının, bir şartlı refleks ortaya çıkardığından da şüpheliyim.

"Çin Lokantası Sendromu" ve Migrene Yol Açan Diğer Besinler

Bu kitabın ilk baskısından bu yana geçen zamanda ortaya konulan tecrübeler, bazı gıda tepkimeleri olabileceği ve bunların tanımlanmış kimyasal mekanizmaları olduğunu açıklığa kavuşturmuştur.

"Çin lokantası sendromu" ifadesi (Çin lokantaları için endişe yaratsa da!) epey yaygındır. Birçok insan ve özellikle migren

hastalarının önemli bir kısmı Çin yemeklerine aşırı tepki gösterebilirler. Hafif vakalarda titreme, beniz solgunluğu, midede gaz birikmesi ve bulantı ile beraber sadece üstü kapalı bir rahatsızlık hissedilir. Daha ciddi vakalarda ise müthiş bir bitkinlikle birlikte (tipik bir vasküler baş ağrısıyla beraber) iç organlara ve damarlara bağlı şiddetli rahatsızlıklar, sayıklama ve gerçek bayılma değilse bile bir baygınlık hali meydana gelir. Bu tür reaksiyonların migrenin "sınırlarında" dolaştığı ve "migrene yönelik reaksiyonları", şuur kaybı ve bayılma nöbetlerini, "nitritoid" krizini andırdığı pek açıktır (2. Bölüm'de ele alındığı gibi). Bu özellikle migren hastalarının yatkın olduğu parasempatik veya "vagatonik" bir tepkidir. Neyse ki her Çin yemeği buna yol açmaz. Değişkenliği ve önceden tahmin etme güçlüğü yüzünden bunun gerçekten bir sendrom olarak algılanması birkaç yıl gecikmiştir. Hastalığa yol açan (patojenik) faktörü ortaya çıkarmak birkaç yıl almıştır. Çalışmalar tamamlandığında bu faktörün lezzeti artırmak amacıyla çok yaygın kullanılan bir besin katkısı olan monosodyum glutamat (MSG) olduğu ve kullanımının Çin lokantaları ile sınırlı olmadığı ortaya çıkmıştır. (MSG, gerçekten hiç de "doğal" değildir –hatta soya sosunun içinde bulunanı bile yapaydır). Burada zehirleme potansiyeline sahip birçok katkı maddesinde olduğu gibi bazı çıkar çatışmaları ortaya çıkmıştır – MSG, tek başına lezzet artırıcı olarak kullanılır ve birçokları buna gayet iyi tolerans gösterir. Fakat gıda zehirlenmesine yol açtığı bilinci arttıkça, kullanımı sendromun fark edildiği on yıl öncesine kıyasla azalacaktır.

Bazı migren hastaları diğer bazı besinlere özellikle duyarlı olduklarının farkına varabilirler – çoğunlukla güçlü tadı olan *peynirlerin* adı geçmektedir. Ellili yıllarda peynirin (ve diğer birtakım besinlerin) –özellikle monoamin oksidaz (MAO) inhibitörü antidepresan ilaçları kullananlar için tehlikeli olabileceği düşünülmüştür. Bu hastalarda peynir ve diğer besinler, kan basıncında ani ve tehlikeli artışları ve diğer otonom etkileri tetikleyebilir. Kısmen bu nedenden ötürü bu ilaçlar antidepresan olarak çok tesirli olmalarına karşın daha güvenli ama genelde etkisi az "trisiklik" antidepresanların kullanılmasına yol açmışlardır. Buradaki patojenik faktör, çeşitli türlerdeki *aminler*, özel-

likle de *tiramin*dir. Fakat diğer aminler de, kendi içlerinde zararsız olmalarına karşın, başka kimyasal maddelerle tepkime içine girip beynin kimyasal kontrol sistemlerinde, özellikle de otonomik kontrol sisteminde ciddi rahatsızlıklar meydana getirebilir. Migren hastaları MAO inhibitörü ilaç alan hastaların aksine *tehlikeli* risk grubunda değildir, fakat migren hastası olmayanlara kıyasla en azından bu gruba daha yakındırlar.

MSG'yi, peyniri ve diğer birtakım besin maddelerini, sadece *bazı* migren hastalarının bazı zamanlarda tolere edemediğini söylemek doğru olur. Bu ayrım tüm migren hastalarının aynı olmadığını, farklı beyin kimyalarıyla diğerlerinden ayrılan bazı farklı alt gruplar olduğunu gösterir. Dolayısıyla diğer migren hastalarının az çok kayıtsız kalacağı bir gıda maddesi ya da ilaç, bazılarına rahatsızlık verecektir. Teoride olduğu kadar pratikte de önem taşıyan bu tür kendine özgü kimyasal reaksiyonlar kitabın ilerleyen bölümlerinde ele alınacaktır.

Bağırsaklar ve Migren

Bazı hastalar, migrenin mideden, diğerleri migrenin bağırsaktan kaynaklandığına kanaat getirmişlerdir. Bu sonuca migrenlerinin özellikle kabızlık sonrası bağırsak rahatsızlıklarıyla ilişkili olduğunu düşünerek varırlar. Bu anlamda mide bozuklukları ve migren bağlantısında olduğu gibi, eski gelenek ve inançların bilinçsiz mirasçılarıdırlar. Aşağıdakine benzer epey ikna edici vakalar bunun bir kanıtı gibidir:

> *Vaka 4:* 28 yaşında, çok zeki ve batıl inançları olmadığı belli olan bir hasta çocukluğundan beri migrene bağlı nevraljiden şikâyetçiydi. Nöbetler ayda dört ila altı kez geliyordu. Nöbetlerin şiddetinin hafiflediği ya da kümeler halinde geldiği hiç olmamıştı. Hasta, her nöbetin öncesinde, iki veya üç gün boyunca kabızlık çektiğini fark etmişti. Ayın geriye kalan günlerinde bağırsakları düzgün çalışıyor ve nöbet yaşamıyordu. Bilinen tüm migrene bağlı nevralji tedavileri denenmiş fakat sonuç alınamamıştı. Sonunda, biraz mahcup bir halde, düzenli olarak müshil ilacı

kullanmasını söyledim. Gerçekten de, hiç ummadığı halde, kesintisiz üç ay boyunca ne kabızlık ne de migren şikâyeti oldu.

Bu durumda ne söylenebilir? Kabızlık gerçekten de migrenin önemli bir parçasıdır. Eğer dolu bir bağırsak, migrene yol açan bir faktör ortaya çıkarırsa (bkz. 11. Bölüm'deki serotonin teorileri) ya da bir şartlı refleks söz konusuysa, bu durumda kabızlık önceliklidir. Bunların her biri olasıdır. Esasında migren o kadar çok şeyin yol açtığı bir reaksiyondur ki, bunların *hepsi* olasıdır.

Âdet Dönemleri ve Hormonlarla İlişkili Migren

Âdet sırasındaki otonomik ve afektif rahatsızlıklara ve üreme dönemlerindeki kadınların en az yüzde 10 ila 20'sinde görülen belirgin migrenlere kısaca değinmiştik (2. Bölüm). Basit migrenden şikâyetçi yaklaşık 500 kadını tedavi ettim. Tahminimce bunların üçte biri diğer nöbetlerin yanında âdet görme dönemiyle ilişkili migrene de tutulmaktaydı. 50'den fazla kadın hastanın *özellikle* âdet dönemlerinde migrenden şikâyetçi olduklarını kaydettim. Bu rakamların aksine klasik migrenin meydana gelişi âdet dönemleriyle çok az bağdaştırılabilir. Örneğin, klasik migreni olan 50 kadın hastadan sadece dört tanesi, regl döneminde migren nöbeti geldiğini söyledi. Bu kadınların hiçbiri nöbetlerin sadece bu dönemde olduğunu ifade etmedi. Migrene bağlı nevralji kadınlarda çok seyrek görülür. Görüldüğü takdirde ise âdet dönemi ritmini değil kendi ritmini sürdürür.

Kadınların yaşamlarının değişik zamanlarında migrenin sıklığına ilişkin gözlemler eski çağlardan beri yapılmaktadır. Bu gözlemler, yoruma açık olmakla beraber, bize epey tutarlı kanıtlar sunmaktadır. Âdet dönemine ilişkin migrenin sıklığından söz etmiştik, fakat nöbetlerin sadece âdet öncesi gelmediğini vurgulamamız lazım. Nöbetler kadınların büyük bir çoğunluğunda kanama döneminde ve sonrasında yaşanmaktadır. Kayda değer başka bir durum da menopozda azalsa bile âdet dönemine ilişkin migrenlerin bazı vakalarda, menopozdan sonra

bile aynı aralıklarla nüksedebilmesidir (bkz. Vaka 74). Âdet döneminin ortasında belirgin biçimde yaşanan, yumurtlama sırasında meydana geldiği sanılan ve âdet migreni kadar yaygın olmayan nöbetler de söz konusudur. Basit migrene âdet döneminin başlangıcından önce seyrek rastlanır. Oysa klasik migren bu sınırlamaya tabi değildir ve ilk çocukluk döneminde sıkça rastlandığı ortaya konmuştur. Genelde gebeliğin ikinci yarısında veya son üç ayında migrenin etkisinin azalması epey enteresandır. Basit migreni olan kadınların yüzde 80 ila 90'ı ilk gebelikleri döneminde bunu yaşayabilir. Bu orandan biraz daha azı, sonraki gebeliklerinde migrenden uzak bir dönem geçirir. Klasik migren vakalarında ise azalma, çok daha az görülür (bkz. Vaka 11). Gebeliğin ikinci yarısında, deyim yerindeyse migrenden muaf olan hastalar, sık sık doğumdan bir ya da iki hafta sonra olağanüstü şiddetli bir doğum sonrası migreni yaşarlar. Son olarak günümüzde büyük merak uyandıran konu –özellikle ağızdan alınan– gebelik önleyici ilaçların migren nöbetlerine ve sıklığına yaptıkları çeşitli ve tartışma yaratan etkileridir.

Kadınların üreme fonksiyonlarındaki büyük değişimlerin birçok düzeyde ele alınması gerektiğinden, bu konu özellikle karmaşıktır. Rahimde lokal değişiklikler, belirli hormonal değişiklikler, genel fizyolojik değişiklikler (ergenlikte, âdet görmeye başlanıldığında, menopozda) ve nihayet bunların beraberinde getirdiği psikolojik belirleyiciler söz konusudur. Bunlardan hangileri migrenin yaşam süresindeki seyrini belirlemekte daha fazla önem taşır?

Klasik fizyoloji, âdet migrenlerini bir histeri hali olarak gözlemlemiştir. Bundan ötürü Willis ve Whytt bu migrenlerin rahimdeki lokal değişikliklerden kaynaklandığını düşünmüşlerdir. Bulgularını baştanbaşa tüm vücuda yayıp bir organdan diğerine geçerek veya "sempati" (organların vücuttaki rahatsızlıkları beraber hissetmeleri ve etkilenmeleri) yoluyla ortaya koymuşlardır. "Rahim megrimi" diye adlandırılan bu kavram geçtiğimiz yüzyılın ortalarında yaygın bir biçimde kabul görüyordu. Liveing, lokal kaynaklı tüm bu tarz teorileri çok detaylı inceleyerek, bilinen gerçekleri tam teyit etmediklerini düşündü

ve şu sonuca vardı:

> Bu sıradışı dönemlerde, ister histeri, ister megrim, isterse de epilepsi (sara) veya delilik olsun, sistemin bir kısmında yaşanan bazı hastalıklı eğilimlerin izini sürerken, bunların rahimle, beyinle ya da vücuttaki bir fazlalığın dışarı atılmak için bekletilmesiyle değil, daha ziyade sinir sisteminin geniş bir döneme yayılmış uyarılmasıyla ilgili olduğunu düşünüyorum.

Fakat Liveing hormonlar hakkında hiçbir şey bilmiyordu. Muhtemelen genel fizyolojik rahatsızlıkların veya psikolojik faktörlerin de sinir sisteminin geniş bir bölümü üzerindeki etkilerini hafife almıştı.

Saf haldeki hormonal preparatların migren nöbetlerinin sıklığı ve şiddeti üzerindeki etkilerini gözlemleyen biri, diğer faktörlerin aksine, hormonal etkilerin rolünü rahatlıkla hesaba katmayabilir. Bu konuda hem çeşitli gebelik önleyici ilaçların migrenin seyrine olan etkileri, hem de saf haldeki çeşitli hormon ilaçlarının –androjenler, östrojenler, progestojenler, gonadotrofinler vb.– gösterdikleri etkiler üzerine, epey geniş bir literatür mevcuttur.

Bu literatürün genişliği, (ki tekrar tekrar ve dikkatli bir biçimde gözden geçirilmektedir) net ve anlaşılır sonuçlara varırken karşılaşılan güçlüklerin bir göstergesi gibidir. Böylece, yumurtlama ve âdet öncesi migrenlerin meydana gelmesi göz önüne alınarak, östrojen seviyesi artması ve dolaşımdaki progestojenin nispeten daha hızlı azalması sonucu bu nöbetlerin hızlandığı kabul edilmiştir. Günümüzde ağızdan alınan gebelik önleyici ilaçlarla yapılan deneyler, bu kanıyı ne teyit etmiş ne de çürütmüştür. Bu ilaçların bazısı görünürde migreni azdırmakta, bazısı hafifletmekte, geri kalan kısmı ise migrenin seyrine etki etmemektedir. Bu değişen etkilerle, kullanılan gebelik önleyici ilacın eksiksiz bileşimi (yapısı) arasında yeterli, bire bir neden-sonuç ilişkisi kurulamamıştır. Androjenler, östrojenler, progestojenler ve gonadotropinlerin tedavi amaçlı kullanımlarıyla ilgili çok enteresan sonuçlar elde edilmiştir. Her nasılsa tüm bu tarz kontrolsüz çalışmalar, hormonun "katkısız" denemelerini

simgeler ve bunlara atfedilen o bilindik, kötü ün yapmış belirsizlikler, özellikle de plaseboya* karşı sınırsız derecede hassas migren açısından önem taşır (bkz. 15. Bölüm). Sık sık bu çalışmalara atfedilen birtakım reklam unsurları ve akabinde, klinik kanıtı olmayan, hatta tehlikeli hormon ilaçlarına, "migrene çare" diye yapılan müşteri toplama çığırtkanlığı esef vericidir.

Basit, saf hormon preparatlarının, kontrollü ve tarafsız tüketimine ilişkin klinik kayıtlar inanılmaz derecede azdır. Yakın geçmişte Bradley tarafından yayımlanmış, florin katkılı progesteronun (Demigran), migren hastaları üzerindeki etkilerini ele alan bir çalışma bunlardan biridir. Bradley, Demigran kullanımında, âdet dönemindeki nöbetlerin biraz azalma göstermesi dışında, migrenin şiddetine ve sıklığına etki eden *hiçbir* önemli bulguya rastlamadı.

Bu tür kontrollü çalışmaların, mütevazı ya da olumsuz bulgularıyla, çeşitli hormon ilaçlarının "katkısız" (direkt olarak hormonun kendisinin kullanıldığı) denemelerinin "göz alıcı" sonuçları arasında korkunç çelişkiler vardır. Baştan aşağı tüm mevzu, deneysel açıklığa kavuşturulmalıdır. Elbette, günümüzde, var olan hormon ilaçlarının, migrenin ortaya çıkmasında, *özgül* (plasebonun tersine) tedavi amaçlı etkileri olduğuna dair sağlam kanıt yoktur.

Pratikte, diğer faktörlerin –özellikle hastanın ihtiyaç ve beklentilerinin– migrenin ortaya çıkışında ya da son bulmasında önemli rol oynayabileceğini gösteren birçok vaka karşımıza çıkar. Aşağıdaki vaka buna örnek teşkil edebilir:

> *Vaka 31:* Şiddetli âdet migrenlerinden şikâyetçi, 32 yaşındaki Katolik bir kadın olan hasta, dört çocuk doğurmuştu. Bunlardan sonuncusuna hasta ile kocası arasındaki Rh uyumsuzluğu nedeniyle kan nakli yapılıyordu. Hasta bundan sonra çocuk doğurmayı arzulamıyor fakat dini inanışlarından ötürü gebeliği önleyici ilaç da alamıyordu. Danıştığı jinekolog hastaya âdet migrenlerinin "östrojen seviyesinin anormal düzeyde yüksek" olmasından kaynaklandığın söyledi. "Çare" olarak da Ortho-Novum adında bir hormon ilacı yazdı. Ortho-Novum'un ayrıca

* Plasebo: Esas ilaç yerine kullanılan etken maddesiz ilaç.

gebelik önleyici fonksiyonu da olduğunu ama, hastanın durumu göz önüne alındığında, bunun tamamen tedaviye yönelik olduğunu, doğum kontrol özelliğinin tesadüfi olduğunu da ekledi. Bu teminattan sonra hastanın vicdanı rahatladı, hormon ilacını almaya razı oldu. Âdet migrenleri son buldu ve bir yıl içinde hiç tekrarlamadı.

Elbette bu vaka anlaşılırlığından değil, karmaşıklığından ötürü burada alıntılandı. Hormon ilacının etkileri anlaşılır bir şey, fakat bu etkilerin yorumu anlaşılır ve açık olmaktan uzak. Bu vakada hastanın süregelen hamile kalma *korkusunun*, hapların gebeliği önleyici gücü olduğu bilinciyle duygusal bir *rahatlamaya* dönüşmesi son derece olasıdır. İşte kadının migren ağrılarına son veren tam da *bu* önemli faktördü. Âdet migreni ile ilgili birçok vakanın, gerçekten de psikoterapiye çok olumlu cevap verdiği görülmektedir. Sadece bu gerçek hormonal etkilerin bu tarz migren seyirlerinde en fazla yardımcı faktör olduğunu gösterir. Gebelik sırasındaki migren etkisinin azalmasında, en azından hastanın ruh sağlığının ve hamileliği hormonal dengedeki herhangi bir değişim gibi algılamasının önemli olduğunu gösteren dikkate değer kanıtlar vardır. (Örnekse bkz. Vaka 56).
Sonuç olarak bazı hastalardaki migren seyrinde âdet dönemi, hamilelik ve menopozun derin etkileri olsa da, bunların hareket mekanizması kararsızdır ve hormonal değişikliklerin belirgin etkilerinden ziyade, birbirinin devamı niteliğinde birden fazla sebebe dayandırılmalıdır.

Alerjiler ve Migren

Migren hastalarında sık görülen alerjik reaksiyonlardan daha önce söz etmiştik. Balyeat ve diğer birçokları tarafından ortaya konan varsayım şudur: Migren birden fazla alerjisi olan hastalarda ortaya çıkarsa, bunu da alerjik bir reaksiyon olarak düşünmek gerekir. Buna yönelik neden sonuç ilişkilerini gösteren istatistikler, alerji ve migrenin birlikte meydana gelmesi gerçeğinin ötesinde bir anlam ifade etmez ve birbiriyle ilişkilendirilen bu iki olgu arasında, mantıksal ya da nedensel bağlantı kurmaz.

Fakat migrenin temelinde alerji olabileceği inancı yaygındır. Birçok migren hastası, bir doktordan diğerine kapı kapı gezip en sonunda kendini bir alerji uzmanının ellerine teslim eder. Muhtemelen bunu âdet olduğu üzere detaylı "duyarlılık" testleri ve toz ve polenlerden korunma, yatak çarşaflarını değiştirme, evdeki kediyi uzaklaştırma, tüm lezzetli yiyecekleri yemekten vazgeçme gibi bir dizi kural ve yasak takip eder. Bu sıkı denetim ve yönetim, sık sık tekrarlanan ve hastanın "hassasiyetini azaltmak" amacıyla tasarlanmış aşılarla daha da güçlendirilir. Çoğu kez de tedaviye ilişkin büyük bir zafer kazanılır ya da kazanıldığı iddia edilir.[38]

Ne neden sonuç ilişkilerini gösteren istatistikler, ne de sihirli tedavi yöntemleri temelde alerji olduğuna dair kanıt sunmaz. Bu sorunu hormon denemelerinde olduğu gibi taviz vermeden, dikkatli kontrol ve tekniklerle araştırmak gereklidir. Tıpkı Wolff ve bu konuya emek veren birçok insanın (bkz. Wolff, 1963) yaptığı gibi. Bu tür kurallara uygun ve katı yaklaşımlar migrenin temelinde alerji olma olasılığının çok zayıf, çok seyrek rastlanır olduğunu göstermiştir. Migren nöbetlerinin sadece yüzde 1'den azı, alerjik duyarlılık veya mekanizmalara atfedilebilir.

Yine de birçok hastada migren ve alerjik reaksiyonların bir arada meydana gelmesi zaman zaman belirli tetikleyici koşullara bağlı olarak birbirlerinin "yerini" almaları dikkat çekicidir ve açıklığa kavuşmasında fayda vardır. Bu aşamada sadece migren ve alerjik reaksiyonların biyolojik *benzerlik* taşıdığını, yapılarındaki temel ilkelerin farklı olmasına rağmen (alerjik reaksiyonlar lokal hücre duyarlılığıdır, oysa migren karmaşık bir beyin tepkisidir) hastanın bünyesinde benzer şekillerde vuku bulabileceğine kanaat getirebiliriz. Esasen bu sonuca varan Wolff, şunu öne sürmüştür: "... Alerjik rahatsızlıklar ve migrenden kaynaklanan baş ağrısı (belki de) adaptasyon güçlüğünün, ayrı ve bağımsız biçimde ortaya çıkmasıdır."

Migrenin Kendini Sürdürmesi

38 Elbette, bu tip uygulamalarda, migreni tedavi etmekte kullanılan birçok metotta olduğu gibi, güçlü bir *manevi* rahatlama vardır. Saman nezlesinden şikâyeti olan Sydney Smith, bu tedavinin, hastaları her türlü dünyevi zevkten soyutlayan yönünü şöyle anlatıyor: "... Sevdiğim hiçbir şeyi *yemeyerek* ve arzuladığım hiçbir şeyi *yapmayarak*, tam anlamıyla sağlığıma dikkat ediyorum."

Kendi kendimize şu iki soruyu sormadan, koşullara bağlı migren konusunu geçemeyiz. (Görünürde basit, fakat köklü ve hatta çelişkili kavramlar göz önüne alınmadan bu soruları cevaplamak zordur.) İlk soru, migrenlerin neden *bu kadar uzun* sürdüğüdür. Geçen bölümde periyodik (idiyopatik) nöbetlerin, önceden belirli, yoğun bir dönemden geçip son bulduğunu söylemiştik. Buna karşılık koşullara bağlı migrenlerin, tetikleyici koşullar ortaya çıktıktan uzun süre sonra bile günden güne uzama eğilimleri vardır. İkincisi ise migrenin tek bir bulgu ya da bileşkesinin, bir ikincisine doğrudan etkisi olup olmadığıdır.

Migrenin tarihçesini takdim ederken yüzyıllar boyu zihinleri işgal eden eski, "sempatik" migren teorilerinden söz etmiştik. Şimdi ise bu teorilerin genel çerçevesinde doğruluk payı olup olmadığını ve eğer varsa, yukarıda sorduğumuz iki soruyla alakalı olup olmadığını merak etmeliyiz. Teoriye göre migrenin periferal bir kökeni olduğu kabul edilmiştir. ("... ağrı odağından uzak bir organda irritasyon" – Willis). Bunu, bulguların dahili yayılması ("sempati" ya da "konsensüs" yoluyla) takip eder. Yani Tissot'nun deyimiyle "Vücuttaki bir bölge, başka bir bölgeden dolayı ıstırap çeker".

Migrenin esasına ve mekanizmasına ilişkin tartışmaların hâlâ çok uzağındayız. "Sempati" varsayımını ortaya koyarak, migrenin başlangıç evresini (ki bu esas süreçtir) değil, halihazırda başlamış nöbetlerle ilgili süreci, her bir bulgunun, nöbetin tamamı üzerindeki derin etkilerini ele almaktayız. Bu bakımdan kusmanın *tüm* migren nöbetine hızlı bir şekilde son verebileceği her zaman bilinen bir konu olmuştur. Daha basit ve basmakalıp bir gözlem de sıradan bir ağrı kesicinin (örneğin aspirin), migrenden kaynaklanan baş ağrısını hafifletmekle kalmayıp, nöbeti *tamamıyla* dağıtmasıdır. Buna zıt başka bir yaygın kanı da tek bir belirtinin tetiklenmesinin (kötü kokuların mide bulantısına yol açması gibi) *tüm* nöbeti tetikleyeceğidir.

Bu basit gözlemlerden çok ilginç bir çıkarımda bulunabiliriz; migren belirtilerinden herhangi biri tüm migreni harekete geçirebilmektedir. Kısaca, bir migren *kendi kendine tepki verebilir.*

Başlangıçtaki tetikleme, yani esas teşvik faktörü göz önünde tutulursa, kendi kendinin devamını sağlayan bir dizi dahili dürtü –pozitif geri besleme– birbiri ardına birçok migrenin ortaya çıkmasına neden olabilir. Böylece reaksiyonun tamamı kendi döngüsü içinde vuku bulur. Tetikleyici koşullar tamamen bertaraf edildikten sonra ve adaptif (ya da duygusal) herhangi bir etkenin ötesinde, migren problemleriyle karşı karşıya geldiğimizde, kendi kendini üreten, uyarı ile tepkiyi iç içe geçiren migrenler, deyim yerindeyse karşılıklı etkileşen belirtilerden söz etmek zorundayız.[39]

Lokal doku değişikliklerinin meydana gelmesi ve belirtilerin sürecini uzatması (örnek: Wolff'un örneklerle gösterdiği, kafatası dışındaki arterlerinin genişlemesi sonucu meydana gelen değişiklikler zinciri) göz önüne alındığında, kendi kendini üreten bu mekanizmanın oynadığı rol, migren açısından önem taşıyabilir. Her bir belirtinin sürekliliği, nöbetin tamamının kesintisiz devam etmesini de beraberinde getirebilir.

Öyleyse migrenin her bir belirtisinin bir diğerini, hatta tüm nöbeti *tetiklediğini* kabul etmeliyiz. Bu tür tetiklemeler merkezi refleks arkı aracılığıyla oluşabilir, ama ayrıca bir organla diğeri arasında ya da (eski doktrini modern terimlerle ifade etmek gerekirse) bağımsız bir doku ya da organ ağı ile diğeri arasında doğrudan etkileşimin ("sempati") vuku bulduğunu varsayarsak aynı tetiklemeler tümüyle periferal mekanizmalarla da açıklanabilir[40] (bkz. 11. Bölüm).

39 Uyarı ile tepkinin *yankılandığı* ya da birbirine *direndiği* bu tür bulguların, sayısız örneği mevcuttur. –Bir tür psikolojik yankılanmadır bu.– Bilinen bir örnek, Parkinson hastalarına özgü titreme (yankılanma) ve yine bu hastalara özgü hareketsiz kalma (direnme)dir. Tüm bu vakalarda –migrenin kendini üretmesindeki gibi– *atalet* ve *devinim* vardır.

40 Bu tür, ikinci derecede önemli bağımsız etkileşimlerin bilinen bir örneği, gastrokolik (mideye ya da kalın bağırsağa yapışık – ç. n.) reflekstir. Yani mideyi doldurmaya tepki olarak, bağırsakları boşaltmadır. Bu evrensel, kahvaltı sonrası refleks kesinlikle merkezi mekanizmalar tarafından değil mideden kalın bağırsağa yollanan bir sinyalle (sindirim sisteminin bu iki kısmı arasındaki "sempati") ortaya çıkar.

Bu bölümde ele aldığımız nöbet türü, periyodik veya nöbetsel migrenlerden köklü bir farklılık gösterir. Periyodik ya da nöbetsel migrenler, bir araya gelip güçlenir ve sinir sistemine yerleşirler. Vakti geldiğinde, bu nöbetleri adeta infilak ettiren önemsiz derecede küçük veya zararsız uyarıcılar tarafından harekete geçirilirler. Kendi sabit seyirlerini izler ve sonra durulurlar. Esasen, sinir sisteminin dönemselliklerine bağlı, kökeni ve kaynağı bilinmeyen (idiyopatik) olaylardır. Buna karşılık, koşullara bağlı migrenler sadece *belirli türde* uyarılmalarla ortaya çıkar. Süreleri ve şiddetleri, uyarılmanın gücüyle yakından alakalıdır. Dolayısıyla, özünde, kademeli uyarılmalara verilen kademeli tepkilerdir. Bu migrenlere ilişkin koşullar, önemsiz veya zararsız değildir. En azından, sinir sisteminin faaliyetini önemli ölçüde rahatsız edip bozma potansiyelleri vardır. Bu nedenle, koşullara bağlı migrenler, sadece sinir sistemine bağlı olaylar değil, aynı zamanda, kendilerini tetikleyen koşullara bağlı işlevleri olan *reaksiyonlardır.*

Yatkın bireylerde özellikle migren reaksiyonlarını ortaya çıkarmaya eğilimli iki tür uyarılmayı gözden geçirdik: Aşırı heyecanlanma veya harekete geçme ve aşırı baskılama veya yatışma. Belirli limitler çerçevesinde (ki bu limit kişiden kişiye epey değişkendir) sinir sistemi çevredeki değişikliklere ayak uydurarak, sürekli, küçük ve hissedilmeyen ayarlamalarla kendini dengede tutmaya çalışır. Bu limitler aşılırsa, ani ve büyük ayarlamalar yaparak tepki vermeye zorlanabilir.

Bu nedenle aşırı uyarılmayı, (duygu seline kapılma, ağır egzersiz, öfke, vb.) uzun süreli bir geri tepme eğilimi izler (uyaran migren). Buna karşılık aşırı baskılama (bitkinlik, pasif devinim gibi), tehlike sınırının ötesinde, uzun süreli bir yatışma reaksiyonuna yol açar (yatışan migren). Her iki durumda da, migren reaksiyonu, belirli katlanılmaz koşullardan –aşırı gürültü ve ışık, bitkinlik, aşırı uyuklama, aşırı yeme, pasif devinim gibi– sakınmak amacıyla, koruyucu işlev görür.

Belli bir noktadan sonra, migren kendi seyrini belirlemeye başlar ve süresi, adaptasyon işlevinin makul sınırları ötesine

uzar. Bu tür vakalarda migrenin kendine dönük, çelişen tepkiler vererek, fizyolojik bir kısırdöngüye girdiğini ve kendini ürettiğini gördük.

Yukarıdaki sınıflandırmaların hiçbirine sokulamayan, koşullara bağlı başka bir tür migrenden ayrıca söz ettik; titreşerek yanıp sönen ışığın ya da görme alanındaki skotomun yol açtığı, aura veya klasik migren nöbetleri. Fotojenik epilepsi veya foto-miyoklonüs vakalarında da görüldüğü gibi, kökende var olan rezonans mekanizmalarının, bu tür migrenlerin altyapısını oluşturduğunu varsaydık.

Son olarak, migrenin tepki kapasitesine bakarak, kolaylıkla şartlanmalara göre şekillendiğini ve kişinin hayatında, kendine özel, engin çeşitlilikteki koşullarla ikincil derecede ilişkili olduğunu varsaydık. Fizyolojik kavrayışa adeta meydan okuyan koşul ve tepki arasındaki tuhaf bağlantıları ancak bu şekilde açıklayabildik. Bu tür bir şartlanmanın uç noktaları, hastanın, migrenin ortaya çıkmasına ilişkin beklentilerine kadar uzayıp gider ve benzersiz durumlar ortaya çıkar (bu konuda bilinen bir örnek hastaya kâğıttan bir gül gösterildiğinde, alerjik tepkinin hızlanmasıyla "gül alerjisi" nöbetine tutulmasıdır). Bu oluşum, hastanın beklentiler ve bulgularla çevrili bir döngüye hapsolmasına, adeta kendi kendine bir suç ortaklığına girmesine neden olur. Kolayca etki altında kalan hastalarla, tahmin yürüterek teşhis koyan doktorlar arasındaki ilişkinin sonucu ise, neredeyse tüm migren teorilerinin, baz alındığı verileri, kendi üretebilmesidir.[41] Neden ve sonuç, ayırt edilemeyecek biçimde iç içe geçebilir. Gibbon farklı bir bağlamda yaptığı gözleme ilşkin şunu söylemiştir: "... Kehanet, her zamanki gibi kendi sonucunu doğurdu."

41 Histerinin tarihçesi, beklentilerle bulguların iç içe geçtiği örneklerle doludur. Bu nedenle, Charcot'un açıklamaya çalıştığı, sık sık ortaya çıkan bulgular kendi histeri tarifinden kaynaklanmaktadır. Onun ölümünden ve tıptaki beklentilerin değişmesinden sonra histerinin şekilleri de değişti.

9. Duruma Bağlı Migren

Görünürde, hastalıkların, başlıca iki sebebi var. Biri, insanın kendisinin payı olan dahili neden, diğeri ise dış faktörlerin neden olduğu, çevrenin koşullarını hazırladığı harici neden. Bu açık ve anlaşılır ayrımı ortaya koyduktan sonra şunu gözlemliyoruz ki, bizler büyük bir hiddetle, kafayı dış faktörlere takmışken, iç faktörleri göz ardı ediyoruz. Niçin? Çünkü kendimize bakıp eleştirmek hoşumuza gitmiyor...

Groddeck

Bir migren hastasının hikâyesini dinledikçe nöbetlerinin seyri de yavaş yavaş ortaya çıkar. Belki de hastayı tetkik ederken daha ilk dakikalarda, sürdürdüğü yaşam tarzına bakmaksızın, doğuştan var olan periyodik migrenlerden şikâyetçi olduğu ya da geçen bölümde ele alınan, bir veya birkaç tetikleyici koşula ilişkin nöbetler yaşadığı açıkça anlaşılır. Fakat hatırı sayılır büyüklükte üçüncü bir hasta grubundan söz edebiliriz. Bu gruptaki hastalar ortada kolaylıkla fark edilebilecek nedenler olmaksızın, aralıksız nükseden nöbetlerden şikâyetçidirler. Alışılagelmiş migren hastası olarak tanımlanan bu tür hastalar, yıllar boyu sayıları haftada bazen beşi bulabilen migren nöbeti yaşarlar ve bu yüzden migren ağrısı çekenler arasında en çaresiz olanlardır. Bu acı durum karşısında bu insanların nöbetlerini sürdüren kronik bir durum, içsel ya da dışsal, fizyolojik, psikolojik, kışkırtıcı bir faktörün varlığı akla gelmektedir. Bu grubun küçük bir azınlığında migreni dahili fizyolojik nedenler teşvik eder. Ailesinde ekseriyetle klasik migren olan ve çocukluk dönemlerinden iti

baren son derece sık klasik migren veya migren auralarından şikâyetçi hastaları bu grupta tanımlayabiliriz. Tüm meslek yaşamım boyunca altı vakadan daha fazlasına rastlamadığım bu nadir hasta grubunda, doğuştan olan beyne ilişkin bir dengesizlik veya nedeni belirsiz şiddetli epilepsiye benzer rahatsızlıklar mevcut olabilir. Migrene bağlı, dinmek bilmeyen nevralji nöbetlerinden şikâyetçi hastalar genelde tek bir grup içinde değerlendirilir. Aynı zamanda doğuştan bir fizyolojik mekanizmanın kurbanı olabilen bu hastalarda tik benzeri, vücudun farklı yerlerinde ortaya çıkan ve trigenal nevralji türünden mekanizmalar göze çarpar. Bazılarında ise, belli harici fizyolojik uyarılmalar ön plandadır (örneğin reserpin veya hormon ilacı kullanımı, alkol ya da amfetamin bağımlılığı, ısı ya da ışığa karşı belirli duyarlılık gibi) ve hastalığı ile ilgili tatmin edici sonuçlar alan hastalar, bunları dikkate almaz.

Bu olasılıklar göz önünde tutularak hasta doktordan makul şeyler duydukça aralıksız nükseden, dinmek bilmeyen migrenlerinin bu tür fizyolojik uyarılma ya da duyarlılıkların değil kötü huylu duygusal "bağların" sonucunda ortaya çıktığından şüphelenmeye başlar. Bazı durumlarda, gözle görülür sıkıntıların, tepkilerin, zıtlıkların vb. varlığı, hem hastanın hem de doktorun bunları, migrenin olası nedenleri gibi algılamalarına kanıt teşkil eder. Diğer birtakım hastalarda, duygusal belirtiler derinde saklıdır, dolayısıyla bunların ortaya çıkması (tedaviye ihtiyaç olduğu varsayılıyorsa) zorlu bir süreci kapsar ve hem hastanın hem de doktorun kavrama ve duygusal kapasitelerine meydan okur.

Hastaların bir kısmı (alışılagelmiş migren hastalarının belki de önemli bir kısmı) ve birkaç doktor, migrenin psikosomatik bir hastalık olabileceğinden şüphe duyarak veya bunu kabullenmeyerek, kendilerini hastalığın fizyolojik nedenleriyle uğraşan bilim dalları ve farmakolojik tedavi yöntemleri konusunda sonu gelmeyen araştırmalara adarlar. İşe psikosomatik mekanizmalar açısından bakmaya hazır doktorlar ise hastalarını iki yöntemden birini seçerek incelerler. İlk inceleme yöntemi, hastanın kişisel özelliklerini ve yaşam koşullarını, tıbbın imkânları çerçevesinde araştırmaktır. Bu tür yöntemler bir ölçüde hastanın

problemlerinin yüzeysel bir biçimde ortaya koyar. Bunun çok önemli bir avantajı ise birçok hastanın bu tür incelemelere razı olmalarıdır. (Wolff'un 46 migren hastasını bu yöntemle incelemesi bu yönteme klasik bir örnek teşkil eder.)

İkinci yöntem, sadece uzun süreli ve özel koşullardaki analizlerde mümkün olan psikanaliz çalışmasıdır. Burada hasta çok derinlemesine incelenir fakat bu tür araştırmaların dezavantajı, pek az hastanın buna razı olmasıdır. (Fromm-Reichmann'ın psikanalitik çalışmaları bu yönteme klasik bir örnek teşkil eder.)

Bu iki grup araştırmacı genelde birbirlerinden farklı terimler kullandıklarından, ortaya koydukları sonuçları kıyaslamak zor olabilir. Dahası, hastanın duygusal benliğinin farklı yönleriyle ilgilenirler. Birinci grup belirgin kişiliğin tüm özellikleri ile psikanalizciler ise daha ziyade insan ruhunun derinde saklı duygusal etkileşimi ile ilgilidir. Yine de hasta çeşitleri ile duygusal yansıma türlerinin alışılagelmiş migrenle bağlantılı olabileceğine dair azımsanmayacak ölçüde fikir birliği olagelmiştir. 1963 yılında Wolff, "migren kişiliği"nin özelliklerine ait genel hatları kendinden öncekilerden çok daha geniş bir detayla ortaya koymuştur. Wolff'a göre migren hastaları azimli, başarılı, mükemmelliyetçi, katı, düzenli, dikkatli ve duygularını belli etmeyen, bu nedenle, zaman zaman somatik düzeyde duygusal patlama veya çöküntülere sürüklenebilen insanlardır. 1937 yılında Fromm-Reichmann da çok berrak bir neticeye ulaşmıştır. Ona göre migren bilinç düzeyinde sevilen insanlara karşı gösterilen, bilinçsiz bir nefretin fiziksel ifadesidir.

Benim inceleme yöntemim Wolff'un yöntemine daha yakın olduğundan, yüzlerce migren hastasıyla görüşme yapma fırsatım oldu. Bazı durumlarda (bu bölümde sunulanlar dahil) hastalarımı, uzun bir dönem boyunca, ayda iki kez görme ve böylece problemlerine dair bir hatta bazen beş altı mülakatta ortaya çıkmayacak bazı bilgileri edinme fırsatı buldum. Fakat hastalarıma, uzun süreli derin analizler uygulamaya fırsatım ve yeteneğim olmadı.

Migren hastaları ile ilgilendiğim ve bu konudaki bilgilerimin taze olduğu ilk dönemlerde, gördüğüm tüm alışılagelmiş migren hastalarında, Wolff'un klişeleşmiş "migren kişiliği"ni

ya da Fromm-Reichmann'ın çelişkili ve bastırılmış düşmanlık duygularını bulmaya çalışırdım. Sonra yavaş yavaş bu genellemelerin, tetkik ettiğim hastaların sadece bir kısmına uyduğu sonucuna vardım. Aksine, alışılagelmiş migren hastaları bana, duygusal boşluk ve çıkmazları açısından çok daha fazla çeşitlilik arz ediyormuş gibi geliyordu. Bu yüzden, onları tek bir kategoriye koymaktan ümidimi kestim.

Bazı kronik duygusal gereksinimlerin, hastaların çoğunda, örneğin peptik ülseri gibi ayırt edici özellikler meydana çıkardığına dair ikna edici kanıtlar vardır (bkz. Alexander ve French, 1948). Fakat, bu tür psikosomatik bir rahatsızlıkla alışılagelmiş migren arasındaki benzerlik biraz şaşırtıcı. Aksine migrenler sonsuz çeşitlilikte duygusal olguya önayak olabilirmiş gibi gözüküyor, zira migren karşımıza çok farklı ve çeşitli formlarda çıkmakta ve bu nedenle, beraberinde bir sürü farklı duygusal anlamlar getirebilmekte. Psikosomatik tepkilerin en sık rastlananı, en sıradanı migrense, bu onun çok yönlü olmasından kaynaklanır.

Vakalar

> *Vaka 76:* 43 yaşında bir rahibe, dini yaşama adım attığı 17 yaşından beri basit migren ve aynı düzeyde uyuşukluk haline sebebiyet veren migrenden şikâyetçiydi. Senenin on bir ayını manastırda geçiriyor ve bu süre boyunca haftada iki ya da üç kez migren veya migren eşdeğerinde nöbete tutuluyordu. Yılda bir ay tatili vardı ve bu dönemde de nadiren, o da belki bir kez migren nöbeti geliyordu.

Yorum: Bu hasta enerjik, sağlam karakterli ve bir ölçüde sabırsız bir mizaca sahip. Pratik beceriye sahip, egzersiz yapmayı, temiz hava almayı, sohbet etmeyi ve tiyatroyu seviyor. Güçlü sorumluluk ve özveri sahibi olması, dini bir yaşam sürme kararında esas etken olmuş. Manastır yaşamının kapalı, adeta klostrofobik ortamı, fiziki ve sosyal etkinliklerin kısıtlı olması, hepsinden öte içtenlik duygularını paylaşabileceği insanların azlığı, hastanın

somatik bir ruh haline girmesine ön ayak olmuş. Alınganlık, öfke, somurtup küsme gibi duygusal ifadeler manastırda söz konusu olamıyor fakat bu koşullarda migren nöbetleri oluşuyor. Kısıtlamalar ve engeller ortadan kalkınca, migren nöbetlerinin varlık nedenleri de kendiliğinden ortadan kalkıyor.

> *Vaka 78:* 55 yaşında bir kadın, haftada üç kez meydana gelen basit migren nöbetlerinden şikâyetçiydi. Özel yaşamına yönelik sorular sorulduğunda, kocasıyla ilgili endişe ve üzüntüleri olduğu, adamın insülin reaksiyonlarına dayanıksız bir şeker hastası olduğu ortaya çıktı.
>
> Bunalımlı ve güçlü sado-mazoşist eğilimleri olan kocasıyla yalnız görüştüğümüzde, ne kadar insülin alması gerektiğine kendi karar verdiğini ve idrarındaki şekeri ölçtürmeyi "lüzumsuz" bulduğunu ifade etti. Tatmin edici bir sağlık kontrolünden geçmesi konusunda güçlükle ikna edildi ve bunu izleyen dönemde insülin reaksiyonları azaldı. Bu reaksiyonların azalması neticesinde de, karısının migren nöbetleri neredeyse son buldu. Hasta, daha sonraki altı ay içerisinde sadece iki defa migren nöbetine yakalandı.

Yorum: Bu hasta, tamamen kocasının rahatsızlığına endekslenmiş bir endişe hali yaşamaktaydı. Tekrar eden bir hastalık yaşayarak kocasına "eşlik etme" arzusu olduğu da öne sürülebilir. Adamın rahatsızlığının son bulmasıyla birlikte, hastadaki endişe ve üzüntü hali de bitti ve migrenleri alışılagelmiş olmaktan çıkıp, arada sırada ortaya çıkmaya başladı.

> *Vaka 79:* Yetişkin, hayli zeki, aşırı ilgi bekleyen ve bunu da gören, üç müşkülpesent çocuğa sahip bir kadın. Çocukların henüz küçük oldukları dönemde hasta çok seyrek migren nöbetlerine yakalanıyor, fakat çocuklar o fırtınalı ergenlik çağına girince, nöbetler haftada bir ya da iki kez gelmeye başlıyor. Çocuklara duyulan şefkat ve anneliğin getirdiği özen ve merak, yerini patlak veren bir sinir harbine bırakıyor. Her yaz, üç ay boyunca bu sevilen fakat zorlu çocuklar gençlik kamplarına tatile gönderi-

liyor ve hasta bu süre boyunca endişelerinden, üzüntülerinden ve elbette migrenlerinden kurtuluyor.

Yorum : Ebeveynlerde, özellikle de annelerde sık rastlanan basit migren durumu. Bana kalırsa, Fromm-Reichmann'ın teorisinin en güzel örneği.

Vaka 80: Aşırı sıklıkta ve bazen "neredeyse sürekli" migren nöbetlerinden şikâyetçi, 42 yaşında bir kadın. Hasta uyanık olduğu zamanın yarısında ıstırap çekmekten, kalan yarısının üçte birini de yatakta geçirmekten yakınıyordu. Özel yaşamına dair soru sorulduğunda gülümseyerek, hayatındaki her şeyin "güzel" olduğunu, eşinin "gerçek bir beyefendi" ve çocuklarının ise "harika" olduğundan söz etti ve hayatında bir problem olabileceğini katiyen kabul etmedi. "Her şey güllük gülistanlık ve benim tek şikâyetim bu migren illeti" diye de ekledi.

Bunu takip eden ve ailenin diğer bireyleriyle de görüştüğüm birkaç aylık bir süreçte, sayısız problem olduğu ortaya çıktı. Aile ağır bir borç ve ipotek yükü altına girmişti, hastanın kocası iktidarsızdı ve çocukların en büyüğü suç işlemiş ve okulunu "yarım bırakmıştı".

Yorum: Burada, bir önceki vakayla benzerlikler görülmekte, ama tamamı ele alınırsa daha ciddi ve patolojik. Hasta histerik bir tavır göstererek, tüm "kötü" duygusal hislerini inkâr ve bastırma yoluna gitmiş. Bir dizi bilinçli yargılama ile gerçekleri tamamen kendi açısından ve farklı algılamakta. Esasen iki ayrı benliğe "bölünmüş" durumda. Bir yarısı inkâr ve budalaca bir böbürlenme, diğer yarısı ise hastalığı zorla kendi kendine kabul ettiren ve sürekli ıstırap çektiren bir bölünme mekanizmasından oluşmakta.

Vaka 81: 55 yaşındaki adam eskiden Auschwitz'deki Nazi toplama kampında esirdi. 7 yaşından itibaren her ay bir kez klasik migren nöbeti yaşıyordu. Auschwitz'e esir olarak getirildikten sonra, kampta geçirdiği 6 yıl boyunca –ki bu 6 yıl içerisinde karısı, annesi, babası ve diğer tüm yakınları öldürülmüştü– tek bir

migren nöbeti bile yaşamamıştı. 1945 yılında, müttefikler tarafından "kurtarılmış" ve ertesi yıl Amerika Birleşik Devletleri'ne göç etmişti.

Bu dönemden itibaren, öldürülen ailesini kurtarabileceği düşüncesiyle hissettiği suçluluk duygusu onu kronik bunalıma ve zaman zaman psikoza sürüklemişti. Aynı dönemde her ay sayıları altı ile on arasında değişen migren nöbetlerinden şikâyetçiydi. Çok yoğun bir ıstırabın sonucu ortaya çıkan bu nöbetler tedaviye cevap vermiyordu.

Onu muayene ettiğim iki yıl içerisinde, hasta kazalara karşı epey "eğilimli" olmuş, bu sürede bir kez kolunu kırmış, ayak bileği çıkmış ve kırılmış, bir defasında da başından yaralanmıştı. Her yaralanmadan sonraki birkaç hafta boyunca migren nöbetlerinde hafifleme olmuştu. Bir başka ilginç durum ise, aradan geçen 20 yıl içerisinde, hastaneye kaldırıldığı her üç psikoz depresyonunda da hiç migren nöbeti yaşamamış olmasıydı.

Yorum: Bu trajik vaka birkaç yönden incelemeye değer. Hastanın toplama kampında bulunduğu yıllar boyunca migren nöbeti yaşamaması, bana diğer bazı hastalarımın anlattıkları ile benzer bir nitelik taşıyor. Bu tür durumlarda, var olan şartlar altında öldürücü olabilecek tüm psikosomatik hastalıklar ve ciddi psikozlar çok nadiren görülüyor. Hasta bu dönemden sonra, ciddi bir depresyon geçirmekte, bilinçli ve sürekli tekrarlayan biçimde kendi kendini suçlamakta ve cezalandırma duygusuna kapılmaktadır.

Migrenleri bu duygularını güçlendirmekte, sadistçe acı vermekte, mazoşistçe çekilmektedir. Bazı durumlarda, bir "kaza" aynı işlevi üstlenir ve böylece, bir süre için migrenin varlık sebebini ortadan kaldırır. Depresyonları psikoz yoğunluğuna eriştiği zaman, hak ettiği cezayı bulduğunu hisseder. Aynı şekilde halüsinasyonları ve saplantıları da nispeten hafif migrenlerle ortadan kalkar.

Vaka 56: Çocukluğundan itibaren ayda iki veya üç kez şiddetli basit migren nöbetleri yaşayan 43 yaşında bir kadın. Nöbetlerin

gelmediği sadece üç dönem hatırlıyor: Ağır hastalık geçirirken (subakut bakteriyel endokardit)* hastanede yattığı 4 ay; ilk üç hamileliğinde, ki bu dönemlerde ilk altı ay hiç migren nöbeti gelmemiş (bu, dördüncü hamilelikle taban tabana zıt; istenmeyen bu hamileliği döneminde dokuz ay boyunca migren nöbetleri yaşamakla kalmayıp, bunları her zamankinden şiddetli yaşamış); son olarak da çok bağlı olduğu babasının ölümünden sonra yaslı ve kederli olduğu üç aylık dönem.

Yorum: Esasında bu zıt vaka hastanın bir ömür boyu çektiği migrenlerden belli durumlarda *muaf* yaşadığını gösteriyor. Bir önceki vaka da bunu destekler nitelikte. Hamilelik döneminde migren ağrılarından kurtulmak epey yaygındır ve genelde bu dönemdeki fizyolojik ve hormonal değişikliklere bağlı olduğu düşünülür (bkz. 8. ve 10. Bölüm). Yukarıda bahsi geçen vaka, psikolojik faktörlerin de göz önüne alınması gerektiğine işaret eder. Fizyolojik açıdan aynı olduğunu düşünebileceğimiz dört hamilelikten sonuncusu, hasta tarafında arzulanmadığı için, diğerlerine göre psikolojik açıdan fark gösterir. Migren ve diğer birçok psikosomatik bulgudan azade olmak sıkça şiddetli hastalık geçirmekle bağlantılıdır. Tabii insan, sağlık kontrolleri, sosyal dayanışma ve ilgi gibi birçok alışılagelmiş stresten "kurtulma" ve iyileşme nedenleri dururken, migrenin şiddetli hastalıklar devreye girdiğinde azalıp yok olması karşısında hayrete düşüyor. Duyguların serbestçe ifade edildiği, sosyal dayanışma ve anlayışla karşılanan yas tutma dönemi, migren ve benzeri bulguları daha da kötüleştiren depresyon reaksiyonuna kıyasla hastayı daha iyileştirmiştir.

Vaka 82: 40 yaşında bir kadın, ilk muayenemde şiddetli migren ağrılarından şikâyetçiydi. Hastanın hikâyesini anlatmayı birlikte gelen kocası üstlendi. Adam hikâyeyi anlatırken "bilimsel" bir havaya bürünüyor ve adeta sadistçe bir zevk alıyordu. Geçen dört yıl içerisinde karısının yaşadığı her nöbeti çok uzun

* Daha önceden oluşan veya devam etmekte olan bir enfeksiyonel bakterinin genelde kalp kapakçığı veya kalbin herhangi bir dokusuna yerleşip, burada lezyon oluşturması ve yerleşmesi sonucu meydana gelen rahatsızlık – ç. n.

detaylarla not almış, bunları hastanın âdet dönemleri, yediği yiyecekler, havadaki değişim vb. ile karşılaştırmış bir istatistikçiydi. Dahası tüm bu "faktörlere" ilişkin katsayıları da hesaplamıştı. Zamanının çoğunu bir doktor gibi karısını tetkik ederek ve her migren nöbetinde hangi ilaçları alması gerektiğini tasarlayarak geçirmişti. Her ikisi de sık sık ergotamin ve petidin* (Demerol) iğnelerinin gerekliliğini vurguladı.

Yorum: Bu vaka, iki insan arasındaki hem bağımlı hem de yıkıcı özellikleri göstermekte.** Evliliklerinin cinsel yönü kalmamış, görünürde bunun yerini, hastanın migren nöbetleri etrafında dönen sado-mazoşist bir yakınlaşma almış.

Vaka 84: 44 yaşındaki bu hasta hiç sevmediği amcasının yanında uzun yıllardan beri çalışmaktadır. Zaten tatsız olan iş koşulları, amcasının âdet haline getirdiği iğneleyici tavırlarıyla daha da çekilmez hale gelmiştir. Bu arada, başka bir yerde benzeri bir işte kazanacağından daha fazla maaş alan hasta bu yüzden yeni bir iş arayışı konusunda isteksiz davranmaktadır. Tüm çalışma yılı boyunca, haftada iki ya da üç kez gelen sık migren nöbetlerinden ve sürekli geğirmekten şikâyetçidir. Yıllık izne çıktığı bir aylık süre boyunca ise rahatsızlık hissetmemektedir.

Yorum: Bu hasta kötü iş koşullarının iyi maaş uğruna katlanılması ikilemini yaşamaktadır. İş koşullarını düzeltme veya başka iş arama konusunda bir şey yapamadığını hissedip, derin bir çaresizliğe gömülmüştür. Görünürde sessiz ve uysal olan hasta, öfkesini geğirme ve migren gibi fizyolojik olgularla dışarı vurmaktadır.

Vaka 55: 42 yaşındaki bu adam bir zamanlar rahipliğe özenmiş fakat bu tutkusu hüsranla sonuçlanmış. Birlikte yaşadığı baskıcı annesine mazoşistçesine bağlı, halinden şikâyetçi ve keyifsiz

* Ergotamin: Migren tedavisinde kullanılan bir tür alkaloit.
Petidin: Morfine nazaran daha az ağrı dindirici bir madde – ç. n.

** Psikiyatride *Folie à deux* yani samimi arkadaş olan iki bireyde görülen psikoz vakası – ç. n.

bir yaşam sürmekte. Cinsel arzuları günaha baskın çıktığı zaman, yılda yedi sekiz kez olmak üzere, evden kaçıp cinselliğini tatmin ediyor. Orgazm olduktan sonraki beş dakika içerisinde dayanılmaz bir migren ağrısı saplanıyor ve üç gün boyunca hastayı kıvrandırıyor.

Yorum: Suçluluk duygusu içerisindeki bu Katolik hastanın, cinsel birleşmenin tiksindirici olduğuna ilişkin korkuları var. Bunu cezayı sonuna kadar hak eden bir davranış gibi görüyor. Üç gün boyunca çektiği migren ağrıları ona gerekli cezayı sağlıyor. Daha sonra fizyolojik ve ahlaki dengesi normale dönüyor.

Vaka 62: Hasta, bulgularından bu kitabın 2. Bölüm'ünde kısaca söz edilmiş olan 55 yaşında bir kadın. Hiç evlilik yapmamış. Egemen, aşırı talepkâr bir anne babanın tek kızı. Anne ve babası artık yaşlı ve bakıma muhtaçlar. Evi geçindirmek için iki ayrı işte, günde toplam 14 saat çalışıyor. Sosyal hayatı ya da arkadaşı yok ve hiç cinsel tecrübesi olmamış. Ailesine destek olma ve çalışmadığı zamanları onların yanında geçirme duygusu, hastada "görev" haline gelmiş.

Bir defasında, bağımsız bir hayat kurmak için çabalamış fakat bu girişiminden, önce ailesinin engel olması ve sonra da yalnız yaşama konusunda kendini rahatsız ve suçlu hissetmesi sonucu vazgeçmiş. Geçen 10 yıl içerisinde konuya ilişkin tüm umutlarını yitirmiş ve şiddetli migren, kolitis ülseroza, psöriasis (sedef hastalığı) gibi rahatsızlıkları birbiri ardına yaşamış.

Yorum: Bu üzücü vaka, bir insan yaşamının özverilerle nasıl heba edildiğini gösteriyor. Hastanın bu duruma düşmesi, birbirine eklenen üç ayrı boyutta incelenebilir: Dayanılmaz bir ev hali, dayanılmaz bir nevrotik çatışma ve dayanılmaz bir psikosomatik bulgular döngüsü.

Vaka 83: 35 yaşında bir mühendis. Birçok sanayi ve kamu kuruluşuna bilgisayar, matematiksel araştırma ve çözüm sunan, çok başarılı bir araştırma grubunun kurucu ve yöneticisi. Zeki

ve aşırı hırslı biri olan bu hasta, hem kendini hem de yanında çalışanları acımasızca zorluyor.

Cumartesi günleri de dahil olmak üzere, her gün akşama kadar azalmayan bir tempoyla çalışıyor. Kendine ne bir hobi ne de sosyal yaşam edinmiş, çocuğu da yok. Her pazar sabahı şiddetli migren ağrıları ile uyanıyor. İlk başlarda, ağrılara rağmen kendini çalışmaya zorlamış fakat son iki yıldır migren nöbetlerine mide bulantıları ve kusma da eklenince, tüm gün boyunca elden ayaktan kesilir olmuş.

Yorum: Burada, mümkün olsa haftanın yedi günü, hatta haftanın 168 saati çalışacak, hiperaktif bir hastayla karşı karşıyayız. Fakat bir yerden sonra sürdürülmesi pek de mümkün olmayan bu tempo, hastanın insani limitlerini zorlayarak, onu fizyolojik tatile sokan düzenli pazar migrenlerine yol açıyor. Bu bölümde yer alan tüm vakalar arasında "migren kişiliği"ne sahip tek hasta budur.

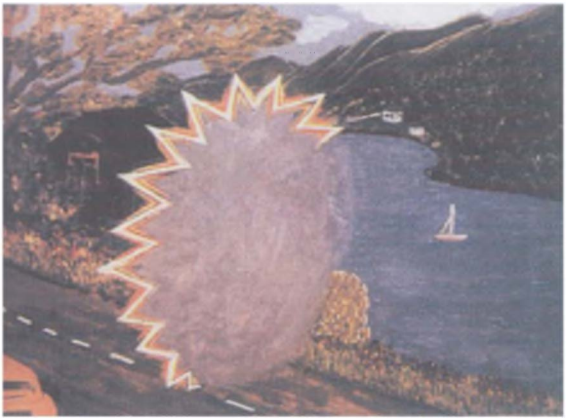
Sonsöz

Çok sık, şiddetli, etkisi azalmayan ve öncesinde belirgin koşullar gözlemlenemeyen migren hastalarının büyük çoğunluğunun kronik, zor, dayanılmaz ve hatta korkutucu durumlarla karşı karşıya olduğu sonucuna varmıştık. Bu tür hastalarda güçlü duygusal stres ve ihtiyaçlar gözlemlenebilir ve bunların sürekli nükseden migrenlere yol açtığı fark edilir. "Psikosomatik hastalık" deyimini, gerçek anlamıyla sadece bu tür migrene özgü kullanabiliriz. Bu tür hastalıklar (Borges'in o muhteşem anlatımıyla) "aşikâr çaresizlikler ve saklı yatışmalardır". Bir vakada migrenlerin başka tür bir somatik yatışma –tekrarlanan kazalar– ile dönüşümlü yer aldığına dikkat çekmiştik. Yanı sıra, migrenlerin, sürekli tekrarlayan küçük çaplı viral hastalıklarla (nezle, üst solunum yolları enfeksiyonu, uçuk gibi) ve bir anlamda, duygusal tasarruflarla benzer rol üstlenen alerjik oluşumlarla, dönüşümlü ya da yer değiştirerek meydana geldiğine dair birçok kanıt sunduk.

İnanıyoruz ki, migren birçok farklı türde duygusal sıkıntı ve üzüntünün ortaya konması biçiminde kabul görebilir. Tüm hastaları aynı, klişeleşmiş "migren kişiliği" grubuna sokmak ya da hepsinde kronikleşmiş, bastırılmış öfke ve kin duyguları aramak imkânsızdır. Ayrıca, bütün alışılagelmiş migren hastalarının nevrotik olduğunu iddia etmek de yanlıştır (ancak nevroz, evrensel bir insanlık durumudur), zira birçok vakada –13. Bölüm'de her yönüyle ele alacağımız bir konu– migrenler nevrotik bir yapının yerini alarak, nevrotik çaresizlik ve yatışmaya alternatif teşkil ederler.

Tablolar

Aşağıdaki resimlerin çoğu, migren auraları sırasındaki görsel olguları tasvir amacıyla amatör sanatçılar tarafından yapılmıştır. Tablolar, en yalın anlamıyla, bu olguları yeniden üretme çabasıdır. Bir nebze sembolizm içerseler de, sembolik olma amacı taşımazlar.



Tablo 1A. Klasik, güçlü biçimde vurgulanmış bir zikzak deseni. Tablonun ışıltısı, gerçek hayattaki şekliyle, öğlen güneşinin üzerindeki beyaz yüzey gibi göz kamaştırıcı. Köşelerde ise süreklilik arz eden parıldamalar saçılmakta.



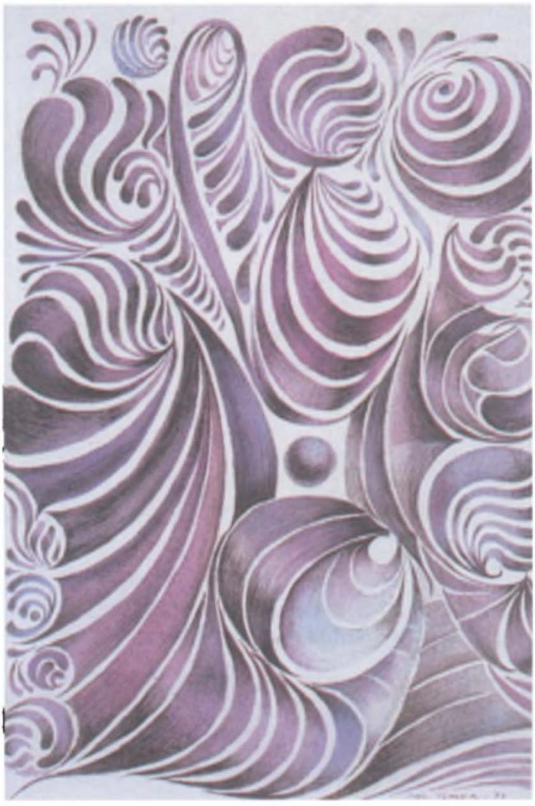
Tablo 1B. Yine güçlü biçimde vurgulanmış migren, hem ince hem de kaba hatlı, karakteristik açılar ve çizgilerle temsil edilmekte.

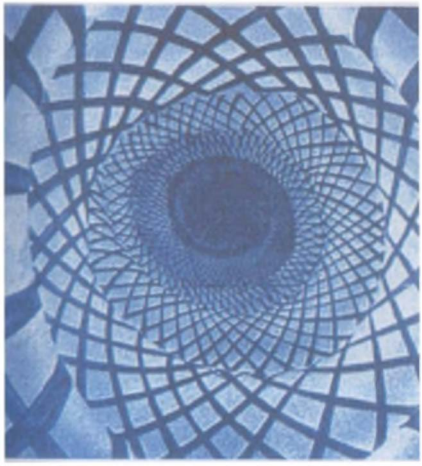




Tablo 2A. Burada canlandırılan gül resminin yarısı, migreni ifade eden zikzaklar, yıldızlar ve helezonlarla kaplıdır. Helezonlar, sık sık iç içe geçmiş halka ve sarmallarla ifade edilmiştir. Resmin diğer yarısı normaldir.

Tablo 2B. Bu resmin sol yarısı, özellikle, bir merkez noktasından hareket eden renkli halkalar ve sarmal ya da helezon içeren geometrik halüsinasyonlarla kaplıdır. Bunların üzerinde, bölük pörçük, sivri köşeli parçalar görülebilir. Resmin sağ yarısı normaldir.





Tablo 3A. Bir migren ha: tarafından yapılan bu re alan çevresinde, uzun k: içerir.

Tablo 3B. Resimde, uyuş etkisindeyken görülen, halüsinasyonu yer alma Benzer formlar, migren esnasında da görülebilir



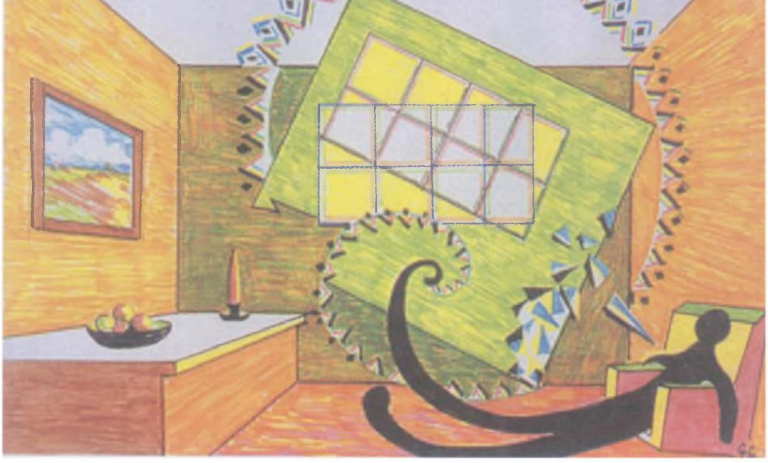
Tablo 4A. Bu migren hastası, kendisini, tüm görsel alandan taşan vurgulamalar, girdaplar, zikzaklar ve kafes şekillerine indirgenmiş bir ortamda, kusarken resmetmiştir. Üzerine doğru eğilen siyah figür, bir hayalet imge olabilir.



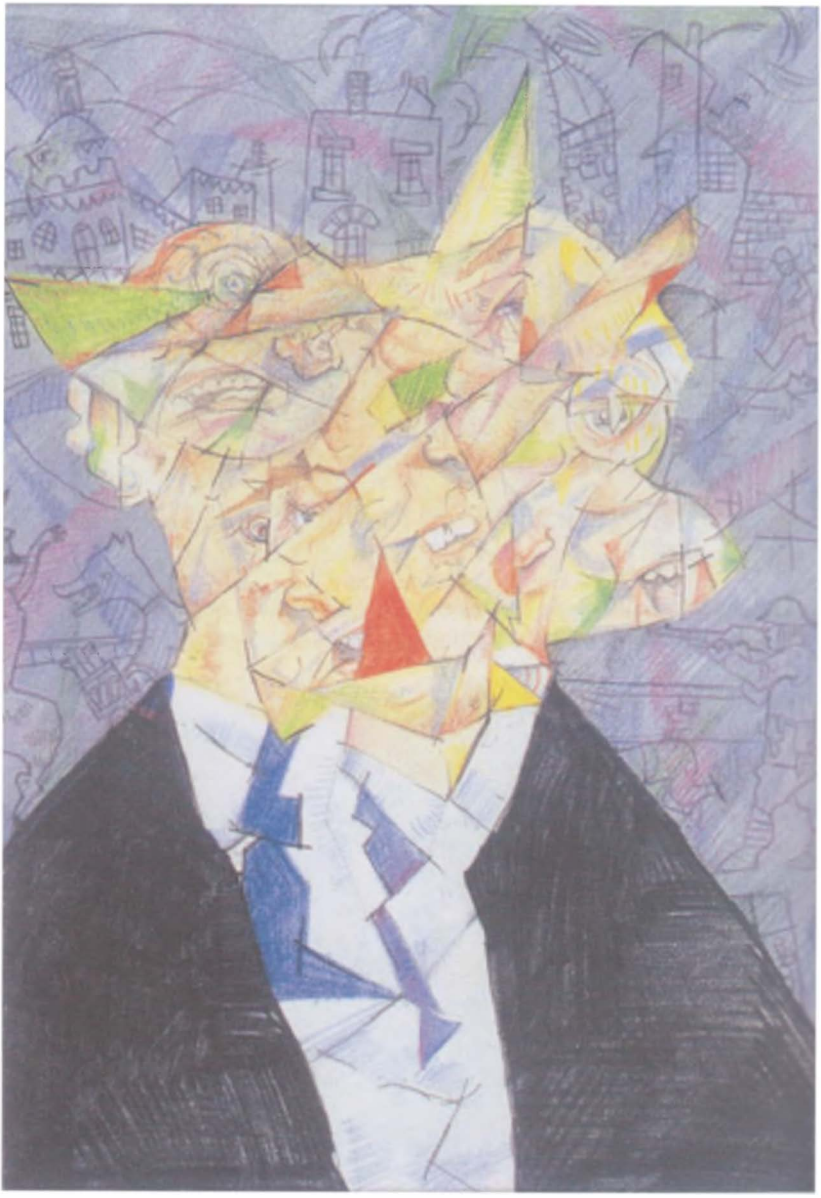
Tablo 4B. Burada, tüm iç duygular, canlı ve yoğun bir sıvıymışçasına, muhteşem bir biçimde, adeta kaynayarak ve yuvarlanarak etrafa savruluyor.



Tablo 5A. Yarısı kavislerle çarpıtılmış alandaki nesnelere ilişkin halüsinasyon ya da sabit imgeli algılanışı.

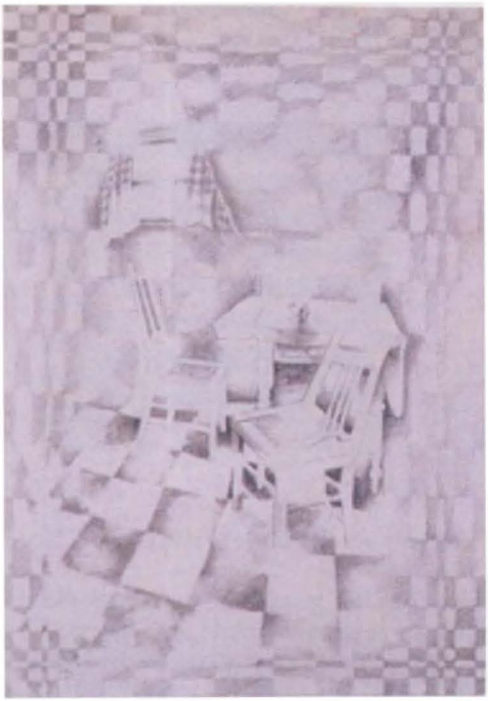


Tablo 5B. Migrenöz vurgulamalar değişikliklerin yanında, bu tablo bacaklara yönelik sarmal bir inasyonu göstermektedir.

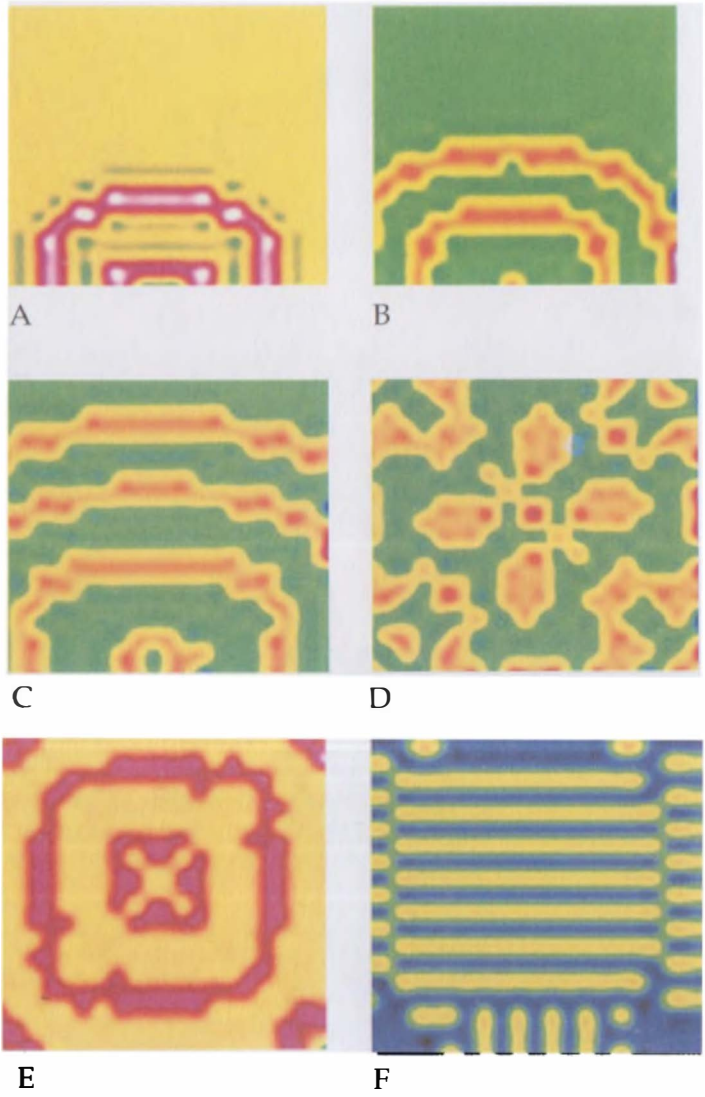


Tablo 6. Bu etkileyici mozaik görme örneğinde, tüm surat kübik bir resimdeki gibi birbirinden kopuk, sivri köşeli düzlem ve çokgenlerle ifade edilmiştir.





Tablo 7A ve 7B. Bu iki resimde, çeşitli çap ve büyüklüklerdeki düz ve kıvrık dikdörtgen kafeslerin görüntüyü kısmen kapladığı görülmektedir. Gerçek bir halüsinasyon esnasında, bu kafesler hızla hareket eder.



Tablo 8A - 8F. Migren aurasının, bir sinir ağı üzerindeki bilgisayar simülasyonları.
A-C: tek başına yayılan dalga ("skotom" simülasyonu); D: simetrik eksen deseni ("kafes şekli" veya "ağ" sabitleri simülasyonu); E: iç içe geçmiş dalga deseni ("tünel" veya "huni" sabitleri); F: "kıvrımlar" (radyal ya da spiral şekil sabitlerinin karşılığı).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Migrenin Esasları

Giriş

Migrenin türlerini, oluşumlarını ve hangi koşullar altında meydana geldiğini inceledik. Bu bilgilerin büyük bir kısmı bir asır önce, Liveing, Gowers ve Hughlings Jackson tarafından elde edilebilir durumdaydı ve bu doktorlar, özellikle de Liveing, bu bilgileri sadece migrenin tabiatına ilişkin değil, beyin faaliyetinin organizasyonuna yönelik şaşırtıcı sonuçları ortaya çıkarmakta kullandılar.

Klasik metot olan klinik verilerin toplanıp kullanılması, tıbbın birçok alanında yerini deneysel metotların inceliğine bıraktı. Deney, inceler, ayrıştırır, basitleştirerek her seferinde benzer koşulları sağlamak için çabalar. Gözlem için seçilenin dışında tüm değişkenleri hariç tutmaya çalışır. Migreni açıklığa kavuşturmak için uygulanan bu tür metotlar, başka alanlara kıyasla, migren konusunda daha az başarı kaydettiler. Yine de teknolojide gerçekleşmesi an meselesi olan büyük bir atılım sayesinde migrenin "nedeni"nin ortaya çıkarılacağı konusunda yaygın beklentiler vardır.

Migrenin patogenezine* ilişkin tek bir faktör ortaya koyma tutkusu, birçok araştırmacının, verilerine dayanarak mantıksız sonuçlar ortaya koymasına ve aşağıdaki türde açıklamalar yapmasına neden oldu: Migren, akut bir dolaşım bozukluğundan kaynaklanmaktadır (Sicuteri); migren beynin stratejik bir noktasındaki oksijen yetersizliğinden kaynaklanmaktadır (Wolff); migren kandaki serotoninin bozukluğundan kaynaklanmaktadır vb.

* Esası ve gelişimi – ç. n.

İncelenen vaka, sabit bir formda ve sabit unsurlardan oluştuğu takdirde, tek bir faktörü –X faktörü– neden olarak araştırmak başarı sağlayabilir. Fakat, anlatmaya çalıştığımız gibi, migrenin özünde, farklı şekillerde ve farklı koşullarda ortaya çıktığı gerçeği yatmaktadır. Bu yüzden bir tür migren, X faktörü ile bağdaşırken, bir diğeri Y faktöründen kaynaklanmakta ve tüm migren nöbetlerinin aynı etiyolojiye* sahip olması imkânsızlaşmaktadır.

Oysa, şimdi daha esaslı bir sorunla karşı karşıyayız. Bu sorun, migrenin ortada neden yokken, sadece sinir sisteminde, kendiliğinden meydana gelen bir olay olmaması gerçeğinden kaynaklanmakta: Nöbetler, sebeplerinden ve sonuçlarından ayrı düşünülemez. Fizyolojik bir ifade, migrenin sebepleri, tepkisel önemi ya da davranış kalıpları bakımından aydınlatıcı olamaz. Bu yüzden, "migren nedir?" sorusunu ortaya koyarken bir mantık kargaşasına yol açılmaktadır. Zira, bir ya da bir türde açıklamaya değil, fakat her biri kendi ilgi alanı içinde mantıklı, birkaç türde açıklamaya ihtiyaç vardır. Burada *iki* soru sormalıyız: Migren neden çeşitli formlarda karşımıza çıkar ve migreni meydana getiren, oluşumuna yol açan nedir? Bu iki soru kesinlikle birbirinden ayrı ele alınmalıdır. Liveing, kendi döneminde pek moda olan vasküler teorilere sıcak bakmadı ve şu gözlemi yaptı:

> Hiç kimse, sinir merkezlerinde oluşan anemi (kansızlık) ya da hipereminin** mutlaka aksırık, gülme, kusma veya korku krizlerine yol açabileceğini veya böyle bir hipotezin, kavrayışımıza yardımcı olabileceğini düşünmez.

Yukarıda sözü edilen kavramlar, bir şeylere reaksiyon olarak ortaya çıkarlar ve onlara gönderme yapmadan açıklanamazlar. Aynı şey migren için de geçerlidir. Tüm migrenler ve hatta dış faktörlere bağımlı olmaksızın, periyodik ortaya çıkan migrenlerde bile. Zira, her halükârda, bunlar vücudun bir iç mekanizması veya döngüsüyle bağlantılı düşünülmelidir. Üstelik, migren sadece fizyolojik bir süreç değil, aynı zamanda, hastaya

* Hastalıkların sebepleri ile uğraşan bilim dalı – ç. n.
** Aşırı kanlanma – ç. n.

ilişkin bir dizi bulgu da içerir. Bu nedenle, deneyime dayanan terimlerle ifade edilmelidir.

Dolayısıyla, migreni açıklamak için üç terim grubuna yani üç farklı söyleve ihtiyacımız var. *Birincisi* migrenin, sinir sistemindeki bir süreç ya da olay olduğunu ortaya koymalıyız. Bu tanımdaki terimler nörofizyolojik (veya olabildiğince buna yakın) terimlerden oluşacak. *İkincisi*, migreni bir tepki biçiminde tanımlamalıyız. Bu tanımdaki terimler refleksolojik veya davranış bilimine yönelik olacak. *Üçüncüsü*, migreni, belirgin bir tesir veya sembolik bir değerin atfedileceği belirli bir bulgu gibi tarif edeceğiz. Bu tanımın terimleri ise psikolojik veya varoluşla ilgili olacak.

Migreni sırasıyla, bir süreç, reaksiyon ve deneyim kapsamında algılamadan, tabiatına ilişkin yeterli herhangi bir fikir ortaya koymak imkânsızdır. Psikoz türünde, psikofizyolojik bir olguyu anlamaya çalışırken ortaya çıkan karışıklıklarda da aynı unsurların geçerli olduğunu, benzetme yoluyla kaydedebiliriz. Bu da yukarıda söz edilen üç grupta tanımlanmalıdır. Tüm psikozların, amin metabolizmasındaki (ya da taraksein veya vitamin eksikliği) bozukluktan kaynaklandığı savı ve buna benzer migrenin kökeni ile ilgili diğer savlar, sadece uygulamada yanlış olmakla kalmayıp aynı zamanda mantıksızdır da. Bu, örneğin katatonik bir psikozun, nörofizyolojik tanımını eksiksiz ortaya koyabilseydi bile, sebepleri ve içeriğine dair hiçbir şey söylemiyor olacaktı. Zira, doğal psikozların çoğu bir şeylere ilişkin ya da bir şeylere tepki düzeyinde ortaya çıkar. Bu duygusal kavram ve sebepleri ise fiziki terimlerle açıklamak imkânsızdır.

10. ve 11. Bölümlerde, migrenin fizyolojik kökenleri üzerinde durulacak. Önce migrenin mekanizması üzerine, günümüzdeki deneysel kanıt ve teorileri tartışıp (10. Bölüm), sonra da klinik ve deneysel kanıtlara dayandırılarak, *migrenin yapısı* üzerinde genel bir inceleme yapacağız. 12. ve 13. Bölümlerde ise migrenin, önce davranış biçimleri sonra da psikodinamik açıdan *stratejik* yönleri ele alınacak.

10. Migrenin Fizyolojik Mekanizmaları

Tarihi anlamayanlar, onu tekrarlamaya mahkûmdur.

Santayana

Tarihsel Sunuş

Liveing yapıtlarının bir bölümünde, kendi döneminde de var olan birçok migren teorisine yer verir. Daha sonra kendine ait birçok orijinal fikri geliştirir. Sadece geçmişte yapılana saygı gibi yararsız bir olgudan hareketle değil ama günümüzdeki birçok önemli teorinin Liveing'in zamanında yaygın oluşundan ve yorumlarının hâlâ geçerliliğini koruyor olmasından ötürü, onun sağlamlaştırdığı zeminin bir kısmında yürüyebiliriz. Bu nedenle, o zamanda var olan teorilere ilişkin yaptığı açıklama ve yorumları takip etmekten daha iyisini yapamayız. Ama önce Liveing'e ait sinir fırtınası teorisini ve geçerliliğini gözden geçirebiliriz. Liveing şunları ele alıyor:

a) Safra Doktrini
b) Sempatik ve Tuhaf Teoriler
c) Vasküler Teoriler
   1. Beyin arterlerinde hiperemi

2. Beyin toplardamarlarında kan birikimi veya göllenme
3. Vazomotor* Hipotezi
d) "Sinir Fırtınası" teorisi.

Eğlenceli ve tuhaf teoriler, hâlâ sayısız migren hastasınca, örtülü de olsa desteklenmektedir. Ayrıca bu teorilerin, bölüme giriş yaparken dikkate aldığımız gibi, tarihsel önemleri vardır.

Beyne ilişkin doluluk, fazlalık veya tıkanma hali teorileri Ortaçağ'da önem kazandı. Willis'in döneminde bile kan akıtma yöntemi gözde bir migren tedavisiydi. Vazomotor hipotezleri, atardamarlara ilişkin innervasyon ve kasılma, büzülme yeteneği kanıtlandıktan kısa bir süre sonra ortaya çıktı ve bugün olduğu gibi, Viktorya döneminde de, migrenin mekanizması konusundaki düşünce yapısına egemen oldu.

Du Bois Reymond migren ağrılarını, sempatik uyarılmadan ileri gelen atardamar kasılmasına yormuştur... "Başın ağrıyan kısmında mevcut atardamarların, kas çeperlerinde meydana gelen kasılma; diğer bir deyişle, atardamarlardaki sempatik sinirlerin, boyun kısmındaki bölgede mevcut kasılmaları. Möllendorf'un teorisi ise bunun karşıtıdır... "Şahdamarı kontrol eden vazomotor sinirlerinin tek yönlü bir güç kaybı ve atardamarların rahatlayarak, beyne kan akışını sağlaması." Hayvanlardaki sempatik gangliyonların boyun kısmındaki etkileriyle kıyaslanan bir durum. Latham'ın teorisi ise yukarıda sözü edilen iki teorinin üstün taraflarını bir araya getirir:

> ... öncelikle beyin damarlarında büzülme olur. Dolayısıyla, sempatik sinirlerin faaliyete geçmesi sonucu kan dolaşımı azalır. Sempatik sinirlerin bu yoğun faaliyeti sonucu yorgunluğu, damarları genişletir ve baş ağrısına sebep olur.

Du Bois Reymond ve Möllendorf, sadece migrenden kaynaklanan baş ağrısının mekanizmasını açıklamaya çalışırken, Latham, migren nöbetini *tüm* yönleriyle ele almak için vazomotor teorisini genişleterek, skotomlar ve diğer aura evresinin ortaya

* Kan damarlarının duvarlarındaki kaslara gelen, damarların genişleyip daralmasını sağlayan sinirler. – ç. n.

koyduklarını, beyindeki kan damarlarının büzülmesine ve lokal anemiye bağlamıştır. Liveing, migrenin hemen fark edilir sebebi olarak, kafatası dışındaki atardamarların genişlemesini kabullenmeye hazırdır fakat, migren nöbetlerinin diğer birçok yönünü, özellikle de migren aurasının çok çeşitli ve sık sık çift yönlü bulgularını, vücuttaki geniş vejetatif etkisini, nöbet sırasındaki tipik ardışık bulguları ve nöbetlerin gösterdiği başkalaşımları vazomotor teorisiyle açıklamayı yeterli bulmaz.
Gowers da, Latham'ın hipotezini topa tutarak şöyle yazar:

> Migren rahatsızlığındaki tuhaflıklar, kendine özgü ve genelde tekdüze nitelikleri, ağır seyri ve duyu rahatsızlığına ilişkin sınırlamaları olmasıdır. Bunları vazomotor hipoteziyle açıklayabilmek için öncelikle, beynin küçük bir bölümündeki atardamarlarda öncü bir kasılma olduğunu varsaymalıyız. İkincisi, büzülmenin her zaman aynı yerde başladığını ve son olarak bunun, kesin, tekdüze ve çok tuhaf bir işlev bozukluğuna yol açabileceğini varsaymalıyız. Fakat bu varsayımların doğru olduğuna dair en ufak bir kanıt bile yoktur.
>
> ... yüzey damarlarının, iç organların durumunu belirtebileceği konusundaki varsayımı ikna edici bulmadık. Eğer öyle olsaydı, hemen hemen tüm vakalarda farkına varılan, vazomotor kasılmalarının çift yönlü olması gibi, duyu rahatsızlığı tek yönlü olsa bile, beyin damarlarında genel bir büzülme olduğunu varsaymalıyız. Genel bir büzülme, sinir hücrelerinin işlevlerinde lokal bir değişiklik olması sayesinde, sadece lokal işlevde bir bozukluğa yol açar. Fakat böylesine bir lokal değişiklik doğru kabul edilirse, vazomotor hipotezine ihtiyaç kalmaz. Son olarak şunu söylebiliriz; vazomotor kasılmaların ağır, tekdüze ve tuhaf bir "boşalma" (deşarj olma) görevi üstlendikleri sadece kanıtlanmamış değil, aynı zamanda olasılık dışıdır.

Bu gösteriyor ki, geçen yüzyılın duyarlı bazı doktorları, Latham'ın vazomotor hipotezindeki aksayan noktaları fark etmiş ve açıkça ortaya koymuşlar. Başka bir gerçek de, bu tür bir teorinin, ne kadar geniş ele alınırsa alınsın, migren nöbetlerini bü-

tünüyle ve *akla yatkın* biçimde ortaya koyamayacağıdır. Yine de migren sürecinin kökeninde bu kavram olabileceği, günümüzde sorgusuz sualsiz yaygın biçimde kabul görür. Halen bu teorinin yeni çeşitlemeleri ileri sürülmekte ve ne kadar tuhaf olurlarsa o kadar çok kabul görmektedirler (örnekse Milner, 1958).

Vazomotor teorisini doyurucu bulmaması, Liveing'i güçlü ve çok yönlü "sinir fırtınası" teorisini ortaya koymaya sevk etti.

Teorisini inşa etme aşamasında şunları ortaya koyar:

> Bu teoride, tüm nevrozların temel sebebi görülebilir. Ama, ne iç organların rahatsızlığı ya da deri yüzeyinin tahrişinde, ne de dolaşım bozukluğu ve düzensizliğinde değil, ancak sinir sisteminin esas yapısında görülür ve genelde kalıtımsaldır. Bu, düzensiz bir yığılmaya ve sinir sistemindeki baskının boşalmasına, gevşemesine eğilimlidir. Bu eğilimin belli bölgelerdeki yoğunluğu, esasen söz konusu nevrozun karakterini belirler.

Liveing, sinir sistemindeki baskı kavramı ile herhangi bir *maddenin* yığılmasını açıkça birbirinden ayırt eder. Kavrayışı tamamen fizyolojik açıdandır.

> ... sinir bölgelerindeki dengenin, yavaş yavaş artarak bozulması: Bu belli bir düzeye erişince, güç dengeleri bozulabilir ve bu tür etkileri üretmekte yetersiz, kendi içindeki sebeplere bağlı, bir dizi ani ve geçici kriz hali ortaya çıkar – tıpkı küçük bir çiziğin, büyük ve sağlam olmayan bir camın tuzla buz olmasına yol açması gibi.

Bu sonuca, bir nöbeti hızlandırabilen farklı türde sayısız faktörü göz önüne alarak varmıştır:

> ... periferik veya iç organlara, kaslara veya deriye ilişkin sinirlerin niteliğinde fakat bunlardan kaynaklanmadığı izlenimini yaratabilir veya dolaşıma girip merkezlere ulaşabilir... ya da fiziksel faaliyeti kontrol eden merkezlerden türeyebilir...

Birçok enteresan faktör, fakat sonuçları hep aynı: Her durumda sinir sistemi bir migrenle karşılık veriyor. Dolayısıyla migren,

beynin dağarcığı içinde bir yerlerde *saklıdır.* Yapısı *önceden şekillendirilmiştir.*

Liveing, migrenin, gerilimin artışını izleyip sonra da onu ortadan kaldıran bitirici bir boşalma vasıtası gibi hareket edebileceğini gözlemlemiştir. Bu anlamda onu bir aksırık, doyumsuz bir yemek ya da bir orgazma benzetir. Gerçekten de bu tip boşaltımlar birbirine "benzeyebilirler" ve kendi aralarında dönüşmeye müsaittirler. Örnek olarak da, bir aksırık nöbetinin bir anda migreni ortadan kaldırabileceğini ya da onun yerini alabileceğini gösterir (bkz. Vaka 66, sayfa 53). Ani bir şokun, deniz tutmasını ortadan kaldırabilmesi, seksüel bir heyecanın astımı tetiklemesi veya epilepsiye davet çıkarması yine benzer örneklerdir.

Liveing, diğer "nevrozlar" gibi migrenin de "patolojik alışkanlıklar" marifetiyle yerleşip gelişebileceğinin gayet iyi farkındadır (mesela şartlanma).

Son olarak Liveing "Megrimin Anatomik Mevkii"ni ele alır. Migrenin neredeyse sadece duyumsal olduğunu gözlemler ve rahatsızlığın duyu bölgesi ve optik talamusun yukarısından vagus çekirdeğinin aşağısına kadar olan kısımdaki duyu sinirlerinin düğümleriyle sınırlı olduğu sonucuna varır.

Nöbet sırasında duygusal oluşumların meydana gelişini, konuşma ve hafıza bozukluklarını zorunlu ve beyin yarım küresindeki sinir düğümleri bozukluğunun genişlemesi olarak algılar. Görme ve dokunma halüsinasyonlarının sıkça çift yönlü olması, rahatlıkla "merkezi köken" teziyle bağdaştırılabilir. Şakakta bulunan atardamarların genişlemesi ve nabzın yavaşlayıp azalması, nöbetin vagusdan geçip yüzeyde yayılmasıyla ve sempatik sinir düğümleriyle var olduğu düşünülen bağlantısıyla açıklanır.

Migren Mekanizmasına İlişkin Bazı Güncel Teoriler

Artık dikkatimizi, çağdaş düşünceye hâkim olan önemli migren mekanizması teorilerine yoğunlaştırabiliriz. Migrenin ikinci derecede önemli teorileri belirli ölçüde ilgi toplasa da, uzun zamandır ciddiyetle ele alınmamıştır. Her nedense doktorlar ara-

sında daha yaygın kabul gören, fakat çeşitli zeminlerde çürütülebilecek, migrenin alerjik kökenine ilişkin teoriyi buraya dahil edebiliriz (bkz. 5., 6. ve 8. Bölüm). Dünyanın yuvarlak olduğu ne denli kesinse, migrenin merkezi sinir sisteminde baş gösterdiği de o denli kesindir. Merkezi sinir sistemi, kanın beslediği elektrokimyasal bir makinedir. Bu nedenle, migren hakkındaki ciddi araştırmalar, sinir sisteminin beslenmesi (vazomotor teoriler), kimyası ve elektriksel faaliyeti ile ilgilenirler ve migren nöbetlerinin seyrine ve kökenine ilişkin patognomonik* anormallikleri bulmak için uğraş verirler.

Migrene İlişkin Vazomotor Teorileri

Migren mekanizmasındaki iki aşamalı evre kavramının –sempatik hiperaktivite sonucu kan damarlarının büzülmesi evresi ve bunu izleyen sempatik "yorgunluk" sonucu genişleme evresi– demode olduğunu daha önce belirtmiştik. Latham'ın teorisinin, sonraki araştırmalar üzerinde hem teşvik edici hem de çelişkili ve tuhaf etkileri vardır. Bir taraftan Wolff'un, migrenden kaynaklanan baş ağrısı mekanizması üzerine yaptığı mükemmel deneysel çalışmalara ilham kaynağı olmuş fakat diğer taraftan, migren nöbetlerinin başlangıcına dair alternatif varsayımların üretilmesi konusunda caydırıcı, cesaret kırıcı olmuştur.

Wolff, migrenden kaynaklanan baş ağrısının yoğunluğunun, kafatası dışındaki atardamarların genişlemesiyle doğru orantılı olduğunu, genişleyen damarlara elle baskı yapma, adrenalin ve ergotamin uygulama veya tüm vücudun merkezkaç sistemine maruz kalması gibi etkilerle azalacağını çok incelikli metotlarla ortaya koymayı başarmıştır. Migren baş ağrısının sonraki evrelerinde, rahatsızlığa neden olan atardamar ya da atardamarların genişlemesini, polipeptit yönünden zengin, lokal ağrıyı tetikleyen bir sıvının yayılması ve son olarak steril bir iltihaplanma reaksiyonu gibi bir dizi *lokal* değişikliğin izleyeceği ortaya konmuştur.

* Belirli bir hastalığa özgü – ç. n.

> ... Norepinefrin türünde hemen hemen katıksız bir büzüştürme vasıtasının, migrenin ağrıya sebep olan tüm özelliklerini bir anda tersyüz etmesi gerçeği, bu hastalığın başlangıcının damar genişlemesi mekanizması olduğuna dair bir başka kanıttır... İlk baş ağrısı nöbeti, büyük ve küçük atardamarların ve bunlarla kılcal damarlar arasındaki damarların genişlemesini de beraberinde getirir. Bu genişleme kılcal damarlardaki hidrostatik basıncın artmasına neden olur. Artan basınç ise, kafa derisinin deri altı dokusunda ağrı eşiğini düşürücü madde yığılmasına yol açar. Bu maddenin "baş ağrısı maddesi" olduğu varsayılır. Büyük atardamarların genişleme ve rahatlaması, bu birikmeye eşlik ederek baş ağrısına sebebiyet verir (Wolff, 1963).

Soğancık bileşkesindeki ayrıntılı damarların doğrudan gözlemlenmesiyle desteklenen bu teknikler, migrenden kaynaklanan baş ağrısının mekanizmasına dair eksiksiz açıklama sağlamıştır. Fakat Wolff ve yardımcıları, benzer teknikleri baş ağrısı öncesindeki, özellikle de skotomlara dair bulgulara uygulamaya çalıştıkları zaman, daha az tutarlı, pek de etkileyici olmayan ve buna ilişkin hipotezlerden yoksun sonuçlarla karşılaştılar. Damarlarda etkili, amil-nitrit ve karbondioksit yönünden zengin karışımların, skotomatöz alan bozukluğunun süresi üzerindeki etkilerini inceleyen deneyler yaptılar. Bu deneyleri tekrarladıklarında sonuçları tutarlı değildi. Yine de Wollf, skotomatöz olgunun temelinde *muhtemelen* lokal kortikal iskemisi* olabileceğini varsaydı:

> Bu nedenle, (karbondioksit yönünden zengin karışımların solunması sonrasında) oksijenle maksimum seviyede doygunluğa ulaşan ve büyük ölçüde artan kan miktarının, beynin stratejik bir bölgesindeki oksijen yetersizliğini düzelttiği varsayılmıştır. Bu stratejik bölge, migren atağının başlattığı telafi edici damar genişlemesini düzenleyen uyarıların olduğu bölgedir... Skotomun patofizyolojisi özellikle kafatasındaki kan damarlarının büzülmesi ile bağlantılıdır... İskemi muhtemelen, oksipital bölgedeki dış zardan daha fazlasını kapsar ve bulgular genelde oksipital dış zardan kaynaklanır, zira beynin bu yarısındaki metabolik ihtiyaç daha fazladır...

* Beyin zarına kan akışının kesilmesi – ed. n.

Düşüncelerinde şaşmaz bir biçimde katı ve dikkatli olan Wolff, bu kavramları hipotez ya da bir dizi hipotezler düzeyinde aktardı ve bazı gerçekleri iskemik teoriyle bağdaştırmanın zor olduğunu kabul etti. Wolff'un nitelikli fikirlerini ve önermelerini dikkate almayan sonraki birçok araştırmacı, büzülme hipotezini adeta evrensel bir gerçeklikmişçesine, tartışmasız kabul etti. Bu nedenle Graham, migren incelemesine şu cümleyle başlar:

> *Wolff ve yardımcıları, migren nöbetlerinin mekanizmasını, kafatasındaki kan damarlarının düzensiz davranışıyla bağdaştırmışlardır.*

Bickerstaff, bir grup hastada görülen şiddetli klasik migrene ait bulguları tarif ederken, bu bulguların basilar atardamarı besleyen bölgedeki geçici işlev bozukluğuna işaret ettiğini belirtmiştir. Aynı şekilde, Selby ve Lance de hastalarındaki migrene yönelik şuur kaybı ya da bayılmayı, tereddütsüz, beyin sapındaki retiküler (ağımsı) oluşumun geçici iskemisine atfederler.

Hipotezler, farkında olmadan varsayımlara dönüştüğü zaman, araştırmalar ilerlemez ve mevzu donuklaşır. Yıllarca, migren aurasına ilişkin büzülme teorisi için bu söz konusu olmuştur. Bu nedenle, konuyu tekrar deşip, teoriyi her yönüyle özenli ve dikkatli incelemek gerekir. Bu sadece mümkün olmakla kalmayıp aynı zamanda Latham-Wolff teorisine karşı birçok hususu geliştirmek için de kaçınılmazdır.

Öncelikle üzerinde doğrudan gözlem yapılmadığı çok açık bir konuya değinelim; kortikal kan damarları, bir migren aurasının seyri esnasında hiçbir zaman gözlemlenmemiştir. Ayrıca soğancık bileşkesindeki damar yapısının, kafa içi damarların davranış şekilleri için geçerli bir model oluşturduğu da kuşkuludur. Üstelik, kafa içi damarlardaki davranış değişiklikleri, migren aurası esnasında sürekli gözlemlenmemiştir. İkincisi, Wolff tarafından dikkate alınmayan önemli bir klinik gerçek: Sıkça örtüşen auralar ve baş ağrısı evresi ya da baş ağrısı (genişleme) evresinde sıkça nükseden auralar. Bu gerçeğin, iki aşamalı teori ile bağdaşması imkânsızdır. Gerçekten de, hem uyaran hem de dizginleyen çok bulgulu tek bir aura aynı anda baş gösterebilir. Aynı anda farklı şekillerde ortaya çıkan aura çeşitlemeleri, iskemik teoride

varsayılan, oksipital dış zarın kendine özgü zayıflığına göre değişkenlik gösterir. Gowers'ın ima ettiği, skotomun tipik şekilleri ve ilerleyişi, yanıp sönen ışığın ve vücuttaki parastezinin titreşme özelliği gibi "çok tuhaf işlev bozukluklarını" sırf iskemanın esaslarıyla açıklamak zor ve hatta imkânsızdır. Ya bir basilar iskemi nöbeti ya da bir omur anjiyografisi esnasında, meydana gelebilen bu tür duyu halüsinasyonları, geçici ve basit olmanın yanı sıra, migrene bağlı skotomun hiçbir özelliğini taşımazlar. Vazo-aktif maddelerin, bazen skotomun süresi ve yoğunluğu üzerindeki tartışmasız etkisi, temeldeki migren sürecinin doğasına ilişkin hiçbir şey ifade etmez fakat iki nörofizyolojik değişimin bir arada olması etkisini gösterir. Azalmış beyin perfüzyon* basıncının – düşük kan basıncı gibi– bilinen etkileri, baygınlık hali, sersemlik ve bazen kısa bir süre için siyah lekeler görmektir. Bunlar migren aurasından çok farklı bir klinik görüntü çizmektedir.

Bu tür sonu gelmez çekinceleri çoğaltıp detaylandırmak mümkün. Sonuç itibariyle, migreni büzülme teorisiyle açıklama çabaları yetersiz ve dolaylı olup, yorumları kuşkuludur. Bu teorinin akla yatkın olabileceğini farz etmek için bile birçok benzer varsayım türetmek gereklidir. Daha ikna edici olmak gerekirse, teori, karmaşık aura biçimlerinin detaylı ve çeşitli bulgularını açıklamakta son derece yetersizdir. Sadeliği ve basit olması bakımından iskemi hipotezi çekicidir fakat ne yazık ki bütünüyle migreni tanımlamak için *fazlasıyla* basittir.

Migrene İlişkin Kimyasal Teoriler

Migrene ilişkin birkaç kimyasal teori de mevcuttur. Bunlar tarz ve ilgi çekme açısından çağdaş oldukları izlenimini verse de, esasında Eski Yunan'ın humoral (salgısal) teorilerinden türetilmişlerdir. Bazı nörolojik hastalıkların kimyasal esaslarına yönelik kavrayışımızdaki ciddi ilerlemeler ve nöro-farmakoloji bilgimiz, Parkinsonizm, psikoz, migren gibi hastalıklara kimyasal bir zemin oluşturma umutlarımızı güçlendirmiştir. Örneğin, 50'lerin sonunda bazı biyolojik aminler ilgi odağı haline gelmiştir. Wool-

* Kanın ya da sıvıların dokular arasına geçmesi – ç. n.

Hey'nin serotonin teorisine ilişkin psikoz monografı, Sicuteri'nin migren tedavisinde serotonin* antagonistlerini** kullanması ve hemen arkasından Parkinsonizme ilişkin dopamin*** teorisi, hep bu yılların ürünüdür. Daha önce "Faktör X" diye söz ettiğimiz**** düşünce sisteminin, daha dramatik örneklerini bulmak herhalde zor olurdu.

Kimyasal teoriler, migren nöbetinin öne çıkan bağımsız bileşenleri sayesinde dikkat çekmiştir. Vasküler baş ağrısı, kafatası dışındaki damarların genişlemesi, mide bulantısı, iç organ ve bezlerin faaliyetindeki artış, zaman zaman da nabzın yavaşlaması, miyozis (gözbebeğinin küçülmesi), düşük kan basıncı gibi otonom küçük belirtiler migrenin belirgin ve yaygın bulgularıdır. Bu yüzeysel vejetatif rahatsızlıklara ilaveten, kas hipotonisi, uyku hali, depresyon gibi merkezi sinir sisteminin saptadığı bulgular da ortaya çıkabilir. Klinik ve fizyolojik olarak yukarıda bahsi geçen bulguların karşıtı olan belirtilerin – stasis***** ve genişleme, fizyolojik ve psikolojik heyecan hali gibi, nöbetin esas seyrinden önce ve sonra ortaya çıkabileceğini belirtmiştik.

Başlangıç ve nüksetme evrelerini bir kenara koyarsak, migrenin en önemli bulguları *parasempatik tonuslarda artışı, sempatik tonuslarda ise azalışı* veya her ikisini birden yansıtır. Nöbetlerin aniden, muhtelif şekillerdeki fizyolojik ya da psikolojik heyecanlarla ya da parasempatik baskılayıcılar veya sempatik sistemi destekleyen ilaçların tedavi amaçlı kullanımıyla son bulması, aşırı parasempatik faaliyetin, nöbetin niteliğini, azalan sempatik faaliyetin ise niceliğini belirlediği fikrini güçlendirir.

* 5-hydroxytryptamine (5-HT) adındaki bir kimyasal madde. Trombositlerde, mide-bağırsak mukozasında, alerjiyle ilgili olan mast hücrelerinde, karsinoid tümörlerde ve merkezi sinir sisteminde bulunur. Serotonin bir damar büzücüdür, hücresel reseptörlerdeki etkisiyle bağırsak mobilitesi (hareketleri), bulantı-kusma, uyku-uyanıklık döngüleri, obsesif-kompulsif davranışlar ve yemek yeme üzerine önemli etkileri vardır – ç. n.

** Kelime anlamı itibariyle hasım, düşman ya da karşıt olan antagonist, burada tıptaki anlamıyla zıt tesirli madde anlamında kullanılmıştır. – ç. n.

*** Nörotransmiter (ya da beyin mesajcısı) yapısında anormal hareket bozuklukları ve bazı psikozlarda etkili bir katekolamin. – ç. n.

**** Yazar burada, "Migrenin Esasları" bölümünün sunuşunda değindiği "vakanın sabit form ve unsurlardan oluştuğu varsayımına dayanan tek faktörlü düşünce sistemine" gönderme yapıyor – ç. n.

***** İç organlardaki dolaşan sıvıların durgunluğu – ç. n.

Migrene ilişkin kimyasal teorileri ortaya atanların amacı, nöbetler sırasındaki parasempatik tonusun, kısa süreli fakat etkileyici yoğunluğunu ve zaman zaman beliren ve parasempatik sisteme dahil sinaptik kavşaklarda* işlev gören tüm nörohümörlerin** migrenin başlangıcında esas rolü oynadığını açıklamaktı. Bunlara ortam yaratan üç örnek verilebilir: Histamin, asetilkolin ve 5-hydroksitriptamin. Bunlardan sadece sonuncusunu detaylı ele almak gerekir.

Migrenin histamin teorisi Horton'un (1956) ismiyle anılır. Horton, Dördüncü Bölüm'de migrenin diğerlerinden çok farklı bir çeşitlemesi olarak söz edeceğimiz "migren nevraljisinin", histamin duyarlılığının özel bir türünden ileri geldiğini düşünmüştür. Yatkın hastalarda, histamin enjeksiyonu sonucu nöbetlerin meydana gelebileceğini, nöbetler sırasında mide asidinin arttığını ve histamine karşı "duyarsızlaştırmanın" nöbetlerin önüne geçebileceğini belirtmiştir. Horton'un, histamin duyarsızlaştırmasıyla yaptığı kayda değer tedaviler, bazı araştırmacılar tarafından aynen uygulanmıştır. Görünüşe göre bu tip tedavilerin etkisi plasebonunkinden fazla değildir ve sıkça muayene olup, iyi bir doktorla yoğun temasın neticesidir. Daha da önemlisi, migren nevraljisinin tipik özellikleri, histaminin neden olduğu vasküler baş ağrısında görülmez. Son olarak ne bu migren türünde ne de başkalarında yüksek histamin seviyesine rastlanmıştır.

Asetilkolin teorisi ise, Kunkle'ın (1959) ismiyle anılmakta. Kunkle, migren nevraljisi nöbetleri esnasında, omurilik sıvısındaki asetilkolin seviyelerini incelemiştir. Hepsinde olmasa da, bazı hastalarda bu seviyenin yüksek olduğu gözlemlendi. Kunkle, ortaya koyduğu sonuçların, esas hipoteze "azımsanmayacak bir katkı"da bulunduğunu kaydetti. Kunkle'ın bulguları başka araştırmacılar tarafından uygulanmadı ve lokal, sistematik veya omurilik sıvısında yüksek asetilkolin olup olmadığı konusunda hâlâ kesin bir yargıya varılmadı. Bu konu, daha popüler serotonin teorilerinin ortaya çıkmasıyla beraber araştırmacıların dikkatinden kaçtı.

* İki komşu nöronun (sinir hücresinin) çıkıntılarının birbirleriyle temas ettikleri bölge – ç. n.

** Sinir hücrelerinden salgılanan sıvı – ç. n.

Migrene ilişkin serotonin teorisinin yanı sıra, güçlü bir serotonin baskılayıcısı olan methysergide, migren profilaksisinde* gösterdiği etkiler, Sicuteri tarafından ortaya konmuştur. Kimbal ve Friedman (1961), Serpasil** kullanan migren hastalarında, migren veya migren benzeri nöbetlerin sıkça meydana gelebileceğini ve damara zerk edilen 5-hidroksitriptamin'in bu nöbetlere son verebileceğini belirtmişlerdir. Lance ve diğerleri, daha gelişmiş araştırmalar yaparak, migren nöbetleri öncesinde, esnasında ve sonrasında, Toplam Plazma Serotonini (TPS) doğrudan ölçmüş ve çoğu hastada, migrenin ilk nöbeti sırasında, TPS'de ani bir düşüşün meydana geldiğini gözlemlemişlerdir. Şahdamar içine serotonin zerk edilmesinin, kafatası dışındaki atardamarları büzdüğü bilinmektedir. Lance ve diğerleri serotoninin dolaşım seviyelerindeki ani düşüşlerin, migreni nüksettirdiğini ve kafatası dışı damarların acıyla şişmesine sebep olabileceğini varsaymıştır.

Özetle şunu söyleyebiliriz ki, migren nöbetlerindeki histamin seviyesinin sistemli farklılaşması inandırıcı olmayabilir ve asetilkolinin rolü kuşkuludur. Lance'in bulguları diğer araştırmacılar tarafından tekrarlanıp geliştirilmelidir ama yine de serotoninin rolü olduğuna dair kanıtlar kayda değer değildir. Bunları ortaya koysak bile, migrene ilişkin kimyasal bir esas oluşturmaktan uzağız. Kimyasal bir esası kabullenmek için önce Koch'un patogenez varsayımlarına benzer kanıtlar gerekecektir. İncelenen her migren nöbetinde, X faktöründeki uygun değişiklikleri, bu faktörün yardımıyla, olası tüm migren bulgularının simülasyonunu ve son olarak migren reaksiyonunun bu faktöre *bağlı olduğunu* ortaya koymamız lazımdır. Görünen o ki, bu şartlar henüz 5-hidroksitriptamin açısından bir araya gelemiyor. Diğer taraftan, Serpasil ya da reserpinin neden olduğu migrenöz hastalık belirtileri, tam kapasite bir migreni sadece kısmen andırır; reserpin, migren aurasının belirtilerini ortaya koyamaz. Aksine, methysergide'in neden olduğu serotonin seviyesindeki ciddi düşüşü takiben migren nöbetleri, azalmayan bir sıklıkla devam eder.

Sebep ile sebeple bir arada ortaya çıkmayı birbirine karıştırma tehlikesi, bu meselenin püf noktasıdır. Pek mümkün olmasa

* Koruyucu tedavi – ç. n.

** Kan basıncını düşürmede kullanılan, reserpin maddesinden yapılma ilacın markası – ç. n.

da, zaman zaman, bir veya daha fazla nörohümörün kan seviyelerindeki eşit oranda değişiminin, migrenin klinik ve fizyolojik evrelerine eşlik etmesi olasıdır (mümkün olmaz, zira migreni oluşturan tipik parasempatik faaliyetler epey lokal ve izoledir); fakat böyle bir paralellik kurmak, bize, sebep sonuç ilişkisine dair bir şey anlatmaz. Kanda değişken seviyelerdeki X maddenin, migrene yol açmada yeterli ve geçerli sebepler oluşturduğunu göstermek elzemdir.

Elektrik Teorileri

Klinik tanımında ister lokal ister hümöral, ne tür bir ikincil mekanizma olursa olsun, migren beyin işlevindeki başlıca bozukluklardan biridir. Beyin faaliyetinin migren gibi iyi huylu, bulaşıcı olmayan bir koşulda doğrudan incelenmesi elektroenselografi (EEG) çalışmalarıyla sınırlıdır. Bu noktada, EEG çalışmaları ve elde edilen yorumların üzerinde duracağız. Gibbslerin, migren hastalarındaki EEG bulgularını ilk incelemelerinin üzerinden 30 yıldan fazla bir süre geçti. Bu dönemde konuyla ilgili sonuçlanmamış epey literatür birikti. EEG bulgularındaki birçok anormallik, bunların önemi ve tekrarlama oranları üzerinde mutabık kalınmaksızın migrenle ilişkilendirildi – genelleştirilmiş yavaş dalga ritim bozuklukları, sarsılma şekilleri, odaklanma bozuklukları gibi. Bu konuda yayımlanmış gözlemlerin sadece bir bölümünü dikkate alabiliriz. Özellikle, hemiplejiyle sonuçlanan migrenlerde görülen detaylandırılmamış EEG anormallikleri üzerinde durmayacağız, zira bu tür nöbetler yaygın ya da klasik migrene ilişkin esas sürecin yanında ikincil mekanizmayı da kapsar (bkz. Dördüncü Bölüm).

Strauss ve Selinsky (1941), öncü bir çalışmayla, 20 migren hastasından 9'unda hiperventilasyon* esnasında yavaş faaliyet (saniyede 3 ila 6 devir) gözlemlediler. Engel ve diğerleri (1945), iki hastada vuku bulan skotom esnasında, uygun oksipital ortama bağlı, odaksal yavaş dalga anormallikleri kaydettiler. İlk kez yapılan büyük çaplı araştırmada Dow ve Whitty (1947), 30 mig-

* Uzun ve derin solunum –ç. n.

ten hastasında, "genel ritim bozukluğu", 12 migren hastasında "asimetrik çift yönlü episodik faaliyet" ve 4 migren hastasında ise "inatçı odaklama anormalliği" kaydettiler. 83 klasik migren hastasını inceleyen Cohn (1949), bunların yarıya yakını da, nöbetler arasında aşırı bir yavaş dalga faaliyeti gözlemledi; bu tür anormallikleri sergileyen hastaların "ritim bozukluğu migreni" olduğu ve bunların antikonvülsif (kasılmalara karşı) tedaviden faydalanabilecekleri iddia edildi. Heyck (1956), yetkin bir çalışma yaparak, 62 hastadan 13'ünde belirsiz ve yayılmış yavaş dalga ritim bozukluğu, 5'inde odaklama anormallikleri gözlemledi. Selby ve Lance (1960), migren ve buna eşlik eden vasküler baş ağrısı olan 459 hastada inter-ictal* gözlemledi.

Bu hastaların yaklaşık üçte biri "anormal" olarak değerlendirildi; yani sürekli veya aralıklı yavaş (saniyede 4 ila 7 devir) faaliyet gösteriyorlardı. İki vakada ise konvülsiyon türünde diken-dalga formasyonu kaydedildi.**

Son dönemlerde yapılan araştırmalarda, EEG faaliyetine ilişkin diğer başka şekil ve bulguların da migrende önemli rol oynayıp oynamadıkları tespit edilmeye çalışıldı. Whitehouse ve diğerleri (1967), 28 migren hastası çocuğun ve aynı sayıda eşleştirilmiş kontrolün***, saniyede 6 ve 14 turdan oluşan pozitif diken (ilk kez Gibbsler tarafından ortaya konan [1951] ve talamik veya hipotalamik epilepsinin olası kanıtı diye değerlendirdikleri şekil) kayıtlarını incelediler ve bu tür pozitif diken şekillerinin, migren gruplarında, dramatik olmasa da kesinlikle aşırı sıklıkta görüldüğü sonucuna vardılar. Tek bir hastada gözlemlenen şekil, migren nöbeti esnasında değişmedi. 14 ve 6 pozitif dikenin, özellikle çocuklardaki yorumlamasında pek çok belirsizlik olduğunu fark eden Whitehouse ve diğerleri, bulgularını, inceledikleri hastalardaki primer otonomik bozukluklara işaret etmek istercesine, klinik kanıtlarla birlikte ortaya koydular ve şunu kaydettiler: "... *Migreni, ikincil mekanizma (vasküler baş ağrısı) ile birlikte primer otonomik bozukluk ve hümöral faktörleri ise ara faktörler biçiminde açıklama olasılığı daha tatmin edici olurdu.*"

* Nöbetler arasında meydana gelen kriz(ler) – ç. n.

** Grand mal epilepsilerde görülen elektroensefalogram – ç. n.

*** Sonuçları karşılaştırmada standart olarak kullanılan ölçü (örnekse, denek) – ç.n.

Dexter (1968), yakın geçmişte yaptığı yayımlanmamış bir çalışmasında, gece migrenlerinden şikâyetçi hastaların, bütün gece boyunca ortaya çıkan EEG kayıtlarını elde etti. Bu hastaların hepsi, baş ağrısı ile uyandıklarında paradoksal REM uykusu evresindeydiler. Fakat bu tür hastalarda, nöbetlerin başlangıcını, EEG'deki paradoksal uyku şekilleri ile tahmin etmek imkânsızdır.

Bu çalışmaların, migrene mahsus açık ve tutarlı EEG anormalliklerini ortaya çıkarmakta yetersiz oldukları su götürmez bir gerçektir. Lennox ve Lennox (1960), bu tür kayıtların yirmi yıllık deneyimini özetleyerek, migren hastalarını izleme konusunda "ayırt edici hiçbir bulgu" ortaya koymadıkları sonucuna varmışlardır. Dolayısıyla, EEG kayıtlarını esas alarak migren teşhisi konulmaz.

Diken-dalga formasyonu ile epilepsi arasındaki *belirgin* ilişkiyi, herhangi bir EEG anormaliği ile migren arasında tanımlamak mümkün olmamıştır. Çoğunlukla, migren hastası olmayan kesimin yüzde 15 ila 20'sinde, yavaş dalga "ritim bozukluğu" istatistiklerine yönelik kuşkulu bir artış vardır (Gibbs ve Gibbs, 1950). Yine de kabul etmeliyiz ki, migren auralarının meydana gelişi esnasında çok az (Engel ve diğerlerinin çalışmalarındaki gibi), EEG gözlemi yapılmıştır. Migrenden kaynaklanan baygınlık, şuur kaybı ya da koma durumları esnasında ise bilinen, hiçbir EEG gözlemi mevcut değil. Bu nedenle migrenin en şiddetli türleri, elektroensefalografi açısından hâlâ tanımlanamamış alanlardır.

Bu tür çalışmaların, epilepsiyle ilgili bilgi birikimine kıyasla neden bu kadar az mesafe kaydettiğini merak edebiliriz. Buna ilişkin birkaç cevap öne sürülebilir: Birincisi, ağrılarını dindirebilmemize karşın, migren aurasını ortaya koyacak güvenilir bir metoda sahip değiliz. Örneğin, migren reaksiyonlarına neden olan reserpinin, aurayı ortaya koyacak bir bileşeni yoktur. İkincisi, birçok nöbet ve kriz vakalarında yapıldığı gibi, beyin faaliyetini kaydedemeyiz ya da derine inen elektrotlar kullanamayız. Üçüncüsü, migren veya migren benzeri herhangi bir süreci hayvanlarda saptayamayız. Sonuncusu ve belki de en önemlisi ise, EEG kaydının mevcut parametreleri epilepsi sürecini de-

metlemek için çok elverişli olmasına karşın, araştırma ve hatta migren sürecini ortaya çıkarma konusunda tamamen uyumsuz olabilir.[42] Örneğin, daha önce gözlemlediğimiz, migrenden kaynaklanan parastezinin yayılma hızı, epilepside görülen benzerlerinden yüz kat daha yavaştır. Diğer migren süreçlerinde ise bu süre, aradakinden çok daha fazladır.

Elektriksel rahatsızlıkların, migrenin ortaya çıkmasıyla beraber oluştuğunu iddia etmek biraz zordur. Fakat rahatsızlığın doğası hâlâ tartışmaya açıktır. Lashley (1941), kendi skotomunu aktarırken (bkz. Tablo 3B), bunların genişlemesinin, görsel korteksin etrafında dakikada üç milimetre hızla hareket eden tepkimelerle uyumlu olduğunu tahmin etmiş ve ardından tamamen engelleyici bir dalganın meydana geldiğini belirtmiştir. Milner (1957), bu yayılma hızıyla, "yayılan depresyon" hızının sayısal benzerliğine dikkat çeker. Yayılan depresyon, yani beyin kabuğunda elektrotonik* rahatsızlık meydana gelmesi ilk defa, Leao (1944) tarafından tanımlanıp araştırılmıştır. Leao'nun yayılma depresyonlarını, kafa derisine yerleştirilen elektrotlarla gözlemlemek, daha da önemlisi meydana gelişini, bilinen herhangi bir fizyolojik süreçle bağdaştırmak mümkün olmamıştır. Ayrıca, büzülme teorileri konusunu ele alırken vurguladığımız gibi, klinik kanıtlar, iskemik ya da depresif herhangi bir lokal süreçten ziyade, kortikal işlevin geniş alana yayılmış değişimini ortaya koyar.

Yaklaşık otuz yıl önce Lashley, migren esnasındaki gerçek sinirsel faaliyet konusunda hiçbir şey bilinmediğini ortaya koydu. Maalesef bu yargı günümüzde hâlâ geçerliliğini korumaktadır. Liveing'in açıkladığı gibi, migren sürecinin kökeni, uyarılma ve engellemenin tonusa bağlı yavaş değişimi, beyin sapının derinliklerinde yatmaktadır; fakat bu değişimleri tespit edip,

* Elektrik akımı etkisiyle uyarılan kas veya sinirde meydana gelen değişiklik – ç. n.

42 Yakın bir geçmişte, EEG uzmanı P. C. Carolan ile çalışırken, iki hastanın –aynı yumurta ikizi kız kardeşler– şiddetli skotomatöz migren aurası esnasında EEG'lerini gözlemleme şansını yakaladım. Her iki vakada da, delta aralığında (1-3 Hz.) art kafadaki elektrotlara bağlı, inanılmaz yavaş dalgalar gördük. Hastalar eskisi gibi düzgün görmeye başladıktan sonra birkaç dakika içinde dalgalar kayboldu.

özelliklerini ve sebeplerini ortaya koyma başarısını henüz yakalayamadık. Sanırım, önümüzdeki birkaç yıl içerisinde de bu durum değişmeyecek.

Sonsöz

Geçtiğimiz otuz yıl migrene ilişkin ortaya çıkan vasküler, kimyasal ve elektriksel rahatsızlıkların yoğun araştırmasına ve bu tür anormallikleri, nöbetlerin meydana gelmesindeki başlıca ve temel mekanizma varsayan teorilerin hızla artışına tanıklık etti. Bu devasa araştırmalar, birkaç bin sayfalık dokümanları oluşturdu (Wolff'un 1960'ta derlediği kaynakça ve 1905 referanstan oluşan listesi bunların sadece bir kısmını temsil eder). Bizlerse günümüzde bu incelemelerin bazı önemli satırlarını yorumlamaktan fazlasını yapmadık gibi görünüyor. Hepimiz belli araştırma alanlarını (migrenin nedenlerinde alerjik faktörler arama konusunda olduğu gibi) ve bazı alt teorileri (örneğin serotonin hipoteziyle ilişkin otoimmün mekanizma ve olası mast hücre bozuklukları) temel fizyolojik konularla bağdaşacağından şüphe duyarak görmezlikten geldik.

Migrenden kaynaklanan baş ağrısının ilk anda göze çarpan nedeni, Wolff ve meslektaşlarınca dikkatle incelenmiş ve açıklanması tüm yönleriyle kafatası dışı atardamarların genişlemesi ve lokal ağrıya neden olan faktörlerin ortaya çıkışıyla ilişkilendirilmiştir. Fakat migrenin diğer önemli yönlerinin temelinde vazomotor mekanizmaların yatıp yatmadığı kuşkuludur ve özellikle migren aurası bulgularını lokal kortikal iskemi bağlamıyla açıklamak pek mümkün değildir.

Mecholyl* histamin, reserpin gibi maddelerin, *bazı* migren nöbetlerini andıran klinik bulgular üretebileceği ortaya konmuştur. Aslında bu tür iyatrojenik** reaksiyonlar, ani gelişen nöbetlerin temel özelliklerinden yoksundur. Yeterince doğrulanamayan bazı bulgular, sistemli hümöral değişimlerin (örneğin

* Methacholine adlı parasempatik sistemi uyaran bir maddenin adı – ç. n.

** Esas hastalığın tedavisi sırasında ortaya çıkan ve bu tedaviye bağlı gelişen ikincil bir rahatsızlık durumu – ç. n.

5-hidroksitriptamin), ani gelişen nöbetlere eşlik edebileceğini fakat, bu tür değişimlerin tüm nöbetler için yeterli ve gerekli zemin oluşturduğuna dair *hiçbir* kanıt olmadığını ortaya koymuştur. Migrenin, ciddi klinik değişim ve dönüşümler göstermesi, bazı migren auralarının aniden ortaya çıkması (ve zaman zaman son bulması) ve migren nöbetlerinin güçlü ve engelleyici kimyasal ilaçlarla (örneğin serotonin baskılayıcı methysergide) tedavisine rağmen, tekrarlama eğilimi gösterdiği göz önünde bulundurulursa, tek bir metabolik esasa dayanması imkânsız gözükmektedir.

Sonuç olarak, bu tür vasküler ve hümöral faktörlerin bugün ve belki gelecekte de keşfedilmesi, migrenin patogenezinde *kısmen*, bazen ve bazı nöbetlere ilişkin ara faktörler düzeyinde önem arz eder. Vazomotor (Latham-Wolff) hipotezinin kullanımı, bir asır öncesinde Liveing'in de açıkça fark ettiği gibi, kısıtlıdır (*"... Hiç kimse, bu tür bir hipotezin kavrayışımıza yardımcı olabileceğini düşünemez..."*). Aynısı herhangi bir kimyasal hipotez için de geçerlidir. Karmaşık migren sorununa ışık tutamadıkları için, *merak uyandırmaktan uzaktırlar*.

Borges hipotezler konusunda şu görüşünü aktarır:

> Hakikatin en azından merak uyandırma yükümlülüğü bile olmadığını öne süreceksiniz. Benim size cevabım ise şu olacak: Hakikatler bu yükümlülükten kaçınabilir ama hipotezler asla.

Bu anlamda, elektriksel teorileri merak uyandırır zira bunlar, migrenin yegâne nörofizyolojik ilişkisini açıklama girişimleridir. Şimdiye dek başarısız olsalar da, teknolojik gelişmelerle birlikte ilerleme kaydedebilirler. Örneğin migren aurasının mantıklı ve ayırt edici bir fizyolojik ilişkisi kesinlikle yok gibi. Sinir sisteminde kendine özgü bir migren "süreci" keşfetme umudumuz ise ayrı bir konudur ve önümüzdeki bölümde ele alınacaktır.

11. Migrenin Fizyolojik Oluşumu

Hüznün bu kendini beğenmişliği, bu vakur duruşu, bazı insanların hallerinde o kadar çok çeşitlilik yaratmaktadır ki, alfabedeki tüm harfler farklı dillerde bir araya gelse daha fazla sözcük yaratamaz. Öylesine kuralsız, anlaşılmaz, değişik ve sınırsız ki, Protheus'un kendisi bile bu denli farklılık göstermemiştir...

Burton

Robert Burton'ın hüznü tarif ederken söylediği gibi migren sorunu, açıklamak durumunda olduğumuz sınırsız çeşitlilikte hal ve bulguyu içerir. Geçen bölümde ele aldığımız basit mekanizmalar yerine bu kez bütünüyle daha *genel* bir teori ya da bir dizi teoriler ortaya koymalıyız. Bu migreni her yönü ve türüyle kapsayacak kadar genel, aynı zamanda herhangi bir bulguya uyarlayacak kadar da özgün olmalı.

Migren bulgularını ve bu bulguların temelindeki mekanizmaları, farklı işlevsel düzeylerde, en düşükten en yükseğe inceleyeceğiz. Ola ki bu metotlar amacımız için yetersiz kalırsa, nörofizyolojideki "işlev" veya "merkez" anlayışımızdan tamamen farklı nosyonları benimsemek ve nörolojinin geleneksel sabit cihaz ve mekanizma terimlerinden ziyade, işlevsel sistemin dinamik terimleriyle düşünmek zorunda kalacağız.

Migrenin vejetatif bulguları parasempatik yönden baskındır. Farklı bulguların değişen değerlerinin, parasempatik sinir

sisteminin anatomik ve işlevsel biçimleri ile uyumu çarpıcı bir gerçektir. Vücudun tüm önemli iç organ, damar ve bez yapılarında, iç organların sinir sistemini en düşük seviyede oluşturan, anatomik açıdan benzersiz pleksuslar* mevcuttur. Bu tür farklı işlevleri olan çok sayıda ağın, çeşitli parasempatik sendromların fizyolojik altyapısını oluşturduğunu varsayabiliriz. Bu tür ağlardaki lokal sinirsel faaliyet, merkezi sinir sisteminin ilk boşalmasıyla birlikte bir kez harekete geçerse bu dakikalarca, saatlerce hatta günlerce, benzersiz işlevi olan ve gerileyen bir uyarılma haliyle sürüp gider. Örneğin dinmek bilmeyen, lokal bir hemikraniya vakasında, tek bir damar çevresindeki pleksusla sınırlı, görece izole olmuş bir rahatsızlık gözlemleyebiliriz. Diğer vakalarda, lokal sinir hücresi uyarılması, mide duvarının sinir ağlarına, kalın bağırsağa, gözyaşı bezlerine vb. yerleşmiş olabilir. İlk baştaki sinir hücresi farklılaşması, sonradan lokal doku değişiklikleri ile takviye edilir. Örneğin, uzun süren vasküler baş ağrısında ya da ilk nörojenik rahatsızlığı takip eden diğer uzun vadeli değişimlerde ortaya çıkan transüdasyon** ve steril iltihaplanma gibi. Migrenin vejetatif bulguları, son ve en düşük seviyelerinde parasempatik sistemin sinir ağı yapısı sayesinde tekrar ortama girer, yükselir ve izole olur. Gerek doğuştan var olan, gerekse de şartlı olan, başlangıçtaki lokal farklılıklar, yardımcı bir rol üstlense de hangi tür nöbetin ve hangi migren eşdeğerinin meydana geleceği, muhtemelen merkezi mekanizmanın "yönlendirmesine" bağlıdır. Fakat esasen, bir uç organ ya da lokal bir pleksus sistemden çıkarılırsa (örneğin cerrahi müdahale ile) migren nöbetleri az bir farklılaşmayla yeniden ortaya çıkar. Bu *sabit yüzeysel mekanizmanın mümkün olduğunca kullanıldığını, migrenin merkezi oluşumunun ise esnekliğini* gösterir.

Yüzeysel yapı ve faaliyetleri belirtmek için, parasempatik deyimi ilk başlarda sıkça ve daha sonra kolaylık olması açı-

* Sinir düğümü ağları – ç. n.

** Kan serumunun kılcal damar duvarından sızarak vücut boşluklarında toplanması – ç. n.

sından sınırlı kullanılmıştır. Migrenin, parasempatik nöbet tanımlaması yetersizdir zira, diğer tüm nöbetlerin de merkezi ve serebral bileşenleri vardır. Bu konudaki uygun kavram ve terimler, bağımsız merkezi ve diensefalik* işlevler üzerine yaptığı ünlü çalışmalarda ilk kez Hess tarafından ortaya konmuştur (Hess, 1954). Hess, yüzeysel sempatik faaliyetle merkezi uyarılmanın kombinasyonunu belirtmek için "ergotropik" ve bunun aksini belirtmek için "tropotropik" terimlerini kullanır. Bunlar sadece fizyolojik değil aynı zamanda biyolojik ve organizmaya ilişkin terimlerdir. Dolayısıyla ergotropi, organizmanın dış dünyaya yönelmesi, faal olması, çalışması vb. anlamındadır. Organizma bunları yapabilmek için artan bir dinçlik, duyuların berraklığı, kas tonusu ve sempatik tonus ile donatılır. Tropotropi, organizmanın kendi iç yaşamına yönlenmesi anlamındadır. Bu durumda bilinç seviyesindeki görece baskılama, berrak duyular ve kas dokusu yanında iç organ ve bezlerde artan faaliyetle donatılacaktır. Hess'in terminolojisi, migren nöbetlerini kavramamızda çok faydalı ve önemli bir yer tutar. Ortaya koyduğu tropotropi ölçütlerinin (artan parasempatik tonus, azalan uyarılma, EEG'nin hipersenkronizasyonu gibi), migren nöbetlerinin büyük bir bölümünde yerine getirildiği çok açıktır: Diyebiliriz ki migren büyük ölçüde, *polimorfik*** *tropotropik bir sendrom*dur.

Hess'in kavramları birçok araştırmacı tarafından detaylandırılmış ve klinik problemlere uygulanmıştır. Bu araştırmacıların en seçkini Gellhorn'dur. Gellhorn, beyin ve omurilik ekseninin tüm seviyelerinde, anatomik, fizyolojik ve farmakolojik açıdan farklı ergotropik ve tropotropik sistemlerin varlığını ortaya koymuştur (bkz. Gellhorn, 1967). Ergotropik ve tropotropik faaliyetlerin karşılıklı dengede tutulduğu gösterilmiştir. Bu denge, Gellhorn'un deyimiyle, sinir sisteminin herhangi bir anda "akort" edilmesine karar verir. Bu yüzden, ergotropik sistemin baskılanması tropotropik kısmın uyarılmasına neden olur. Aynı durum bunun tersi için de geçerlidir. Ayrıca, bağımsız uyumda

* Beynin orta hattında bulunan ve "ara beyin" de denilen diensefalon ile ilgili – ç. n.
** Çok şekilli veya değişik aşamalı – ç. n.

göze çarpan herhangi bir değişimin ardından, genelde zıt yönde bir geri tepme* olgusu gelir.

Bu noktadan itibaren basit migrenin oluşumunu Hess'in terminolojisini kullanarak açıklayabiliriz. İlk ya da başlangıçtaki bulgular ergotropik yönden baskındır. Nöbetin büyük bir kısmı tropotropik yığılma gösterir ve geri tepme bulguları yine ergotropiktir. Bu nedenle, basit migreni, sinir sisteminin uyumunda tutarlı ve tipik değişimlerin oluştuğu üç aşamalı bir nöbet şeklinde gözümüzde canlandırabiliriz. Bu nosyon, migrene ilişkin Lennox'un "otonomik kriz" tanımıyla kabaca uyuşur. Migren sürecinin kesin başlangıç noktasının neresi olduğu söylenemez ve soruyu bu şekliyle sormanın anlamsız olabileceğinden kuşku duymalıyız, zira ergotropik ve tropotropik sistemler bir uçtan diğerine, omurga boynuzlarından beyin sapı ağına oradan hipotalamusa ve nihayet serebral korteksin orta kaidesine, beyin ve omurilik ekseninin merkezinde hiyerarşik bir biçimde yer alırlar.

Bunun dışında, migren aurasının çok yoğunlaşan seyrinde bir uyarılma (parıldayan skotom, parestezi, heyecan, yaygın duyusal uyarılma gibi) ve baskılanma (negatif skotom, anestezi, uyku hali, baygınlık, şuur kaybı, yaygın duyusal baskılanma vb.) döngüsü görülebilir. Eğer bu döngü meydana gelirse, tekrar uyarılma sadece 30-40 dakika sürer.

Geldiğimiz nokta, Liveing'in bir asır önce ileri sürdüğü migren sürecine benzemektedir: *Faaliyeti, beyin yarım kürelerinin çıkıntıları ve otonom sinir sisteminin yüzeysel dallanıp budaklanması yoluyla muhafaza edilen, bir tür orta beyin krizi.*

Korteksin migren aurası sırasında tırmanan bir bombardımana maruz kaldığını ve buna ikincil faaliyetlerle tepki verdiğini betimleyebiliriz. Bu faaliyetler çok odaklıdır (parıldayan skotom, parestezi vb.) ve korteksten kaynaklanan yaygın bir uyarılmanın arka planına yerleşiktir. Benzer biçimde, yüzeysel otonomik pleksusların da artan bir engellemeye maruz kaldıklarını düşünebiliriz. Bunlar da kendi ikincil, çok odaklı faaliyet-

* Burada sözü edilen geri tepme, uyarının kesilmesini takiben dokunun yeni bir güçle tam kasılma ya da tam gevşeme tarzında refleks hareket göstermesidir – ç. n.

leriyle buna karşılık verirler. Migren sürecine ilişkin bu resim, şematik olarak Şekil 7'de gösterilmektedir.

Yine de bir migren aurası sırasındaki serebral korteks faaliyetlerini tanımlamak için daha fazla kavram ve terime ihtiyacımız var. Migrenin görsel halüsinasyonları, bu tür üst süreçlerin ve oluşumların en açık belirtilerini ortaya koyar.

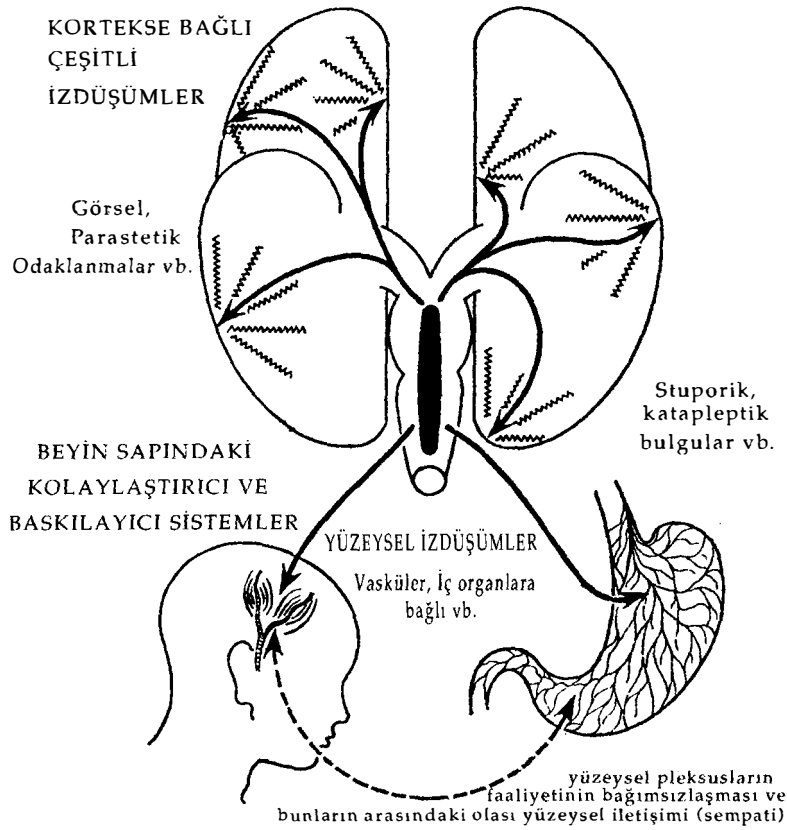
3. Bölüm'de, en basitinden en karmaşığına kadar *birbirini takip eden*, bir dizi görsel halüsinasyonun meydana gelebileceğini gözlemlemiştik. Bu, örneğin meskalin türünde belli ilaçlara, uyku ya da duyumsama yoksunluğuna verilen tepkiye benzer. Bu yüzden, migren silsilesini, Hebb'in (1954) duyumsama yoksunluğunun neden olduğu görsel halüsinasyon tanımı ile kıyaslayabiliriz:

> Görünen o ki, bu faaliyet basitten karmaşığa epey düzenli bir seyirde gelişiyor. İlk bulgu, gözler kapalı olduğu zaman görsel alanın koyu bir renkten açık bir renge dönüşmesidir; sonra, noktalar, çizgiler ve basit geometrik şekiller görüldüğü kaydedilmiştir... Bir sonraki adımda, duvar kâğıdını andıran şekiller görülür... Daha sonra herhangi bir arka planı olmayan tek başına cisimler görülür... son olarak, rüya benzeri çarpıklıklar içeren, bütünleşmiş, iç içe geçmiş görüntüler söz konusudur.

En basit migren fosfeninin* görsel alan etrafında oluşturduğu şekiller ve koridorlar, renkli ve soyut şekillerden (titreşen ışıklar, yıldızlar, tekerlekler, yuvarlak, fırıl fırıl dönen cisimler) oluşan halüsinasyonları akla getirmektedir. Penfield ve Rasmussen'in tarifiyle görsel korteksin (bölge 17) doğrudan uyarılmasını andıran olgular.

Parıldayan skotom şekli, muhtemelen migren sürecine özgüdür ve halen deney yoluyla simülasyonu yapılmamıştır. Lashley (1941) bu skotomların (ayrıntıyla açılandırılmış, Şekil 3'te görüldüğü gibi görsel alanın alt kısımlarında daha kaba), karakteristik mikro yapılarının temelinde hücre yapıcı şekiller veya esas görsel kortekse (koniokorteks) ait sinir hücresi zerrecikleri olduğunu iddia eder.

* Kapalı göze basınç uygulanmasıyla da meydana gelen ışık hayali – ç. n.



Şekil 7: Migren sürecinin varsayıma dayanan şeması Migren sürecinin şematik temsili. Yavaş, periyodik, orta beyinde meydana gelen ve izdüşümü serebral korteks çıkıntısında migren aurasının (skotom, parestezi vb.) ikincil sürecini ve otonom pleksusların tüm gövdede kuyruksu biçimde dallanıp budaklanmasını tetikleyen kriz faaliyeti. Gowers'ın deyimiyle süreç "... çok gizemli... sanki yayılan tuhaf bir faaliyet biçimi. Tıpkı göle bir taş atıldığı zaman suda yayılan halkalar gibi... Hareket eden halkalarla oluşan dalgaların geçtiği yerde, geride kalan yapının moleküler bozulmasına benzer bir durum."

Lashley ayrıca, skotomun yayılma hızı üzerine yorum yapmış ve esas görsel korteksin üzerinde, dakikada yaklaşık 3 milimetre hızla hareket eden bir tepkimenin hızına yakın olduğunu ve bunu bir baskılama dalgasının izlediğini hesaplamıştır. Bu sürece ilişkin "gerçek sinir sistemi konusunda hiçbir şey bilinmediğini" kabul eden Lashley, ne lokal başlayan rahatsızlık teorisi ne de korteks altı seviyeden kaynaklanan uyarılmaya ilişkin teori konusunda fazla üstelemez.

Görsel korteksin, uyarılmaya karşı, neden cilt-kinestezi* korteksi (bölge 3) ya da işitsel kortekse (bölge 41) ilişkin bölgelere kıyasla daha duyarlı olduğu tam anlaşılamamıştır. Ayrıca, skotomun ya da parestezinin titreşme hızını (saniyede 6 ila 12) belirleyen temel sürecin ne olabileceği de açık değildir. Fakat, bu titreşme hızlarının, alfa ritimleriyle ve EEG'nin fotik yönlendirilmesine, foto-epilepsi ve foto-skotoma neden olan stroboskobik aydınlanma ile aynı frekanslara sahip olması muhtemelen tesadüf değildir. Bu frekansın sabit ve sınırlı bir algı detayı hızı veya ultrasonik görüntü tarama ile bağlantılı olduğundan kuşku duyulabilir.

Basit fosfen ve parıldayan skotom oluşumunun ardından, daha üst düzeyde görsel yanılsamalar ve halüsinasyonlar ortaya çıkabilir. Mikropsi ve makropsi, çeşitli türlerde psişik körlük, mozaik görme ve görsel imgelerin stereotip (sinematik) tekrarı gibi. Görsel korteksin ikincil ya da yüzeysel alanlarının simülasyonunun, belirli bir zaman-boşluk sırasıyla, görsel halüsinasyon oluşumuna yol açabileceği, deneylerle ortaya konmuştur. Yanı sıra, tüm karmaşık görsel halüsinasyonların bu veya daha yüksek bir seviyede ortaya çıktığını varsayabiliriz. Mozaik görme ve değişik büyüklüklerde mozaik algılama (bkz. Şekil 4) olgusuna ilişkin bulgulara bakarak, anatomik açıdan sabit hücre oluşturan şekillerin *ötesinde*, bir tür işlevsel şemalandırma olduğunu varsayabiliriz.

Konorski'nin (1967) ileri sürüp doğruladığı algılama ya da bilinç birimi (algılanabilir en küçük yapılar) teorisinin, mozaik görme olgusuyla bağlantısı olabilir. Bilinç biriminin, güçlükle algılanabilen zerrecik veya ayrıntılı kristal görünümünde başla-

* Kinestezi: Kas faaliyetinden kaynaklanan his – ç. n.

dığını ve görsel tanıma kusuruyla sonuçlanana dek, artarak kabalaşan mozaik oluşumları aşamalarından geçtiğini belirtmiştik. Bu bulguların, gelişerek büyüyen bilinç birimlerinin öznel deneyimlerini temsil ettiğini ileri sürebiliriz. Bu birimler normal görünürlükte olup, büyüdükçe göze batan ve giderek kabalaşan çokgen birimler halini alır. Tıpkı bir zerrecik fotoğrafının çok defa büyütülmüş hali gibi, büyüklükleri biçimsel içeriklerinin sunduğu bilgiyi aşana dek ve cisimlerin tanınması zor veya imkânsız hale gelene dek büyür.

Migren aurasına ilişkin en karmaşık duyu halüsinasyonları, sinaestezi* ve diğer duyu etkileşimleri, rüya benzeri, her türlü soyut şekli içeren silsileler, afazi ve genel düşünce ve davranış bozukluklarıdır.

Migren aurasındaki bu halüsinasyon hiyerarşilerinin, birbiri ardına faaliyet gösteren farklı korteks alanları ile bağlantılı olduğunu ileri sürebiliriz. Luria (1966), yoğun uyarı akışının alınması ve geri gönderilmesine yarayan merkezi korteks alanlarının (örneğin görsel kortekstеki bölge 17), sinir hücresi yapılarının "kaba hatlarıyla" diğer alanlardan ayırt edilebileceğini ortaya koymuştur. Özellikle görsel kortekse ait bu merkezi alanlar, görünürde çıkıntılı bir uyaran izdüşümüne karşı çok duyarlıdır ve tepkileri, görsel veya dokunsal alanlardaki (skotomlar ve parestezi) basit somatotopik** halüsinasyonlar halinde görülür. Güçlü uyaranlar ikincil duyu alanlarına yayılabilir ve burada tek bir soyut şekli içeren idrak kaybı ve daha karmaşık halüsinasyonlara yol açabilir. En yoğun migren auralarında, üçüncü derecedeki korteks alanları harekete geçebilir. Bunlar Luria'nın ifadesiyle görsel, işitsel ve kinestetik çözümleyicilerin bir arada, bütünleşerek gösterdikleri faaliyetin sonucu meydana gelen en karmaşık şekillerdir. Bunlar uyarıldığı takdirde, korteks faaliyetinin ortaya koyduğu genel oluşumu ortadan kaldırabilir (karmaşık kargaşa durumları). Şekil 8, birinci, ikincil ve üçüncü derece bölgelerin korteks alanını işgal etmesini ve üst üste bitişerek örtüşmesini gösterir.

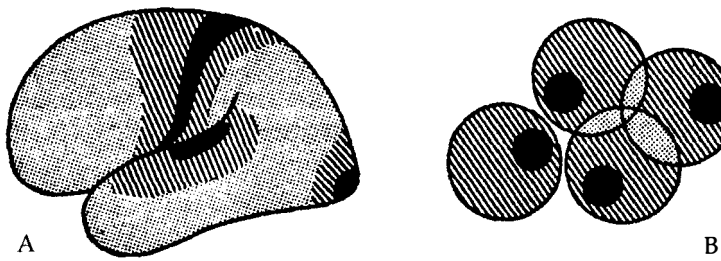
Migrendeki düzensizliklerin, basit vejetatif rahatsızlıklardan (yüzeysel bağımsız pleksusların da devrede olduğu), merkezi uya-

* Duygu kusuru; bir duyguyu başka duygu ile karıştırma – ç. n.

** Beynin belli bir bölgesi ile bedenin belli bir bölgesi arasındaki iletişimle ilgili – ç. n.

rılma mekanizmalarına ve sinir hücresi bölgelerinin birkaçını da içeren çeşitli korteks rahatsızlıklarına kadar çok geniş bir alana yayıldığını görürüz. Bu adeta migrenin dağarcığını oluşturur. Bu noktada migrenin, bu erişim alanı ya da menzil içerisinde gösterdiği çeşitliliği ve değişim aşamalarını ele almalıyız. Basit migrenin, kortekse ilişkin hiçbir bulgusu yoktur. Tek başına oluşan migren auraları, esasen kortikal bulguları kapsar. Klasik migrenleri ise birkaç kapsam düzeyinde araştırmak gerekir.

Migrenin özellikleri olan permütasyon ve dönüşümlerin fizyolojik esaslarını incelemeliyiz: Gowers, bir migren eşdeğerinden diğerine, basit migrenden klasiğe, migren nevraljisinden basit migrene, migrenden epilepsi, baygınlık, şuur kaybı ve diğer tüm ilişkili reaksiyonlara tümünü ortak sınırlar içerisinde değerlendirir. Bunlar migrenin en etkileyici, en zor yönleridir ve beyne ilişkin işlevler çok farklı kavramlarla ele alınmazsa



Şekil 8: Migren aurasına ilişkin korteks alanları Serebral kortekse ait sinir hücresi bölgelerinin, birinci, ikincil ve üçüncü derecedeki dağılımı ve ayrımı. Basit duyu halüsinasyonlarının (görsel, dokunsal, işitsel), primer düşük eşik uyarandan kaynaklandığı, algılama ve bütünsellik işlevlerine bağlı daha karmaşık değişimlerinin ise ikincil ve üçüncü derecedeki bölgelere yayılan yoğun uyarılmadan kaynaklandığı sanılmaktadır.

bunlara yaklaşmak bile zorlaşır. Migrenin çeşitli aşamalarını ve dönüşümlerini, sabit sinir mekanizmalarıyla açıklayabilmek imkânsızdır.

Bir asır önce, hem Liveing hem de Hughling Jackson bu gerçeğin açıkça ayrımına varmıştı. Jackson çok daha detaylı ortaya koymuş olmasına rağmen, her ikisi de benzer sonuçlara vardılar. Şöyle der Liveing "... bu eğilimin (sinir şiddeti) belli bölgelerdeki yoğunluğu, esasen söz konusu nevrozun karakterini belirler." Jackson ise, anatomik açıdan eşsiz merkezler ve yerleşik işlevler gibi kavramlardan vazgeçip, sinir sistemini, her işlevin ortaya konduğu değişik seviyeler içeren bir hiyerarşik organizasyon biçiminde tasavvur eder.

> Sinir sisteminin baştan aşağıya, duyuları harekete geçiren bir mekanizma (motor) olduğunu farz ediyorum. Sinir sisteminin her parçası bir etkileşimi, hareketi veya her ikisini birden ortaya koyar... Yüzey en alt seviyedir; fakat merkezi değişime dair üç seviyeden bahsedeceğiz. (1) Alt seviyede omuriliğe ait ön ve arka boynuzcuklar, biraz yukarıda ise özdeş oluşumlar vardır... (2) Orta seviyede motor bölge ile beraber korpus striatumun (çizgili cisim) sinir düğümleri ve duyu bölgesi bulunur. Bu, gövdenin tüm kısımlarını çok daha dolaylı ortaya koyar. (3) En üst seviye ise en yüksek motor merkezlerinin (alın lobunun önü) ve en yüksek duyu merkezlerinin (art kafa lobları) olduğu yerdir.

Dolayısıyla, her işleve ait karmaşık bir "düşey" oluşum olması akla yatkındır. Bulgunun yerleşmesi hiçbir zaman zarar gören işlevin yerleşmesi ile özdeşleştirilmemelidir. Farklı epilepsiler, işlevin aşamalı zarar gördüğünü ortaya koymuştur. Bu yüzden, en yüksek seviyedeki kriz bir grand mal* nöbeti ve en düşük seviyedeki ise laringospazm (gırtlak epilepsisi veya migreni) biçiminde gözlemlenir. Jackson, migrene kısaca değinir, fakat aşağıdaki satırları yazarken açıkça klasik nöbetlerden bahsetmektedir:

* Grand mal ya da majör epilepsi, nöbet esnasında bilinç kaybı ve tüm vücudu saran sarsılmalarla belirgin epilepsi şeklidir. – ç. n.

> Migren vakalarının duyusal epilepsiler olduğuna inanıyorum. Sanırım nöbetin duyu bulgularının ortaya çıkması, optik talamustan (orta duyu merkezi) kaynaklanan ve sarsılmalara bağlı "lezyon akımı"na ilişkindir. Baş ağrısı ve kusma, inanıyorum ki, nöbet sonrası akımlardır.

Vejetatif bulguların baskın olduğu basit migrenler en düşük seviyede, karmaşık halüsinasyonların ve rüya hallerinin baskın olduğu migren auraları ise en yüksek seviyede krizlerdir. Jackson terminolojisinde, tüm migren türleri, aynı oluşumu paylaşır. Bu oluşum, özdeş mekanizmaların değişik seviyelerde ortaya çıkmasıdır.

Jackson, epilepsi analizinde, özellikle hareket ve motor işlevlerin hiyerarşik düzeni üzerinde durmuştur. Oysa biz, daha ziyade bağımsız ve duyumsal işlevlerin düşey oluşumu üzerinde duruyoruz. Bunların da, beyin ve omurilik ekseninin giderek artan seviyelerinde tekrarlayarak yer aldığı gerçeği, nöbet türlerine yeni seçenekler katar. Migren silsilesi ya da sendromu, en yüksek Jackson seviyesinde* (karmaşık aura), orta Jackson seviyesinde (korteksin sadece esas duyu bölgelerine ilişkin basit aura) veya en düşük Jackson seviyesinde (basit migren ya da migren eşdeğeri) görülebilir.

Jackson, epilepsinin kökenlerine ilişkin düşey yayılmanın yanı sıra yardımcı (yan) yayılmadan da söz eder. Yardımcı yayılma, aynı işlevsel seviyede, bitişik bir bölgenin varlığını işaret eder. Anatomik açıdan tanımlanmış bir "boşaltma odağının" eksikliği, bu tür yan yayılmalarda kısıtlama olmayacağı anlamındadır. Bu nedenle, örneğin, esas duyu bölgelerinin faaliyetinden kaynaklanan bir aura, görsel veya dokunsal bölgeleri ayırt etmeksizin içerir ya da "seçebilirken", düşük seviyedeki sıradan bir migren, beyin sapı düzeyindeki bağımsız bölgelerin bir kısmını içerir. Bu eşit biçimde bazen bir baş ağrısı nöbetine, bazen karın ağrısı nöbetine bazen de kalp bölgesinde bir krize (kalp krizi ile karıştırılmamalı) neden olabilir.

* Bu araştırmaları yapan doktor Jackson'ın adıyla anılan terminoloji. Aynı zamanda Jackson Epilepsisine de isim babalığı yapmıştır. Bu, bir grup kasta spazm şeklinde başlayıp sarsılmalara dönüşen epilepsi şeklidir – ç. n.

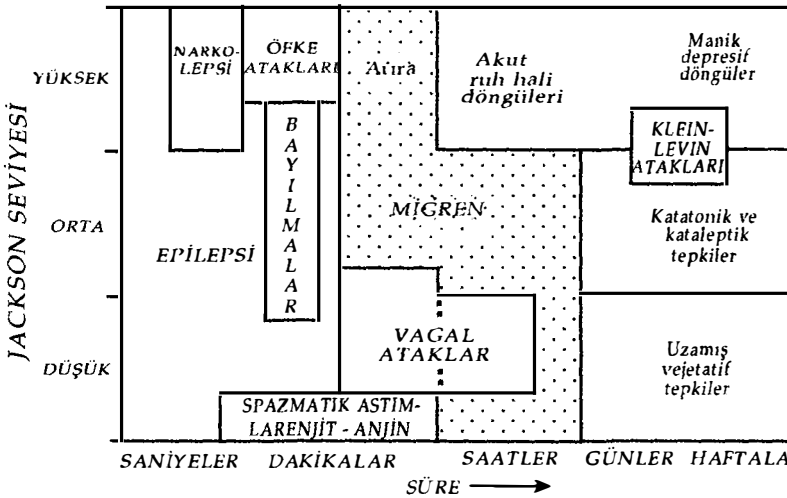
Jackson'un işlev ve sinir sisteminde yerleşme üzerine ortaya koyduğu fikirlerin, doğrulanması ve geliştirilmesi, Pavlov sonrası refleksologların özel ilgi alanı haline gelmiş ve birçok temel doktrinin üzerinde düşünüp yeniden tanımlamayı zorunlu kılmıştır (bkz. Luria, 1966). Dolayısıyla, bu ekole göre işlev, esasında belirli bir biyolojik görevin yerine getirilmesi amacıyla yönlendirilmiş işlevsel bir sistemdir. Bu tür işlevsel bir sistemin en önemli özelliği, temelinde, sinir sisteminin farklı seviyelerinde konumlanmış, deyim yerindeyse dinamik "küme" bağlantıları olmasıdır. Bu takımyıldızlar birbirlerinin kolayca yerini alabilir ya da değişikliğe uğratmadan bizzat görevle yer değiştirebilir. Luria'nın ifadesiyle, işlevsellik yönünden bir araya gelmiş bu bileşenler somut değil ama sistematik bir yapıya sahiptir ve sistemin ilk ve son bağlantıları (görev ve etki) sabit kalıp değişmezken, ara bağlantılar (görevin yerine getirilmesinde kullanılan araçlar) geniş limitler içerisinde değişikliğe uğrayabilir.

Luria tarafından ele alınan, hareket ve motor görevlere ilişkin bu hususlar, migreni ve onun otonomik ve psikosomatik görevlere dönüşmesini kavramakta vazgeçilmez unsurlar gibi görünürler. Görev, sinir hücrelerinin boşalma gereksinimiyle (periyodik ya da nöbetsel migrende) veya koşullara ya da konuma bağlı fiziksel ve duygusal ihtiyaç(lar)la şekillenebilir. Son bağlantı, yani migrenin etkileri, fizyolojik (veya duygusal) dengenin yenilenmesidir. Fakat uyarlanan görev somut değil sistematik bir yapıdır. Yani kullanılan esas mekanizma çok, çeşitli ve değişken olabilir. Migrenin, omlet pişirirken yapılan doğaçlamalar kadar çok yöntemleri olabilir. Eğer belirli bir ara bağlantı, bir mekanizma, aradan çıkarsa, bozulan görevi düzeltmek için tüm sistem yeniden organize olabilir.

Bu nedenle, motor ya da algılanabilir görevdeki gibi, belirli mekanizmalar tüm stratejiye bağımlı hale gelir. Teorik yönden ilgi çekmesinin yanı sıra bu ilkenin büyük pratik ve tedavi değeri vardır. Örneğin, birey fizyolojik veya duygusal açıdan migrene gereksinim duyuyorsa, hangi belirli mekanizma aradan çıkarsa çıksın, nöbetler meydana gelmeye, karmaşıklaşmaya devam edecektir. Şakaktaki bir atardamarı, bir uç organı kesip çıkarırsanız devreye bir başkası girecektir: Diyelim ki bir serotonin baskıla-

yıcı ile nöbetlerin önünü almaya çalışıyoruz. Bu durumda farklı bir ara mekanizmayı devreye sokan nöbetler, tekrarlama eğilimi gösterecektir.

Bu tür gibi işlevsel sistemlerin içeriği karmaşık, unsurlarının değişkenliği esnektir. Dinamik bir oto-düzenleme niteliğine sahiptirler ve bir bakıma, insanların faaliyetlerine hükmederler.



Şekil 9: Birlikte meydana gelen bazı rahatsızlıklarla migrenin bağlantısı
Migren ve migrenle birlikte gelişen rahatsızlıklar burada bir, zaman – nöral (Jackson) seviye bazındaki grafikle gösterilmiştir. Bunların ikisi de ayarlanabilir, dolayısıyla bu, migrenin eğilimli olduğu başkalaşım için de geçerlidir. Burada gösterilen tüm rahatsızlıklar farklı ve kendine özgüdür. Yine de sınırları ortak alanlarda iç içe geçerler.

Özet

Migren reaksiyonu, alt işlev seviyelerinde, öncesinde ve sonrasında yer alan fizyolojik açıdan zıt durumlarla süregelen, parasempatik veya tropotropik tonuslarca tanımlanmıştır. Daha yüksek işlevsel seviyelerde ise esas duyu bölgelerinden, en karmaşık bütünleşmiş bölgelere kadar uzanan sayısız korteks alanlarının faaliyeti (devamında baskılanması) ile tanımlanır. Migre-

nin, yavaş hareket eden bir tür orta beyin paroksisması olduğu düşünülür. Epilepsiye kıyasla, aura vakalarında 20 ila 200 kez ve basit migren vakalarında ise yaklaşık bin kez daha yavaştır. Migreni ayrıca karmaşık bir işlevsel sistemin uyguladığı karmaşık bir görev diye de algılayabiliriz. Bu uygulamadaki yöntemler (ki algılabildiğine değişkendir) sonuçlarına tabidir.

Migren değişik kademelerde, birlikte oluşan nöbetsel ve uyarlanabilir reaksiyonların yayılan ortak sınırları içerisine girer. Bunu iki eksenli bir şemayla gösterebiliriz. Dikey eksen işlevsel (Jackson) seviyeyi, yatay eksen ise bu tür reaksiyonların devam süresini belirtir (Şekil 9). Esasen, migren ve birlikte gelişen reaksiyonların, belirlenmiş bir zaman ölçeği ve işlevsel seviyede değişik bulgularını belirten üçüncü bir eksenin olması, şemanın mükemmelliği açısından elzemdir.

Teşhis ve tedavi amaçları yönünden, migrenlerin önemli kısmını sadece migren olarak tanımlayabiliriz. Teorik açıdan migrenin, epilepsi, baygınlık, şuur kaybı ve diğer bağımsız ve etkin krizlerle birlikte bir arada ve iç içe geliştiği seviyelerde, her nevi melez ve geçici nöbetin meydana gelmesini bekleyebiliriz.[43] Zaman zaman, farklı teşhisleri boşa çıkaran (ve hakikaten anlamsız kılan) bu tür nöbetlerle karşılaşırız.

Bu bağlamda, fizyolojik sınırların, klinik sınırlardan daha kesin olduğundan kuşku duymalıyız. Eğer daha kesinse, sinir sisteminde eşsiz ve patognomonik bir "migren süreci" aramak için tetikte olun. Araştırmaların, bazı temel anormallikleri, kimi epilepsilerdeki diken-dalga formasyonu gibi hızlı ve anlaşılır biçimde ortaya koymasını bekleyemeyiz. Bunun yerine, geniş çapta sinir faaliyetlerinin, farklı işlevsel seviye ve zaman bazında ortaya çıktığını kurgulamalıyız.

43 Şimdiye dek, özellikle *kısa* serebral reaksiyonlarla nöbetsel olanlar arasındaki biçimsel ve klinik ilişki üzerinde durduk. Bunlar ve kimi *uzun* reaksiyonlar arasındaki yakın ilgiyi araştırmak, Şekil 9'da migren, epilepsi vb. ile varsayılan süreklilikleri belirtmiş olsak da, bu çalışmanın sahası dışındadır – özellikle tesirli ve katatonik krizler – Okuyuculara Bleuler'in, bu ortak sınırlardaki geçiş krizlerini (Gowers'ın ortak sınır çalışmasını tamamlayıcı niteliktedir) ve vardığı sonuçları tanımladığı *Dementia Praecox* adlı eseri (sayfa 178) önerilebilir. Şöyle der Bleuler: "Gerçek organik serebral nöbetlerden uyarı durumlarına sürekli geçişler vardır." Benzer bir süreklilik, baskılama durumlarında da gözlemlenebilir. Örnek bir vaka Pierre Janet (1921) tarafından şöyle aktarılır: Hastanın, az çok uzun süren bayılma nöbetleri biçiminde kendini gösteren Paroksismal bilinç bozukluğu vardır. Bu beş yıl süren uyku düzensizliğiyle sonuçlanmıştır.

12. Migrene İlişkin Biyolojik Yaklaşımlar

Koruyucu refleksler şu gruplara ayrılır: (1) Gerekli malzemeyi özümsemeye ilişkin refleksler. (2) İşe yaramayan, kullanılmayan malzemeyi tahliye etmeye ilişkin refleksler – terleme, idrar boşaltma, dışkılama. (3) Toparlanıp canlanmaya ilişkin refleksler – uyku. (4) Soyu korumaya ilişkin refleksler.

Önleyici refleksler şunlardır: (1) Tehlike arz eden bir uyarıcıya veya duruma karşı bedenin tamamı veya bir kısmını geri çekmeye ilişkin refleksler. (2) Vücudun yüzeyinden ya da içinden zararlı maddeleri dışarı atmaya ilişkin refleksler. (3) Zararlı maddeleri yok etme ya da tesirsiz hale getirmeye ilişkin refleksler.

Konorski, 1967

Migrenlerin iç ya da fizyolojik mekanizmalarının, birtakım yapay klinik nöbetler meydana getirebileceğini ele aldık. Şimdi soruna farklı bir açıdan yaklaşıp migren hastası ile migrenin çevreyle olan ilişkilerini inceleyelim. Migren ve migren benzeri reaksiyonların biyolojik kökenleri ve amaçlarına ilişkin, refleks, dürtü, adaptasyon gibi organizmaya yönelik birtakım terimleri kullanmak zorundayız.

Daha önce (10. Bölüm), hayvanlarda "migren" sıfatıyla tanımlanabilir herhangi bir şeyin varlığına tereddütlü yaklaştığımızı söylemiştik. Bu diğer faktörlerin yanı sıra, konuya ilişkin deneysel araştırmaları sınırlamıştır. Öyleyse migrenin sadece bizim türümüze özgü olduğunu mu düşünmeliyiz? Konuşma insana mah-

sus bir üstünlüktür. Ayrıca bazı gelişmiş reaksiyonlar (Darwin'in örnek verdiği, gülme, kaş çatma, küçümseme gibi) sadece insanlarda görülür. Fakat bu faaliyet ve reaksiyonların migrenle, işe yarar bir kıyaslaması yapılmamıştır. Bunlara kıyasla migren, vejetatif faaliyet, genel faaliyet ve davranışta büyük değişimlerin yaşandığı, aşırı düzeyde ilkel bir reaksiyondur. Bu yüzden şimdiye dek migreni, çoğunlukla deneyime dayalı, terimlerle, hastaların şikâyetçi olduğu bulgulardan oluşan ve tabii ki bu noktada, mustarip olup da şikâyetlerini dile getiremeyen hayvanlardan hiç bilgi edinemeyeceğimiz koşullarda ele aldık. Migrenin biyolojik rolüne ve onun hayvanların dünyasındaki benzerlik ve özdeşliklerine ilişkin kafamızda bir resim canlandıralım. Herhalde bu durumda migren hastasının davranışı ve bu davranışla bağlantılı koşullar üzerinde dururduk.

Şu halde, migren davranışının tipik bir resmini çizelim. Hastalığın belirtileri arttıkça, hasta odasına çekilip yatar; perdeleri kapatıp ev halkından sessiz olmasını ister; kendine müdahale edilmesine tahammül edemez. Belirtilerin yoğunluğundan ötürü hiçbir şey düşünemez hale gelir ve eğer nöbet şiddetliyse, üzerine kederli bir uyuşukluk ve uyku çöker. Battaniyenin altına girip kendini dış dünyadan soyutlar ve kendi rahatsız iç dünyasıyla baş başa kalır. Tüm dünyaya şöyle seslenir: "Uzaklaşın ve beni rahat bırakın. Bu benim migrenim. Bırakın da huzur içinde ıstırap çekeyim." Belki de bir süre sonra uykuya dalar. Ve uyandığında her şey bitmiştir. Migren, misyonunu tamamlamış ve sona ermiştir. Migren sonrası bir enerji dalgası, deyim yerindeyse yeniden bir canlanma meydana gelebilir. Nöbeti şu ifadeler tanımlar: Dış dünyadan elini eteğini çekme, gerileme ve nihayet toparlanma.[44]

Daha basit ifade etmek gerekirse, migren reaksiyonunun özellikleri edilgenlik, durgunluk ve hareketsizliktir. Bir taraftan

44 Bu satırları yazdıktan sonra, Freud'un uyku ile ilgili yorumlarına gözüm ilişti. Şöyle yazmış Freud: "Benim için uyku dış dünyayla ilişkimi tamamen koparmadığım bir durumdur. Kendimi dış dünyadan çekerek uykuya dalarım ve devamında gelebilecek uyarılmaları savmaya çalışırım... Uykuya dalarken onlara şunu söylerim: 'Uyumak istiyorum, beni rahat bırakın'... Dolayısıyla uykunun ardındaki biyolojik amaç, toparlanıp, canlanma dürtüsü, fizyolojik özellik ise dış dünyayla olan ilişkiyi askıya almak olabilir" (Freud, 1920, sayfa 92).

dış dünyayla alışveriş en alt seviyedeyken, diğer taraftan iç faaliyetler –özellikle salgılama ve dışarı atma türünde– en yüksek seviyededir. Her ne kadar, sonrasında karmaşık terimler eklense de, migrenin esas uyarlanabilir işlevini bu terimlerle algılayabilir ve hem hayvanların hem de insanın dünyasındaki benzer reaksiyonları bu terimlerde arayabiliriz.

Migrenin esas rolü, özellikle Konorski'nin ifade ettiği önleyici reflekstir. Tüm bedeni "tehlike arz eden duruma veya uyarıcıya karşı" geri çekme; kısaca, tehdit unsuruna karşı oluşan belirli bir tepki biçimi. Bu rolle eşzamanlı gelişen ve belki de ona bağlı bir saldırı işlevi (zararlı maddeleri yok etme ya da tesirsiz hale getirme) ve bir tahliye işlevinden söz edebiliriz. Bunların her ikisi de, duyumsanan "zararlı madde" ile bağlantılıdır veya zararlı ya da nefret edilen duygusal bir durumla sembolize edilirler. Migrenin toparlanıp canlanma ifadeleri, uzun süreli fiziksel ya da duygusal sıkıntının devamında meydana gelen nöbetlerde ve uyuma taklidi yaparken açıkça görülür. Dolayısıyla bu bağlamda "tehdit", hem akut hem kronik durumları ve hem fiziksel hem de duygusal koşulları ifade edebilir düzeyde, mümkün olan en geniş anlamıyla kullanılmaktadır.

Hayvanların dünyasında tehdide, birbirinden çok farklı iki tepki biçiminden biri veya her ikisi birden gösterilir. Akla hemen gelen yaygın bir tepki, duygularla bağlantılı öfke ve korkuya kapılıp aktif ve fiziksel biçimde ortaya konan tepkidir. Cannon (1920), bunun genel mekanizmasının, akut reaksiyonlar yönünden, Selye (1946) ise güçlü fizyolojik reaksiyonlar yönünden eşsiz tanımlarını yapmışlardır. Akut tepki, aşırı uyarılma içerir ve sempatik yönden baskındır: Kaslar gerili, derin nefes alınmış, kalp atışları hızlanmış, duyular tetikte, tüm fiziksel beceriler son raddesine kadar kullanıma hazır ve bir taraftan da içeride devam eden süreç (parasempatik dürtüleme) baskılanmıştır. Akut reaksiyon, adrenalin ve diğer uyarıcı aminlerin salgılanmasına ve bunlar tarafından takviye edilmesine neden olur. Kronik reaksiyon ise adrenokortikal* faaliyet ve bunu takiben bir dizi kimyasal doku reaksiyonu içerir.

Fiziksel tepki aşırıya kaçarsa dramatik sonuçlar doğar fakat bu biyolojik gerçekliğin sadece bir kısmıdır. Diğer kısım da dra-

* Korteks üzerinde etkisi olan – ç. n.

matik olmakla beraber bunu zıt bir tarzda ortaya koyar. Tehdide gösterdiği tepkiler edilgen ve hareketsiz özellikler taşır. Darwin, bu iki tepki tarzı arasındaki anti tezi, aktif korku (dehşet) ve pasif korku (yılma) kıyaslamasında çok güzel tanımlamaktadır. Şöyle der: "Aktif korkuda ani ve önüne geçilemez, alelacele bir kaçış söz konusudur." Pasif korku ise yine Darwin'in betimlemesiyle, edilgen, tükenmiş ve artış gösteren bağırsak ve bez faaliyetiyle birlikte gelişir. Şöyle der Darwin "... güçlü bir esneme arzusu... bir ölününki kadar soluk bir beniz... ter damlaları belirmiş. Vücuttaki bütün kaslar gevşemiş. Ardından, kısa bir süre içinde tam anlamıyla tükenme. Bağırsaklar etkilenmiş. Sfinkter kasların hareketi yavaşlamış ve artık vücudun ağırlığını taşıyamamakta..." Genel tavır, korkudan sinip büzülmedir. Eğer pasif tepki daha akutsa, ani çöküntü ve bilinç kaybı yaşanabilir. Bu tepkinin süresi uzarsa fizyolojik değişiklikler daha az dramatik fakat aynı yönde gelişir.

Hayvanların dünyasındaki pasif tepki dağarcığı, tehdide gösterilen aktif tepkiler kadar önemli ve çok daha değişkendir. Çoğunlukla artan salgılama ve bağırsak faaliyetiyle birlikte, tümünde tipik hareketsizlik (duruş ve uyarılmada belli bir baskılamayla beraber) özelliği vardır. Birkaç örnek yeterli olacaktır. Ürkek bir köpek (özellikle de Pavlov'un deney köpeği gibi "dürtülerini baskılayamayan türdense") siner, kusup, dışkısını tutamayabilir; kirpi tehdit karşısında kıvrılıp, büklüm haline gelerek tepki verir; bir gerbil ani ve kataplektik bir kasılmayla; keseli sıçan kendinden geçercesine bir şok yaşayarak ya da "ölü numarası" yaparak tepki veriyor. Ürkmüş bir at "donakalabilir" ve soğuk ter dökebilir; tehdit edilen bir kokarca önce donakalır sonra da ter bezlerinden çokça miktarda sıvı salgılar (burada salgılama tepkisini bir saldırı işlevi gibi görmek gerekir); başının belada olduğunu anlayan bir bukalemun donakalır ve başka bir tür salgılama yoluyla, renk değiştirerek içinde bulunduğu çevreyi taklit edip, kamufle olur. Tek hücreli organizmalarda bile, bazı gruplarda aktif avlanma tepkileri, bazılarında ise pasif korunma tepkileri görülür. Yaşamın ilk anlarından itibaren tehdide karşı, aktif tepkiye biyolojik alternatif olarak pasif tepkiye başvurulmuştur. Hayatta kalma ve yaşamı sürdürebilme yönünden pasif tepki, sıkça aktif tepkiye göre üstün konumda-

dır. Uyarılmış hayvanın tehdit ve tehlikeyle yüz yüze geldiği (ya da sıvıştığı) noktada, baskılama reaksiyonu, bu durumun önüne geçer ve bir şekilde onu tehlikeye karşı daha güçlü kılar.

İnsan dağarcığı, çoğu bir paradoks sonucu (doğrusunu söylemek gerekirse, Pavlov'un bilimsel adlandırmasıyla paradoks ötesi) fiziksel ve duygusal bağlamdaki krizlerde ortaya çıkan, özellikle bu tür pasif, önleyici reaksiyonlar açısından epey zengindir. Bu tür görece akut reaksiyonlar arasında narkolepsi, katapleksi, sinir "donması" ve "tıkanması", inanılmaz çeşitlilikteki Parkinson "krizleri" ve bayılmaları ilk akla gelenlerdir. Daha geniş bir zaman ölçeğinde ise vazovagal nöbetler (Gowers'ın tanımlamasındaki gibi) ve tabii ki migrenler karşımıza çıkar. Baskılayıcı ve önleyici reaksiyonlardan "baygınlık" (histerik stupor) ve çok daha uzun süren depresif ve katatonik stupor hallerini de göz önünde bulundurmalıyız. Patolojik uyku (özellikle katapleksinin en barok hali), hayvanlardaki kış uykusu gibi, insanlarda görülen uzun süreli baskılayıcı reaksiyondur.

Hayvanların dünyasında, pasif tepkilerin ve baskılayıcı hallerin, hayatta kalma yönünden değeri gayet açıktır. Fakat insan davranışındaki bazı belirgin patolojik pasif tepkiler bu değere gölge düşürebilir. Yine de her şeyden önce, bu tür insan reaksiyonların biyolojik bir hayatta kalma değeri olduğunu görmezsek, bunların kökenini ve korunmasını kavramamız imkânsızlaşır. Bu reaksiyonların doğasındaki paradoks dolaylıdır; uyku ve kış uykusu organizmayı koruma görevi üstlenir ama aynı zamanda diğer düzensiz değişimlere karşı da savunmasız hale getirebilir. Baskılayıcı, parasempatik açıdan baskın haller insanda, Alexander'ın baştan çıkaran sözleriyle, bir "vejetatif geri çekilme"ye sebebiyet verir. Fakat bu geri çekilme bir inzivaya dönüşürse sonuç psikofizyolojik bir tutukluluk halidir. En büyük paradoks, keseli sıçanın "ölü numarasında" ve belki de insanların uyku ve bayılmalarında gördüğümüz gibi, ölümden kurtulmak için ölü taklidi yapmaktır.

Öyleyse bu, evrim sürecinde baş gösteren, insanın sinir sistemi ve ihtiyaçlarının gelişmesiyle birlikte, aşama kaydederek farklılaşan ve tekrar tanımlanan migrenleri doğuran, biyolojik reaksiyonların hareket alanıdır. Burada tasavvur etmeye çalıştı-

ğımız bir "Ur-migren"[45] ya da pasif-önleyici-parasempatik türde, bilinen donakalma veya afallama reaksiyonlarından daha uzun süren, gelişmemiş prototip bir reaksiyondur. Belki de bu tür başlangıca ait, ilkel migrenler –2. Bölüm'de bahsi geçen "aynı türden reaksiyonlara" benzer– çoğunlukla, birtakım fiziksel tehditlere (yorgunluk, sıcak, hastalık, yaralanma, ağrı gibi), doğanın gücüne ilişkin ve boğucu duygusal deneyimlere özellikle de korkuya tepki düzeyinde ortaya çıkmıştır.

Geniş sosyal birimlerin gelişmesi ve bununla eşgüdümlü olarak kültürel baskıların ortaya çıkması, hiç şüphesiz, öncesine kıyasla çok daha çeşitli vejetatif geri çekilme ve uzun süreli pasif tepkiyi elzem hale getirmiş ve olanak tanımıştır. Bu psikosomatik reaksiyonlar, nevrotik savunma ve reaksiyonlarla birlikte, doğrudan faaliyetin mümkün olmadığı ve müsaade edilmediği durumlardaki alternatifleri davranış biçimlerini simgeler. Görüyoruz ki, medeni yaşamın artan karmaşıklığı ve baskıcı tutumu, psikosomatik reaksiyonları, tıpkı nevrotik savunmalar gibi elzem kılmış, aynı zamanda çok yönlü ve komplike bir şekle sokmuştur. Bu yüzden ele aldığımız basit bir önleyici refleks, günümüz toplumunda çok yaygın olan, birçok anlam ifade eden, aşırı kararlı ve şekil değiştiren bir migrene dönüşebilir.

Bu tür stratejik ihtiyaçların ve kullanım alanlarının gelişmesine paralel ilerleyen bir olgu da, sinir sisteminin artan karmaşıklığı ve özellikle memelilerin evrim sürecinde, vücuda ilişkin işlevlerin beyinle birlikte gelişmesidir. Korteksin gelişmesi ve kontrolünün daha basit olduğu, görece ilkel memelilerde (keseli sıçan, kirpi gibi) bile, bir ölçüde tipik serebral refleks vardır ama şartlanma karşısında az etkilenir. Korteks örtüsünün gelişmesi, çok sayıda, daha çeşitli ve daha kolay şartlanan serebral refleksleri ortaya çıkarır. İnsan korteksinin hiyerarşik düzendeki sinir hücresi bölgelerinin (bkz. 11. Bölüm, Şekil 8) aklımıza gelen son farklılaşması ise, migrenlerin çok ayırt edici bir özelliği

45 Bu noktada belli bir insanın (ya da hayvan türünün), sonradan ortaya çıkan tüm migren türlerinin başlangıcı, soy babası olan Ur-migreni yaşamış olduğunu kastetmiyoruz. Bu terim mantıksal tarihin uydurmasından öte bir şey değildir. Tıpkı *Urpflanze (bitkilerin atası – ç. n.), Urmensch (insanın atası – ç. n.)* ya da *Lingua Adamica (Âdem'in konuştuğu dil – ç. n.)* gibi (bkz. Rieff, 1959, sayfalar 225-228).

olan auradır. Migren aurasının karmaşıklığı (karmaşık duyumsal ve bedensel rahatsızlıklar ve afazi olasılıkları ile beraber), insan korteksinin eşsiz farklılaşmasını adeta ifade eden bir yan üründür ve daha basit organizmaların sistemlerinde meydana geldiğini düşünmek biraz zordur. Benzer biçimde, epilepsi ve psikozların ilk ve basit evrelerini, ilkel memelilerde ve belki de memeli olmayan omurgalılarda da fark edebiliriz (ani sarsılmalar ve bilinç kaybı; kontrol edilemeyen uyarılma ve kendinden geçme halleri gibi). Fakat en karmaşık ve kendilerine has özelliklerin –halüsinasyona ve hayal kurmaya dayalı rahatsızlıklar– korteksteki gelişme ve değişime bağlı olduğunu ve hepsinden öte, ön ve şakak loblarının bizim türümüzdeki gibi son halini almasına bağlıdır.

Dolayısıyla, bu bölümün başında sorduğumuz, "migren insanlara mahsus bir reaksiyon mudur?" sorusuna dönersek cevabımız ya evet ya da hayır olmalı. Migreni insan icadı diye düşünmek anlamsızdır. Migrenin daha ziyade, çok eski dönemlerdeki biyolojik belirtilerinin neslinden geldiğini düşünmeliyiz. Onu, insanın sinir sisteminin eşsiz imkânları ve doğasındaki benzersiz ihtiyaçlarca arındırılıp farklılaştırılan bir reaksiyonun en ilkel ve kaba şekli olarak algılamalıyız. Migren reaksiyonunun son rötuşları, kişilerin gelişiminde çevreyle olan ilişkilerine bağlıdır. Migrenlerin bu psikolojik saptama ve özgünleşmesini önümüzdeki bölümde ele alacağız.

13. Migrene İlişkin Psikolojik Yaklaşımlar

İşte çağımızın en büyük hatası... Hekimler, ruhla bedeni birbirinden ayırıyorlar.

Platon

Geçen bölümde, insanların migren tepkilerinin kökeni ve farklılaşmasına dair ipuçları verebilecek bazı ilkel reaksiyonları ele almıştık. Organizmanın tamamından, önleyici refleks ve yöntemlerinden bahsederek, zihin-beden ikilisinin ve psikofizyolojik "dönüşümün" uzun süreli problemlerine (ya da sahte problemlerine) değinme fırsatı bulduk. Fakat bunlar bize, dahili sürecin temelinde neler yattığını söyleyecek biçimde tasarlanmamıştır; tepki gösteren hayvanın "ruh haline" ya da duygularına ilişkin bir şey de anlatmayacaklardır. İnsanlarda görülen katatonik stupor, önleyici bir yöntem olabilir ve var olan bir tehlikenin neden olduğu şok edici bir duygunun sonucunda benimsenebilir. Bleuler'in yaptığı gibi, katatonik duyulara herhangi bir gönderme yapmaksızın, katatoni olgusunun detaylı bir tanımını ortaya koyabiliriz. Fakat bu duruma varoluşçu bir açıklama getirebilmek için, hastanın duygu ve dürtülerini detaylı incelemek gerekir. Her migren nöbetinin kişiye has yöntemsel önemi olduğu çok açıktır (bu yöntem tamamen fizyolojik olabilir; örneğin homeostatik* manevra).

* Organizmada normal hareketlerin devamlılığı – ç. n.

Fakat bu bölümde özellikle migrenin, hastanın duygusal mevcudiyeti ile ilişkisini ele alacağız.

Bu kitabın tanımlayıcı kısımlarında, migrenlerin sınıflandırmasını rastgele yaptık. Şimdi bu sınıflandırmayı daha yakından, insanın duygusal tutumuyla ilişkisi açısından incelemeliyiz. "Periyodik" migrenler kökende var olan bazı sinirsel sürekliliklerin ifadesi, "koşullara bağlı" migrenler ise fizyolojik (bitkinlik gibi) veya duygusal (öfke, korku gibi) olabilen, çok belirgin ve özgün koşullara tepki biçiminde tanımlanmıştı. Bu tür nöbetlerin öncesinde belirgin, fiziksel ya da fizyolojik bir olgunun varlığı, hemen fark edilen başka işlevlerin veya amaçların da var olma olasılığını ortadan kaldırmaz. Özellikle, herhangi bir migren nöbetine (ve aslında kişinin varoluşuna dair herhangi bir olaya), duygusal bir yaklaşımla, gerçek değerinden daha fazla önem verilebilir. Periyodik meydana gelen ya da fizyolojik kökenli bir olayın sembolik anlamlar çıkarma açısından faydası vardır. Kriz vakalarına yönelik anlamlarını ele alırsak bu kanıyı güçlendirebiliriz. Bazı çocuklar, titreşen ışığın kendilerinde sarsılmaya neden olduğunu fark eder ve bu keşiften hareketle örneğin ellerini gözlerinin önünde aşağı yukarı hızla sallayarak ya da bir tahta perde veya güneşliğin önünde zıplayıp tekrar tekrar bu krizi yaşarlar. Bazı yetişkinler ise kasten ya da "kazayla" ilaçlarını almayı unutarak krizi kendileri tetikler. Epilepsinin, bu tür vakalarda, hastanın karmaşık ve çoğu kez bilinçsiz dürtülerinin ortaya çıkardığı farklı bir anlamı ve sapkın bir yönü vardır. Bir dizi talihsiz olaylar zinciriymiş gibi gözüken "kaza yapmaya yatkınlığın" genelde, kendi kendini cezalandıran ya da zarar veren bazı bireylerde rastlandığı gerçeği yadsınamaz.

Periyodik ya da koşullara bağlı migrenlerin tamamı, hatta önemli bir kısmının dahi, bu anlamda sadece bireyin dürtüleriyle bağlantılı olduğunu ileri sürmüyoruz. Birçok migren ortaya çıkar, son bulur, sıkıntı verir ve bunların hiçbiri duygusal bir anlam taşımaz. Fakat çeşitli ve farklı diğer birçok amaca hizmet edebilir.

Tanımladığımız üçüncü bir migren türü ise –alışılagelmiş ya da duruma bağlı migren– çok daha karmaşık bir perspektife sahiptir. Bunlar, duygusal anlamı olsun ya da olmasın periyo-

dik ya da seyrek nöbetler, kronik ve şiddetli, duygusal sıkıntılara bağlı ortaya çıkan, dinmek bilmeyen, habis hastalıklardır. Basit önleyici refleksler ve yöntemler arasında migrenin kökeni ve başlangıcı belki de güçlükle fark edilmektedir. Bazı çekincelerimizin saklı kalması kaydıyla, koşullara bağlı migrenleri de bu şartlar altında inceleyebiliriz. Alışılagelmiş migrenin, bireyin kişiliğinin önemli bir bölümünü yansıtması dışında, faydalı bir inceleme boyutu yoktur. Bu migren türü, histeri, nevroz ve diğer tüm psikosomatik hastalıklarda olduğu gibi, insana özgü en karmaşık olgulardan biridir.

İnsan hayatındaki zihinsel ve duygusal yapının karmaşıklığı ve sembollerin egemenliği gibi insanı en azından nicelik düzeyinde diğer hayvanlardan ayırt eden özellikler için kullanılan terminoloji migreni anlamamız için gereklidir. Hayatımız boyunca süregelen dürtü ve karşı dürtülerimiz vardır. Bunlar kendi içinde organize olur ve alt sistemlere ayrılırlar. Bu bütünleşme ve bölünme, Freud'un ana hatlarıyla özetlediği mekanizmalarca sürdürülür. Alışılagelmiş migrenin ve diğer psikosomatik hastalıkların tanımlanmasında, önleyici işlevleri olmayan mazoşizm ve kendine zarar verme dürtüsü gibi çok çelişkili duyguların özel bir yeri vardır.

Dürtü ve sembolizm, hastadaki alışılagelmiş migrenin seyrini gösterdiğinden, derinlemesine analiz yapılmadan, bunlara ilişkin kapsamlı bulgular elde edilemez. Bununla birlikte, vakaların çoğunda saptanan migrene yönelik dürtüler, çok derin bir karakter incelemesi yapılmadan da, kısmen açığa çıkabilir.

Halihazırda, alışılagelmiş migreni doğuran bazı dürtülere ilişkin birkaç vakaya yer verdik (9. Bölüm). Şu noktada ise migrenin, bireylerin tutumunda oynadığı bellibaşlı stratejik rolleri bir çizelge haline getirmeye çalışacağız. Ortaya koyacağımız çizelgede noksanlıklar vardır ve yer yer şematiktir. Ayrıca, devrede olan güçlerin karmaşıklığı ve değişkenliğini yeterince ortaya koyamamasından ötürü, birbirleriyle etkileşen ve birleşen bu güçlerin migren nöbetlerini rüyadan da öte bir tanımlamaya sokmamıza faydası olmayacaktır.

Biyolojik açıdan en yalın, dinamik açıdan ise en tehlikesiz migrenler *iyileştirici* olanlarıdır. Bunlar, uzun süreli fiziksel ya

da duygusal faaliyetlerin ardından, koşullara bağlı gelişen alışılagelmiş "hafta sonu" migrenleridir. Genelde, aşırı faaliyet ve zihin yorgunluğunun öncesinde ya da tetikleyici evresinde, çok ani ve sert bir çöküş yaşanır. Bitkinlik evresi çok belirgin yaşanabilir ve bilinç kaybının ertesinde bile tipik bir migren sonrası toparlanma, uyanış hissi ve canlanma yaşanır. Wolff, özellikle bu tür nöbetlerle ve bunların ağır saplantı ve dürtü sahibi kişiliklerde bir olayı "atlatma" olgusu düzeyinde ortaya çıkışıyla ilgilenir. İyileştirici nöbetler biyolojik açıdan uykuya benzer ve Konorski mentalitesine göre bunlar kesinlikle koruyucu reflekslerdir.

Bunlarla birlikte oluşan, çevre faktörleri ve duygusal sıkıntılarla hız kazanan fakat seyri daha tehlikeli gelişen bir başka tür de *regresif* migrenlerdir. İyileştirici migrenler gibi bunlarda da (Alexander'ın ifadesiyle) bir "vejetatif geri çekilme" görülür. Fakat iyileştirici migrenlerde uyku gibi bir mahremiyet ve tek başınalık söz konusuyken, regresif nöbetlerde dokunaklı bir ıstırap, ihtiyaç ve yardım feryatları gözlenir. Bir başka deyişle, uyku değil, hastalık belirtileri gösterirler. Bunların arasında şiddetli yaşananları adeta trajik bir ölüm döşeği sahnesini andırır. Bu tür migrenlere hastalığa yatkın ya da hastalık hastası kişiliklerde sıkça rastlanır ve doktorlara yapılan başvurularda, doğru olsun ya da olmasın, genelde çok yönlü bir fiziksel yakınma biçiminde aktarılır. Gözlemlerimize göre, bu tür migrenlerin seyri zaman zaman iyileştirici migrenlere kıyasla daha tehlikesiz olabilir. Bu noktada sözünü ettiğimiz, herhangi bir migren hastasının ara sıra yaşadığı regresif migrenler değil, hastaların artan bir sıklıkla bu tür nöbetlere kendini kaptırması ve azar azar hastalığı bir yaşam tarzı haline getirmeleridir. ("Yaşamım bitip tükenmek bilmeyen bir hastalık.")[46]

46 Toparlanan ve kötüye giden migrenlerin işlevlerini, cinsel dürtü teorileri açısından ele almak mümkün ve belki de önemlidir. Migrenleri bir geri çekilme ve dış dünyadan soyutlanma boyutunda tanımlamış ve tekrarlayan bir uyku haline benzetmiştik. Yanı sıra, migrenin hastayı, hastalık belirtileriyle sarıp sarmaladığını, hastalık hastalığı ve organik hastalıkların bulgularındaki gibi, tüm konsantrasyonunu dağıttığını belirtmiştik. Freud uyku ve ıstırabı şu kelimelerle ifade eder: "... Uyku, cinsel dürtü ve bencillik gibi tüm amaçların terk edilip öz benliğe dönülen bir konumdur. Bu, uyku ile beraber gelen toparlanıp canlanmaya ışık tutmuyor mu sizce?.. Uykunun ilk evresinde cinsel dürtü dağılımı yeni-

Bu tür migren süreçlerinin çok önemli bir göstergesini ve reaksiyonun esas önleyici rolünü ortaya koymayı sürdürmesini kapsayan ve ayrıştıran nöbetler biçiminde ifade edebiliriz. Bir kısım hastada görülen periyodik veya seyrek migrenler iyice yerleşir ve (fizyolojideki dolaylı ifadesiyle) meşrulaşıp, duygusal sıkıntı ve çatışmaların yığılmasına neden olur. Edindiğim izlenimlere göre, âdet döneminde yaşanan migrenler (ve diğer benzer âdet dönemi sendromları) tamamen buna benzer bir süreçtir. Tüm bir ayın stresinin birkaç günlük yoğun bir hastalık dönemine yığılması. Ayrıca âdet dönemi sendromlarını tedavi ettiğim birkaç hastanın ise, endişelerini ve nevrotik çatışmalarını, tedavi sonrasına denk gelen ayın geriye kalan günlerine yaydıklarını gözlemledim. Bu tür migrenler bir anlamda, acı veren kronik ya da tekrarlayan hisleri bir araya *getirebilir* ve dolayısıyla hatlarını ortaya koyabilir. Hastaların bunları hararetle başlarından savmaya çalışmadan önce bu konuyu akıllarına getirmeleri gerekir. Alışılagelmiş migren süreçleri arasında, duygusal altyapısı yoğun, bilinç kaybının ve migrenlerin çok daha sık yaşandığı, ayrıştırıcı diye tabir ettiğimiz tür çok daha habistir. Bu tür vakalarda (bkz. Vaka 80, sayfa 168), kişilik kısımlara bölünür. Bir taraf uysal, ağırbaşlı veya çevrede ve kendi içinde süregelen gerçeklerle taban tabana zıt bir böbürlenme içindeyken, diğer bir kısım ise kendini zoraki ıstırap çekmeye adamış sado-mazoşist bir döngü içerisinde bağımsız hareket eder. Çoğu kez son derece şiddetli yaşanan bu vakalarda, kişiliğin migreni yaşayan kısmı kalın baskı ve inkâr duvarlarıyla kişiliğin geri kalanından yalıtıldığından, tuhaf bir biçimde sağduyulu hareket etmeye ve tedaviye direnebilir. Bu, dinamikleri ve mekanizması yönünden, histeri bulgularının oluşumundaki dinamikler ve mekanizmaya çok benzese de arada önemli bir fark vardır. Migrenlerin kö-

den üretilir, cinsel dürtü ve kişisel çıkarların kol kola gezdiği birleşmiş, ayırt edilemeyen, özde kendi kendine yeterliliğin olduğu mutlak narsisizm söz konusudur." Hastalık belirtilerine kendini kaptırmayla ilgili ise şunları yazar: "... Belirli koşullar –organik hastalıklar, acı veren uyarılmalar, bir uzvun iltihaplanması– şüphesiz cinsel dürtülerin azalmasına yol açar. Geri çekilen cinsel dürtü bu kez daha güçlü bir biçimde, vücudun hastalıklı bölgesiyle özdeşleşir... Bu, hastalık hastalığını, yani bir uzvun gerçekten hasta olmadan aslında öz benliğe yönelik bir kaygı unsuru haline geldiğini kavramamıza yardımcı olabilir" (Freud, 1920, sayfalar 424-426).

keni fizyolojik tepkimelere dayanır. Oysa histerik bulgular (çok gerçekmiş gibi gözükse de), patolojik kurgulamadan kaynaklanan, nörolojik düş ürünleridir.

Migren süreçleri arasında ele almamız gereken son iki kategori, tehlikeli türler olmaları açısından özel bir önem arz ederler. Bunlardan biri *agresif* migrendir. Bu tür, Fromm-Reichmann (1937), Johnson(1948) ve diğer birçok araştırmacı tarafından özellikle incelenmiştir. Duygusal altyapısı yoğun, kronik, bastırılmış öfke ve kinin gözlemlendiği bu migrenler işlevsellik bakımından da açığa vurulamayan ya da doğrudan tanımlanamayan olguların ifadesidir. Bu tür migrenlerin, yoğun ve çelişkili duyguların yaşandığı durumlarda baş gösteren, ani, şiddetli ve acımasız nöbetleri vardır. Yani hem sevilen hem de nefret edilen kişilere ilişkin duygularda söz konusudur. Nefrete ilişkin bu dolaylı ifadeler, özellikle migren hastasının ebeveynleri, çocukları, eşleri ve işverenleriyle yaşadığı ilişkilerde görülür ve yerine getirilmesi gereken fakat tahammül edilemeyen bağımlılık ve bağlılık dinamikleri etrafında döner (bkz. 62, 82, 79 ve 84. vakalar). Bu tür reaksiyonların kendine has bir biçimi de *taklit* migrenlerdir. Burada migren hastasının, bir ebeveynle kendisini, karmaşık ve habis davranışlarla özdeşleştirme, yaşanan hastalığa ortak olması, hasta ile rekabete girip onu kendi migren taklidi ile yüceltmesi söz konusudur. Görünen o ki, ailede yaşanan migren örnekleri (diğer birçok hastalıkta olduğu gibi), kalıtsal terimlerden ziyade bu terimlerle açıklanmalıdır (bkz. 6. Bölüm).

Kin duyguları içe atıldığı zaman, alışılagelmiş migrenlerin son süreci ortaya çıkar. Bunlar tekrarlayan *kendi kendini cezalandırma* nöbetleridir. Bu tür hastalar aşırı mazoşist, kinci, kronik bunalımlı, zaman zaman kendilerine zarar veren gizli paranoyaklardır (bkz. Vaka 81). Migren, çoğu kez içsel duyguları ifade etmekte yetersizdir ve bireyin kendinden nefret etme duygularıyla beraber gelişmesi olasıdır. Bu hastalar birçok yönden, en patolojik ve en çok ıstırap çeken hastalardır. Tıbbi müdahaleye gereksinim duysalar da, buna umutsuzca ellerinden geldiği kadar karşı koyarlar. Yine de hasta bir müdahaleye izin verdiği takdirde, histeri özelliklerine sahip disosiyatif migrenlere (çözülme migreni) kıyasla daha iyi sonuçlar elde edilebilir.

Elbette migrenin, ortaya koyduğumuz geniş kategorilere girmeyen farklı ve sayısız yöntemleri olabilir. Özellikle, yanlış anlama ve cezalandırmaya yönelik, nefret ettikleri şeylerin (örneğin, gitmek istemediği bir okula gönderilme) zorla yaptırıldığı çocuklarda görülen migren yaygındır. Herhangi bir işlevsel hastalık –tekrarlayan migren, kusma, ishal, astım nöbetleri ya da histerik belirtiler içeren nöbetler– çocukların, nefret ettiği şeylerin doğurduğu sıkıntı ve dehşeti perdeleyerek dikkatlerini doğrudan ifade edemeyecekleri ıstıraplara yoğunlaştırır.

Bu tür nöbetler yaşayarak, tahammül edemeyecekleri koşullardan kurtulan ünlü şahsiyetler arasında migren hastası olan Papa ve histeri nöbetleri yaşayan Gibbon da vardır. Gibbon sonraları bundan şöyle bahseder: "... Yaşadığım ıstırabın şiddeti ve çeşitliliği Westminister Okulu'ndaki sürekli devamsızlığıma hoşgörü ile bakılmasına neden olmuştu... tuhaf bir sinir bozukluğu (bacaklarda acı veren kasılmalar vb.)... yaşadığım halsizlik yüzünden, verdiğim seminerlerin süresi ve yoğunluğuna tahammül edemiyordum... bu durumu okuldaki çalışmalarıma ve meslektaşlarıma yansıtmamaya çalıştım..." Nihayet, Westminister Okulu'nu terk edip Oxford'a girmesiyle birlikte Gibbons'daki belirtiler, kendi ifadesiyle "inanılmaz bir biçimde kayboldu" ve bir daha tekrarlamadı.

Gördük ki migrenlerin duygusal altyapıları çok çeşitlidir ve ruh hali ile örtülü nöbetlerin arasında, *bir* değil birkaç tür bağlantı vardır. Halihazırda, koşullara bağlı migrenlerle duruma bağlı migrenleri birbirinden ayırarak, tetikleyici mekanizmaların birbirinden farklı olabileceği ihtimalini ortaya koyduk. Öyle ki, koşullara bağlı migren ani ve dramatik yaşanan yoğun, tutkulu duygularla –öfke, dehşet, mutluluk, cinsel heyecan vb.– buna karşın duruma bağlı migren ise gerilim, dürtü ve gereksinim gibi kronik, doğrudan ve yeterli ifade edilemeyen duygularla belirgindir. Bu noktada, agresif, yıkıcı ve cinsel dürtüler, zihin yorgunluğu ve gerilim, sadist ve mazoşist ihtiyaçların da migrenle ilişkisini tanımladık. Ayrıca şunu eklemek gerekir ki, bu kronik duygusal gereksinim ve gerilimler sık sık bastırılır ve bilinç dışında gelişir. Bu nedenle en başından beri, koşullara bağlı migrenlerin, boğucu duygulara gösterilen *reaksiyonlar* ve

duruma bağlı migrenlerin ise kronik, bastırılmış duygusal dürtülerin *ifadesi* olup olmadığını merak ediyor olabiliriz.

Verilerimizi ortaya koyduğumuza göre, şimdi sorunun merkezine doğru ilerleyip bir duygu ya da bastırılmış duygusal bir tavrın migrene yol açabileceğini araştıralım. Bu, Freud'un bir zamanlar "zihinden bedene gizemli bir sıçrayış" diye ifade ettiği ezeli açmazın özel bir yorumudur ve zihne ilişkin tartışmalar yönünden etkileyici olduğu kadar tehlikelidir de. Vücut faaliyetleri kolaylıkla ve gizlice bozulup anlamsızlaşır. Elimizdeki bilgilerin yetersiz olduğunu vurguladık. Bu yüzden geniş ölçüde tahminler yapmaya mecburuz. Yine de her halükârda klinik kanıtlardan uzaklaşmamaya özen gösterip, ileri sürülen her bulgunun prensipte tamamen doğrulanabilir ya da tamamen çürütülebilir olduğunu kabullenmemiz gerekir.

Konuya, bu alandaki en önemli yol göstericiyi kullanarak girmemizde fayda var. Darwin'in 1872'de ortaya attığı ünlü duygusal ifadelerin ilkeleri, konuya ilişkin o dönemden bu yana yazılmış her şeyin entelektüel atası sayılır. James-Lange duygusal teorisinin geliştirilmesi, Freud'un dönüşen mekanizmalar teorisi, Cannon ve Selye'nin deneyleri ve psikosomatik tıpta günümüzde halen yer alan yaklaşımların tüm teorik yapıları... Tüm bu kavramlar tartışmamızın çekirdeğini oluşturacaktır. Darwin'in ilkelerinin üçüncüsü "sinir sisteminin doğrudan faaliyeti" şu şekilde ifade edilmiştir:

> ... ruh halinin belirli birtakım ifadeleri olarak tanımlayabileceğimiz bazı faaliyetler, sinir sisteminin oluşumunun doğrudan sonuçlarıdır. Bunlar en başından beri iradenin ve büyük ölçüde de alışkanlıkların dışında gelişir.

Bağımsız özellikler baskın olabilse de, bu tür dolaysız faaliyetler ya motor ya da otonom nitelik taşır. Darwin, motor ifadeleri için titremeyi, doğrudan otonom faaliyeti örneklemek içinse, bezlerin salgılamasını, vazomotor faaliyeti ve iç organların faaliyetini örnek verir. Doğrudan faaliyet "sensoryumun* şiddetli uyarılması sonucu" görülür (acı, öfke, dehşet gibi) ve Darwin bu koşullar al-

* Vücutta duyu ile ilgili organların tümü – ç. n.

tında şunu varsayar: "... sinir baskısı aşırı yoğundur ve sinir hücrelerinin bağlantılarına bağlı olarak belirli yönlere yayılır..."

Aşırısı dramatik sonuçlar doğursa da, bu tür ifade edilen duygular gelişmemiş ve basmakalıptır. Bu nedenle hissiyatın incelikli nüanslarını ifade etmekte yetersizdir. *Bunlar*, Darwin'in birinci ilkesine uyumlu ifade edilir ve kolayca değiştirilir. Bu "Yararlı Çağrışan Alışkanlıklar" ilkesidir:

> Bazı karmaşık faaliyetler, bazı ruh hallerinin doğrudan ya da dolaylı açıklanmasında ve birtakım duyarlılıkların ve arzuların yatışmasında ya da tatmininde yardımcı olur. Ne zaman aynı ruh hali yaşansa, alışkanlık ve çağrışım gücü devreye girerek, aynı hareketleri yapma eğilimini ortaya koyar ve bunun dışında faydaları da olabilir.

Bu prensip "karmaşık faaliyetin" –ister bir hareket isterse de bağımsız bir faaliyet olsun– ruh halini *temsil ettiğini* ve alışkanlık ve çağrışımın (öğrenme, şartlanma, kalıtım) etkisiyle belirli bir ruh halinin fiziksel *sembolü* olduğunu ortaya koyar.

Darwin, duygusal ifadenin birçok şeklinin *her iki* prensiple de uyumlu olduğunun açıkça farkındaydı. Örneğin gözyaşı dökme, sembolik hareketlerle istem dışı salgılamaların bir araya gelmesiydi ("... kederli bir insan hareketlerini kontrol edebilir fakat her zaman gözyaşlarına hâkim olamaz..."). Benzer biçimde, öfke belirtileri de sinir sisteminin doğrudan faaliyetinden kaynaklansa da, "... acıdan kıvranan ve amaçsızca çırpınan birinin duygularından farklıdır; zira, öfke bir anlamda düşmanla çatışma ve kavga etmeye yönelik bir davranıştır" (Darwin, 1890).

Bu noktada, söz konusu ilkelerin hem kronik hem de bastırılmış duygulara nasıl uyarlanacağını ve özellikle Darwin'in ortaya koyduğu, indirgemesi ve özetlemesi zor, migren reaksiyonunun kendisi kadar karmaşık terimlerini nasıl yorumlayabileceğimizi ele almalıyız. Darwin'in kavramlarına bir ekleme yapmaktan öteye gidemesek de bazı yeni terimleri devreye sokmamız gerekecek. Darwin'in "yararlı çağrışan faaliyetleri"nden bahsettiği durumlarda biz "dönüşümlerden", "sinir sisteminin doğrudan faaliyeti"nden bahsettiği durumlarda ise biz "ve-

jetatif nevroz"lardan bahsetmek durumundayız. Bu patolojik terimler, türetildikleri biyolojik terimlere kıyasla daha dar ve kesin anlamlar içerir ve duyguların fizyolojik ifadesini ortaya koymak için kullanılır. Akutun karşıtı kronik, iyi huylunun karşıtı hastalıklı ve evrenselin karşıtı kişisel. Ayrıca dönüşüm reaksiyonlarının duygusal altyapısının ve (vejetatif) nevrozların, ya baskılandığı ya da en azından doğrudan ve yeterli ifade edilmediği belirtilmiştir.

Freud'un klasik bir psikanaliz belgesinde (Freud, 1920, sayfalar 393-399), bu terimlerin kullanımı örneklerle gösterilebilir:

> ... Gerçek bir nevroz belirtilerinin –baş ağrısı, acı hissetme, bir uzvun tahriş olması, bir işlevin zayıflaması ya da baskılanması– zihinsel açıdan bir "anlamı" ve önemi yoktur... Bunlar kendi içlerinde tamamen fiziksel süreçlerdir; bugüne dek bildiğimiz herhangi bir karmaşık akli mekanizma olmadan ortaya çıkarlar (yani dönüşüm mekanizması)... Fakat öyleyse, zihinde bir etki yarattığını bildiğimiz cinsel dürtüyü nasıl ifade ediyor olabilirler? Bunun yanıtı çok basit.

Freud'un ileri sürdüğü "çok basit yanıt", bu belirtilerin cinsel rahatsızlıkların doğrudan somatik sonuçlarını ortaya koyması, yani "cinsel toksin"deki dengesizliktir. Dolayısıyla, en genel ifadeyle (eğer bir an için Freud'un şaşırtıcı ve atipik "cinsel toksin" ifadesini aklımızdan çıkarırsak) bu nevrozlar, doğrudan sinir faaliyeti ile kronik duygusal gerilimlerin beraber gelişmesinin sonuçlarıdır.

Histerik bulguların dönüşümüne ilişkin çok farklı bir mekanizma önerilmiştir. Bunlar, yoğun, yer değiştirmiş cinselliği ortaya koyan bazı uzuvlar ve vücudun belli kısımlarında yaşanır. Freud'un ifadesiyle:

> Dolayısıyla bu uzuvlar cinsel organlar gibi davranış gösterir... Görünürde cinsellikle bağlantılı olmayan ve özellikle sapkın cinsel arzuların yerine getirilmesinde faydası olduğu keşfedilen uzuvların sayısız duyumsama ve etkileşimi... Özellikle de beslenme ve dışkılama uzuvları.

Vejetatif nevrozlarla dönüşüm bulguları arasındaki bu açık fark, yine de bulanık ve bazı durumlarda anlaşılması zor olabilir; zira bunlar birleşebilir ve yer değiştirebilir. Bu yüzden Freud, çok önem taşıyan bir ek saptama yapmıştır:

> ... Gerçek nevrozun bulguları genelde psikonevrotik bulguların çekirdek ve başlangıç evreleridir... Histerik baş ya da sırt ağrılarını örnek alalım. Analizler, yoğunlaşma ve yer değiştirme yoluyla bunların bir dizi cinsel fantezi ve anılara alternatif tatmin yöntemleri olabileceğini göstermektedir. Fakat bir seferinde sahici bir ağrı, cinsel toksinin doğrudan belirtileri ve cinsel heyecanlanmanın bedenen ifadesi söz konusuydu... Cinsel dürtüye ilişkin heyecanın vücuttaki tüm etkileri, özellikle histerik bulgu oluşumuna uyarlanma amacıyla kullanılırlar. İstiridyenin inci tanesini meydana getirirken kullandığı bir kum tanesi gibidirler.

Bu kavramlar, ister akut duygusal rahatsızlıktan kaynaklanan tek bir nöbet isterse de kronik duygusal gerilime bağlı, tekrarlayan nöbetlere ilişkin migreni kavramamıza yardımcı olabilir mi? Bunlar vejetatif nevrozlar mı, dönüşüm bulguları mı yoksa her ikisi de mi? Konuya ilişkin literatür muğlak ve kafa karıştırıcıdır. Bazı yazarlar (örneğin Alexander [1950], Furmanski ve diğerleri [1952]), migrenin bir vejetatif nevroz, diğerleri ise (örneğin Deutsch [1948]) bir dönüşüm reaksiyonu olduğunu düşünür. Deutsch, migreni ve esasında tüm psikosomatik bulguları, dönüşüm mekanizmasının bir sonucu olarak algılayan daha eski bir düşünce ekolünün temsilcisidir:

> Sağlıklı yaşamı sürdürmek için gerekli olan sürekli dönüşüm sürecinin her normal bireyde var olduğunu farz etmemiz lazım. Örneğin yüz kızarması, aşırı terleme, ishal ve migren nöbetlerini ele alalım... Bunların hepsi gizli kalmış cinsel dürtülerin boşalması biçiminde vuku bulur... "Dönüşümler" bireyin içgüdüsel dürtülerini, içinde yaşadığı toplumun talepleriyle uyumlu hale getirmeye çalışan, sürekli bir psikodinamik süreçtir... Denilebilir ki, insanlar zaman zaman hasta olmazlarsa, çok mutsuz ya da çok nevrotik hallere düşebilir.

İşlevsel hastalıkların, dayanılmaz hislere karşı veya nevrotik savunmanın yapılandırılmasında, hepimiz için geçerli, sürekli bir alternatif olduğu konusunda Deutsch'la mutabık olmamız gerekir. Fakat, tüm bu tür hastalıkların dönüşüm bulguları biçiminde, yeterince tanımlanabileceği görüşünü onaylayamayız. Aksi takdirde, Darwin'in ifade ettiği, sinir sisteminin doğrudan faaliyeti gibi çok daha fazla evrenselliğe sahip bir ilkeyi göz ardı etmiş oluruz. Özellikle Alexander, dönüşüm kavramının psikosomatik bulgulara fazlasıyla geniş uygulanması ve ayrım yapmadan, gelişigüzel ortaya konmasına şiddetle karşı çıkmıştır. Bunun yerine, "temelde farklı" iki mekanizmanın devrede olduğundan bahseder ve bunları aşağıdaki terimlerle birbirinden ayırır:

> Histerik dönüşüm olgusunun, istemli sinir-kas yapısı ve duyu algılama sistemlerinin bulgularıyla sınırlı tutulması ve bunları vejetatif uzuv sistemlerinde oluşan psikojenik bulgulardan ayırmamız gerektiği konusunda ilk baştaki görüşümü halen koruyorum... İsteri dönüşüm bulguları, eksiksiz bir motor davranışla yeterli ifade edilmeyen duygusal gerilimlerin yerini alır... Bu gerilimler, bizzat bulgularca, kısmen de olsa yatıştırılır. Fakat bizler vejetatif nevroz alanında farklı bir psikodinamik ve fizyolojik durumla ilgilenmekteyiz. Burada somatik bulgular, bastırılmış duyguların yerini almazlar fakat bu bulguya fizyolojik eşlik ederler.

Alexander'ın dönüşüm bulguları ve vejetatif nevrozlar arasındaki ayrımı kısa ve nettir: Örneğin, histerik felç ile duygusal yüksek tansiyon mekanizmaları arasındaki temel farklılıkları çok açık ortaya koyar. Yani gelişigüzel, sembolik bir ifade ile hastanın varlık nedenini bilemediği fizyolojik bir işaret arasındaki ayrım. Bazı vejetatif bulgulara uygulanması daha zordur ve burada Alexander, her iki mekanizmanın da devrede olduğunu isteksizce kabullenir. Migren, bu tür karma bir mekanizmanın çok iyi bir örneği gibi gözükmektedir ve bu terimlerin perspektifinde incelenmelidir.

"Tipik" bir migrenin her evresini tanımlayan, somatik bulgularla ruh halinin olağanüstü bir biçimde birlikte oluşumunu,

daha önce (1. ve 5. Bölümlerde) vurgulamıştık. Bu o kadar çarpıcı ve değişmez bir senkronizasyondur ki, bizleri, James-Lange teorisinin terminolojisini kabul etmek zorunda bırakır ("duygu bedensel bir halin hissedilmesidir" diye açıklar James). Akut duygusal heyecanın tetiklediği koşullara bağlı migrenler, örneğin öfke, sonrasında ikincil ve sembolik ne işlevi olursa olsun en azından ilk evresinde vejetatif bir nevroz düzeyinde ele alınmalıdır.

Dolayısıyla bir öfke migreni yaşayan hastaların, öfkeye karşı karmaşık ama basmakalıp bir tepki ortaya koyduklarını düşünebiliriz. Bu tür nöbetlerin erken evreleri (daha önceleri *"engorgement,"* kanla dolarak genişleme, büyüme evresi diye adlandırılırdı) duygusal yönden, alınganlık, öfkeli bir gerilim, fizyolojik yönden ise vasküler ve iç organlara bağlı genişleme, sıvı tutulumu ya da dışkı birikmesi, idrar azalması gibi genel sempatik boşaltım bulguları ile tanımlanır. Hasta aşırı öfke ve hiddet nöbetine tutulur. Nöbetlerin dinmeye başlamasının ardından kriz (kısa fakat şiddetli kusma, ani gaz çıkarma ve dışkılama hissi, aksırma) veya lisis (idrar boşaltımının çoğalması, aşırı terleme ve gözyaşı dökme). Dolayısıyla bu tür nöbetlerin şiddeti birikme ile belirgindir ve iç organların ani boşalması (küfretme ya da lanetleme gibi) veya yavaş bir katarsis (ağlama gibi) ile bu birikim tahliye olur. Duyguların ifadesi, herhangi bir ara kavrama bağlı olmaksızın, etki ve fiziksel tepkiyi bilinçli ya da bilinçsiz bir sembolizmle birleştirmeksizin doğrudan sinir faaliyeti ile sürer. Freud'un ifadesiyle, migrenin bu tür belirtileri, zihinsel yönden "anlamsız ve önemsizdir". Tüm ilkel reaksiyonlarda olması gerektiği gibi bu tür migrenler, duygusal deneyimin ve onun fizyolojik benzerlerinin sürekli ve kapsamlı oldukları bir bölgeden kaynaklanır.

Duruma bağlı migrenleri bu kadar basit terimlerle yorumlayamayız zira bunlar akut duygusal rahatsızlıkların ifadesinden değil, kronik ve genelde bastırılmış duygusal gereksinimlerden ortaya çıkar. Sadece duygulara karşı tepkilerden ibaret değildirler. Öncesinde gelişen olaylardan ve etkilerden bağımsız ele alınamaz. *İşlevleri* vardır ve *aktiftirler*; bireyin duygusal tavrında önemli rol oynarlar; iyi ya da kötü, duygusal bir dengeleme

görevini yerine getirirler – rüya, histerik oluşumlar ve nevrotik bulgular gibi. Eğer migreni somut, elle tutulur bir kavram gibi düşünürsek, bunun hasta açısından özel bir *anlamı* olmalı, bir şeyleri ifade, ima ya da temsil etmelidir. Böylece migrene sadece fiziksel bir olgu düzeyinde değil, aynı zamanda hastanın önemli düşüncelerini ve hislerini tercüme ettiği tuhaf ve sembolik bir tiyatro gibi yaklaşmak gerekir; bunu yaptıktan sonraki aşamada ise, tıpkı bir rüyayı yorumlar gibi migrene de, bulguların ortaya koyduğu gizli anlamları keşfederek yorum getirmeliyiz. Dolayısıyla, duruma bağlı migrenlerin, hasta açısından taşıdığı değer ve önem, bu migrenlerin *hem bulgusal etki, hem de dönüşüm bulguları gibi hareket edebilen biyolojik reaksiyonlar olmalarıdır.*[47]

Sadece migrenin değil, fakat nöbetlerin belli bazı bulgularının da hasta açısından, kendine özgü ve sembolik önemleri olabileceği olasılığını göz ardı etmemeliyiz. Dahası bu öneme göre, bulgular değişikliğe tabi olabilirler. Mide bulantısı ve kusmanın migrene ilişkin en önemli bulgular olduğundan bahsetmiştik: Bunlar genelde tiksintiyi, çoğu kez de cinsel tiksintiyi ifade eder ve (psikojenik kusmaya ilişkin birçok vakada) iğrenç (korkulan, nefret edilen) bir durum ya da kişiyi sembolik de olsa, hastanın hayatından uzaklaştırma çabaları biçiminde yorumlanabilir.[48] Bağırsakların faaliyeti, öncelikle fizyolojik gereksinim ve dönemsellikler tarafından belirlenir. Daha sonra bu faaliyet, dışkı ve dışkı-

47 Alexander, vejetatif bulguları dışarıda tutarak, dönüşüm ifadesinin sadece motor ve duyumsal bulgularla sınırlı olduğunu ileri sürmüştür. Fakat, birçok bağımsız faaliyet ve bulgunun, esasında bilinçli ya da bilinçsiz kontroller düzeyinde değil, gerektiğinde değiştirilen semboller biçiminde dikkate alındığına dair epey kanıt mevcuttur. Bunun en açık ve bilinen örneği, histerik stigmatanın meydana gelişinde görülebilir.

Yakın geçmişte, vejetatif sürecin *öğrenilebileceğine* dair çok önemli bir deneysel kanıt elde edildi. Dolayısıyla, kürar (Curare adlı zehirden çıkarılan ve felce sebep olan bir tür alkaloit – ç. n.) felci olmuş bir köpeği, kalp atışlarını hem hızlandırıp hem yavaşlatmak, bağırsak kaslarını sıkıp gevşetmek, bir kulağındaki kan damarlarını büzüştürürken, diğer kulağındakilerini genişletmek, mide kasılmalarını, idrar oluşumlarını, kan basınçlarını ve diğer tepkileri kontrol etme konusunda eğitmek mümkün olmuştur.

48 Kusma, birçok hayvanda görülen ilkel bir reddetme refleksidir. Psikojenik kusma ise bu refleksin sembolik düzeyde tekrar ortaya çıkması gibi görülebilir. Mide bulantısı, hem duyumsama hem de tavırdır. Görünen o ki ağrının (duyumsama, etki, kavram) nosiseptive reflekslerden türemesi gibi, "tiksinme" etkisi ve kavramı da, reddetme refleksinden türemektedir.

lamaya ilişkin (bilinçsiz) sembolik değerler tarafından belirlenebilir. Kabızlık ve ishal, işlevsel bozuklukların en yaygınlarındandır ve bunlara ilişkin birçok sembolik anlam vardır; ayrıca daha önce bahsettiğimiz gibi, migrenin sık görülen önemli unsurlarıdır. 100 migren hastasını kapsayan ilginç bir karakter çalışmasında Furmanski (1952), bu grupta görülen "oral ve anal karakteristiklerden" bahseder fakat maalesef, bu özelliklerle yaşanan migren *türü* arasında bir sebep sonuç ilişkisi olup olmadığı konusunda bir girişimi yoktur. Bu noktada, örneğin, safra nöbetleri veya mide bulantısı ve kusma ile belirgin migrenin "oral" grupta daha yaygın, buna karşın artan bağırsak rahatsızlıklarının ise "anal" grupta daha yaygın olup olmadığını merak ediyoruz doğrusu. Bulguların sembolik değerleri ve yorumları olasılığını bir kenara bırakırsak, toplam migren sürecinin birtakım geçerli yorumları olduğunu kolayca görebiliriz. Örneğin, eğer migren, acı veren ya da nefret edilen bir duruma tepki düzeyinde ortaya konmuşsa, *bu* (ve beraberinde gelişen hisler) fiziksel bir ağrı, yer değiştirmiş bir ıstırap gibi sembolize edilir (somutlaştırılır) ve nöbetin sonlarına doğru iç organ ve bezlerin boşaltma faaliyetiyle birlikte sembolik biçimde dışarı atılır. "Kapsayıcı" migrenin görünürdeki rolüne çok yakın benzerlik gösteren bu durumda, tüm nöbet, psikofizyolojik pandomim ya da iç organlara ilişkin uzun süreli tatsız bir rüya gibi dramatik terimlerle ifade edilebilir.

Freud'un fiziksel bir nevrozun, histerik oluşumların başlangıç noktası ya da çekirdeği olduğuna dair gözlemlerine yer vermiştik. Başlangıçtaki fiziksel bulgunun, belirli duygusal gereksinim ve fantezilerle bağlantılı hale gelip, böylece ikinci, sembolik bir konumu üstlenmesiyle, benzer değişimlerin migren bulgularında da meydana gelebileceğini görürüz. Fakat migren kendi içinde histerik bir kurguya dayalı değildir; bulguları gerçektir ve kökenleri fizyolojik reaksiyonlardadır. İsterinin dili gelişigüzel, kişiye göre değişkendir ve fizyolojik bir çeşitlemeden ziyade bedenin soyut ve hayali imgelerine dayanır. İsteride, sembol doğrudan bulguya dönüşür; dolayısıyla fantazma boyutunda öldürücü olabilecek bir kol, bir felç vasıtasıyla baskılanabilir ya da cezalandırılabilir. Fakat histerik felç nörolojik bir kusurla bağdaşmaz. Migrendeki bulgular sabit ve fizyolojik bağlantılarla sınırlıdır; fakat bu bulgular, sonradan ortaya çıkan

veya ikincil bir sembolik lisan gibi kullanılabilen ilkel bir vücut dili meydana getirebilir.[49]

Bu nedenle, duruma bağlı migrenleri, bireyin gereksinim ve sembollerini üzerine yazıp çizdiği bir yaz boz tahtası gibi ama her halükârda fizyolojik bulgular başlığı altında yorumlamalıyız. Böyle bir yorum, hem dönüşüm bulguları hem de vejetatif nevrozların tanımları ile kesişir ve böylelikle bu tanımlardan herhangi birinin tek başına kullanımı yetersiz hale gelir. Sonuç olarak bu bizi şaşırtmamalıdır zira Alexander'ın kullandığı ölçütler –sembolik ifade edilebilirlik ve fizyolojik tepki– Starobinski ve diğerlerinin işaret ettiği gibi iki farklı mantıksal sorgulama bölgesine aittir ve her ikisi de hastalığa ilişkin sorunları çok ilgi çekici hale getirebilir (Rieff, 1959, sayfa 10).

Bu noktada, başladığımız yere, yani Darwin kavramlarına dönüş yapmalıyız. Sinir sisteminin doğrudan faaliyeti olarak başlayan bir şey, yavaş yavaş yararlı bir faaliyet haline gelir. Bir duygunun fiziksel yönü olarak başlayan bir şey ise, yavaş yavaş, farkında olmadan tüm bu derinden etkileyici durumun bir göstergesi haline gelir. Bedenin reaksiyonları, potansiyel bir ilkel vücut dilini içerir – migrende, bir dizi içsel hareket, istem dışı yüz ifadelerini andıran bağımsız kasılmalar ve motor hareketler gözlenir.[50] Freud'un rüya sembollerine ilişkin bahsettiği bir-

49 Burada kastedilen sembolizmin, iç organ ve bezlere ilişkin değil migrenin çeşitli *bulgularıyla* bağlantısı vardır. Bedenin iç şekli dışı gibi bilinçli betimlenemez. Bu yüzden birçok insanın kendi iç organlarına ilişkin gözünün önüne getirdiği şekiller ve olaylar ve bu tür şekillerin isteri ve hastalık hastalığına bağlı garip bulgulardaki halüsinatif izdüşümleri meydana gelir. Bunlar Dr. Jonathan Miller'ın *Body in Question* (Sorgulanan Beden), adlı kitabında özellikle ele alınmıştır. Migrende, sembolik önem gerçek bulgulara ilişiktir. İsteride ise bedenin soyut ve hayali imgelerine.

50 İlkel sinirsel bulguların, kişisel sembolik ifadeler düzeyinde üstlendikleri görev, motor mekanizmalar bölgesinde örneklerle açıklanmıştır. Dudakların, aralıklarla dışa doğru çıkarılması ("Schnauzkrampf"), yayılmış korteks hastalığında, ön lob lezyonlarında (arıza, bir dokunun veya görevinin patolojik bir sebeple arızaya uğraması – ç. n.), şizofrenide vb. görülebilir. Tıpkı arama ve emme refleksleri gibi, küçülmüş ön lob baskılanmasına bağlı meydana gelir. Yine de, özellikle şizofrenide ilave bir sembolik amaç mahiyetinde faydalı olabilir. Bleuler'in ifadesiyle: "Schnauzkrampf, dudakların dışarı çıkmasını kontrol eden, kasların bölgesel tonüs kasılmasından ziyade, bir *aşağılama, küçümseme* ifadesi biçiminde algılanır... psişik etki altında, sıfırdan maksimuma kadar değişen yoğunlukta tanımlanır. En azından yığılmalarını psişik bir süreç olarak algılarsak, ancak o takdirde bu tür değişimlerin doğasını anlarız (Bleuler, sayfa 448). Daha yaygın bir örnek de sıkıntıyı ifade etmek için esnemektir.

çok olgu, migrenlerin ilkel fiziksel sembollerine uygulanabilir. Freud, rüya sembollerine ilişkin, çok eski ve evrensel, bireye özgü olmasından ziyade doğuştan var olan ve "antik fakat modası geçmiş bir ifade biçimi"nin ilke kullanımı tanımlarını yapar.[51] Benzer biçimde ve belki de daha akla yatkını ise migren bulgularının ve diğer birçok psikosomatik sendromun sembolik tavırlarında, sinir sisteminin yapısında ve çalışmasında dolaylı yer alan, antik ve evrensel bir ifade biçimine –ilkel bir vücut dili– geri dönüş vardır ve arzu edildiği takdirde kullanıma hazırdır.[52]

Migren sürecinin sayısız çeşitlerini, geçiş evrelerini, dönüşümlerini ve bunların neredeyse birbirleriyle yer değiştirerek bir diğerinin "eşdeğeri" düzeyinde yer alması gerçeğini defalarca vurguladık. Gowers bu noktaya çok önem vermiş fakat hiçbir açıklama ortaya koymayarak sadece şunu söylemiştir: "... Gizemli bir ilişkiyi algılayabiliyoruz fakat açıklayamıyoruz." Esasında, belli bir zaman diliminde hastanın benimsediği ya da "seçtiği" belli nöbet türlerini, mevcut birçok seçenek içerisinde hangi faktörler tarafından ortaya konduğu konusunda artık emin olamayız. Hastayı belli bir migren türünden ziyade bir başkasına yatkın hale getiren ayrıcalıklı yöntem ya da mekanizmaların ve belirli fizyolojik benzerliklerin muhtemelen var olduğunu düşünebiliriz. Dahası bunların, özellikle hemipleji ve migren nevraljisi gibi ender ve sürekli aynı şekilde ortaya çıkan bazı migrenler açısından güçlü olabileceğinden kuşkulanabiliriz. Yine de diğer birçok vakada ortaya çıkan klinik seyirde önemli değişikliklere sebebiyet verdiğinden, bu fizyolojik faktörlerin zayıf, göreceli ya da dengesiz olduğu görülür. Dolayısıyla, bu fizyolojik faktörlerin psikojenik unsurlara tabi olduğundan ve sonuçta hangi tür

51 "Rüya görenin hakkında hiçbir şey bilmediği ama emrine amade bir sembolik ifade biçimi vardır... Bu sembolik kıyaslamalar her seferinde yenilenmezler fakat her zaman mükemmel bir biçimde kullanıma hazırdırlar... farklı insanlarda özdeş olmalarına bakarak bunu anlayabiliriz... Burada artık entelektüel gelişim evremizde, çoktan aştığımız antik fakat modası geçmiş bir ifade biçimi ile ilgilendiğimiz izlenimine vardık... Bana öyle geliyor ki, sembolizm kişiye has bir ifade biçiminden ziyade ırksal kalıtım yoluyla elde edilmektedir" (Freud, 1920).

52 Daha da eski bir ifade biçimi ise, alerjik reaksiyonların, bireyin duygusal tavrında ortaya çıkan hücre ve doku seviyesindeki reaksiyonlarının sembolik kullanımıdır. Duygusal olayların tetiklediği alerjik reaksiyonların sık sık migrenle birlikte meydana geldiğini ya da vücut ifadesinin alternatif biçimi olduğunu belirtmiştik.

migren reaksiyonunun meydana geleceğini belirleyen tüm diğer faktörleri, devreden çıkaran ya da değiştiren faktörlerin bunlar olabileceğinden ciddi kuşku duyabiliriz. Gowers'ın söz ettiği "gizemli ilişkinin" esasında sembolik bir ilişki olup olmadığını, farklı tür nöbetlerin birbirleri yerine devreye girip girmediklerini kendimize sormalıyız.

Bu bölümde migrenin öncesinde yer alan olguları ve bazı stratejik işlevlerini açıklamaya çalıştık. Organizmanın en genel refleks tepkimesinden, çeşitli fizyolojik benzerliklere ve hastanın en belirgin dönüşüm mekanizmasına kadar bir dizi hiyerarşik unsurun yer alabileceğini ileri sürdük. Eğer migrenin temelleri evrensel uyarlama reaksiyonlarına dayanıyorsa, o halde üstyapısının da, ayrı ayrı her hasta tarafından gereksinim ve sembolleriyle uyumlu biçimde ve farklı inşa edildiğini varsaydık.

Dolayısıyla, kitabın 6. Bölüm'ünde ortaya konan, migrenin doğuştan mı yoksa sonradan mı edinildiği ikilemine şimdi prensipte cevap verebiliriz: Her ikisi de. Sabit ve özgün nitelikleri yönünden doğuştan, değişken ve belirgin nitelikler yönünden ise sonradan edinilir. Benzer bir tarzda, ünlü dilbilimci Naom Chomsky'nin belirttiği gibi, tüm dillerin evrensel "derin dilbilgisi" kökende vardır fakat her farklı dil sonradan öğrenilir.

En basit seviyesinde yürüme, bir omurga refleksidir. Fakat daha yüksek seviyelerde, ta ki bir insanı yürüyüş tarzından, yani *kendi yürüyüşünden* tanıyana kadar gelişip değişir. Aynı şekilde migren de bir evreden diğerine geçerken kimlik kazanır. Bir refleks halinde başlar fakat başlı başına bir olgu haline gelebilir.

Sonsöz

Migren *sürecini* (ya da olgusunu) açıklarken, orta beyinden kaynaklanan ve sinir seyri-zaman bazında geniş değişimlere tabi, bir uyarılma ve baskılama döngüsü olduğundan bahsettik. Bazı lokal (vasküler) ve sistemik (kimyasal) rahatsızlıkların oynadığı rolü ele aldık fakat bunların değişken ve ara bir rol olduğunu ve beyin sapı faaliyetinin esas nörofizyolojik rahatsızlığından sonra geldiğine ikna olduk.

Migren gibi karmaşık ve çok yönlü bir reaksiyonun, en başından beri sadece insanlarda ortaya çıktığı konusunda biraz kuşkulu davranarak, daha alt seviyede hayvanlarda da muhtemel öncüleri ya da benzerleri olabileceği konusunda varsayımlar yürüttük. Migrenlerin, pasif, parasempatik tonuslu, önleyici reflekslerin olduğu geniş bir alandan, birçok hayvanın –soğuk, sıcak, bitkinlik, acı, hastalık ve düşmanlar gibi– çevresel ya da iç tehditlere karşı kullanıldığı *reaksiyonlara* dönüştüğünü gözlemledik. Migren gibi, bu tür reflekslerin de geri çekilme ve atalet özellikleri sayesinde, fiziksel tepkilerden ayırt edilebileceğini gördük.

Nihayet migrenleri duygusal yaşamla bağlantılı *amaç* ve *deneyimler* olarak ele aldık ve gördük ki, tekrarlayan nöbetler, bazı hastalarda nevrotik ve histerik davranışların tetiklediği adeta "hastalığa doğru bir kaçış"a neden olmaktadır. Yanı sıra, bazı sakıncalarımızı da belirterek, migrenin belli bulgularının bazı belirli duygu ve fantezilerle bağlantılı olabileceğini belirttik.

Migrenlerde, bu türde üç farklı psikosomatik bağlantı ortaya çıkabileceğini ileri sürdük: Birincisi, bazı bulgu ve etkileşimler arasında, kökende var olan fizyolojik bağlantılar; ikincisi bazı fiziksel bulgularla ruh halleri arasında, yüz ifadelerinin ortaya konmasına benzer, sabit ve sembolik karşılıklar; üçüncüsü fiziksel bulgularla fantezileri bir araya getiren, histerik bulguların ortaya çıkmasına benzer, gelişigüzel ve özgün semboller.

Bu mekanizmalardan hangisi devrede olursa olsun, migren, başka yöntemlerle doğrudan ve yeterli ifade edilemeyecek hisleri, dolaylı yollardan etkili ve güzel bir biçimde ortaya koyar. Bu yanıyla, diğer birçok psikosomatik reaksiyona, rüyaların ve vücut dilinin ifadelerine benzer. Tüm bunlar, kelimelerden oluşan dillerden çok önce evrimleşmiş, antik bir dil kullanırlar. Peki, niye kelimeleri kullanabileceğimiz yerde, hareket ve imgelerden oluşan bu bağımsız bulguların dilini kullanıyoruz? Belki de bu tür bir davranış ilkeldir ama hiçbir zaman modası geçmeyecektir. Wittgenstein'ın ifadesiyle:

"Gösterilen, ifade edilemez."

"İnsan bedeni, ruhun en güzel resmidir."

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Migrene Yönelik Tedaviler

Yayıncının notu:

Bu kitapta bazı ilaç adları kullanılmıştır. Hiçbir ilacın doktora danışmadan kullanılmaması gerektiğini okurlarımıza hatırlatırız.

Giriş

Bu noktaya kadar migrenin doğasını açıklığa kavuşturmaya çalıştık. Şimdilik bunu başardığımıza göre, görevimizi tamamladık. Bu arada, "tedavilere" ilişkin bir ek sözlük oluşturmak kanımca işgüzarlık olurdu. Denilebilir ki tedavi, geçmişte kalan, olmuş bitmiş olayların içinde *saklıdır.* Konuşma terapisinden hiç bahsetmeden "Afazi" üzerine bir tez yazılabilir. Fakat bizim konumuz sadece bununla kıyaslanamaz: Migren yaygındır. Istırap verme ve çaresiz halde bırakma konusunda çok geniş bir etki alanı ve tekrarlama eğilimi vardır. İyi huylu bir hastalıktır fakat hem hastalar hem de doktorlarca yanlış anlaşılabilir ve yanlış tedavi edilebilir.

Kitabın ilerleyen bölümlerinde, migrenin biyolojisine ilişkin mantıksal açıdan tutarlı bir tablo ortaya koymaya çalıştık ve tedaviyle ilgili yaklaşımları, bu noktaya kadar ele aldığımız konular çerçevesinde oluşturacağız. Yine de şunu belirtmeliyiz ki, ilaçlar ve tedavi mantıken tutarlı ifadelere indirgenemez. Bunlar "sihir"le ilgili sayısız değişkenlere ve soyut kavramlara ve hepsinden öte hasta ile doktor arasındaki güven ilişkisine bağlıdır.

14. Migren Tedavisinde Kullanılan Yöntemler

Yaptığımız gözlemlere göre, toplumda, her on kişiden biri basit migren, her elli kişiden biri klasik migren ve çok küçük bir oran da ender görülen migren türevlerinden (migren nevraljisi, hemiplejik migren gibi) şikâyetçidir. Önemsenmeyecek kadar küçük bir kesim ise migren dengi rahatsızlıklar ve tek başına meydana gelen görsel auralardan şikâyetçidir; fakat sayılarının ne olduğu tahmin edilememiştir zira bulguları genelde yanlış tanılarla ortaya konmaktadır. Doktorlara yapılan başvurularda, baş ağrısı en sık rastlanan şikâyet konusu olmasına rağmen, migren hastalarının sadece küçük bir bölümü tıbbi müdahaleye yönelirler. Bu hastaların migren nöbetleri şiddetli, sık veya bazen tuhaftır. Bu bölümde bu tür nöbetleri ele alacağız.

Doktorlar önce tanıyı koymalı, sonra da iyileştirme ve tavsiye görevlerini yerine getirmelidir. Bir doktorun iki tür tanı görevi vardır: Kendisine yapılan şikâyeti teşhis ve bunun nedenlerini ve unsurlarını açığa kavuşturma. Farz edelim ki önce hastayı dinler ve hastada bir nöbet gözlemler. Gerekli tüm araştırmaları yapar ve hastanın, gerçekten de tekrarlayan migrenlerden şikâyetçi olduğuna ikna olur. Bazı vakalarda hastanın ilk başta anlattıkları, nöbetlerin seyrini ve ana sebeplerini ortaya koymada yeterli olur. Eğer sorun periyodik (yaşam tarzına bakmaksızın haftada 2 ila 8 kez düzenli tekrarlayan nöbetler) veya koşullara bağlı migrenlerden (heyecan, bitkinlik, alkol gibi belirgin tetikleyici koşullara bağlı nöbetler) biriyse bu genelde mümkündür. Geriye, migrenden çok şiddetli etkilenen ve öncesinde ne-

ler olduğu kolayca tanımlanamayan, çok sık nöbetler yaşayan büyük bir hasta grubu kalıyor. Migrene ilişkin unsurlar ortaya çıkarılmadan önce, bu tür hastaları sık tetkik etmek ve dikkatli incelemek gerekebilir. Tekrarlayan migrenlerin seyirlerini ve unsurlarını açıklığa kavuşturmada iki yardımcı yöntemin özellikle faydası olabilir. Nöbetleri tetikleyebilen ve dikkat çekmeyen koşulları ortaya çıkaracak, biri migren sürecine diğeri de günlük olaylara yönelik takvim veya günce oluşturmak ve (eğer doktor gerekli görürse), işe yarar bilgi sağlayabilecek yakın akrabalarla görüşmek.

Hasta, doktorun yaptığı ve söylediği her şeyi tedavi amaçlı görür. Doktor, hastayı bir veya birkaç kez ve eğer psikiyatrsa yüzlerce kez tetkik edebilir, öğüt verebilir, destek olur ya da analiz eder. Fakat ne yaparsa yapsın, hastayla olan ilişkisi bunların hepsinden daha önemlidir. Otoritesi, sempatikliği ve daha birçok gözle görülmeyen ve karşılıklı sevgiye dayanan yaklaşımları, verimli bir doktor-hasta ilişkisini güçlendirmede en az yaptıkları ve söyledikleri kadar önemli yer tutar. Böyle bir ilişki, işlevsel hastalıkları olan hastaların tedavisinde esas unsurlardan biridir.

İlaç konusu ister istemez ilk başta gündeme gelir. Migren tedavisinde, birçoğu başarılı fakat çok azı özgül (bkz. 15. Bölüm), sayısız ilaç kullanılmıştır ve hem hastaların hem de doktorların bu ilaçlara karşı tutumları farklı ve çeşitli olabilir. Benim görüşümü özetlemek gerekirse, akut bir nöbet için, hastayı ilk veya ikinci muayenemde özgül veya bulguya yönelik ilaçlar vermek fakat aynı zamanda, migrenin tedavisinde ilaç terapisine ilişkin görüşlerimi de açıkça anlatmaktır. Akut şikâyetleri olan bir hastada ilaç tedavisini inkâr etmek katı ve anlamsız olurdu. Fakat şiddetli ve sık tekrarlayan migrenlerde tek tedavi yönteminin ilaç terapisi olduğuna dair bir gayretkeşlik içine girmek de başlı başına bir meseledir. Bu yüzden ilaçları yardımcı ve geçici önlemler düzeyinde, hastanın ve yaşadığı migrenlerin durumunu tamamen ortaya koyduktan sonra kullanılmasını öneririm. Elbette ilaç tedavisinde (ya da alerji veya histamin duyarsızlaştırması gibi yöntemlerde) ısrar eden ve başka hiçbir tedavi yöntemine yanaşmayan bazı hastalar vardır. Bu tür hastalar sadece kendi istedikleri yöntemlerle tedavi edilmelidir.

Genel tedavi yöntemlerinin hasta açısından üç ayrı önemi vardır: Nöbetleri tetiklediği gözlemlenen koşullardan kaçınma, genel sağlık unsurlarını ön plana çıkarma ve son olarak sosyal ve psikoterapik önlemler. Bunlardan ilk ikisi birlikte ele alınabilir.

Genel Önlemler ve Tetikleyici Koşullardan Kaçınma

Doktorların alışılagelmiş rollerinden biri, hastaya endişelenmemesini, tatile çıkmasını, yeterince egzersiz yapmasını ve iyi uyumasını öğütlemektir. Bu tür öneriler, migren hastalarına Hippokrates'ten bu yana öyle ya da böyle yapılmaktadır. Örneğin ikinci yüzyılda Aretaeus epilepsi ve migren hastalarına aşağıdaki önerilerini aktarmaktadır:

> Havadar bir yerde, mersin ve defne ağaçları altında, dolambaçsız, düz bir yolda uzun yürüyüşler yapın... dolaşmak her zaman iyi gelir... sıcaktan bunalacak ve terleyecek kadar yoğun egzersizler yapılmalı... sakin olunmalı ve yüksek bir tempo tutturulmalı.

Bundan bin yedi yüz yıl sonra Peters (1853), migrenlerin hijyenik koşullarda tedavilerinin, ilaç kullanmak kadar önemli olduğunda ısrar eder ve Aretaeus'un tavsiyelerini şöyle detaylandırır:

> Canlı ve dinç bir hayat tarzı, perhiz ve egzersiz yapmak kaçınılmazdır. Hareketsiz bir hayat tarzı benimseyenler, zihinlerini çok fazla yoranlar ve düzensiz uyuyanlar kendilerini yenilemelidirler... aşırı endişeden kaçınmalı ve günlük kaygılara fazla kapılmamalıdırlar... siyah çaydan uzak durmalıdırlar... Deniz kenarında veya evde alınacak bir duş ya da tuzlu su banyosu faydalıdır... bağırsakların düzgün çalışmasına dikkat edilmelidir... mide ve karaciğer sağlığına olabildiğince dikkat edilmelidir... Kadınlar özellikle aybaşı dönemlerinde üreme organlarının sağlığına çok özen göstermelidirler... sefahate, işe, kedere ya da aşırı yemeye kendini kaptıranlar, baş ağrılarından kurtulamazlar.

Migrenin sosyal sınıf farkı gözetmediği fark eden Liveing (1873), yaşam koşullarına bağlı gelişen migrenlerden şikâyetçi iki grup insana ilişkin kayda değer gözlemlerini ortaya koyar:

> Gruplardan biri, yetersiz beslenme koşullarından kaynaklanan bitkinlikten, bu gruptaki kadınlar çok sık çocuk doğurmak ve emzirmekten, havasız, basık ve kapalı atölye ve fabrikalarda geçirilen yoğun iş saatlerinden ve kalabalık şehirlerde yaşıyor olmaktan şikâyetçidir...

Liveing, bu insanlara, yani Londra'nın yoksul kesimine daha iyi iş ve yaşam koşulları, yeterli beslenme ve güçlendirici ilaçlar önermek isterdi. Fakat ne yazık ki, onlar erişemeyeceği bir uzaklıktaydılar zira sosyal reformlar ilaçlardan önce gelmeliydi. Migrene yatkın olan ikinci grup farklı bir sosyal tabakada yer alan, öğrenciler ve profesyonellerdi:

> Bu insanlar, daha yetkin ve başarılı olmak için, üst mevkilere ulaşmak için verilen mücadeleyle, işin getirdiği baskı ve sorumluluklarla, ticaret hayatındaki rekabet, heyecan ve belirsizlik ortamlarıyla içli dışlıdırlar ya da aile sorumluluğunun getirdiği ağır yük altında ezilmektedirler...

Liveing bu gruba, aşırı hırs ve güdülerini dizginlemesini, manevi ve duygusal değerlere daha fazla önem vermesini öğütler. Bu tür öğütlerin verilmesi kolaydır ama hiçbir zaman bunlara uyulmaz. Günümüzde, Alvarez "Baş ağrılarıyla kıvranan bir profesör olmaktansa, sağlıklı ve mutlu bir çiftçi olmak belki de çok daha iyidir!" diye iddia etmiş fakat hayatını baş ağrılarıyla kıvranan bir profesör olarak sürdürmüştür.

Aretaeus'tan bu yana hiç değişmeyen bir tavır ve görev bilinciyle, hastalarımıza aynı hararetli öğütleri vermeye devam ediyoruz. Bunun çoğunlukla faydasız bir uğraş ve boşa tüketilen nefes olduğunu algılamamız lazım. Ayağımızı yere daha sağlam basmamız açısından, hastalarımıza, migreni tetikleyici birtakım koşullardan kaçınmalarını önermemiz daha yararlıdır. Çoğunu 8. Bölüm'de ele aldığımız, bu tür sayısız koşul mevcut-

tur ve doktorlar ne kadar çok koşul saptarlarsa o kadar yerinde ve doğru kararlar verirler.

Bu tür hastaların bir kısmı, belli frekanslarda yayılan ve titreşerek yanıp sönen ışığa duyarlıdırlar ve sık sık televizyonlarının ayarıyla oynamak zorundadırlar. Bazıları bir öğün bile aç kalmaya, diğerleri ise ağır bir yemeğe tahammül gösteremezler. Bazılarının migreni bir kadeh içkiyle azabilir. Bazıları uykusuz kalmaya dayanamaz, buna karşın diğerleri ise az uyuyunca daha iyi hissetmektedir. Bu ve benzeri durumlarda, hastaların iki seçeneği vardır: Ya tetikleyici koşullardan kaçınacak ya da migren ıstırabını çekmeye devam edeceklerdir. Fakat hepsinden önemlisi, öfke ve diğer şiddetli duygusal hallerin hızlandırdığı migrenlerden şikâyetçi hastaların bulunduğu kategoridir. Burada herhangi bir seçenek yoktur. Aşırı efor ve duygusal yoğunluk sonucu ortaya çıkan anjin nöbetlerinden yola çıkan John Hunter, şunu gözlemler: "Bir insan oturduğu yerden kıpırdamamaya karar verebilir fakat öfkeli olmamaya karar veremez."

Destekleyici ve Psikoterapik Önlemler

Migren hastalarına psikoterapik yaklaşımlara ilişkin yaptığı mükemmel çalışmalarda (ki bu çalışmanın alanı, Wolff'un tüm hastalarının kendisi gibi "migren kişiliği" sergiledikleri gerçeğiyle sınırlıdır) Wolff (1963), üzerinde durmamız gereken üç noktaya dikkat çeker.

> 1. Migren hastalarının tedavisinde kullanılacak kesin yöntemler, nihayetinde doktorun kişisel deneyim ve ekipmanına bağlıdır. Farklı ve çeşitli yaklaşımlar, kabul edilir sonuçlar doğurur. Doktor kullandığı terapi yöntemlerinin avantajlarının ve eksikliklerinin farkında olmalıdır.

Bu bağlamda, migren hastasıyla doktor arasındaki ilişkiyi göz ardı eden anlayışa ilişkin bazı tehlikeler üzerine iki yorum getirmeliyiz. İlki, okuduğu psikanaliz metinleriyle bilenmiş ve bilgilenmiş fakat analitik deneyimden yoksun doktorlar, hastaları-

nın bastırılmış duygularına ilişkin küstahça, ilgisiz, sorumsuz, kötü zamanlanmış yaklaşımlarda ve sık sık yanlış "yorumlarda" bulunurlar; hastalar da haklı olarak başka doktorlara yönelerek tepki verirler. İkinci tehlike daha yaygındır, ciddidir ve dinmek bilmeyen amansız migrenlerden şikâyet ederek kendisine başvuran bazı hastalardaki, psikopatolojinin boyutunu ve şiddetini anlayamayan doktorların yarattığı bir tehlikedir. Bu tür hastaların bazılarının ciddi rahatsızlıkları olduğunu, bir kısmının da bunalımlı ya da kendine zarar veren hastalar olduğunu belirtmiştik (12. Bölüm). Sayılarının az olmasına karşın çok ıstırap çeken bu hastalar, yüzeysel bir psikiyatrik müdahaleden çok daha fazlasına, ihtisaslaşmış ve yoğun bakıma gereksinim duyarlar.

Doktorların hastaları tedavi ederken tercih ettiği ya da etmek zorunda kaldığı esas metotlar elbette hastaların sayısı kadar çok ve bir o kadar da çeşitlidir. Bu kapsamda, çok az genellemenin öğretici değeri vardır. Tek bir ana kural geçerlidir: hasta her zaman can kulağıyla dinlenmelidir. Zira, eğer migren hastalarının migrenin yanı sıra yaygın ve geçerli ikinci bir şikâyeti varsa, o da doktorların kendilerini dinlememeleridir. Doktorlar tetkik eder, inceler, ilaç verir ve ücretlerini alırlar; fakat hastayı dinlemezler.

İlk etapta hastanın migrenleriyle yakından alakalı olan terapiye yönelik görüşmenin konusu, yavaş yavaş hastanın yaşamına ilişkin diğer yönlere, özellikle de evde ve işte yaşanan gerilimlere, yorgunluklara, kızgınlıklara ve hayal kırıklıklarına doğru gelişir. Doktor dinledikçe aydınlanır ve gizli kalmış ve birikmiş gerilimlerin meydana getirdiği baskıyı hafifletebilir; ve iyimser bir ihtimalle, önemli stres unsurlarını belirleyip hastanın bunlardan kaçınmasını ve yatışmasını sağlar.

Duygusal alanda yer alan konularda doğrudan öneriler getirme ve teşvik etmenin etkisi çok sınırlıdır. Weiss ve English (1957), psikosomatik tıp için hazırladıkları eğitim kitabında, migren hastasının moral ve güç depolamasına ilişkin dokuz "basit kural"dan bahseder. Bunların arasında "azla yetinin, fazla eleştirel olmayın, kendinizle barışık olun, suçluluk duymaktan vazgeçin" gibi çok sağlıklı öneriler vardır. Bu tür özdeyişler çerçevelenip duvara asılabilir, fakat duygusal yönden bunların

benimsenip, özümsenmesi, konuşulmasından daha büyük bir erdemdir.

Wolff özellikle, kendi vicdanının ve yarattığı yıpratıcı ölçütlerin güdümünde, bilinçli ve sürekli tekrarlanan "şunu yapmalıyım, bunu başarmalıyım" gibi şartların tutsağı olmuş, saplantılı hastalarla ilgilenir. Bu hastaların tipik gergin ve tedirgin hallerini gözlemler ve bu yüzden uyguladığı terapiler "sohbet ederek gerilimi tekrar tekrar azaltma" ve "hastanın içinde bulunduğu gerilimin, bitkinliğin, tatminsizliğin, hayal kırıklığının ve iş ve sorumluluklarla kafasını sürekli meşgul eden saplantılarının farkında olmasını sağlamaya" yöneliktir.

Yine de 9. ve 12. Bölümlerde ayrıntılı ortaya koyduğumuz üzere, tüm alışılagelmiş migren hastaları bu sınıflandırmaya girmez. Aşırı faaliyet ve endişe sergilemekten uzak birçok migren hastası, (çok derinlerde gizli ve migren nöbetleriyle su yüzüne çıkan öfke ve kinle birlikte) aşırı uysal ve edilgen davranış gösterirler. Bazıları sorunlar ve stresler karşısında kayıtsız ve inkârcı davranır (özellikle, oluşumu itibariyle histerik belirtiler gösteren "çözülme migreni" hastaları). Şiddetli etkilenen bir diğer grup da, alenen depresif, mazoşist eğilimli ve sık ortaya çıkan migrenleriyle dönüşümlü, kendini cezalandırma yöntemlerine başvuran hastalardır. Doktorların ayırdında olması gereken grup tam da bu hastalardan oluşur zira, birçok migren hastasının aksine, eğer tedavide başarı kaydetmek isteniyorsa, bu hastalara daha komplike ve yoğun kontroller uygulamak gerekir.

> 2. Doktorlar açısından, migren hastalığını engelleyici tedavi yöntemleri çok yorucudur. Bu yüzden hastalarla görüşmeye sadece birkaç dakika ayırabilecek doktorların fayda sağlayamayacağı bir yöntemdir.

Bu noktada, yine Wolff'un sözleri dile getirilebilir. Birçok migren hastası, hastalığına doğru teşhis konması, rahatsızlığın iyi huylu olduğundan emin olması, seyri ve kontrolüne ilişkin kolay anlaşılır ifadeler duyması ve bir ihtimal akut nöbetleri için ilaç önerilmesi amacıyla doktora gider. Yılda diyelim ki 10 civarında, görece seyrek nöbetler yaşayan hastalar da bu gruba

dahildir. Bu tür hastaları bir veya iki defa tetkik edip "doğru bilgi" aktarmak yeterlidir. Devamında ise, mevcut durumunu sürdürüp sürdürmediğini kontrol etmek amacıyla, geniş aralıklarla kontrol edilebilir. Hastalıktan daha ciddi etkilenenler ise, hem doktorun hem de hastanın mutabık olduğu, düzenli aralıklarla (kabaca 2 ila 10 haftalık aralıklarla) tetkik edilmelidir. İlk başlarda, bir taraftan doktorun otoritesini ve hastayla olan ilişkisini tesis ederken diğer taraftan da hem hastanın hem de doktorun üzerinde durduğu belli konulara dikkat çekilmesi amacıyla, uzun ve ayrıntılı görüşmeler yapılmalıdır. Sonraki görüşmeler kısa sürebilir ve dar bir çerçevede ele alınabilir. Bu görüşmelerde ana tema, hastanın migrenlerinin neden olduğu güncel sorunlarını tartışmaktır. Baştan savma tıbbi bakım ve tetkikler çok kötü sonuçlar doğurur ve deyim yerindeyse "ele avuca sığmaz" migrenlerin önemli bir sebebi haline gelir.

> 3. Baş ağrılarının son bulması için, hastaların vermeye razı oldukları kişisel ödünler yeterli olmayabilir. Sürdürülen yaşam tarzının hastaya maliyetini açıkça ortaya koymak doktorların görevidir. Bu noktada hasta baş ağrılarının sürmesi ya da onlardan kurtulması arasında tercih yapmalıdır.

Wolff, psikosomatik hastalıkların tedavisini üstlenen doktorların beceri sınırlarını vurgularken, Groddeck ise tamamıyla yetkin olup olmadıklarını sorgular. Her ikisi de dolaylı olarak, hastanın yapacağı "seçimi" yani, bu bulgularla yaşamaya devam mı edeceğini yoksa vaz mı geçeceğini ele alır. Dolayısıyla, bu noktada tedavinin amacını tarif edebiliriz.

Bu basit bir "iyileştirme" formülünden öte her hasta için ayrı tasarlanmış stratejiler ve her biri için en "uygun" *yaşam tarzını* ortaya koyup, güvenceye alma biçiminde algılanmalıdır. Bu husus doktor ile hastası arasında olası bir fikir ayrılığını da gündeme getirebilir. Bazı hastaların bulgularına ne derece *bağlı* olduğundan ve onlarsız yapamadığından –azınlık olan fakat önemli ve genelde çok acz içinde olan bir hasta grubu– bu hastaların, başka seçenekleri olsa bile, çektikleri bütün eziyete rağmen, ne derece migrenle yaşamayı *tercih* edebileceğinden söz etme-

liyiz. Wolff bu olasılığı değerlendirmekle beraber, bunu sadece bir cümleyle ortaya koyar: "Değişmeye razı olmamak, tüm tedavi çabalarını boşa çıkarabilir." Fakat bizler bunu daha detaylı, özellikle tüm yaşamı boyunca doktorlara danışmış olmasına rağmen migrenlerine bir türlü "deva bulamayan" inatçı ve az sayıdaki hastayı göz önüne alarak ortaya koymalıyız.

Geçen bölümde "dönüşümün" ya da daha genel ifadeyle, bastırılmış dürtüleri ortaya çıkaran dolaylı fiziksel yöntemler ve hastalıkların, hepimizde kalıcı biçimde var olabileceğine ve Deutsch'un "... insanoğlu zaman zaman hastalanmazsa ya çok mutsuz olur ya da çok kolay nevrotik bir hale gelebilir" diyerek getirdiği mantıklı yoruma dikkat çekmiştik. Dinmek bilmeyen ve şiddetli migrenlere sahip hastalar üç grupta toplanır: Dayanılmaz harici durumlarla karşı karşıya kalanlar, potansiyel olarak, dayanılmaz dahili durumlarla karşı karşıya kalanlar ve çok azı da (esasen bebekliğinden itibaren sık sık klasik migren ağrıları çeken ve ailesinde de buna ilişkin vakalar yaşanmış), görünürde herhangi bir nedene dayanmaksızın, epilepsidekine benzer, kendi kendini fizyolojik tetikleyen nöbetlerle karşı karşıya kalanlar. Bu noktada sadece ilk iki gruba dikkat çekiyoruz. Daha önce, bu tür hastalardaki şiddetli migrenlerin ciddi nevrozlarla birlikte meydana gelebileceğinden ya da bu nevrozların yerini alabileceğinden bahsetmiştik. Patolojik derecede kayıtsız ve histerik bir kişiliğin (Vaka 80, sayfa 213), şiddetli ve alışılagelmiş migrenlerini sona erdirmeye çalışmak, hastanın, tahammül edilmesi migrenden bile zor, yoğun kaygı ve duygusal çatışmalarla yüz yüze gelmesine neden olabilir. Fiziksel bulgular, aynı anda hem gizlediği hem de açığa çıkardığı çatışmalardan daha az ıstırap verebilir. Kişiliği ve bulguları gözlemleyerek olayın böyle geliştiğinden şüphe duyabilir, tedavi yoluyla hastanın mevcut durumunu değiştirmeye çalışmanın ardından zaman zaman patlak veren nevrotik kaygı ve çatışmalara bakarak olayın gerçekten böyle geliştiğini doğrulayabiliriz. Bu durumlarda, migrenler fiziksel bulguların yerini alarak, aynı şuursuz fakat çelişik duyguları ve nevrotik bulguları ortaya çıkararak, bir taraftan kişiliğin rahatça ve özgürce ifade edilmesini engeller, diğer taraftan da müdafaa ederek güvenceye alır (tıpkı duvarların

bir taraftan hareketleri kısıtlayıp diğer taraftan dış etkilere karşı güvenceye alması gibi). Groddeck'in sözlerini başka bir biçimde ifade etmek gerekirse, bu tür vakalardaki hastalıklar hem dost hem düşmandır ve sadece, hastaya tamamen farklı ve yeni seçenekler sunulduğu takdirde iyileşir.[53]

53 Esasen Freud da, nevrotik bulguların ve hastalıkların tedavisi açısından aynı konuya değinerek, şunu belirtmiştir: "... 'hastalığa doğru kaçış' dense de kabul edilmelidir ki birçok vakada bu kaçış tümüyle doğrudur ve bu durumu algılayan doktorlar sessizce köşesine çekilecektir. Hastalık ilerlediğinde ve çaresi ortaya konmadığında, en azından tedavi yoluyla nevrozu dindirmenin çareleri aranacaktır" (Freud, 1920, sayfa 391).

15. Nöbetler Esnasında ve Nöbet Aralarında Alınacak Bazı Önlemler

Birçok hasta ve azımsanmayacak sayıda doktor, ısrarla, migrenin tedavisine yönelik kusursuz bir mucize ilacın ortaya çıkmasını beklemektedir. Piyasaya yeni çıkan birçok ilaç büyük bir sevinçle karşılanmakta ve mevcut tüm tedavi ve çarelerin pahasına teşvik edilip reklamı yapılmaktadır. Kitabı bu noktadan okumaya başlayan okurlar emin olabilirler ki bu tür mucizevi ilaçlar hiç olmamıştır ve bundan sonra da olmayacaktır. Kitabın genel gidişatını takip ederek bu noktaya kadar gelen okurlar ise bu görüşü takdir edecektir. Epilepsi ve Parkinson hastalıklarındaki gibi, migrenin özgül tedavisi, sinir sistemindeki belirli mekanizmalar üzerinde etkisi olan, bulguların tedavisine katkıda bulunabilen birçok ilacın arasından doğru olanları deneyip seçme, yardımcı ilaçları ve farmakoloji dışında kalan önemli yöntemleri de kullanma meselesidir.

Migren nöbetlerinin tedavisine ilişkin her dönemde, sayısız tıbbi ve cerrahi yöntemler ortaya konmuştur ve bunların önemli kısmı, kafatasında delik açarak tedaviye yönelen taş devri yöntemlerinden farksızdır. Ortaçağ'da, mevcut tüm ilaçların kullanılması, bunlar işe yaramazsa son çare olarak hastadan kan alınması gibi yöntemler mevcuttur.

Özgül faydası olduğu keşfedilen ilk ilaç belki de *kafein*dir. Üç asır önce Willis, çok miktarda sert kahve içmenin faydalı olduğunu savunmuştur. 19. yüzyılın hemen başlarında Heberden, kendi döneminde çok popüler olan kediotu, kötü kokulu sakız-

lar, çamsakızları, misk, kâfur, afyon, baldıran özü ve aksırma tozu gibi faydasız maddelerin kullanıldığını kaydetmiştir. Kendisi ise, bir yudum, kusturmaya yarayan tartar ve afyon tentürünün* en faydalı reçete olduğunu düşünmüştür. Bir asır önce Liveing, bromür asit ve kediotunu yatıştırıcı, kafeini, güzelavrat otunu ve kolşisini ise nöbetlerin tedavisinde kullanılabilecek yöntemler olarak tavsiye eder. Geçtiğimiz yüzyılın sonundaki tedavi yöntemlerini değerlendiren Gowers, ergotla birlikte bromür asit kullanımını başlıca yöntem olarak önerir. Özellikle gelsemiyum ve stiriknin bitkisinin tentürü ile birlikte kullanılan nitrogliserinin de çok faydalı olabileceğini düşünür. Hintkeneviri katarak bu tür preparatların daha iyi sonuç vermesi sağlanabilir (bkz. Ek 3).

Çok merak uyandırmasa da ergot, 1880'lerden beri zaman zaman kullanılmaktadır. Geçtiğimiz 40 yıl içerisinde, saf kristalin preparatlarının ortaya çıkmasıyla ergot kullanımı moda olmuştur ve o dönemden beri migrene karşı uygulanan tedavilerde tartışmasız bir yere sahiptir. Migren mekanizmasına ilişkin yapılan kimyasal araştırmaların sonucunda ise, 1960'ların başında tamamen farklı sınıfa dahil bir ilaç ortaya konmuştur. Nasıl ergot akut nöbetlerin tedavisinde önemli bir yer tutmaktaysa, migren profilaksisinde çok önemli bir yer tutan bu ilaçların en yaygın olanı methysergide'dir.

Özetle bunlar, farmakolojik açıdan özgül migren ilaçlarının keşfinde yapılan aşamalardır. Sayıca azdırlar ve ortaya çıkarılmaları zor olmuştur zira, migrenin tedavisinde faydalı olanlarının azlığı bir yana esasen hastanın yeterli inancı olduktan sonra bu ilaçlardan herhangi biri işe yarayabilir. Migrenin tedavisinde kullanılabilen, farmakolojik açıdan özgül her ilaca karşılık, yüzlerce farklı ilaç önerilebilir: Patentli ilaçlar, evde hazırlanan preparatlar, kocakarı ilaçları, mucize ilaçlar, benzer hastalıklarda kullanılan ilaçlar, plasebo ilaçlar. Bazıları sadece hoş ve boş, diğerleri ise tehlikeli ve hilelidir. Migren tedavisi için ortaya konan ilaçları sadece listelemeye kalksak epey bir yer tutardı ve tıbbın tuhaflıkları ve bilinmezleri arasında yer alırdı.

* Her tür hayvani, bitkisel ya da kimyevi maddenin ilaç olarak kullanılan alkoldeki eriyikleri – ç. n.

Migren Nöbetlerinin Tedavisinde Faydalı İlaçlar

Burada üç ilaç kategorisini ele almalıyız: Migren nöbetinin esas mekanizmasını etkileyen ve özellikle de baş ağrısına neden olan kafatası dışı atardamarları genişletenler; ağrıyı, mide bulantısını ve bunların beraberinde oluşan diğer bulguları azaltan semptomatik ilaçlar ve gevşemeyi ve uyumayı sağlayan yardımcı ilaçlar.

Ergotamin Tartrat

Şiddetli migren ağrılarının tedavisinde kullanılan en iyi ilaçtır. Hafif nöbetlerde kullanılması gereksizdir ve zaten tavsiye de edilmez. Hastanın tercihine ya da dayanıklılığına ve göstereceği etkinin hızına bağlı olarak ilaç ağızdan, dil altında eriterek, fitil ya da aerosol yoluyla veya damara zerk edilerek kullanılabilir. Wolff damara zerk etme metodunun diğerlerine kıyasla daha tercih edilir olduğunu belirtmiştir. Ağızdan ilaç alma faydalı olmadığı zaman, kuşkusuz bu metot nöbetlere son vermektedir. Fakat rutin ve ilk seferde alınacak bir önlem olduğunu söylemek biraz zordur. Eğer ergotamin fayda sağlayacaksa (ki kabaca migren nöbetlerinin yüzde 80'inde faydalıdır) migren belirtilerinin ortaya çıkmasından sonra, mümkün olduğunca erken kullanılmalıdır zira, birçok nöbet çok çabuk hız kazanabilir ve zaman geçtikçe tedaviye daha az cevap verir. Örneğin migren nevraljisi nöbetlerinin şiddeti, birkaç dakika içinde doruk noktasına çıkabilir ve bu tür nöbetlerde, ergotamin ağız yoluyla alınırsa, çok yavaş emileceğinden fayda sağlamaz (eğer mide boşsa ergotamin tabletleri yarım saatte; fitil olarak kullanılanlar ve dil altında eriyenler on beş dakikada, aerosol, enjeksiyon yoluyla alınanlar ise beş ila on dakikada etkisini gösterirler). Klasik migrenin tedavisinde ergotamin, aura sürecinde uygulanmalıdır. Eğer ilaç bu evrede alınırsa, şiddetli bir nöbetteki baş ağrısı ve onu izleyen diğer bulgular tamamen önlenebilir. Basit migrende ise, hasta nöbetlerin farkına varır varmaz ilaç kullanılmalıdır.

Birçok terapi programında, yoğun ergotamin tedavisi nöbetin ilk dört saatinde uygulanır. Bu süre içerisinde toplam 4 ila 8 mg.'lık bir doz ağız ya da rektal yoldan ya da bu miktarın dörtte biri enjeksiyon yoluyla alınabilir. Wolff, nöbetin seyri sırasında ağız yoluyla alınacak miktarın 11 mg.'ı aşmamasını önerir. İlk tedaviye rağmen nöbetler sürmeye devam etse bile hastaları tekrarlanan dozlarda ergotamin almaktan vazgeçirmek önemlidir. Ergotamin iğnesi saatler boyunca devam etmekte olan bir nöbeti sona erdirebilse ve *eğer* öncesinde hiç ergotamin kullanılmamışsa denemeye değer olsa bile, katı bir kural olarak denilebilir ki, nöbetin ilk saatinde faydalı olacaksa ergotamin ya hep kullanılmalı ya da hiç uygulanmamalıdır.

Ergotamin kullanımının bazı önemli kontrendikasyonları vardır. İlki ve en önemlisi, gebelik döneminde *kesinlikle* kullanılmaması gerektiğidir zira gebelik, nöbetleri hafifletir ve hatta birçok hastada tamamen iyileştirebilir (bkz. 9. Bölüm). Bu dönemde ergotaminden uzak durmak hiçbir sorun yaratmayabilir. Migren hastalarının ayrıca Raynaud hastalığı, Buerger hastalığı ya da periferik (kol ve bacaklardaki) kan dolaşımını tehlikeye sokan diğer problemlerden şikâyetçi olup olmadıklarını da tetkik etmek önemlidir. Bu koşullardan herhangi birinin mevcudiyeti de ergot kullanımına tamamen kontrendikedir. Koroner hastalıklar da bir ölçüde, şiddetine bağlı olarak karşıt belirtidir; ciddi kalp rahatsızlığı olan hastalar kesinlikle ergotamin kullanmamalıdır.

Ergotamin bazı hastalarda belirgin yan etkiler gösterirken, diğerlerinde kayda değer bir yan etkisi yoktur. Bunların en yaygını mide bulantısı ve kusmadır. Çok etkilenen hastalar bir parça kırgınlıkla birlikte baş ağrısı yaşayacaklar ya da tekrarlayan mide bulantıları ve kusma pahasına baş ağrısına son vereceklerdir. Diğer hastalar nöbeti önleyecek dozda ergotamin aldıktan sonra bir ölçüde baygınlık ve uyku hali hissedebilir. Hastaların çoğunda (yüzde 90'ı) ilacın ters etkisi görülmez.[54]

54 Wolff, ergotizme ilişkin klinik betimlemenin dramatik ve ürkütücü olduğunu yazar. Önce şiddetli bir kusma ve sonra, genelde ayaklarda kan birikmesi ve siyanoz (deri ve mukoza morarması – ç. n.) sonucu şişme ve hareketsizlik gözlenir. En ileri safhada kangren oluşur. Hiç bu derecede bir ergotizme rastlamasam da, birkaç ergotamin bağımlısı hastanın (özellikle haftada 50 mg.'ı aşan dozda kullananlar) hafif iskemik aşırılıklar göstererek cildinin, solgun, gevşek, benekli ve soğuğa duyarlı hale geldiğini ve bazen küçük nokta şeklinde lekeler ve nekrozlar ortaya çıktığını gözlemledim.

Ergotaminin tedavi etkisi, diğer ilaçlarla, özellikle de kafein ve güzelavrat otu ile birlikte kullanarak artırılabilir. Piyasada, bu tip kombinasyonları sağlayan birçok patentli ilaç ve preparat mevcuttur.

Diğer Özgül İlaçlar

Kafein kafatası atardamarlarını büzen, idrar söktürücü bir uyarıcıdır. Yalın, zararsız ve kullanması keyiflidir. Ağız yoluyla ilaç kullanılabilen migren nöbetlerinde kesinlikle göz ardı edilmemelidir. Nöbetin ilk başlarında arka arkaya koyu çay veya kahve içilmesi her zaman tavsiye olunur.

Daha önceki bölümlerde, migren bulgularının parasempatik yönden güçlü ve baskın olduğunu vurgulamıştık. Dolayısıyla parasempatik engelleyiciler (bloker) ya da sempatomimetik (sempatik sistemle aynı etkiyi gösteren) ilaçlar fayda sağlar. Bu varsayım deneyerek ve pratik yaparak ortaya çıkmıştır. Bu tür ilaçlar özellikle ergotamin tahammülsüzlüğü olabilen, karşıt belirtilerin ortaya çıktığı veya ergotaminin sonuç vermediği vakalarda kullanılır. Hafif fakat uzun süren migren nöbetleri yaşayan birkaç hastama, *güzelavrat otu* tentürü veya benzer sentetik ilaçlar yazdım ve ortaya olumlu sonuçlar çıktı. Bu terapi sonuçlarının, özgül bir farmakolojik ya da plasebo etkisi olup olmadığından emin değilim; tek bildiğim bu ilaçların faydalı oldukları. *Amfetaminler*, güzelavrat otunu tamamlar ve bazen de kolaylıkla birlikte kullanılabilir. Özellikle sabah uyandıktan sonra meydana gelen migren nöbetleri ve migren nevraljisi yaşayan hastalara bu tür ilaçları önerdim.

Güzelavrat otu ve amfetamin türü ilaçlarda elbette toksik etkileri, ilacı bırakma reaksiyonları ve bağımlılık ortaya çıkarabilir. Yine de uygun hastalarda, sağduyulu kullanılırsa, özellikle migren mekanizmalarının etkisini yok eden akla yatkın ilaçlar arasına rahatlıkla girer.

Semptomatik İlaçlar

Basit migrene özgü en önemli belirti baş ağrısıdır. Mide bulantısı ise oluşum sıklığı ve şiddeti açısından baş ağrısından sonra gelir. Analjezik ilaçlar, hafif migren nöbetlerinin tedavisinde yeterlidir ve şüphesiz bu türde birçok nöbet aspirin kullanarak yeterli düzeyde tedavi edilebilir. Şiddetli baş ağrılarında ise kodeine* hatta morfine bile gerek duyulabilir. Şiddetli ve sık migren yaşayan bazı hastalarda, narkotik ağrı kesicilerin kullanımı dikkat çekicidir ve bu tür hastalarda, migren nöbetlerine ilaveten ve bazen onlardan daha kötü sonuçlar doğurabilen bağımlılık problemlerine neden olur. Bu hastalardan bazıları, daha önce deneme fırsatı bulamadıkları ergotamini kullanarak güçlü analjeziklerden vazgeçebilir.

Eğer mide bulantısı ve kusma şiddetliyse, herhangi bir ilacı ağız yoluyla kullanmak mümkün olmayabilir. Bu tür vakalarda en iyi yöntem (ve iğnenin tek alternatifi) rektal yoldan ilacın emilimini sağlamaktır. Neredeyse her tür analjezik, kusmayı önleyici ve mide yatıştırıcı ilaç, fitil şeklinde de mevcuttur.

Yardımcı İlaçlar

Çok şiddetli migrenler fiziksel faaliyetleri sınırlar, hareketsiz, pasif kalmayı ve hepsinden öte dinlenmeyi gerektirir. Bu yüzden, her türde yatıştırıcı ve uyku ilacının, migren nöbetlerinin özgül ve semptomatik tedavisinde yardımcı rolleri vardır. Bunların en yararlısı, orta derecede bir etki süresi olan barbitüratlardır.** Bunlar sıkça analjeziklerle birleştirilip patentli ilaçlar haline getirilir. Tranklizanlarda, akut nöbetlerin tedavisinde, özellikle de aşırı asabiyet, kaygı ve depresyon hallerinde yer alırlar.

* Afyondan elde edilen ağrı kesici ve müsekkin – ç. n.

** Malonik asitle ürenin bileşiminden türetilen ve birçok çeşiti olan yatıştırıcı ilaçlar – ç. n.

Muhtelif İlaçlar

Akut migren nöbetlerinin tedavisinde sayısız ilaç kullanılmıştır ve halen de kullanılmaya devam edilmektedir. Nikotinik asit, antihistaminler ve idrar söktürücüler bunlardan sadece birkaçıdır. Bunlardan sadece sonuncusunu dikkate almaya değer buluyoruz. Bazı migrenlerin, özellikle de âdet dönemine ilişkin olanların öncesinde veya beraberinde yüksek seviyede sıvı vücuttan atılamaz. Araştırmalar göstermiştir ki, *bir ölçüde* vücutta tutulan sıvılar, basit migrenlerin en azından üçte birinde eşzamanlı ortaya çıkmaktadır (bkz. Birinci Bölüm). Wolff, sıvı tutmanın, migren baş ağrılarıyla ilişkili olmadığını zira migrenin, deneysel idrar artışı ya da hidrasyondan etkilenmediğini öne sürer.

İdrar söktürücülerin, özellikle de âdet dönemindeki uzun süreli migrenlerde kullanılmasını sık sık önerdim. Bunu ciddi başarılar sağlama beklentisiyle yapmadım ve zaten bu konuda başarılı da olamadım. İdrar söktürücü tedavilerin olasılıkları konusunda çok hevesli olan ve bu iyimserliklerini hastalarıyla paylaşan doktorlar kendi açılarından sıkça mutlu sonuçlar edebilirler. Kanıt olmasa da, bu sonuçlar göstermektedir ki eğer idrar söktürücüler migren tedavisinde etkiliyse, bu prensipte onların plasebo etkisi taşımaları yönünden ele alınmalıdır.

Akut Nöbetler İçin Alınacak Genel Önlemler

Hafif veya orta derecede bir migren, normal fiziksel faaliyeti kısıtlamaz ve ergotamin ve analjezik ilaçlarla hastanın yatmasına gerek kalmadan tedavi edilebilir. Şiddetli nöbetler ise faaliyetleri kısıtlar ve birçok durumda, hareket edildikçe şiddeti ve süresi artar. Fakat bu değişmez bir kural değildir ve bazı hastalar egzersiz yaparak nöbetlerden kurtulmanın yolunu bulabilirler. Yine de genel eğilim, migrene, bir ölçüde atalet, azalmış kas tonusu ve uyku halinin eşlik etmesi (buna rağmen aşırı derecede şiddetli bir baş ağrısı durumunda bu bulgular göz ardı edilebilir) ve hastanın dinlenme ihtiyacı duymasıdır. Dolayısıyla, idealde hasta, nöbetlerin gerektirdiği dinlenmeye teşvik edilmelidir. Wolff'un sözleriyle:

Her ergotamin tedavisinin ardından iki saatten az olmamak koşuluyla yatıp dinlenilmelidir. Bu hastanın tercihine kalmamalıdır zira hasta, faaliyetine hemen ara verdiği takdirde nöbetlerin biyolojik etkilerinin üstesinden gelebilir. Eğer, ergotamin kullanarak nöbete son verildikten sonra yatak istirahatı göz ardı edilirse, baş ağrıları artan sıklıkta yinelemeye devam eder.

Bazı hastalar uzanıp yatmanın baş ağrılarını daha da kötüleştireceğini düşünüp oturarak dinlenmeyi tercih eder. Ağrıyan bölgedeki atardamarlara basınç uygulamak ve alna buz torbası koymak gibi lokal önlemler de fayda sağlar. Yoğun duyarlılık ve tahrişe karşı hasta ışıktan, gürültüden ve rahatsızlık uyandıracak derecede dikkatini yoğunlaştırmaktan kaçınmalıdır. Olasılıkla hasta çok susayacak ve sürekli kusma, aşırı terleme ve bazı nöbetlerde görülen ishale bağlı su kaybına uğrayacaktır. Tuzlu çorba, sıvı ve tuz dengesini sağlamak açısından önerilebilir. Fakat katı gıdalar tüketilmemelidir. Hasta bir günlük bir açlığa tahammül edebilir ve eğer midesini boş tutarsa mide bulantısı olasılığını da en aza indirgemiş olur.

"Status Migrenozus" Tedavisi*

"Status migrenozus" ifadesi, doğası itibariyle ister epileptik, ister astımatik, isterse de migrenöz yapıda olsun nöbetsel hastalıkların kesintisiz süren nöbetlerini ifade eder. Gerçek bir migren statüsü tıp yönünden acil bir durum arz eder. Hasta, birkaç gün boyunca süren ve durmaksızın devam eden, şiddetli baş ağrıları çeker, aralıksız kusmaktan bitap düşer ve ciddi boyutlarda su kaybına uğrar. Status migrenozus ölümcül bir hastalık *hissi* verebilir, hasta çok yoğun kaygı duyar ya da intihar etme derecesine varacak kadar bunalıma girebilir.

Hastanın duyduğu endişenin yoğunluğu ve akrabaların, hastanın etrafında iyi niyetli fakat rahatsız edici boyutlara varabilen acı bir ifadeyle gezinmeleri, hastalığın süregelmesinde

* Zonklar tarzdaki, kişinin yaşam kalitesini etkileyen ve standart tedavilerle iyileşmeyen baş ağrıları – ç. n.

önemli faktörler olabileceğinden, doktorlar ilk etapta hastaya güven verme ve yatışmasını sağlama açısından bir müddet inzivaya çekilmesini sağlamalıdır. Hastaya yoğun bir ev istirahati sağlanmalı ya da çok ciddi vakalarda hastaneye yatırılmalıdır. Hastanın ciddi boyutlarda ilaç tedavisine ihtiyacı olacaktır: Barbitürat enjeksiyonları, kodein veya morfin, bulantı önleyici ilaçlar ve sık kullanılan, klorpromazine gibi güçlü tranklizanlar. Damar içine verilen sıvılar türünden destekleyici önlemlerin alınması da kritik önem taşır. Böyle bir vakada ergotamin *önerilmemektedir* zira nöbetleri dizginleyeceği yerde daha da azdırmaya yatkındır.

Her gerçek status migrenozus vakasında, farklı zeminlerde yan etkileri olmaması koşuluyla, *steroid* kullanımı akla getirilebilir.

Status migrenozus nihayet sona erdiğinde ve normal sağlığına kavuştuğunda bile hasta, hekim kontrolü ve bakımının devamlılığı konusunda cesaretlendirilmelidir. Doğası itibariyle migren nöbetleri kısa sürelidir fakat status migrenozus nöbetleri hemen her zaman yoğun ve bastırılmış duygusal hallerle yani temeldeki duygusal altyapıyı yansıtan belirtilerin özellikleri ile bağdaştırılır.

Migren Nöbetlerinin Önüne Geçilmesi

Migren tedavisinde kullanılan hastalıktan koruyucu (profilaktik) ilaçlar iki grupta toplanır: İlk gruptaki ilaçlar migren mekanizmasını ve belirgin migren faaliyetini değişikliğe uğratmak, ikinci gruptakiler ise en az birinci gruptakiler kadar önemli olup, sık oluşan migrenlerin önemli unsuru olan duygusal tepkileri azaltmak amacıyla kullanılır.

Şüphesiz migren hastalarının sadece küçük bir kısmı, gerçekten profilaktik tedaviye ihtiyaç duyar. Tek başına oluşan ve görece seyrek nöbetler yaşayan hastalar kuşkusuz bu tip bir koruyucu tedaviye gereksinim duymaz. Burada ele aldığımız grup sık, şiddetli ve hafiflemeyen nöbetler yaşayan hastaları içerir: Örneğin en şiddetli etkilenen hastalar haftada beş migren nöbeti yaşayabilir ve hastalıkları kronikleşip elden ayaktan kesilebilirler. Profilaktik tedaviye ihtiyaç duyan diğer bir hasta grubu

ise küme baş ağrılarından şikâyetçidir. Bunlar, kümenin 2 ila 8 haftada değişen süresince, bazen günde 10 sefere kadar çıkabilen ve çok büyük ağrı veren migren nevraljileridir. Üçüncü bir grup ise, şiddetli ve uzun süren âdet dönemi migrenleri yaşayan hastalardan oluşur.

Belirgin profilaktik etkiye sahip en güçlü ilaçlar ergotamin ve methysergide'dir.

Güzelavrat otunun bileşenleri bir ölçüde profilaktik etki taşır; antihistaminler bu amaçla yaygın kullanılsa da istenen sonucu verdiği kanıtlanmamıştır. Status migrenozus'un tedavisinde faydası olduğundan bahsettiğimiz steroitlerin ise bir başka kullanım alanı da –methysergide'in işe yaramadığı durumlarda– küme baş ağrılarının tedavisidir.

Methysergide (liserjik asit butanolamit), Sicuteri'nin araştırmalarının ve antiserotonin etkisini ortaya koymasının ardından, yaklaşık on yıl önce migren profilaksisinde kullanılmak üzere ortaya çıkmıştır. Gerçekten de ilaç ilk defasında, bir antiserotonin vasıtası olarak ortaya konmuştur. Fakat antihistaminik, antiiltihap ve daha birçok farmakolojik özelliklere sahiptir ve tedavilerde sonuç vermesi, hiç kuşku yok ki antiserotonin etkisine bağlıdır. Göstermiş olduğu ilk etkiler, altmışların başlarında büyük sansasyon yaratmış ve bu ilacı kullanarak şiddetli migren vakalarının yüzde 90'ından fazlasında, ciddi ilerlemeler kaydedileceği umut edilmiştir. Geniş kitlelere migren sorununu çözecek mucizevi ilacın nihayet bulunduğu müjdelenmiştir. İyileştirici gücünün beraberinde getirdiği beklentiler de bu kanıya katkıda bulunmuştur. Fakat yıllar geçtikçe ilacın hem şöhreti hem de etkisi azalmıştır. Yanı sıra, methysergide'in günümüzde şiddetli ve sık migren yaşayan hastaların üçte birinde sonuç verdiğini söyleyebiliriz. Yine de methysergide benzerleri arasında halen en güçlü profilaktik vasıtadır ve yan etkisi olmadığı, hem doktor hem de hasta yönünden bu yan ve toksik etkilere yeterince dikkat edildiği sürece, "kontrol edilmesi zor" her türlü migren vakasında denenmelidir.

Methysergide 2 mg.'lık tabletler halinde mevcuttur. Bir dönem hastalara günlük 20 mg.'a kadar çıkan dozlarda verilmişse de, artık günümüzde bu doz en fazla 8 mg. olarak verilmektedir zira ilaç bu dozajın ötesinde fayda göstermezken bir taraftan da

toksik etkisinde keskin bir artış görülür. Mide bulantısı, uyuklama ya da anormal uyanıklık hali, başlangıçta görülen yaygın yan etkileridir. Bunlar geçici ve tahammül edilebilir etkiler olup, yavaş yavaş ilacın tedaviye yönelik tam dozajına ulaşıldıkça azalırlar (örneğin bir hafta 10 gün içerisinde). İlaç tedavi etkisini tamamıyla göstermeden önce bu sürenin geçmesi gereklidir ve bu hastaya açıkça anlatılmalıdır. Methysergide'in daha ciddi olan diğer yan etkileri birkaç kategoride değerlendirilir: Yüksek serebral işlev bozuklukları, vazomotor sorunları, damar yetmezliği ve fibrotik (bağ dokusuna ilişkin) problemler.

Olası nörolojik işlev bozuklukları çok çeşitli ve tuhaftır. Methysergide'e ilişkin ciddi deneyime sahip birçok doktor bu tarz birkaç hastanın methysergide kullandığına rastlamıştır fakat bunların sistematik düzeyde tetkik edilip edilmediğini bilemiyorum. Methysergide kullanımında sürekli uykusuzluk ya da uyku hali meydana gelebilir; bazı hastalarda ilacı kullandıktan sonra ciddi depresyon hali gözlemlenebilir (methysergide başlangıçtaki araştırmalarda manik hastalıkların tedavisinde kullanılmıştı); bazı hastalar, tuhaf istemli hareket bozukluklarını yaşayabilir –katalepsi, heyecanlanma, donup hareketsiz kalma halleri ya da psikomotor uyarılma ve zorunlu hareket etme halleri– genelde belirli türlerdeki Parkinson ve katatoniye özgü belirtiler, bazı zehirlenmeler (fenotiazit, bulbokapnin, LSD, L-dopa gibi); küçük bir kısım hasta, olağanüstü canlı ve akılda kalıcı rüyalar görebilir ya da uyur uyanık bir haldeyken, garip algılama değişiklikleri veya halüsinasyonlar içeren rüya görebilir (methysergide'in, LSD ve liserjik asit dietilamit ile çok yakın kimyasal akrabalığı vardır).

Methysergide'in vazomotor ve büzüştürücü etkileri kan basıncında yükselmeye (özellikle öncesinde hipertansiyonu olan hastalarda) ve daha önemlisi kol ve bacaklarda veya iç organlarda kan iletimi kaybına neden olabilir. Kol ve bacaklardaki kan deveranı kaybı uyuşukluğa, üşümeye veya el ve ayak parmaklarında karıncalanmaya sebebiyet verebilir. Eğer tedavi edilmezse, nadiren, kol ve bacakların tümünde, çok kötü sonuçlar doğuran iskemi görülebilir. Tüm önemli iç atardamarlar, özellikle de kalp ve karın zarı damarları etkilenebilir.

Toksik problemlerin üçüncü kategorisi, sadece ilacı uzun süre ve devamlı kullananlarda meydana gelir ve nadiren göğüs zarı ya da kalp çevresindeki boşluklarda, fibrotik sertleşmeye yol açar. Ayrıca methysergide kullanımına ilişkin yaklaşık yüz vakada da karın zarı ardında fibroza rastlanmıştır. İlk endikasyonda nefes darlığı ya da göğüs ağrısı diğerinde ise sırt ve kasık ağrıları ya da hematüri (kan işeme) görülebilir. Dikkat çekilmesi gereken bir nokta da, methysergide'in neden olduğu karın zarı fibrozu klinik açıdan fark edilmeyebilir ve bulguların yokluğunda tek yanlı ve şiddetli hidronefroza* yol açabilir.

Yan etkilerinin bu ürkütücü listesi, methysergide'in kullanılmayacağı anlamına gelmez; *daha ziyade, bazı rutin testlerle birlikte hastanın periyodik olarak dikkatli ve özenli tetkikinin elzem olduğu anlamına gelir.* Methysergide kullanan hastalar ayda bir ya da en azından 6 haftada bir tetkik edilmeli ve göğüs ağrısı, nefes darlığı, üşüme ve parmaklarda uyuşma gibi istenmeyen belirtilere ilişkin hastaya sorular sorulmalıdır. Bu arada klinik muayene esnasında stetoskopla hastanın göğsünü dinlemek, kan basıncını kaydetmek ve bütün nabızları dikkatle kontrol etmek elzemdir. Kan basıncının sistolik (halk diliyle büyük tansiyon) basıncından daha yüksek olması, eğer periferal dolaşımda önemli fakat yine de bulgulara dayanmayan bir kayıp varsa, birkaç saniye içinde parmaklarda karıncalanmaya sebebiyet verebilir. Normalde, iskemik nabız, herhangi bir parestezi ortaya çıkmadan en azından 60 saniye kadar tolere edilebilir. Yapılması gereken en önemli laboratuvar incelemeleri, üç ayda bir kan sayımı yaptırmak, göğüs röntgeni ve elektrokardiyogram çektirmektir. Uzun soluklu bir methysergide tedavisinin başlangıcında, kısaltılmış intravenöz pyelografi (damardan kontrast madde verilerek böbrek, idrar yolları ve mesanenin röntgeninin çekilmesi) çekilmeli (örneğin bir aylık bir tedaviden sonra, intravenözpyelografi sonuçları olumluysa, bu hastanın ilaca devam edebileceğini işaret eder) ve bu 6 ayda bir tekrarlanmalıdır (Elkind ve diğerleri, 1968).

Methysergide kullanımında ortaya çıkan en önemli tehlike, hastanın ya da doktorun *ihmali* olduğundan, ilacın yan etkileri konusuna epey yer ayırmış bulunuyoruz. Bu ilaç kesinlikle gelişigüzel kullanılmamalıdır. Bundan şunu çıkarmalıyız

* Böbrek pelvisinin idrar birikmesinden dolayı genişlemesi – ç. n.

ki, methysergide gerektiği gibi kullanılırsa, diğer özgül tedavi yöntemlerine cevap vermeyen hastaların migren profilaksisine yönelik çok etkili bir ilaçtır ve bu tür hastalarda kullanılması her zaman düşünülmelidir. Methysergide kullanan 200 hastanın gelişimlerini, beklenmedik bir yan etkiye rastlamadan 2 yıl boyunca kaydetmiş ve bazı hastaların 8 yıl boyunca bu ilacı kullandığını gözlemlemiş biri olarak epey tatmin edici sonuçlar aldım.

İlacı uzun süredir kullanmakta olan hastaların her altı ayda bir, bir ay boyunca ilacı bırakması tavsiye olunur zira bu herhangi bir yan etki olasılığını gözle görülür biçimde azaltmaktadır. Böyle zamanlarda, dozaj yavaş yavaş azaltılmalıdır zira ilacı aniden kesmek şiddetli bir geri tepme olgusu yaratabilir. Bu, hastaların kullandıkları antikonvülsan ilaçların aniden kesilmesiyle ortaya çıkabilen status epileptikus'a benzer bir status migrenozus'tur.

Ergot bazlı ilaçların profilaktik kullanımı methysergide ortaya çıkmadan uzun süre önce uygulanmaktaydı. Fakat yeni ilacın yayılmasıyla beraber gözden düştü. Hastalıktan korunmak için yıllarca ergot ilaçlarını, çok tatmin edici sonuçlar elde ederek kullanan bazı hastalarım oldu fakat ergot ilaçları ile methysergide'in yararlarını yeterince kıyaslama fırsatım hiç olmadı. Bu tarz kıyaslamalar, yakın geçmişte Barrie ve diğerleri (1968) tarafından yapıldı. Bu araştırmacılar ergotamin tartrat (günlük 0,5 ila 1 mg.), ergometrin maleat (günlük 1 ila 2 mg.) ve methysergide'in (günlük 3 ila 6 mg.) etkilerini kıyasladılar. Bu denemede tedavi yönünden kayda değer bir fark ortaya çıkmadı. Ergot bazlı ilaçlar en azından methysergide kadar etkili olduklarını gösterdiler ve daha az yan etkileri olduğu ve denemelerde daha az sapma gösterdiği belirlendi. Tüm vakalarda yüksek dozajlar, daha az dozajlara kıyasla daha etkili oldu.

Methysergide'in kontrendikasyonları, genel olarak ergotaminle aynıdır. İlacın, Raynaud hastalığı ya da olgusu mevcut hastalarda *kesinlikle* kullanılmaması gerektiğini tekrarlamakta fayda vardır.[55] Bazı araştırmacılar, aynı zamanda meydana gelen

55 Daha önce herhangi bir belirti göstermeyen bazı hastalar, methysergide kullanmaya başladıkları zaman, damar hassasiyetine ilişkin ilk *açık* belirtiler ortaya çıkmaya başlar. Bu tip aşırı hassasiyetler, özellikle ailesinde Raynaud hastalığı görülmüş hastalarda yaygındır ve buna karşı önlem alınmalıdır. Bazı doktorlar,

kolajen hastalığının, methysergide'in yan etkilerini ortaya çıkardığını düşünür. Kuşkusuz, methysergide kullanırken karın zarı gerisinde ya da diğer bölgelerde fibrozlar meydana gelirse (çok ilerlemedikleri takdirde iyileşme potansiyelleri vardır), ilaç bir daha kullanılmamalıdır.

Her ay görece hafif, birkaç migren nöbeti yaşayan büyük bir hasta grubu vardır ve yüksek dozda methysergide ya da ergotamin olmasa da profilaktik tedaviye ihtiyaç duyarlar. Deneyimlerime dayanarak diyebilirim ki, güzelavrat otu, bu tür hastalar için yeterli profilaktik tedavi etkisine sahip olabilir ve belki de az miktarda ergotamin ve fenobarbital ile birleştirilirse daha iyi sonuçlar elde edilir. Bu tür patentli preparatlar piyasada mevcuttur.

Küme tipi migrenin çok özel vakaları haricinde, migreni önlemek için uzun süreli steroid kullanımı doğru değildir. Küme baş ağrısı, migren türleri içinde dayanılması en zor olan türdür. Şiddetli bir küme sırasında hasta bazen günde on iki nöbet yaşayacak kadar talihsizdir ve bu nöbetlerin her biri, bir öncekinden daha şiddetli yaşanabilir.

Tek başına yaşanan nöbetlerde, ergotaminin çabuk absorbe edilen türleri kullanılabilir fakat bu profilaktik tedavi ile desteklenmelidir. Bu tür vakalarda methysergide kullanmak da her zaman mümkündür ama bu vakaların yalnızca bir kısmında küme dağıtılabilir. İki haftalık bir methysergide tedavisinden sonra, eğer kümenin yoğunluğu azalmadan devam ederse, florin katkılı yüksek dozda steroidlerle de tedavi desteklenebilir. Her iki tedavide tranklizan ilavesi fayda sağlar.

Migren Profilaksisinde Özgül Olmayan İlaç Tedavisi

Migren süreçlerinin klinik gözlemleri çok sık, şiddetli ve kontrol edilmesi zor migrenler yaşayan hastaların, ciddi duygusal baskı ve çatışma içinde olduklarını (farkında olarak ya da olmayarak) ve bunun, temeldeki duygusal sorunlarının somatik bir ifadesi biçiminde migreni tetiklediğini ortaya koymuştur. Küçük bir grup

küçük dozlarda ergot ya da methysergide'le bu tür hastaların toleransını ölçmeye çalışırlar. Bu uygulamadan kaçınılmalıdır zira, el ve ayaklarda gelişen iskemik hasara yol açabilirler.

hastanın bebekliklerin itibaren sürekli migrenler (genelde klasik türde) yaşadığından ve bu rahatsızlıkların meydana gelmesinde belirgin etkenler olmadığından (hastalığın idiyopatik şekli) bahsetmiştik. Sebeplerinden ziyade, kontrol edilemeyen migrene kıyasla ikinci planda bir rahatsızlık olsa da, bu grupta da duygusal rahatsızlıklar gözlemlenir. Her iki grupta da, methysergide, ergotamin gibi ilaçların tedavisine *ilaveten*, profilaktik tedaviye ihtiyaç duyulur. Elbette ortaya çıkan duygusal ıstırabın türü ve şiddeti, hastanın denenen tedavilere verdiği cevap, yan etkiler ve doktorun tercihleri, bu tür ilaçların seçiminde önemli rol oynar.

Bazı hastalara, fenorbital (günde iki kez 1/4-1/2 gr.) ya da meprobamat gibi ılımlı tedaviler uygulanabilir. Diğerleri klordiazepoksit bileşenleri türünde (Librium, Valium gibi) tedavilere ihtiyaç duyar. Hastalıktan en şiddetli etkilenenlere ise fenotiazin tranklizanları veya antidepresanlar (Tofranil gibi) verilebilir. Şiddetli vakalarda, basit destekleyici terapiler ve doktorun düzenli tetkikinin yanı sıra, yoğun psikoterapi de gerekebilir ya da talep edilebilir.

Migren Tedavisinde Kullanılan Muhtelif İlaçlar

Migren tedavisinde sınırsız çeşitlilikte ilaçların geçmişte ve günümüzde ortaya konduğu ve bunların birçoğu, olası ve akla yatkın kimyasal etkileri olmamasına rağmen ciddi başarı sağlamışlardır. Neyse ki migren terapiye duyarlıdır zira birçok hastada plaseboya karşı gösterilen aşırı tepki, gerçek bir farmakolojik faaliyetin olup olmadığı konusunda yargıya varmayı güçleştirmektedir. Bu tür ilaçlardan birkaçına değinebiliriz.

Histamine Karşı "Duyarsızlaştırma"

Horton, migren nevraljisine yönelik, bu tür nöbetlerin kendi iç sebeplerinden dolayı histamin ortaya çıkardıkları varsayımına dayanarak (sonradan bu varsayım çürütülmüştür) yeni bir histamin duyarsızlaştırması tekniği geliştirmiştir. Horton'un uygulamasında tedavi çok başarılı olmuş, fakat genelde diğerleri vasat

başarılar elde etmiştir. Hevesli bir doktorun ilgisiyle birlikte, tekrarlanan histamin iğnelerinin gizemi (ve belki de verdiği mazoşistik keyif) hiç şüphesiz, yararlı olmuş histamin duyarsızlaştırmasının ardındaki gizli başarıyı gösterir. Özellikle bu teknikten haberdar olmuş ve ısrarla iğne olmak isteyen hastalar için, zararsız plasebo uygulaması önerilebilir.

Alerjik "Duyarsızlaştırma"

Histamin duyarsızlaştırmasındaki gibi bu da, hatalı bir teorinin esasları üzerine ortaya konmuştur fakat bazı hastalarda sıkça kullanılmaktadır. Tahmin edilebileceği gibi, duygusal baskı ya da migrenlerinin tetiklenme olasılıklarını inkâr eden ve hastalıklarının alerjik kaynaklı olduğuna inananlar bu tedavi için en uygun hastalardır. Bu tür hastalar, kendileriyle aynı görüşü paylaşan ve ihtiyaç duydukları duygusal terapileri iğnelerle beraber uygulayan, özenli bir alerji uzmanının tedavisine çok iyi cevap verebilirler.

Hormon Tedavileri

Migrene ilişkin hormon konusu 8. Bölüm'de detaylı ele alınmıştı. Orada vardığımız sonuçları, bu aşamada sadece yeniden hatırlamaya çalışmalıyız: Bu tür araştırmaları sürdürürken çoğunda yeterli kontrol sağlanmıştır ve bu yüzden ortaya çıkan sonuçlar birçok yoruma imkân sağlar. Ayrıca bazı hormon preparatların, hastayı istenmedik ve beklenmedik yan etkilere maruz bırakmasının yanında migreni *daha da kötü* yapabileceğini belirtmiştik.

Bu nedenlerden ötürü, nikotinik asit, glikoz hapları ya da histamin iğnesine kıyasla hormonlar zararsız plasebo olarak değerlendirilemez. Konuya, acilen kapsamlı bir deneysel açıklık kazandırılmalıdır zira günümüzde bile tam anlamıyla açığa çıkarılmamış yönleri vardır. Bütün bunlar söz konusuyken, kontrollü deneylerde hazırlanmış preparatların yerine, hormon preparatları kullanmaya kalkışmanın doğru olmadığını düşünüyorum. Zaten kendi uygulamalarım sırasında, hormon preparatlarının kullanımından hem kaçındım hem de kimseye önermedim.

Cerrahi Uygulamalar

Çaresiz ve saf migren hastaları cerrahi müdahalelerin en geniş hedef kitlesi haline gelmiştir. Böyle faydasız bir müdahalenin olabilecek en iyi yanı geçici bir iyileşme elde etmek, en kötü yanı ise yanıltıcı ve sakatlayıcı bir tedavi ortaya koymaktır.

Geçmişte, şiddetli ve süregelen tek yanlı migren vakalarında, şakak bölgesindeki atardamarın bağlanması ya da sinirlerinin kesilmesi gibi bir dizi lokal müdahale önerilmiştir ve günümüzde de önerilmektedir. Bu ve buna benzer uygulamalar Wolff (1963) tarafından detaylı ele alınmıştır. Bizim ise onun yargılarını ve bu uygulamaların geçici fayda sağladığı konusundaki görüşlerini burada tekrar etmekten başka yapabileceğimiz bir şey yoktur.

Migrenin tedavisinde uygulanan *genel* cerrahi yöntemlerin farklı ve bütünüyle korkutucu başka bir boyutu ise bunların, dişlerin çekilmesinden ya da bademciklerin alınmasından tutun da hastanın neredeyse içinin boşaltılmasına kadar varan değişken uygulamalar olmasıdır: Safra kesesi, rahim ve yumurtalıklar neşterin alışılagelmiş kurbanlarıdır. Özellikle yaygın bir kurban türü de, sık oluşan migrenlerine son verme umuduyla rahmi alınmış orta yaşlı, migren hastası kadınlardır. Bu tip operasyonlardan sonra migrende tipik bir hafifleme süreci yaşanır fakat bunu izleyen dönemde migren nöbetleri benzer ya da farklı bir seyirle yeniden ortaya çıkar. *Eğer* migren kalıcı bir biçimde sona ererse, cerrahi müdahalenin çok büyük bir plasebo etkisi yaptığı ya da yoğun mazoşistik duyguları tatmin ettiği düşünülebilir. Bazı cerrahlar, bu tip hastaların ısrarlı ameliyat isteklerine olumlu yaklaşsa da, cerrahi müdahalelerin migren tedavisinde yeri olduğunu söylemek biraz zordur.

Bu bağlamda, cerrahi müdahalelerdeki kesip biçme faaliyetinin temelde dolaylı bir ahlaki esasa (mazoşistik ya da cezalandırmaya yönelik) dayanıp dayanmadığını merak edebilir ve bu tür bir esasın daha kolay kabul gördüğü Viktorya dönemindeki bazı epilepsi tedavilerini hatırlayabiliriz:

> Hadım etme bir çare olarak önerilmiştir... düzgün yapılmış bir sünnet genelde sonuç verir ve hastalığın (epilepsi), mastürbasyonla bağlantılı olması muhtemel tüm vakalarda benimsenmelidir (Gowers, 1881).

Sadece bir temel kural vardır: Hastaya her zaman kulak verilmeli; aynı şekilde temel hata da kulak asmamak ve göz ardı etmektir. Belirli yaklaşımların öncesinde, hastayla bir ilişki ve iletişim tesis edilmesi türünde genel bir yaklaşımda bulunulmalıdır. Bu yolla doktor ve hasta birbirlerini daha iyi anlayacaklardır. Hastanın tamamen edilgen ve uyumlu olmadığı ve yapması söylenen şeyleri inanarak ve anlayarak uyguladığı bir ilişki esasen başarılı bir doktor hasta işbirliği doğurur.

Migren "tedavilerinin" tarihçesi, geniş ölçüde, tıp yönünden hastaya aşırı yüklenme ve istismarlarla doludur. Hastanın ilk algılaması gereken şey, tedavi olmaya karar verdiği zaman, doktoru ile arasında sıkı bir *iletişim* kurma konusunda ısrarcı olması gerektiğidir. Bu iletişim daha ziyade doktorun bilgisi ve yeteneklerine dayansa da, nihayetinde iki yetişkin arasında yaşanan bir iletişimdir. Akıllı bir doktor ilk başlarda temkinli davranmak isteyecektir. Hastanın bedeninin sırlarını ortaya koydukça, benzer hastalıklardaki gibi migrenin de çözülme yönünde doğal bir eğilimi olduğunu bilecektir. Hastaya aşırı "müdahale" etme ve "gereksiz yere telaş" yaratma taraftarı *olmayacak*, tıpkı Hippokrates gibi, bunun sadece anlamsız ve boş olduğunu değil aynı zamanda durumu karmaşık hale getirdiğini ve migrenin çözülmesini geciktireceğini anlayacaktır.

Saatler süren bir seyirden sonra çözülmeye yüz tutan çoğu migren nöbeti, bu seyri dayanılır hale getirmek için birkaç küçük önlemi zorunlu kılar. Koyu çay (ya da kahve), dinlenme, karanlık ve sessiz bir ortam. En basit analjezikler –aspirin ya da benzeri ilaçlar– çoğu nöbetin verdiği ıstırabı belli ölçüde dindirir. Ağrının azalmasıyla birlikte, eğer varsa, mide bulantısı ve diğer belirtiler de azalacaktır (görünürde, vücuttaki "sempati" sistemi devreye girecek, böylelikle tesir görmüş bir organın sağlığına kavuşması ya da "nekaheti" diğerlerinin de iyileşmesine yol açacak).

Aynı şekilde, herhangi bir bulguya yönelik alınan bir önlem diğer bulguların da dağılmasına yardımcı olabilir. Eğer mide bulantısı yoğunsa, bulantı önleyici bir ilaç faydalı olacaktır. Bu sadece mide bulantısına değil, aynı zamanda baş ağrısına da

iyi gelecektir. Hafif bir sakinleştirici –az miktarda fenobarbital, librium ya da valium (Gowers'ın bromidlerinin eşdeğeri), tüm patolojik uyarıları yatıştırır –baş zonklaması, huzursuzluk, yorgunluk, kaygı gibi– nöbetlerin hızla çözülmesini sağlar.

Bu kitabın orijinal baskısında, ergotamin ve diğer ilaçların, tıpkı fizyolojik önlemler gibi (egzersiz, uyku vb.) nöbetlere son vereceğinden sıkça bahsettim. Fakat şimdilerde nöbetlerin son bulması konusundaki bilgeliğimden pek emin değilim. Bu tür ilaçları hiç düşünmeden tavsiye etmek yerine, hastaların, nöbetin doğal gelişiminin olumlu ve olumsuz yanları üzerinde düşünmelerini tercih ederim. Aşağıdaki vaka bunu örneklerle açıklar niteliktedir:

> *Vaka 75:* Gergin ve telaşlı bir mizaca sahip orta yaşlı bir profesör, yoğun ve heyecanlı geçen eğitim seminerlerini takiben, cuma öğleden sonraları klasik migren nöbetleri yaşamaktadır. Şiddetli migren, mide bulantısı ve kusmanın birkaç dakika sonrasında, skotom ve diğer belirtiler meydana gelmeden, eve kendini zor atmaktadır. Tahammül edebildiği takdirde, nöbetler üç saat süren bir seyir sonunda çözülmekte ve hasta toparlanıp adeta yeni doğmuş gibi hissetmektedir. Diğer taraftan eğer nöbetler son bulursa (ergotamin kullanımı, egzersiz ya da uyku sonucu), hasta tüm hafta sonu boyunca sürekli kırıklık hissetmektedir. Bu nedenle hasta bir seçim yapmak durumundadır: Ya üç saat boyunca şiddetli nöbetlere katlanıp ardından tamamıyla iyi hissedecek ya da hastalığı belli belirsiz yaşayıp, hafta sonlarını perişan bir halde geçirecektir. Hasta bu durumun farkına vardığından beri, nöbetlere son veren tüm önlemlerden vazgeçerek, şiddetli fakat kısa süreli bir migreni, hafif fakat uzun süreli migrenlere tercih etmiştir.

İlaçlar farklı zaman ve zeminlerde farklı etkiler gösterir. Migren hastasına ilişkin, Liveing'i ve hatta Viktorya dönemindekileri bile hayrete düşürecek derecede telaşlanıp hemen iğnelere ve müdahalelere başvurmaktayız. Migreni daha da kötü hale getiren, dindireceği yerde, yoğun ve bitmek bilmez "tedavilerle" aksine daha da alevlendiren, tam da bu türden davranışlardır.

Gördüğüm en iyi migren tedavi kliniği, gereksiz hiçbir müdahale yapılmadan ya da tek bir kelime edilmeden, hastaya karanlık bir kabinde yatıp dinlenebileceği ve bir fincan çayla, iki aspirinin verildiği bir yerdi.

Bu tür basit ve doğal tedaviler, şiddetli klasik migren nöbetlerinde bile diğer kliniklerde gördüklerimden çok daha iyi sonuçlar vermektedir. Bu, hastaların ve nöbetlerin büyük bir çoğunluğu açısından, çözümlerin daha da güçlü ilaçlarda ya da tıbbi müdahalelerde değil, çekilen ıstıraplara ve doğaya daha hassas yaklaşmakta yattığı konusunda beni epey ikna etmiştir. Doğanın derinlerde yatan iyileştirme gücünü hissetme ve zor kullanarak değil, alçakgönüllülükle doğayı anlamaya çalışmak.

Migren fizyolojik bir olgu olsa da, *sadece* fizyolojik değil aynı zamanda hastanın karakteri, "gereksinimleri", içinde bulunduğu koşullar ve yaşam tarzıyla da sıkı sıkıya bağlıdır ve oluşumunda bunların etkisi vardır. Bu yüzden, tamamen fizyolojik çareler aramak yetersizdir zira derman hayatın süreci içinde saklıdır.

Tıbbın babası sayılan Hippokrates'in temel düsturu ve ilkesi her zaman bu olmuştur: Hastalığı değil hastayı tedavi etmek gerekir. Doktor, hastalıklar, ilaçlar, fizyoloji ve farmakoloji hakkında bilgi ve deneyim sahibi olsa da, esas mesele ve ilgi alanı hastanın kendisidir.

Doktor hastaya hükmetmemeli, "en doğrusunu ben bilirim, uzman benim" türünden dogmatik yaklaşımlarda bulunmamalıdır. Hastayı dinlemeli, kelimelerin altında yatan manayı ve hastanın dile getiremediği ihtiyaçlarını algılamalı, eğilimlerine ve yaşam biçimine hitap edebilmelidir. Hastalığın, yani migrenin kendini nasıl "ifade ettiğini" algılayabilmelidir. İyileşmeye giden yol ancak o zaman engellerden temizlenip aşılabilir.

16. Migren Tedavisinde Son Dönemlerde Kaydedilen İlerlemeler

Bir anda ortaya çıkan duygusal yoğunluklar, hastanın sürdürdüğü yaşam tarzı ya da kişiliğinin tetiklediği migren nöbetleri sık sık migrenin "işlevsel" ya da "psikosomatik" olduğu yolundaki iddiaları ortaya koymuştur. Fakat bu iddialar, migrenin fazlasıyla kendine özgü olması ve aynı özgünlükte bir mekanizmaya ve esasa sahip olması gerçeğini göz ardı eder. Eski çağlardan beri migrenleri tetiklemesi muhtemel *genel* koşullardan ve bunların seyrini değiştirebilen *genel* önlemlerden bahsedilir. Fakat sadece yakın geçmişte –ve özellikle son yirmi yılda– bazı *özgün* mekanizmaların devrede olduğunu ve aynı özgünlükte önlem ve tedavilerin bunların seyrini değiştirebileceğini kavramış bulunuyoruz.

Migren düşünce ve kavrayışındaki bu değişikliklerin izini kesin bir doğrulukla sürmek için 1960 yılına, methysergide'in ilk kullanıldığı zamana geri gitmeliyiz. Neil Raskin (1990) şöyle yazar:

> Methysergide ilk kez 1960 yılında ortaya çıktığında ben henüz stajımı sürdürmekteydim. Doktorların migren doğasına ilişkin düşüncelerini, bu ilacın bir anda değiştirivermesi hayret vericidir. Migrenin o dönemden önce, psikosomatik bir hastalık olduğu görüşü hâkimdi... Sonra birdenbire, hastalar birkaç methysergide tableti alarak bir hafta içinde migren ağrılarından kur-

tulmaya başladılar. İç dünyalarında hiçbir değişiklik olmadan iyileştiler...[56]

Bu dönemden önce kullanılan ilaçlar (ergotamin 1920'lerde ortaya çıkmıştı), migrenin belli bulgularını baskılamışlardı; temel mekanizmayı çözecek ilaçlar yoktu, zira 1950'lere kadar temel mekanizmanın ne olabileceği konusunda en ufak bir fikrimiz bile yoktu. 1950'lerde, migren nöbetlerinin, nörotransmiter (sinir hücresi ileticisi) serotonindeki bozukluklara bağlı olabileceği ortaya kondu ve methysergide, serotonine zıt tesirli madde olarak keşfedildi. O dönemde, beyinde tek ve basit bir "serotonin sistemi" olduğu yönünde görüşler vardı. Bu sistemdeki bozukluklar bir taraftan migrene yol açarken diğer taraftan kaygı, depresyon ve uyku bozukluklarına neden olmaktaydı.

O dönemlere ait bu basit tanımlama ve görüşler ortadan kayboldu. Artık biliyoruz ki beyinde kırktan fazla nörotransmiter mevcuttur ve tüm bu nörotransmiter sistemler alabildiğine karmaşıktır. Dolayısıyla serotonin reseptörlerine ilişkin üç ana grup ve her gruba bağlı birçok alt türden söz edebiliriz. Bu karmaşık sistemi inceleyip, belli bölgelerinde etki sağlayacak seçkin ilaçları geliştirmek ancak 1980'lerde mümkün olmuştur.

Fakat bu gelişmeler sadece migrenin kimyasal yönüyle alakalıdır. Peki ya Liveing'in bile en az kimyasal kavramlar kadar önemle üzerinde durduğu vasküler ya da elektriksel yönler? Ya migren aurasının fizyolojisi ve baş ağrısı kavramları ne olacak? Kendi migren aurasının genişleyen sınırlarını ölçen Lashley, bunun serebral korteksteki, uyarılmış ve sonra bastırılmış bir dalgayı yansıttığı ve dakikada 2 ila 3 milimetre bir hızla ilerlediği

56 Bu dönemde, diğer nörolojik oluşumlara ilişkin düşüncelerde de benzer değişiklikler yaşandı. 1960 yılında, haloperidol maddesi içeren ilacın, Tourette sendromunu ciddi boyutlarda azalttığı ortaya çıktı. Önceleri sendromun tamamen psikojenik olduğu sanılmaktaydı ve hastalara detaylı, uzun fakat tamamıyla etkisiz psikanaliz seansları uygulanmaktaydı. Haloperidol'un etkisi keşfedilince, fikirlerde ani (ve belki de aşırı) değişiklikler yaşandı. Artık, beyindeki genetik yönden kararsız olan dopamin sisteminden yola çıkarak Tourette sendromunun tamamen "kimyasal" olduğuna karar verilmişti. Günümüzde ise bu reaksiyona karşı, Tourette gibi karakter ve duygular üzerinde etkisi olan bir sendromun kimyasal faktörler kadar önemli psikodinamik ve çevreye bağlı faktörleri de içerdiği yönünde bir başka reaksiyon ortaya çıkmıştır. Bu aynı ölçüde olmasa bile, migren için de geçerlidir.

sonucuna varmıştır. Bu tür bir süreç hiç kimsede gözlemlenmemiş fakat "yayılan depresyon" denilen benzer bir süreç, deney hayvanlarının korteksinde Leao tarafından gözlemlenmiştir (bkz. Sayfa 241). 70'lerin başlarında, radyoaktif tarayıcılar kullanarak serebral kan akışını ölçmek amacıyla yeni bir teknik kullanan Danimarkalı Olesen, yavaşça yayılarak serebral kortekste azalan kan akışı dalgasının, görsel korteksin çevresinde de bire bir aynı hızda ilerlediğini ortaya koymuştur. Yayılan depresyon, mikrosirkülasyondaki bu değişikliğin bir nedeni mi yoksa sonucu mu sorusuna cevap bulunamamış olsa da bu deney, benzer bir sürecin insan beyninde de meydana geldiğine işaret etmektedir. Geçtiğimiz birkaç yıl içerisinde, kafatasının dışından beynin nöromanyetik alanlarını ölçmek mümkün olmuştur. Bu göstermiştir ki, görsel migren auraları sırasında, manyetik bir dalga, uç sınırda hareketli çubuk formasyonu ile ve başlangıcında durgun yavaş dalga formasyonu ile görsel korteks çevresinde, dakikada 2 ila 3 milimetrelik bir hızla hareket etmektedir – nihayet, "yayılan depresyonun" insanlarda da gerçekten olabildiğini ve bunun nedeninin tekli kortikal aura olgusu olduğunu teyit eden bir gelişme.[57]

57 Migrenin tetikleyicilerinin birçoğu geçmişte ortaya konmuştu. Fakat, 1972'ye dek tıp literatürüne girmeyen yeni bir türden, "futbolcu migreni"nden söz edebiliriz: futbol oynadıktan birkaç dakika sonra, baş ağrısı ve kusmanın ardından aniden ortaya çıkan fosfenler, parıldayan skotomlar, renk idrakinin yitimi ve hatta kortikal körlük. Bu herhangi bir futbolcunun hatta hiç migreni olmayan birinin bile başına gelebilir. Başa alınan darbeler, görsel kortekste ani bir "yayılan depresyon"a neden olmakta, bu da her zamanki "idiyopatik" mekanizmaları es geçerek doğrudan bir migrene yol açmaktadır. Klasik migren hastalarındaki görsel korteksin, uyarı ve huzursuzluğa karşı nöbetlerin aralarında bile aşırı duyarlı olduğuna dair hem klinik hem de elektrofizyolojik kanıtlar vardır. Tamamen görsel uyarıcılar, migren aurasını tetikleyebilir: Liveing, kar yağışı gördüğü zaman nöbetler yaşayan bir hastasından bahseder. Ben de, görsel alandaki rahatsızlıkların (genelde su şırıltısı ya da yaprakların hışırtısı ve bir hastada ise, düğmesi eğri duran ceketten kaynaklanan asimetri) auraya neden olduğu birçok hasta tanıdım. Bu rahatsızlıklar, yayılan bir algı bozukluğunu başlatır ve görsel alandan tüm yönlere yayılarak, burada çarpıklıklara neden olur. Bazı insanlarda ise, titreşerek yanıp sönen ışık migreni tetikleyebilir ve bunu yapmadığı durumlarda bile, beynin görsel kısımlarındaki EEG kayıtlarında aşırı bir tetiklenmeye yol açar. Görsel uyarıcıların ortaya koyduğu potansiyele ilişkin araştırmalar, bunların migren hastalarının hem esas görsel korteksinde, hem de görmeye ilişkin alanlarında, nöbet aralarında dahi ortaya çıkabileceğini göstermiştir. Bu gözlemler, migrenin esasen, kökende var olan ve özgün nöronal duyarlılıklara dayanan nöral bir kavram ve reaksiyon olduğu görüşünü güçlü bir biçimde destekler.

Fakat Liveing ve Gowers'ın bile açıkça algıladığı gibi, aura kortikal kaynaklı olabilir ama migrenin kökeni kortikal değildir. Daha ziyade, beyin sapının derinliklerinde ortaya çıkan anormal bir sinirsel faaliyet ya da tepkiden kaynaklanmaktadır. Klinik ve biyolojik altyapı açısından ben de, beyin sapından kaynaklanan, devasa ve yavaş hareket eden güçlerin olması gerektiği ve buradan sinir sistemine doğru hem "yukarı" hem de "aşağı" aktığını düşünmüştüm. Manyeto-enselografın kaydettiği, tuhaf, büyük ve uzun süreli faaliyetler buna ilişkin ilk kanıtı ortaya koymuştur. Bu kanıt, vasküler veya bunun dışında başka değişiklikler olsa dahi, migren ilk etapta, beynin derinliklerindeki sinir hücrelerinin anormal faaliyetinden kaynaklanan sinirsel bir olgudur. Acaba bu tür sinir hücrelerinin beyindeki varlığı ortaya konabilir mi? Migrenin ortaya çıkışında oynadıkları rol gerçekten belgelenebilir mi? Birçok araştırmacı bu tür soruların cevaplarını ortaya koymuştur. San Francisco'daki Kaliforniya Üniversitesi'nden, Neil Raskin ve Sydney'deki New South Wales Üniversitesi'nden James Lance bu araştırmacıların önde gelenlerindendir.

Hem San Francisco'daki hem de Avustralya'daki araştırmacılar, dikkatlerini acıya ve beyin sapından omuriliğe doğru alçalan ve hissedilen acıyı ayarlayan yeni tanımlanmış bir sisteme yoğunlaştırdılar. Sinir cerrahları, beyin sapına elektrot yerleştirerek, beyin kanalının etrafında bulunan gri maddenin sinir hücrelerini uyarabileceğini ve beldeki ya da el ve ayaklardaki ağrıları (baş ve boyun ağrıları olmasa da) epey azaltabildiğini keşfetmişlerdir. Bu hastaların birçoğu, elektrotların harekete geçirilmesinin ardından, şiddetli ve tek taraflı baş ağrıları (genelde elektrotların implant edildiği tarafta), kusma ve görme bozuklukları beraberinde tipik migrenler yaşamışlardır. Bunların gerçekten tipik migrenler olduğu, hastaların damar içi dihidroergotamine gösterdiği hassasiyetten dolayı anlaşılmıştır. *Fakat bu hastalar daha önce hiç migren yaşamamışlardır.* Bu, *kazanılmış* ya da deneysel migrenin ilk açık örneğini ortaya koymuştur – implante edilmiş elektrotların, beyin sapındaki sinir hücre rafesinde* meydana getirdikleri suni elektriklenme sonucu kazanılan migren. Elektrotların uyarması sonucu, bu sinir hücreleri ateşlenmiş

* Dikiş, simetrik bir organın iki yarısını birleştiren çizgi – ç. n.

fakat bu ateşleme, tipik bir migrene yol açmıştır. Bunun hemen ardından, merak edilen bir konu ise, ortaya çıkışı itibariyle, aniden oluşan migrenlerin mi yoksa normal seyreden migrenlerin mi, sinir hücre rafelerindeki ateşlemeye benzediğidir.

Lance'in maymunlarda ve kedilerde yaptığı ilave incelemeler, çekirdeklerin doğrudan elektriksel ya da kimyasal uyarılmasının, migrene özgü vasküler değişikliklere yol açtığını göstermiştir. Ayrıca Lance, bu beyin sapı özünün serebral kortekse doğru dikey uzanmakla kalmayıp, beyin sapından omuriliğe doğru alçalan bir "ağrı eşiği" sistemine doğru düşey uzandığını da ortaya koymuştur. Bu baş açısından bir "ağrı merkezi" oluşturan en yukarıdaki üç bölümdür. Hastaların sık sık duygusal baskı ve uyarı yaşadıkları –kaygı, bazen mutluluk– dönemler, aura *öncesinde* birkaç saat süren ilk hastalık belirtileri vardır. Bu da, hipotalamus ve diensefalonda (ara beyin) yer alan üst düzey bir mekanizmanın tüm bu olaylar zincirinin başlamasına ön ayak olabileceğini işaret etmektedir.

Peki o halde, tüm bu farklı mekanizmalar nasıl uyumla bir araya gelip, bir klasik migren silsilesini oluştururlar? En genel hipotez Lance tarafından ortaya konmuştur (bkz. Lance, 1982, sayfa 233-238). Lance'e göre, ister yerleşik bir dönemsel esasa dayansın, isterse serebral korteksteki duyu uyarıcılara tepkisel olarak ortaya çıkmış olsun, nöbetlerin başlangıç noktası hipotalamustur. Bu başlangıcın ardından, tepkimeler hipotalamustan aşağı gri maddenin kanal çevresine oradan da, çekirdek rafesine iner ve burada, kortikal mikrosirkülasyonu etkileyerek ve büzerek korteksteki "yayılan depresyon"u başlatmış olur (böylece nöbetin aura evresi meydana gelir). Aynı anda da, omurilikteki ara beyin "eşiğini" kapatarak acı algılamasını azaltır.

Beyin sapının noradrenerjik ve serotonerjik faaliyetine bağlı olan bu evrenin ardından azalmış bir monoamin iletimi meydana gelir ve omurilikteki "ağrı eşiği" açılmış olur. Bu daha önce baskılanmış baş ağrılarına neden olur ve aynı anda uyarıcıları duyulara ve oradan da merkezi sinir sistemine ileten kapı açılarak görüntüleri, sesleri ve kokuları tipik ve dayanılmaz boyutlara getirir.

Yanı sıra, bu süreçte birçok kısırdöngü yaşanır. En üstteki üç boyun sinirinden çıkıp, trigeminal sinirin alçalan kısmı ile birlikte omurilikte birleşen ileti lifleri göstermektedir ki ağrı, boyundan şakaklara ve oradan geriye, tekrar boyuna doğru hareket eder. İlaveten, nörovasküler refleksin ortaya çıkardığı trigeminal sinirin tepkimeleri, kafatası dışındaki kan akışını daha da artırır. Bu daha çok acıya ve genişlemeye yol açar. Böylece migren gittikçe kötüye giden bir kısırdöngü içerisinde hapsolur ve tipik bir "nöbetlerin kendi kendini sürdürmesi" durumu ortaya çıkar (bkz. Sayfa 204-205). Bu yüzden migrenin acısına son verme ya da azaltma sadece ıstırabı hafifletme değil, aynı zamanda trigeminal sinirlerin refleksiyle meydana gelen acının, kendini tekrarlamasını önleme anlamına gelir.

Bu süreçle birlikte prensipte, migrenin doğuşunda yer alan tüm önemli unsurlar teşhis edilmekte ve nasıl ahenk içinde çalışıp, migreni meydana getirdikleri anlaşılmaktadır. Yanı sıra, kritik bir bağlantı olan beyin sapındaki esas patojenik sürece müdahale edip migreni önleme ya da büyük ölçüde seyrini değiştirmesinin nasıl mümkün olabileceği de anlaşılmaktadır.

Bu noktada, tekrar nörotransmiterlerin rolüne dönelim. Migrenin ortaya çıkmasında rol oynayan en azından yarım düzine nörotransmiter mevcuttur noradrenalin, asetilkolin, dopamin, histamin, GABA, enkefalinler ve 5-hidroksitriptamin ya da serotonin. Bunların, etkisini farklı ilaçlarda gösterdiğine dair kanıtlar vardır ve bu yüzden, çok yakın bir zamana kadar, hastalıktan ciddi boyutlarda etkilenen hastaların, Lance'ın sık sık "şuursuz bir ilaç kokteyli" olarak adlandırdığı üç veya dört çeşit ilacı aynı anda kullanması gerekebiliyordu.

Akut nöbetler için, sadece ergotaminin ve yan etkilerinden dolayı hastaların rahatça kullanmakta tereddüt ettiği methysergide'in mevcut olduğu bir dönemde, *Migren*'in özgün basımıyla birlikte, bu tür bir ilaç kokteylinin kullanım alanı ve güvenilirliği epey artmıştır.

Eğer, nöbetler ayda bir ya da daha az sıklıkta yaşanıyorsa, hastalar sadece nöbetleri geldiği zaman tedaviye başvurabilirler. Ancak, sadece ayda iki kez ya da daha fazla nöbet yaşayan hastalar bunları önlemek için ilaç kullanmalıdır. Bazen birden fazla

ilaç birlikte alınabilir. Bu ilaçların hepsi de, doktor denetiminde kullanılmalıdır.

1970'lerde ortaya çıkan *Propanolol*, son dönem ilaçları arasında en yaygın ve en önemli olanıdır. Propanolol, yakın geçmişte geliştirilen, beta-adrenerjik ilaçlar kategorisine dahildir. Bu kategorideki ilaçlar, atardamar duvarlarında ya da başka herhangi bir noktadaki beta-2 reseptörlerini bloke eder (ayrıca serotonine zıt etkili madde görevi üstlenir). Propanolol, methysergide'e kıyasla daha güvenli ve uzun vadeli migren tedavisinde en az onun kadar etkili bir ilaçtır. Migrenin yol açtığı, kafatası dışı atardamarların kontrol edilemeyen genişlemesi üzerinde gösterdiği etkinin yanı sıra, kan basıncı, kalp hızı ve ritmi gibi faktörler üzerinde otonomik etkileri de vardır. Gerçekten de, bunların tedavi açısından değeri vardır ve özellikle de yüksek tansiyonlu migren hastalarında kullanımı fayda sağlasa da, düşük tansiyonlu ya da bronş spazmı geçiren hastalarda kullanmaktan kaçınılmalıdır.

1970'lerde *Klonidin* gibi alfa-adrenerjik ilaçlar da piyasaya çıkmıştır. Şu sıralarda Britanya'da klonodinin, anti migren ilacı olarak kullanımı yaygınsa da, Amerika Birleşik Devletleri'nde pek popüler değildir. Fakat bu ilacı kullanan herhangi bir migren hastası gayet olumlu sonuçlar alabilir.

Propanolol'den daha güvenli ama aynı ölçüde de hafif ve daha etkisiz başka bir ilaç ise *pizotifen*'dir. Birçok hastada, migrenlerin şiddetini ve sıklığını, propanolol ya da methysergide kadar etkili olmasa da, kesinlikle azaltır. Bu ilaç, histaminin genişletici etkisini bloke eder ve serotoninin vasküler faaliyetleri üzerinde kapsamlı bir kontrolü vardır.

Son dönemde çıkan diğer ilaçlar arasında, migren nöbetlerinin sıklığı ve tek başına oluşan nöbetlerin şiddetini belirgin düzeyde azaltan, steroit içermeyen iltihap önleyici ilaçlar (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs ya da kısaltılmış ifadesiyle NSAID) sınıfında yer alan ilaçlar vardır: Naproksen, tolfenamik asit ve mefenemik asit muhtemelen bu kategorideki en etkili ilaçlardır. Sanırım bu noktada, yeni bir tüketim anlayışıyla, migren önleyici ilaçlar arasında *aspirin*den de söz etmek gerekir. As-

pirin trombosit* yığılmasını ve prostaglandin** sentezini azaltır (her ikisi de migren patojenisinde yardımcı mekanizmalardır). Tolere edilebildikleri takdirde (gastrit ve benzeri, sıkıntı verici etkileri vardır) NSAID'ler ve aspirin, migren profilaksisinde ayrıcalıklı bir yere sahiptir.

Nezleye son veren türde bitkilerin kullanımı, alternatif migren tedavisinde rağbet gören bir yöntem olmuştur. Fakat henüz bunların plaseboya kıyasla daha etkili olup olmadıkları açıklığa kavuşmamıştır (bkz. Johnson ve diğerleri, 1985).

Tamamıyla yeni bir başka kategori ise, çeşitli ve önemli otonomik etkilere sahip, kalsiyum kanalı bloke eden ilaçlardır. Bu ilaçlar, migrenin yanı sıra, periferal vazospazm ve anjinayı da önlemektedir. Bunların arasında verapamil, genelde en etkili ilaç olarak kabul görür.

Geçtiğimiz yirmi yıl içerisinde, çeşitli antidepresanların kullanımı, umulmadık bir kaynağı devreye sokmuştur. Bununla birlikte, bu tür ilaçların anti migren etkileri, antidepresan etkilerinden epey farklıdır. Trisiklik antidepresanlar arasında *amitriptalin* en etkili ilaçtır. İlaç, merkezi sinapslarda bulunan serotoninin yeniden açığa çıkmasını engeller. Amitriptalin, tüm trisikliklerle aynı fizyolojik etkiye sahiptir ve daha önce kalp damar rahatsızlıklarına bağlı kriz, dar açılı glokom ya da idrar retansiyonu gibi problem yaşayan hastalarda temkinli kullanılmalıdır.

Bir başka etkili antidepresan kategorisi de monoaminoksidaz (MAO) baskılayıcılarıdır. Bu ilaçlar, dirençli hastalardaki migrenlerin önlenmesinde epey etkilidir. Bu gibi durumlarda özellikle *fenelzin* kullanılmaktadır. Fakat, fenelzin kullanımına dair önemli sakıncalar vardır ve bu ilaçlarla çeşitli besin maddelerinin (ve başka ilaçların) kullanımı, çok tehlikeli (hatta öldürücü) hipertansiyon krizlerine yol açabilir. Bu yüzden çok sıkı önlemler altında kullanılmalıdır. Hastalar, bu ilacı kullandıkları dönemlerde peynir, et ürünleri, kırmızı şarap, fasulye, ringa balığı turşusu, tavuk ciğeri gibi besin maddelerini tüketmekten; ayrıca opiat, amfetamin, tranklizan, yatıştırıcı, burun dekonjes-

* Kanın pıhtılaşmasında önemli rol oynayan küresel kan elementleri – ç. n.

** Düz kasları uyarıcı, özellikle uterus kasılmalarını başlatıcı etkiye sahip vücudun çeşitli organ, doku ve salgılarında bulunan yağ asidi türevlerinden oluşan bileşikler grubu – ç. n.

tanı (burun tıkanıklıklarını açıcı) ve bronşit açıcı türde ilaçları kullanmaktan özenle kaçınmalıdır. Bu önlemler alındığı takdirde MAO baskılayıcılar yıllarca çekinmeden kullanılabilir.

Elbette bu tür tedavilere, genelde en hafif (ve en güvenli) ilaçlarla başlayıp bunlar yetersiz olduğu takdirde daha güçlü (ve aynı ölçüde daha temkinli olunması gereken) ilaçlar kullanılır. Örneğin Lance, hastalarına önce pizotifen verir, bir aylık bir süreçte ilerleme kaydedilemezse propanolola geçerdi; eğer bunda da sonuç elde edemezse methysergide'e, o da olmazsa fenelzin'i denerdi. Fenelzin'de de istediği sonucu elde edemezse, son çare olarak prokain ya da lidokain iğnelerini denerdi. Bir başka doktor, çok farklı yöntemler deneyebilir ve kalsiyum bloker, klonidin ya da amitriptalini tercih edebilir. Bir üçünü doktor da kendi tercih edeceği farklı yöntemleri uygulayabilir. İzlenebilir epey yol vardır ve en iyi yöntemden söz etmek mümkün değildir. Birey bazında her doktor ve her hasta, kendileri açısından en iyisini keşfedebilir.

Bu listeyi uzatmak mümkün. Geriye, kayda değer düzeyde, tepkileri önceden tahmin etme zorluğu kalıyor. Gowers'ın bir asır önce gözlemlediği gibi ("bir vakada başarılı olan önlemler, görünürde benzer başka bir vakada sonuç getirmeyebilir"). Bu, hastaların gelişigüzel ve ezbere tedavi edilemeyeceğini gösterir. Her hastaya uyan bir program ya da formül yoktur ve ayda birkaç kez nöbet yaşayan bir hasta, kendine uygun bir yöntem bulma umuduyla, bazen her ilacı ve ilaç kombinasyonunu dikkatle ve sabırla denemek zorundadır.

Acaba, en azından prensipte, bunun ötesinde bir şeyler – ilk kritik bağlantıyı değiştiren farmakolojik bir yöntem var mıdır? "İdeal" denebilecek bir migren ilacı mevcut mudur? Eğer mevcutsa bu ne tür bir ilaçtır?

1950'lerden bu yana, dikkatler, migrenin serotonerjik sisteminde, beynin üstlendiği role yönelmiştir. Bu konuda ilk edinilen veriler epey bulanıktır – görünürde migren bir serotonin *yetersizliği* sergilemekte fakat buna rağmen serotonine zıt tesirli madde içeren methysergide, migren tedavisinde kullanılmaktadır. Bu paradoks, zıt tesirli ve fakat karşılıklı etkileşen rollere sahip farklı serotonerjik grupların (ihtisas alanında 5HT 1, 5HT

2 ve 5HT 3 olarak bilinir) keşfedilmesiyle çözüme kavuşmuştur. Methysergide ve hatta şimdiye dek migren tedavisinde kullanılan tüm ilaçlar, kesin etkileri olmayan ve birkaç sisteme birden tesir eden ilaçlardır. 1980'lerde bulunan methysergide, 5HT 2 reseptörünü bloke etmede çok etkilidir. Bu reseptör, işlevsel açıdan 5HT 1 reseptörüne zıt tesirlidir. O halde, 5HT 1 reseptörlerini uyarıp, kesin etkili, "saf" ve sadece serotonine üzerinde etkisini gösteren zıt tesirli bir madde geliştirmenin bir yolu var mıydı? Bu arayış –ilk dönemlerdeki, hastayı adeta ilaca boğan tedavi yöntemlerinden epey farklı olarak– nihayet 1980'lerin sonunda, sumatriptan adında bir ilacın sentezlenmesine kadar sürdü. 1988 yılı sonunda, bu yeni ilacın ilk denemelerinde çok başarılı sonuçlar kaydedildi.

5HT 1 reseptörleri, özellikle karotid* dolaşımında yayılır. Fakat sumatriptanın, çok belirgin bir etkisi vardır ve sadece mikrosirkülasyonu ve karotid dolaşımında çok önem taşıyan sayısız atardamar kanallarını daraltır. (Heyck'in 1969 yılında öne sürdüğü hipotezi, tam da bu kanalların açılması sonucu, migren sürecinde kanın, serbral korteksten saparak uzaklaşmasıdır.) Fakat Lance, sumatriptanın, mikrosirkülasyonu sadece bu yolla etkilemediğini, bunun yanında çekirdek rafesinin üzerinde de doğrudan etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Dolayısıyla, eğer doğrudan büyük çekirdek rafesinin hücrelerine etki ederse, bu hücrelerin tutuşmasını büyük ölçüde baskılar ve patolojik tepkimelerine son verir.

"Mucize ilaç" kavramı her zaman baştan çıkarıcı ve aynı zamanda da tehlikelidir. Geçen bölümün girişinde (ayrıca *Uyanışlar* [1973] adlı kitabımın da ana temasını oluşturur) bu kavramdan bahsetmiştim. Bu bölümde ise, orijinal taslağını 1967'de oluşturduğum şu düşünceye yer verdim:

> Kitabı bu noktadan okumaya başlayan okurlar emin olabilirler ki bu tür mucizevi ilaçlar hiç olmamıştır ve bundan sonra da olmayacaktır. Epilepsi ve Parkinson hastalıklarındaki gibi, migrenin özgül tedavisi, sinir sistemindeki belirli mekanizmalar üzerinde etkisi olan, bulguların tedavisine katkıda bulunabilen

* Baş ve boyun atardamarları – ç. n.

birçok ilacın arasından doğru olanları deneyip seçme ve yardımcı ilaçları da kullanma meselesidir.

Bunu yazdığımın ertesi ayı, Parkinson tedavisi için kullanılabilecek yeni bir ilacın, L-dopa'nın haberi geldi. Bu ilacın etkileri o kadar dramatik ve köklüydü ki, o andan itibaren Parkinson hastalarının hayatında ciddi dönüşümlere yol açtı. Bense Parkinson hastalığına ilişkin sözlerimi geri almak zorunda kaldım. Aynı şey migren için de geçerli olabilir miydi?

Migren'i ilk yayımladığımda bu tür bir mucize ilacın bulunamayacağından emindim:

> Migrenin, omlet pişirirken yapılan doğaçlamalar kadar çok yöntemleri olabilir. Eğer belirli bir ara bağlantı, bir mekanizma, aradan çıkarsa, bozulan görevi düzeltmek için tüm sistem yeniden organize olabilir. Şakaktaki bir atardamarı, bir uç organı kesip çıkarırsanız devreye bir başkası girecektir: Diyelim ki bir serotonin baskılayıcı ile nöbetlerin önünü almaya çalışıyoruz. Bu durumda farklı bir ara mekanizmayı devreye sokan nöbetler, tekrarlama eğilimi gösterecektir.

Şimdi düşündüğümde, sanırım migrenlerin motor işlev ya da faaliyetlere benzer, karmaşık bir "suni" sisteme sahip oldukları konusunda yanılmışım. Migrenin stratejik faydası ne olursa olsun –zaman zaman, bunun bazı hastalar için önemli olduğu konusundaki düşüncemi sürdürüyorum– migrene özgü bir *taktikten* söz etmek biraz zordur. Migrenin bir mekanizması vardır; fakat bilinen ve algılanan mekanizmalar, prensipte büyük ölçüde değişime uğrayabilir.

Geçtiğimiz yirmi yıl içerisinde, migrenin yaygın ve nihai oluşumunu çözmeye başladığımız bir dönemde şunu ortaya koyabiliyoruz: Beyin sapı çekirdeğindeki sinir hücrelerinin, kökende var olan (olasılıkla kimyasal), aşırı hassas bir esasa dayalı, anormal ateşlenmesi. Eğer bu gerçekten yaygın ve nihai oluşum ise (eğer migrenin hakikaten yaygın ve nihai bir oluşumu *varsa*) –çok geniş bir çeşitliliğe ve sayısız tetikleyiciye rağmen– nihayet, on yıllarca migren tedavisini tanımlayan "şuursuz ilaç

kokteyllerinden" vazgeçecek kadar özgül ilaçlar ortaya çıkmış ve bu sayede hastalara hem güçlü hem de zararsız ilaçlar sağlanabilmiştir.

Kitabın orijinal baskısındaki, migren tedavilerine ilişkin nihai yargılarımın "gereğinden fazla kötümser" olup olmadığını merak ediyorum. Geçtiğimiz yirmi yıl içerisindeki gelişmeler bu kötümserliği hafifletti. Yine de temkinli bir kuşkuyu elden bırakmıyorum. Tedavide çığır açacak bir mucize ilaca, tek başına yeterli özgül bir ilaca, etkilerini kendi gözlerimle görmeden inanmayacağım.

1960'lara hâkim olan "kimyasal" kaynaklı tezlerin ve ilaçların yerini, izleyen yıllarda, diğer türde ilaç ve tedavi yöntemleri aldı. Stresi azaltmada ruh ve bedeni ayrılmaz bir bütün olarak algılayan kavramlar, gevşeyip dinlenme, meditasyon, yoga gibi kavramlardan, yeni geliştirilmiş biyolojik geri besleme teknikleriyle desteklenen, bireysel irade ve zihin yardımı gibi kavramlara değin varan alternatif tedavi yöntemleri. Nietzsche'ye göre, "İrade tek başına ortaya konmaz. İrade belli bir olguya dayandırılmalıdır". Biyolojik geri beslemenin özünde, normal koşullarda görünmeyen bir "olguyu", görünmeyen fizyolojik bir parametreyi, güçlü bir biçimde görünür kılıp, bilincin algılamasını sağlamak ve böylece iradenin bunu kavrayıp, değiştirebilmesi vardır. Biyolojik geri beslemenin, ilk başlarda epilepsi hastalarındaki beyin dalgalarını görselleştirme amacıyla kullanımında büyük oranda başarı elde edilmiş ve halen de edilmektedir. Benzer teknikler migren hastalarına da uygulanabilir mi? İrade açısından hangi parametreleri kontrol edilebilir?

Migrene ilişkin baş ağrısının en belirgin işareti, yüzeysel şakak atardamarlarının alına dağılan uçlarının atımına ilişkindir ve bu tür atımlar kolaylıkla ölçülüp monitöre yansıtılabilir. Genelde vasküler baş ağrısıyla birlikte, bir ölçüde zihin yorgunluğundan kaynaklanan baş ağrısı da yaşanır. Elektromiyografi vasıtasıyla, kafa derisi ve boyun kaslarındaki nabzı denetlemek kolaydır. Ayrıca, migren esnasındaki deri ısısını da ölçmek kolaydır. Burada yüzün ve şakakların her iki yanı ve ellerin ısısından söz etmekteyiz (ellerin ısısını ölçme kavramı kulağa tuhaf

gelebilir fakat bu birçok migren hastasının gözlemlerinden kaynaklanır. Nöbet esnasında soğuyan eller, nöbet yatıştıkça ısınır).

Nabız ölçer, termometre, elektromiyografi gibi geri besleme aygıtları kullanarak, hasta yaşadıklarına dikkatini yoğunlaştırabilir ve irade gücüyle bunları değiştirmeye çalışır. Dolayısıyla hasta, şakaktaki atardamarlarının nabzını azaltmayı öğrenebilir; bunun migren baş ağrısının azalmasında ciddi etkisi vardır ve bu azalmayla birlikte migrene ilişkin, acının yoğunluğuna bağlı diğer birçok belirti de kaybolur. Hasta, ellerinin deri ısısını, istençli olarak artırmayı öğrenebilir ve böylece, bir refleks sonucu, migrene yol açan genişlemiş atardamarların eski haline dönmesini sağlayabilir.

Bu yöntemle hastalar, hatalı ya da aykırı tepkilerine müdahale ederek bunları değiştirmeyi ve düzene sokmayı öğrenebilir. Bu tarz metotların –taraftarlarının iddia ettiği gibi– kullanım alanı geniş ve tedavi açısından önemli dönüşümler ortaya koyup koyamayacağı hâlâ açıklığa kavuşmamıştır.

Biyolojik geri besleme, bazı durumlarda çok önemli etkiler sağlayabilir. Hastalarımdan biri, bana gönderdiği bir yazıda, tüm tedavi ve ilaçlara karşı direnç gösterdiğini ve hastalığının bunlara cevap vermediğini yazmıştır (tıpkı Willis'in hastası gibi, bkz. Ek 3). Sürekli migren ıstırabı yaşayan bu kadın, ta ki bir gün, bir parça da kuşku duyarak biyolojik geri besleme yöntemini deneyene dek hayatının katlanılmaz olduğunu düşünmüş ve o dönemden sonra migren ağrılarından neredeyse tamamen kurtulmuştur. Fakat aynı ölçüde, tanıdığım bazı hastalar da bu yöntemle ya çok az ya da hiç sonuç alamamışlardır. Bunu deneyen hastaların büyük bölümü de sınırlı başarı sağlamışlardır. Bu nedenle diyebiliriz ki, ilaçlar, hasta bireylere göre çok büyük değişkenlikler gösterir: Tahminde bulunmak güç olsa da bu tip yöntemler denemeye değer ve günümüzde birçok migren kliniğinde biyolojik geri beslemeye ilişkin teçhizata rastlanır.

Kuşkusuz bir kısmı etkili olan bu tip geri besleme teknikleri, şu soruyu akla getirir: Bu yöntemler nasıl fayda sağlar? İster deri ısısı ya da nabız şiddeti gibi belirgin bir parametreye yoğunlaşmış olunsun, isterse de bir geri besleme cihazının yardımıyla tüm aşırı somatik ya da psişik uyaranların hafiflemesiyle ortaya çıkan bir gevşeme yaşansın.

Stres ve psikosomatik rahatsızlıklar, giderek yaşamımızda daha çok yer tutmaya ve yaygınlaşmaya başlamışlardır. Bu nedenle, rahatlayıp gevşemek için stresi azaltma ihtiyacı sürekli kendini hissettirmektedir. Gerek akut bir nöbet sırasında ve gerekse de nöbetlerin önüne geçmemiz yönünden, migrenin bireysel kontrolünde de durum değişmez. 1970'lerde popülarite kazanan iki teknik yoga ve transandantal meditasyondur (ki bunlar, kişisel hipnoz mantrasının* tekrar edilmesinden biraz daha fazlasını içerir). Bu tür yöntem ve meditasyonlar herkese hitap etmez fakat bazı hastalara fayda sağladığına dair pek az kuşku vardır.[58]

Akupunktur, 2000 yıldan fazla bir süreden beri Çin tıbbında geleneksel bir yere sahiptir. Batı'da son 20 yılda –yarı ciddi yarı heves ve özentiyle– uygulanmaya başlanmıştır. Bu yöntemle hastalar ilerleme kaydedebilir –kontrolsüz bir araştırmada, tedavi edilen migren hastalarının üçte birinde fayda sağladığı öne sürülmüştür– fakat bu ilerlemelerin akupunkturun etkisini mi yoksa diğer birçok tedavinin görünürde başarı sağlaması gibi, terapiye ilişkin plaseboların etkisini mi ortaya koyduğu kesin anlaşılamamıştır. Bizlerin sıkı denetlenen tarafsız araştırmalara ihtiyacımız vardır; fakat burada test edilmesi gereken ilaçlar değil iğneler olduğundan bu kontrolleri yapmak kolay değildir. Akupunkturun özellikle de, vücudun kökende var olan opiatik (uyuşturucu, narkotik) sistemlerine ilişkin fizyolojik etkileri olduğuna dair kanıtlar vardır ve belki de bunlar migren vakalarında fayda sağlamaktadır. Lance'ın deneyimleri, hastanın tedaviye başladıktan bir süre sonra tedavinin etkisinin kötüye gitmesi ve elbette özgül ya da plasebolarda da ilk başlarda aynı etkiler gözlemlenmesi yönündedir.

* Mantra, Hindu ibadeti esnasındaki tanrıya yakarış ya da kutsal kelimelerin sürekli tekrarlanması anlamına gelen Sanskritçe bir kelimedir – ç. n.

58 Bir defasında, tamamıyla sona ermek üzere olan bir Touret "krizini" gözlemleme fırsatım oldu. Hasta, kendi kendine yarattığı hipnozun etkisinde (Transandantal meditasyon biçiminde), şiddetli kasılmalar, tikler yaşıyor ve haykırarak ağlıyordu. Bu tür bir tepkinin fizyolojik anlamda mümkün olabileceğini hiç düşünmemiştim ve bu olaydan sonra bu tür tekniklerin ortaya koydukları etkiye daha fazla hürmet göstermeye karar verdim.

Son olarak ıstırap çeken bireylere, yani migren hastasına bir bakalım. Gerçekten de bir mekanizmadan ve belki de birkaç mekanizmadan söz edebiliriz. Fakat tüm bu mekanizmalar bir hayatın ve bireyin içerisinde somutlaşır ve ete kemiğe bürünür. Kuşkusuz migrenler fizyolojik olgulardır fakat hayat sürecindeki karmaşık dokunun bir parçası ve migren hastalarının hem acı çekip hem yarattığı sürekli değişkenlik gösteren özellikleri ve faktörleri göz önüne alınırsa, tarihi olaylar da olabilirler (nasıl olmasınlar ki?). Bazı nöbetleri ve mekanizmaları soyutlasak da, onlar bu migrenöz ve kusursuz zaman-mekân sürekliliğinin birer parçasıdırlar.

En başta gelen sorun, tedavi sorunudur. Yani olguyu açıklığa kavuşturmak, teşhis koymak ve ne olduğunu kavramaktır – örneğin migren aurasının bir kriz olmadığını kavramak (ilk kez aura tecrübe eden insanlarda, sıkça oluşan bir düşünce) ve aynı şekilde "zihinde gelişen olayların organik bir yansıması" ya da bir histeri hali de olmadığını (kendi kendini sürekli suçlamanın getirdiği sıkıntı) fakat gerçek ve manevi açıdan nötr olan organik ve tehlikesiz (iyi huylu, selim) bir olay olduğunu anlamak gerekir. Bunu açıklığa kavuşturan basit bir tıbbi yaklaşım kendi içinde hastaya büyük bir güven sağlayabilir ve bu noktadan yola çıkılarak hangi tedavi yöntemlerinin ve ilaçların önerileceği konusuna açıklık getirir.

Fakat migren hastası sadece, sürekli tekrarlayan işlev bozukluğundan şikâyetçi değildir. Eğer ona kulak verirsek, bize hayat hikâyesini, yaşam tarzını ve migrene ilişkin gösterdiği tepkilerin biçimini ve (belki de) derinde yer alan ve farkına varamadığı tepkileri anlatacaktır. Hastayı ilk kez tanıdığımızda, neyin ilgili, neyin ilgisiz ve önemsiz olduğunu önceden kestiremeyiz. Nöbete ilişkin tüm koşulları büyük titizlikle tetkik etmek önem taşır – ne zaman yaygındırlar, ne zaman nadiren görülürler, nasıl seyrederler ve tetikleyici mekanizmaları nelerdir. Fakat daha üst düzeyde bilgilere ulaşmak için hastanın hayatının "tavrını", fizyolojik ve psikolojik "gereksinimlerini" ortaya koymak gerekir. Bu ise rastgele ve kolay bir yöntem değildir. Bu, doktor ve hastası arasında bir ilişkiyi ve hastanın açısından, belki bir anda değil ama yaşam tarzıyla migrenleri arasındaki bağ-

lantılar netleştikçe gelişecek bir kavrayışı elzem kılar. Bir ölçüde, bilinçaltındakini, bilinç düzeyine çıkarmayı ya da Freud'un deyimiyle "Ben"in "Şey"in yerini almasıdır.

Tamamen fizyolojik esaslara dayalı düşüncelere sahip olduğum bir dönemde tetkik ettiğim ilk hastalardan birinde (Vaka 18, sayfa 67) astımın yerini ayrıksı migrenler almıştı. *Bu noktada* aramızda garip bir konuşma geçti: Hasta "Pazar günleri hastalanmak ve migren, astım ya da başka bir rahatsızlığı yaşamak sizce bende bir *gereksinim* haline mi geldi?" dedi. Bu soruyu çok hayret verici bulmuştum. Gözlemlerime göre, hastanın migren tedavisi sürerken, pazar günleri çok "sıkılmasına" ve "elinden hiçbir şey gelmediğini" hissetmesine rağmen, olaya hiç bu yönüyle bakmamıştım. Tam bu noktada, "tedavi" ve aramızdaki diyalogla birlikte gelişen ilişki farklı bir mecrada ilerlemeye başladı. Hastanın tavrı ve gereksinimleri, ilk başlardaki tümüyle fizyolojik yaklaşımın yerini aldı ve ilişkinin ana temasını oluşturdu. Hastanın ortaya attığı soruya daha derin ve araştırmacı bir yaklaşım sonucu –yaşadığı hastalığa olan "sözde" gereksinimi, pazar migrenlerinin oynadığı farz edilen rol– migrenleri (ve astımı), üstelik bir daha ilaç kullanmaya gerek kalmadan, tamamen son buldu. Pazar günlerinin *keyfini çıkarmaya* başladı ve hastalığa olan gereksinimi son buldu.

"Tutuma" ilişkin değerlendirmeler de, dikkatimi başka bir hasta üzerine, yine ilk hastalarımdan biri olan migren hastası matematikçiye yoğunlaştırdı (Vaka 68, sayfa 52). Bu hasta için, etkili antimigren ilaçları önermek kolaydı. Ergot çok faydalı olmuştu fakat migrenlerini tedavi etmekle, sanırım matematik yeteneklerini de sınırlamıştım. Her ne kadar paradoksal gözükse de hastanın çalışmalarını başarıyla sürdürmesi açısından migrene ihtiyacı vardı. Bu noktada hasta "migrenlerimden vazgeçemeyeceğim – sanırım her şeyi olduğu gibi kabullenmeliyiz" dedi. Yanı sıra bu deneyim, benim de hastayı tedavi etmek için yaşadığım sabırsızlığı azaltarak, "migren hastalarının hem ıstırabını yaşadığı hem de yeniden yarattığı, sürekli değişen özelliklerin ve faktörlerin" sürecine ilişkin, beni hastaları daha titizlikle dinlemeye sevk etti.

Migrenlerin seyrek yaşandığı vakalarda bu tip yaklaşımlar, pek su yüzüne çıkmaz ya da nadiren gündeme gelir – örneğin nöbetler ayda bir ya da daha az yaşanırsa. Fakat şiddetli migrenler söz konusuysa ve hastayı fazlasıyla meşgul ediyorsa, o zaman karmaşık etkileşimler meydana gelir ve "sadece fizyolojik" bir tedavi yetersiz kalır. Elbette, fizyolojik tedavi inkâr edilemez ve hastaya faydalı olabilecek her türlü ilaca ve önleme başvurulur. Fakat aynı zamanda hem hasta hem de doktor daha derinlere inmelidir, zira sık yaşandığında migren, bir hastalıktan öte, organizmayı farklı uyarlama ve kimliklere büründüren kapsamlı bir oluşumdur.

Bu, ömür boyu epilepsi yaşayan hastalarda sık görülen bir olgudur. Bu hastalar birdenbire, sara krizlerinden "yoksun" yeni bir tedavi sürecine girerler. Fakat yıllarca "saralı" yaşamaya alıştıktan sonra, birdenbire farklı bir sürece adapte olup, yıllar içerisinde geliştirdikleri alışkanlıklardan ve kriz yaşamasalar da, "saralı kimliklerinden" kolay kolay kopamazlar.[59] İşte "Pazar migrenleri" yaşayan hastamın da ayırdına varıp üstesinden gelerek, hayatından çıkardığı tam da bu – ya da buna benzer bir "migren kimliği" idi.

Sağlıklı olabilmek, hiç de sanıldığı kadar kolay değildir. Bazen hasta olup kısıtlı bir yaşam sürdürmek insanların daha çok işine gelmektedir. Sık yaşanan migrenler ve hayatımıza getirdiği kısıtlamalar söz konusu olduğunda, insanlar paradoksal bir biçimde, hastalıkla yaşamayı öğrenirler. Yeni ilaçlar ve yeni tedavi yöntemleri geliştirildikçe ve yaşanan fizyolojik sıkıntılar azaldıkça, hastalar, belli bir süreç içerisinde iyileşme gereksinimi duyacaklar ve sağlıklı olmayı *öğrenmek* zorunda kalacaklar. Sadece bu yoldan ve dikkatle kavrayıp özen göstererek, derinlere nüfuz eden hastalığın gölgesini üzerimizden atabilir ve tamamen iyileşmenin yollarını her zaman açık tutabiliriz.

59 *Karısını Şapka Sanan Adam* (1985) adlı kitabımda bahsettiğim "Tikli Ray"de, çocukluğunun ilk yıllarından itibaren Tourette sendromu olan genç bir adamı tedavi etme çabalarımdan bahsetmekteyim. Bu hastanın özgül ilaçlar ve tedavilere tam anlamıyla cevap verebilmesi için, *öncelikle*, hayat boyu sürdürdüğü "Touretik kimliğini" bir kenara bırakıp bu hastalık olmadan, sağlıklı bir yaşamla yüzleşmesi gerekmekteydi.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Migrenin Evrenselliği

17. Migren Aurası ve Halüsinatif Sabitler

*Doktor Rahph M. Siegel'in katkılarıyla**

Nedir bu geometrik görüntüler? Ve zihnin ve bedenin hangi bölümünden ve tavrından türemektedirler?
Herschel, *Sensoryuma İlişkin Hayaller Üzerine*

Giriş

Migrene ilişkin görsel bozukluklar yaygın vakalardır. Nüfusun en az yüzde 10'unu etkileyen ve çoğunlukla ürkütücü olan bu vakalar, eski çağlardan beri ilgi ve merak konusu olmuşlardır. İkinci yüzyılda Aretaeus, migren krizi esnasında ya da öncesinde, görme alanında mor, siyah ya da gökkuşağı görüntüsü veren karışık renkte parıltıların meydana gelebileceğini tespit etmiştir.

Ayrıntılı tarifler ve hepsinden öte kişisel deneyimlere dayalı tarifler, on sekizinci yüzyılın sonlarında ve on dokuzuncu yüzyıl içinde bilim adamları (George Airy, Herschel, Arago, Brewster, Wheatstone vb.) ve doktorlar (Hupert Airy, Wollaston, Arago, Parry, Fothergill) tarafından yapıldı. İnsan, bu tarifleri yapan doktor ve bilim adamlarının tümünün migrenden mustarip olduklarını ve bu tarifleri yaparken bir rekabet içine girdiklerini düşünmeden edemiyor.

* Doktor Siegel, New Jersey, Newark'ta bulunan Moleküler ve Davranışsal Nöroloji Bilim Merkezi'nde görev yapmaktadır.

Bunların en kayda değer olanı, 1870 yılında, Hupert Airy tarafından betimlenen ve resmedilen, tipik, genişleyen, parıldayan ve zikzaklar çizen, Aretaeus'un gökkuşağıyla kıyasladığı kavis şekilleridir:

> "En yüksek noktasında, etrafı surlarla çevrili bir kente benziyordu ve bu surlar bin bir renk ihtiva etmekteydi... Hatların içi, adeta canlı ve yoğun bir sıvıymışçasına muhteşem bir biçimde, adeta kaynayarak ve yuvarlanarak, etrafa savruluyordu."

Her migren krizinde meydana gelen bu sabit algılama veya halüsinasyon, Airy'yi bu muhteşem ve ışıltılı şekillerin beyinde var olan ve aynı düzeyde sabit bir oluşumun "fotoğrafı" olduğuna inanmaya sevk etti. Kuşkusuz aynı olguyu yaşayan ve yaşı daha genç olan Herschel (düz çizgilerden oluşmuş üçgene benzer, çarpıcı şekillerin, surların vb. fortifikasyonu) daha karmaşık bir sonuca vardı: "Bu fortifikasyon hareketi," retina veya göz sinirinin, olası düzgün hatlarıyla uyumlu değildir. Kuşkusuz Herschel'e göre beyinde ya da zihinde, bu surlar çok daha yüksek seviyelere ulaşıyordu. Yine de insanın tasavvur edebileceği "insan, manzara ya da yüze benzer lekelerden çok daha farklıydılar. Çünkü betimlemeler kişisel fakat geometrik şekiller soyuttu; ve hayal (sıradan algılanışıyla), çağrışım ve hafızaya dayanırken, geometrik şekillerin belirgin bir kaynağı yoktu. Peki öyleyse, bu şekiller "zihin"den mi kaynaklanıyordu? Herschel, "Eğer öyleyse, bunlar zihnin kişisellikten ve şuurdan uzak, 'metabolizmamızla birlikte faaliyet gösteren fakat kişiliğimizden ayrı', beynin 'geometrikleştiren', ilkel bir kısmından kaynaklanmaktadır" diye ileri sürer ve şu sonuca varır: "Belki de benzer ve doğal bir görsel modeli baz alarak diyebiliriz ki, sensoryumdaki kaleydoskopik bir güç, sıradan öğelerden oluşan düzgün şekiller meydana getirmektedir." Bu tarz permütasyon ve sentez içeren bir yaklaşımla bu konudaki fikirlerini bir sonuca bağlar.

Bu yüzden, Airy *sabit bir oluşum*dan söz ederken, Herschel bir *devinim*den, örgütlenen bir geometrik mekanizmadan ya da zekâ içeren bir unsurundan bahseder. Airy'ye göre migren halüsinasyonları, doğrudan beyin yapısını görmemizi sağlar. Hersc-

hel'e göreyse, gördüğümüz zihnin faaliyetleridir. Her ikisi de bu olgunun temel öğelere ışık tuttuğunu düşünür.

Halüsinasyon Türleri ve Düzeyleri

Gowers, 1895'te yazdığı ve "Öznel Görsel Duyumsamalar" başlığıyla yayımladığı bir makalesinde, bu olgulardan ne kadar etkilendiğinden bahseder. Uzun soluklu yaşamı süresince de bunlara ilişkin yazılar yazmaya devam eder. Migren ve epilepsi auralarını birbirinden ayıran Gowers, migren auralarının neredeyse tamamının ışıklı lambalar, yıldızlar, vurgulamalar ya da daha karmaşık ve değişken geometrik desenlerden oluştuğunu, buna karşın epilepside geometrik şekillerden ziyade karmaşık olaylar ve manzaralardan oluşan dramatik halüsinasyonların hâkim olduğundan bahseder. Gowers, çoğunlukla, epileptik vakalardaki boşalımın, beynin "alt duyumsal merkezlerinden" en üst seviyedeki "zihinsel" merkezlerine yükseldiğini, bu halüsinasyonların basit ve kısa süreli (birkaç saniye süren) olduğunu ve daha karmaşık aura biçimlerinin başlangıç safhalarını oluşturduğunu düşünür. Örneğin bir epilepsi hastasında şu gözlemlenmiştir:

> Önce kalp atışları hissedilir... sonra bunlar neredeyse bir ses gibi duyulur hale gelir... sonra gözlerinin önünde iki ayrı ışık belirir... sonra Çin baklası kokan bir şey uzatan kırmızı pelerinli yaşlı bir kadın figürü görür, (sonra hastanın şuuru kapanır).

Migrende ise, boşalım aynı tarzda yükselişe geçmeden, daha ziyade alt merkezlere "yerleşir" (duyusal korteksin temel görsel ve dokunsal bölgeleri). Gowers bu farkın, boşalımdaki zaman-süreç boyutuna bağlı olduğunu düşünür. Epileptik aura sadece birkaç saniye sürer. Buna karşın migrene bağlı yavaş uyarılar yarım saate kadar sürebilir ve daha karmaşık ama "basit" ve sadece alt merkezlerle sınırlı bir rahatsızlık halinde seyreder.

Kinnier Wilson'un bir vakayla tarif ettiği gibi, migrene bağlı karmaşık "kişisel" halüsinasyonlar zaman zaman basit duyumsamalarla birlikte ya da zaman içinde bu basit duyumsamalara dönüşerek meydana gelir:

> ... Yakın bir dostum ilk başlarda, yüksek kemerli üç penceresi olan büyük bir oda ve sırtı ona dönük, beyazlar giyinmiş, uzun ve boş bir masada oturan bir insan figürü görmekteydi. Bu aura yıllarca değişmedi ancak sonraları yavaş yavaş (daireler ve helezonlara benzer) daha kaba görüntülere, bir süre sonra ise, baş ağrısıyla sonuçlanmayan auralara dönüştü.

Fakat esasen dikkatimizi, auranın bu kaba şekillerine yoğunlaştırıp, daha derin analizini yapabilmek amacıyla bunları kategorize etmemiz gerekir. Geometrik halüsinasyonlara ilişkin üç "seviye"den bahsedebiliriz.

İlki halk dilinde "yıldızlar görmek" diye anılan fosfen olgusudur. İkincisi klasik anlamda genişleyen spektrum ya da köşelerdeki vurgulamalarıyla belirgin skotomdur. Üçüncüsü ise –sıkça tarifi yapılmasa da, en az ilk ikisi kadar yaygındır– süratle değişen iç içe girmiş, karmakarışık geometrik desenlerdir. Genelde bu üç seviye yukarıdaki sırayı izleyerek gelişir. Yani halüsinasyonlar fosfenle başlayıp devam eder:

En basit halüsinasyonlar, görsel alanda, muhteşem yıldızların dansı, kıvılcımlar, parlamalar ya da basit geometrik şekiller biçiminde tezahür eder. Bu tür fosfenler genellikle beyaz renktedir ancak parlak spektrum renklerini de içerebilirler. Sayıları yüzlerle ifade edilen bu fosfenler, görsel alanda hızla hareket ederler.

Bazen halüsinasyonlar, bu tür bir fosfen dansı ile sınırlı kalır. Ancak bazı hastalarda bu auradan da öte bir şeydir ve (diğer bazı aşırı görsel uyarı belirtileriyle birlikte), nöbetin tüm seyri boyunca devam edebilir. Gowers'ın kaydettiği bir vakada olduğu gibi, bazı fosfen vakalarında ayrıntılı görüntüler ortaya çıkabilir. Bu vakadaki hasta "tırmanan ışıklı bir diskin dört parçaya bölünüp sonra da kaybolduğunu" görmektedir. Tümü olmasa da bazı hastalar fosfenlerin devamında, vurgulamalar ve parıl-

dayan skotomların görüldüğü ikinci aşamaya geçer (bazı hastalar fosfenler olmaksızın, daha ilk aşamada bunu yaşayabilir). Airy'nin tariflerinde ve örneklerinde görüldüğü gibi, bu bir tür patlama, sabitleme noktasına yakın kör edici bir ışık biçiminde algılanır ve dev bir hilal ya da nal şeklinde görsel alanı terk eder. Buradaki uyarı çok yoğundur – ilerleyen kenar hatları veya skotom, öğle güneşinin parlaklığı altında ışıldayan bir yüzey kadar beyazdır. Görsel alandan geçişi yaklaşık yirmi dakika sürer ve titreşme hızı saniyede on kezdir.

Migren aurasının çoğu tarifi, fosfen ve skotom olguları ile sınırlıdır. Fakat aynı özellikleri taşıyan, daha karmaşık olgular da vardır:

> ... dantelli ve fırfırlı motiflerin ağırlıkta olduğu bir tür görsel karmaşa – mozaikleri andıran imgeler, bal petekleri, Türk halı desenleri ya da hareli desenler... Bu hayal ürünü ve basit şekiller genelde son derece ışıltılı ve renklidirler... Çok değişken olup, birdenbire kaleydoskopik biçimlere dönüşebilirler.

Çokgen şekiller kareler, romboitler, trapezoitler, üçgenler, altıgenler ve bazen daha küçük boyuttaki benzerlerini içeren karmaşık şekiller, üçüncü aşamada hâkim olabilirler. Herschel, ilk başlarda bu detayların farkına varmaz fakat, Airy'ye yazdığı bir mektubunda söz ettiği gibi, yıllar geçtikçe bunlar daha belirgin hale gelir:

> Sana son yazışımdan bu yana, halüsinasyonlar çok sık meydana gelmeye başladı... ve bazı yeni özelliklerinin farkına vardım. Örneğin, vurgulanmış şekillerin köşelerinde yer alan renkli bir dama deseni görüntüsü veren yamalar gibi. 22 Haziran'da aldığım bir notta şunları yazmışım: "Vurgu desenleri bugün normalden iki kat daha büyük gözüküyor... Yanı sıra, görsel alanın geri kalan kısmında, içi dama deseni ile dolu dikdörtgen yamalar ve halı desenleri mevcut." (17 Kasım, 1869'da yazılan ve 1870'te Airy'ye ulaşan mektuptan bir alıntı).

Burada, kafes ve halı desenleri migren aurası bağlamında tarif edilmekte ve zaman zaman, özellikle vurgulamaların hareketli köşelerinde meydana gelmektedir.[60] Ancak Herschel bununla yetinmez ve geçirdiği küçük bir ameliyat esnasında narkozun etkisi altındayken gördüğü karmaşık geometrik desenlerin büyüleyici tariflerini şöyle açıklar: Gözlerde bir tür kamaşmanın ardından, merkezdeki bir daireye teğet geçen ve bu dairenin dışındaki birçok dairenin ortak kesişmesinden oluşan son derece güzel, düzgün ve simetrik bir "Çin gülü" deseni. Yanı sıra "aniden gelişen" ve nedeni açıklanamayan bazı nöbetlere ilişkin detaylı tasvirler.

> Çoğu kez ortaya çıkan desenlerin kafes benzeri şekilleri vardır. Dörtgenlerin uzun olan ekseni düşeydir. Fakat bazen de yataydır. Kimi zaman kesişme noktalarında küçük ve daha karmaşık desenler görülür... Bazen kafes yerine dikdörtgen bir şekil görülür ve bazı vakalarda dikdörtgenlerin içinde daha küçük kafes desenleri ya da bir tür tel biçiminde işlemeler yer alır... Yine zaman zaman fakat çok daha ender görülen, karmaşık ve renkli halı desenlerinden söz edilebilir fakat bu desenler yakın zamanda görülmüş ya da hatırda kalan bir halının deseni değildir ve bu tür şekillerin görüldüğü birkaç vakada desen sabit kalmayıp, ne bir öncekini çağrıştıracak ne de yenisini algılayacak zaman bırakmaksızın her an değişkenlik göstermiştir. Fakat değişkenlik göste-

60 Lashley, vurgulamaları, öğle güneşini yansıtan beyaz bir yüzeyle kıyaslayarak, muazzam bir parlaklığa sahip olduklarından söz eder. Dama desenleri, kafesler, tel biçiminde işlemeler vs. çok daha soluk olduğundan, mevcut olsalar dahi fark edilmeyebilirler. Fakat Herschel'in tarif ettiği bazı hastalarda meydana gelen nöbetler ilk başlarda sadece fosfen ve vurgulamaları içerebilir ve ancak sonraları dama desenleri ve güçlükle fark edilen şekiller ortaya çıkar. Tıptaki basmakalıp sorgulamalar, daha da karmaşık geometrik şekillerin hastalar tarafından açıkça tarif edilip, ortaya konmasına engel olmaktadır. Yakın geçmişte (Mart, 1922), bir tesadüf sonucu karşılaştığım iki kişinin, mozaik görme konusundaki şaşırtıcı tariflerini dinleme fırsatı buldum. Her ikisi de tedavi görmüşler ve "klasik" skotom yaşayıp yaşamadıkları sorulmuş ancak maruz kaldıkları mozaik görme konusunda ikisine de bir şey sorulmamış. Her ikisi açısından da, hem harika hem de ürkütücü olan bu belirti, basit bir tıbbi sorgulama bile yapılmadığından "ortaya çıkarılamamıştı".

ren desenler tamamen farklılaşmayıp bir öncekinin çeşitlemesi görünümündedir.

Klee, ortaya koyduğu çağdaş bir tasvirde şunları anlatır:

> 10 numaralı vakadaki hasta, üzerine doğru hareket eden ve yaklaştıkça büyüyen kırmızı yeşil üçgenler gördüğünü söyler. Çoğu kez üçgenlerin içinde parlayan çemberler mevcuttur. Hasta ayrıca içinde parlak halkaların olduğu altıgenler ve kırmızı, yeşil renklerdeki parıldamaların dalgalanarak meydana getirdiği ekose desenli bir battaniye görüntüsü de görmektedir.

Çoğu kez çokgenler bir araya gelip hastaların, örümcek ağlarına, bal peteklerine, mozaiklere, örgü ya da kafeslere benzettikleri "ağ" şekillerini oluşturur. Bu kafeslerin özelliği hareketli olmalarıdır – ağlar şekil değiştirerek (neredeyse tam bir daireden, eşkenarlı dörtgene ya da trapezoide) ve bir saniyeden bile az bir zamanda ölçek değiştirerek, düşünce ve istemden bağımsız, anlık dönüşümler gösteriyor.

Eğer çokgen kafes desenleri çok yoğun değilse, hastanın o anda görmekte olduğu objenin görüntüsü ile örtüşmüş, silik, kırılgan ve sürekli değişkenlik gösteren bir ağ ya da parmaklık gibi görünürler (Tablo 7A ve 7B'de son derece güzel bir biçimde resmedilmiştir). Eğer parmaklık ve kafesler çok yoğunsa, görüntü düzensiz, kristalit, sivri köşeli parçalara bölünerek bazen "mozaik görme" diye ifade edilen garip oluşumlar meydana gelecektir (Tablo 6). Eğer görüntü çok küçük parçalara bölünmüşse, hastalar ortaya çıkan şekilleri kübist tarzda resimlere ve eğer incecik parçalar halindeyse pointilist tarzda resimlere benzetebilir. Karakteristik olarak, sürekli bir hareket ve ölçek değişimi vardır ve çoğu kez farklı ölçeklerin eşzamanlı birbiri içine geçmesi söz konusudur.

Hastalar, bir aura esnasında her türde yuvarlak, karmaşık şekiller görebilir. Örneğin Kinnier Wilson'un hastalarından birinin daireler ve helezonlar görmesi gibi. Bunlar da değişken ve dengesiz olabilir ve şekil, ebat ve hareketleri birdenbire başkalaşır: Da-

ireler dönerek helezonlara ve helezonlar derinleşerek girdaplara dönüşebilir. Büyük bir girdap ise bölünerek küçük anaforlara ayrılabilir. Tüm görsel alan –ya da yarısı– şiddetli ve karmaşık bir bulanıklığa dönüşebilmekte ve görüntüdeki objeleri bir tür topolojik kargaşa içine sürükleyebilmektedir; objelerin düz hatlı uçları kıvrılabilir, herhangi bir görüntünün küçük parçaları lastik bir yüzey üzerinde gerilmişçesine büyütülüp çarpıtılabilir. Klee bunları tarif ederken *metamorfoz* ifadesini kullanmaktadır – Objelerin dış hatları değişime ve başkalaşıma uğramaktadır. Şöyle yazar Klee: "Bir hasta, kullanmakta olduğu makinenin hatlarının dalgalar halinde eğildiğini gördü." (bkz. Tablo 5A ve 5B).

Bu vakalarda algılanan dünya, tamamen farklı, adeta cinnet getiren, her şeyin canlı ve hareketli, çarpıtılmış ve kaygı verici halleri olduğu bir dünyadır. Boşlukta dalgalar, rüzgârlar, anaforlar, girdaplar hissedilir –ki bu boşluk normalde nötr, parçacıksız, hareketsiz ve görünmezdir– ve boşluk çarpık, şiddetli ve zorlu bir alana dönüşür.[61] Olayın şaşırtıcı boyutu, bu devasa karışıklığın bütünüyle, görsel alanın sadece yarısında, hatta bu yarı alandaki küçük bölge ya da bölgelerde görülmesi, diğer yarının ise sakin ve durgun kalmasıdır (Tablolar 2A ve 2B). Buna karşın parıldayan bir skotomun ışıklı kavisi, görsel alanın bir kısmını karartsa ya da parıltılı ve renkli kıvılcımlarla, objenin köşelerini belirginleştirse dahi bu yoldan boşluğu değil, algılama alanını çarpıtır. Çarpıklıklar, ancak halüsinasyonun üçüncü aşamasında meydana gelir.

Üçüncü aşamadaki düzensizliklerin değişkenliği dikkat çekicidir; sadece hızlı başkalaşımlar değil fakat anlık iniş ve çıkış-

61 Airy, on beş yaşında bir öğrenci iken tuttuğu günlükte, vurgulamaların iç bölümünden, "adeta canlı ve yoğun bir sıvıymışçasına, muhteşem bir biçimde, kaynayarak ve yuvarlanarak, etrafa savruluyor" diye bahseder. 1870'te yayımladığı makalesinde ise, bazı nöbetlerde yaşadığı adeta meteorolojik bir karışıklık ifade eden diğer imgelerden de bahseder. Sürekli, görsel alanın bazı kısımlarının yavaşça "yuvarlandığından", "inip kalktığından" ya da "sallandığından" söz eder. Bu vurgulamaların titremesinden epey ayrı bir olgudur. Adeta şiirsel bir betimlemesinde Airy şöyle der: "Görsel alanın dışı, kargaşa içinde bir ışık yoğunluğu üzerinde adeta kaynamaktadır. Bu ışık huzmesi bir buluşma noktasında toplandığı zaman yer yer görünür hale gelmekte (bir asır sonra bugün, bundan bir 'çekim merkezi' olarak bahsedebiliriz) ve kaynayan bir denizin kıyıları boyunca mavi, kırmızı ve yeşil parıltılarla akıp gitmektedir."

lar da gözlenir: Bir dönme hareketi, gözle görülür bir yavaşlama olmadan aniden zıt yönde hareket edebilmektedir. Bir helezon deseninin yerine aniden, kaleydoskobik bir biçimde bir başkası belirebilir. Yine de bir süre sonra, yoğun ve sürekli duyumsal uyarıya rağmen, auradaki karmaşa, daha sakin, daha organize ve geometrik bir bütüne dönüşebilmektedir. Sıradan kıvrımlar tüm alana yayılabilir. Karmaşık kafes örgüler tekrar tekrar ortaya çıkarak ve bazen birden çok, üst üste binerek örtüşen görüntüler meydana getirerek, karmaşık parazitlere ve hareli desenlere yol açabilir. Bu aşamada daha çapraşık geometrik şekiller de ortaya çıkabilir. Bunlar çokgen ağ yapılarının detaylı ve kozalak, deniz kestanesi ya da diğer karmaşık şekilli, kabuklu deniz hayvanlarına benzeyen formlarıdır.

Bazen bu ağ yapıların sivri ya da kristalin benzeri görünümleri vardır ve "pencerenin buzlanması" ya da "ilkel bitkiler" gibi, ani irkilmelerle gözle görülür ölçüde büyürler. Bazen de, açan çiçekler ya da çam kozalaklarına veya "harita" ve "yeryüzü şekilleri" gibi çok karmaşık ve deyim yerindeyse gönül gözünde sonsuza dek genişleyen formlara benzerler. Bu "coğrafik" desenler gerçekte var olan yerler değil, uyarılmış beynin ürettiği yapay ya da hayali coğrafyalardır. Bunlar da zamanla sönükleşir ve her şey normal görünümüne kavuşur. Baş ağrısı devam etse de etmese de aura sona erer. Ancak aradan geçen yirmi dakikalık süreçte o denli şaşırtıcı (ve belki de güzel) karmaşıklıklar meydana gelir ki, zihin bunları bir daha unutamayabilir.

En fırtınalı migren auralarında bile şuur açıktır. Dikkatli, gözlemci, betimleyen, analiz eden, hatırlayan bir zihin mevcuttur. Bu nedenle beklentilerin aksine, bu derin aura hallerinin, bire bir fotoğraf ya da reprodüksiyon olmasa da yağlıboya tablolarını oluşturup yeniden inşa edebiliriz.[62] İzleyen bölümlerde ortaya konacağı gibi, sadece betimlemeler değil fakat diğer çeşitli sinirsel hallerin benzer olgularının da detaylı analizleri mevcuttur.

62 Boehringer-Ingleheim arşivinde migren sanatının örneklerine rastlanabilir. Bu arşivde kendi auralarını resmeden hastaların çizdiği yüzlerce resim vardır. Bu resimlerden doksan tanesi, yakın bir geçmişte, "Mozaik Sanatı" adı verilen bir sergide, San Fransisco Exploratoryum'da teşhir edildi.

Halüsinasyon Sabitleri

Migrende görülenlere benzer geometrik formlara, çeşitli zehirlenme vakalarında da rastlanabilir. Kluver (1928) meskaline, Ronald K. Siegel (1975, 1977) ise esrar otuna ilişkin dokümanlarında bunu titizlikle ortaya koymuştur. Bu tür deneyimlerin migrene benzeşmesi, Kluver'in örneklerini verdiği bazı vakalarla ortaya konabilir:

> 0,2 mg. meskalin sülfat iğnesinden sonra bir hasta şunları belirtir: "İğneden hemen sonra, gözlerimin önünde çok ince çelik tellerden yapılmış gibi duran sayısız halka belirdi. Tüm bu halkalar, sürekli saat yönünde dönüp duruyordu. Eş merkezli olan halkaların merkezde yer alanı, neredeyse iğne başı kadar küçüktü. En dıştaki halkanın ise bir buçuk metrelik bir çapı vardı... Ben baktıkça, merkez odanın derinliklerine doğru çekiliyor ve çevre halkalar sabit kalıyor ve tel halkalardan oluşan çok derin bir huni şeklini alana kadar bu devam ediyordu. Bu noktadan sonra teller yassılaşarak, şerit ve kurdele haline geliyor. Bu şeritler, yukarıya doğru dalgalanarak ritmik biçimde hareket ediyor ve duvarda tek sıra halinde yükselen uçsuz bucaksız bir mozaik görüntü ortaya çıkarıyor. Sonra birdenbire tüm görüntü, özellikle de merkez geriye çekiliyor ve şimdi bir anda tepemde, en güzel mozaiklerden oluşan bir kubbe beliriyor... Kubbenin ayırt edici bir deseni yok. Fakat tepesinde halkalar belirmekte; bu halkalar sivrilip uzuyor... sonra eşkenar dörtgenler, dikdörtgenler ve her türden tuhaf üçgenler oluşuyor, rakamlar, tavanda çılgıncasına birbirini kovalıyor."

Ayrıca Kluver kişisel deneyimlerinden birini şöyle aktarır:

> "İkinci bir meskalin dozundan yarım saat sonra... (ortadaki alanda) bir sülün kuyruğu parlak sarı bir yıldıza, yıldız da kıvılcıma dönüşüyor. Hareket eden ve titreşerek yanıp sönen yüzlerce vida... Kıvılcımlar, top mermileri gibi patlayarak tuhaf çiçeklere dönüşüyor... Farklı renklerde şekiller. Altın-

> dan yağmur damlaları düşüyor... bir merkez etrafında dönen mücevherler. Sonra, belirgin bir irkilme ile tüm devinim sona eriyor. Düzenli ve düzensiz şekillerde, yanar döner renkler bana kabuklu deniz hayvanlarını ve denizkestanelerini hatırlatıyor... Farklı şekillerde kavisler boyunca süren yavaş ama görkemli hareketler ve "çılgınca" hareketler aynı anda meydana geliyor ve bunlara paralel hareketler hissediliyor...

Hem kendi deneyimlerinden hem de meskalinin verdiği sarhoşluktan yola çıkan Kluver, farklı kültürel köken ve kapsamlara rağmen halüsinasyon deneyiminden ya da kendi deyimiyle "şekil sabitlerden" bazı *evrensel* çıkarımlar yaptı ve şunları yazdı: "Bu şekil sabitlerin bazılarını *demir parmaklık, kafes, ahşap oyma, tel işleme, bal peteği ya da dama tahtası deseni* gibi tarif etmek mümkündür... Bunlara yakın başka bir şekil de *örümcek ağı* şeklidir. İkinci bir şekil sabiti ise *tünel, huni, geçit, koni* ya da *tekne* şekilleriyle ifade edilebilir. Üçüncü bir şekil sabiti türü ise *helezondur.*" Bunlar ve diğer şekil sabitleriyle birlikte halüsinasyon, Kluver'in aşağıdaki tarifi gibi, görmenin yanı sıra dokunma duygusunu da içeriyor:

> ... düz bir çizginin harekete geçmesiyle birlikte, ışıklı bir helezon oluşuyor. Hızla dönen bu helezon, görsel alanda ileri geri hareket ediyor. Aynı anda bacaklarımdan biri sanki helezonik bir şekil alıyor... Işıklı helezon ve dokunulabilen helezon fizyolojik anlamda birbirine karışıyor. Bu insana somatik ve görsel bir birliktelik hissi vermektedir.

Benzer kaynaşmalar, kafesli halüsinasyonlarda da görülmekle ya da vücut sathına yansımakla kalmayıp, onu içine alabilir ya da yerine geçebilir – böylece vücut bir kafes ya da mozaikmiş gibi hissedilebilir. Yine Kluver'den bir başka örnek:

> Hasta ahşap oymalar gördüğünü belirtir. Öyle ki, kolları, elleri ve parmakları ağaçtan oymalara dönüşmekte ve bu oymalarla özdeşleşmektedir.

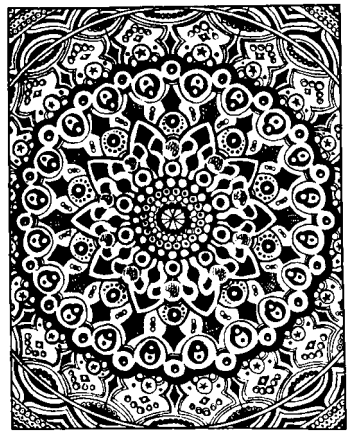
Görsel ve dokunsal alanlarda, bu tür eşzamanlı, karmaşık halüsinasyonların meydana gelmesi yaygın değildir. San Fransisco'daki Exploratoryum'da, yakın geçmişte yapılan bir sergide "Mozaik Görme" bu tür kafes desenlerin somatik ve görsel olabileceğine ve vücuttaki "örümcek ağları" gibi hissedilebileceğini gösteren resimler vardır. Bu da gösteriyor ki, bunlar sadece görsel olgular değil fakat *duyumsal* şekil sabitleridir; ya da daha genel bir ifadeyle, normal mekânın ötesindeki duyuların algılayabileceği fizyolojik olduğu düşünülen oluşumlardır.

Mescal isimli eserini tamamladıktan birkaç yıl sonra Kluver, 1942 yılında, çok önemli olduğunu düşündüğü ve üzerinde geniş kapsamlı yazılar yazdığı "Halüsinasyonun Mekanizmaları" konusuna döndü. Bu yazılarda, şekil sabitlerindeki "geometrikleşme"yi inceledi. Bu, bellibaşlı şekilleri (kafes, helezon gibi), meydana getirmeye devam eden ve bazen çok daha küçük hatta mikroskopik ölçülerde, şekilleri çoğaltıp, tekrar üreten bir geometrikleşme eğilimidir:

> Şekil sabitlerindeki geometrikleşme eğilimi aşağıda söz edilen iki farklı yönden de algılanabilir: a) Şekiller sıkça tekrarlanır, birleşir ya da çeşitli türde süs desenler ve mozaiklerle ayrıntılı hale gelir; b) Şekilleri meydana getiren unsurların sınırları, geometrik şekilleri meydana getirir.

Kluver'in deyimiyle bu "süslü geometrik yapı", uyuşturucu etkisi ya da auranın seyri esnasında çok değişik ölçülerde genişleyebilmekte fakat kendini sayısız kez tekrar üretmektedir (zira yapı olarak birbirinin aynı olan ve sadece boyut farklılığı olan şekillerden oluşmaktadır).

Herschel'in, kendi geometrik şekillerine ilişkin bahsettiği ve psikotik ressam Louis Wain'in "mozaik" kedi tablosunda (Şekil 5C) ifade bulan sonsuz geometrikleşme de işte budur. (Ve parçalara bölünmüş desenleri, ortaya çıktığında ayırt eden de yine bu sonsuz geometrikleşme ve benzerliktir.) Böyle sonsuz geometrik yapıdaki kaleydoskopik bir şekil (esrar otunun yol açtığı), Siegel ve West'in 1975 yılında yayımlanan *Halüsinasyonlar* adlı kitabında çok güzel resmedilmiştir (Şekil 10).



Şekil 10: Geometrik-kaleydoskopik desen.
(Dr. Ronald K. Siegel'in izniyle)

Kluver, benzer halüsinasyonların, benzer şekil sabitlerinin diğer farklı hallerde de meydana gelebileceği gerçeğine dikkat çeker: Göz içinde meydana gelen bazı hipnoz halüsinasyonlarında,[63] insülinin neden olduğu hipoglisemide, yüksek ateşin yol açtığı sayıklama hallerinde, serebral iskemide, bazı epilepsilerde ve dönen ya da titreşen görsel uyarılmalarda. Bu arada migreni de dışlamaz. (Kluver'in listesini uzatmak mümkündür: Hebb'in üzerinde detaylı çalışma yaptığı, önemli "negatif" halüsinasyon dürtülerinden biri de, zayıf beynin basit halüsinasyonlar ürettiği, duyulardan mahrum olma durumudur – "benekler, çizgiler ya da basit geometrik şekiller"; sonrasında "duvar kâğıdına benzer şekiller"; arka planı boş tek başına duran objeler ve son olarak düş benzeri çarpıklıklar içeren, bütünleşmiş sahneler.)[64]

63 Göz yuvarlarına yapılan baskı sonucu, basit geometrik şekiller meydana gelebilir. Bu tür şekiller, yaklaşık iki asır önce Purkinje tarafından resmedilmiştir. Retina bu tür şekillerin ortaya çıkmasında ve bir ölçüde kendi kendine oluşmasında olasılıkla rol oynar. Fakat Herschel'in ortaya koyduğu gibi, migren vakalarında, yarı körlük ve daha üst seviyede diğer kökenlere dair bulgular taşınmasından ötürü, bu tür şekiller beyinden kaynaklanır. Ayrıca bu tür şekiller zifiri karanlıkta ya da gözleri çıkarılmış kör hastalarca da görülebilir – bu, esrar otu ya da meskalinin neden olduğu basit halüsinasyonlar için de geçerlidir.

64 Duyumsal mahrumiyetle birlikte bu tür şekillerin ve daha üst seviyede imgelerin ortaya çıkması ilgi çekicidir, zira bu, dinlenirken bile bağımsız bir kortikal faaliyetin olduğuna işaret eder. Bunlar sadece korteksin aşırı uyarılmasıyla değil, normal algılaya dair kısıtlamanın sona ermesi ile aşırı ve patolojik hale gelebilir.

Aynı olguya yol açan birçok neden olabilir; Kluver, duyumsal kortekse dair, ortak bir yolun, "temel bir mekanizmanın" devrede olması gerektiği sonucuna varır. Çok çeşitli kaynaklar olmasına rağmen, şekil sabitleri, korteks yapısına ya da oluşumuna ilişkin sabitler olmalı, duyu korteksinin işlevine, duyumsal algılama ve sürecin doğasına dair bir şeyler ortaya koymalı.

Kluver'in 1920'lerde yaptığı çalışmalar, ilaçların etkilerine ilişkin aktarılanları bir araya getirip, analiz etmeye dair rapor ve yeniden gözden geçirme tarzındaydı. 1920'lerde Meskalin'in kullanımı sınırlıydı ve belli bir kesime hitap ediyordu. Oysa, 1960'larda esrar otu ve uyuşturucu haplar salgın bir tiryakilik haline geldi. 1970'lerin başında Los Angeles'taki, Kaliforniya Üniversitesi'nden Ronald Siegel, daha enteresan analizler ortaya koydu. Siegel'in yaklaşımları deneysel ve niceldir. Oysa Kluver'in yaklaşımları aktarılanlara dayalı ve niteldir. Esrar otu ve dimetil triptamin kullanan hastalarının, Kluver'in tarif ettiği benzer halüsinasyonları yaşadıklarının, en başından beri farkında olan Siegel, araştırmalarını daha geniş bir alana yayarak, sadece şekil "sabitlerini" değil (Siegel burada dokuz kategoriden yararlandı oysa Kluver dört kategori kullanmıştı), yanı sıra hareket sabitlerini de (eşmerkezli, dönen, nabız gibi atan vb.) analiz eder. Dolayısıyla, yaşanan halüsinasyon ve algılama değişimlerine, bunların mekân ve zamandaki dinamizmi ve karmaşık oluşumuna dair daha belirgin bir tablo ortaya koyar.

Siegel'in analizlerinde ortaya çıkan değişkenlik ve dalgalanmaları burada vurgulamak önem taşır – Kluver'in "şekil sabitleri" terimi, tamamen mekânsal anlamlar içerdiğinden, durağanlık ve zaman içinde değişmezliğe ilişkin yanıltıcı izlenimler uyandırır. Bu, durağan ve dengede olan bir hal değil, aksine son derece değişken ve dengeden uzak, sürekli kendini yeniden oluşturan bir haldir. Halüsinasyonun bu aşamasında sadece eşmerkezli, dönen ve nabız gibi atan hareketler değil –birtakım salınım hareketleri de meydana gelmesi neredeyse kaçınılmazdır– yanı sıra, bir asır önce Herschel'in "kaleydoskopik" diye nitelendirdiği ani dalgalanma ve bir desen ya da imgenin bir başkasıyla yer değiştirme hareketleri de gözlenir. Siegel, bu kaleydoskopik değişimlerin hızının saniyede on kez olabileceğini tahmin eder. Dahası,

analizlerini Kluver'den daha ileri aşamalara götüren Siegel, halüsinasyonlara ilişkin yalnızca soyut, deneyden uzak ve kapsamı belirsiz zaman-mekân sürecini değil, aynı zamanda hastalarındaki *imgelerin* oluşumunu da ele alır.

Kluver, geometrik desenlerin bir "perde" ya da "matris" oluşturup, üzerinde gerçek imgelerin ortaya çıkabileceğine –genelde kafes deseninin kesişim noktalarında görülen minik insan imgeleri– dair ipuçları verir.[65] Ender görülen migren vakalarındaki geometrik desenlerin devamında, bazı mizansen ve imge halüsinasyonlarında da aynı ipucuna rastlanır. Siegel, araştırmalarında ve yayınlarında (1975, 1977) bu oluşuma dair ortaya koyduğu betimlemelerle bunu sıkça teyit eder. Tüm imgeler gibi, bu türdeki imgelerin de kişinin hafızasını ve hayal gücünü sergileyen, kendine özgü nitelikleri vardır ve esas duyu korteksinden daha üst seviyelerde oluşurlar.

Ancak alt seviyeler olmazsa, üst seviyeler de oluşmaz. Esas görsel korteks tek başına karmaşık imgeler üretemese de, bunların meydana gelmesi için bir ön koşuldur – esas görsel korteksi ciddi hasar görmüş ya da çıkarılmış hastalar, yalnızca kör değil, aynı zamanda merkezdeki görsel imgeleri de canlandıramayan hastalardır. Migrendeki gibi, uyuşturucu etkisindeyken görülen halüsinasyon süreçleri de daha karmaşık imgelere yol açabilmek için duyu korteksinde meydana gelecek faaliyetin türüne ya da bir "ön sürece" ihtiyaç duyar. Kuşkusuz korteks faaliyeti, bu koşullarda –görülebilir, halüsinatif, kısıtsız, bağımsız koşullar– son derece patolojik bir oluşumdur – yine de normal mekanizmalara ışık tutabilir: Burada patolojinin faydası görülmektedir.

Halüsinasyon Mekanizmaları

Fosfenler, daha önce de söz ettiğimiz gibi en basit migren halüsinasyonlarıdır. Görsel alanda hareket eden, özelliksiz ve biçimsiz ışık huzmeleridir. Görsel kortekse –ister esas bölgesine, isterse de görme ile ilgili çevredeki kortekse– yapılan doğrudan elekt-

65 bkz. Ek 2: Cardan'ın Hayalleri.

rik uyarımı sonucunda kolayca ortaya çıkan şekillerle neredeyse aynıdır. Penfield, araştırmalarında bu tür dürtülerden bahseder:

> ... titreşerek yanıp sönen ışıklar, dans eden ışıklar, renkler, parlak ışıklar, tekerlekler, mavi, yeşil ve kırmızı renkte diskler, açık kahverengi ve mavi ışıklar, fırıl fırıl dönen renkli toplar vs...

O halde, migren nöbetlerinin de, benzer ve kendi içinde oluşan bir görsel korteks dürtüsü ile başlıyor olması mümkündür (yanı sıra, EEG ve migrende bu tür bir uyarılmanın görsel korteks potansiyeli ölçümleri buna ilişkin fizyolojik kanıt teşkil eder). Fakat, esas görsel korteksin doğrudan uyarılması *sadece* basit ışık patlamaları ve fosfenlere yol açabilir. Daha karmaşık ve uzun bir süreçte gelişen şekilleri gözlemlemek mümkün değildir. Penfield ve Rasmussen, migren imgelerinin zikzak çizen dış hatlarının açıklayıcı olmadığını belirtir. Kluver ise buna ilaveten, meskalin zehirlenmesinde görülen şekil sabitlerinin, oksipital lobun uyarılmasıyla dahi ortaya çıkmayacağını söyler. Kuşkusuz, daha karmaşık, uzun süreli bir kortikal rahatsızlığı algılayabilmemiz için, bu ifadelerin her ikisi de, başka bir açıklamayla desteklenmelidir.

Öyleyse, bu tuhaf, uzun süreli ve parlak kortikal sürecin doğası nedir? Gowers yaklaşık bir asır önce şöyle yazar:

> Bu çok gizemli bir süreçtir... Göle atılan bir taşın suda yaydığı halkalar gibi yayılan tuhaf bir faaliyet söz konusudur... Hareket eden halkalarla oluşan dalgaların geçtiği yerde, geride kalan yapının moleküler bozulmasına benzer bir durum.

Kırk yıl sonra Lashley, görsel alanda hareket ederken skotomların dış hatlarına ve genişlemelerine dair bir harita çıkararak kendi migren skotomuna ilişkin ayrıntılı bir inceleme yapar. Skotomun, adeta temelinde düzgün ve tekdüze bir merkezkaç süreci varmışçasına, genişlemesi esnasında şekil değiştirmediğini gözlemler. O dönemdeki nörolojik ortam ve yaklaşımlarda, hastalıkların belli bir bölgeyle sınırlı (lokalizasyon) ve beynin, sayısız minik merkezlerden oluşan bir mozaik şeklinde olduğu görüşü hâkimdi. Bu

görüşü paylaşmayan Lashley, beynin büyük (ve belki de geniş bir alana yayılmış) bölümlerini birbirine entegre eden farklı ve global bir başka sürecin devrede olduğunu, uzun bir zaman düşünmüştür. 1931 yılında yayımladığı bir makalesinde, sinir impulslarının homojen bir hücre ağ yapısı aracılığıyla "yayıldığını", bu yayılmanın fiziksel dalga hareketiyle ya da kimyasal yayılmayla benzerlikler taşıdığını ve aynı şekilde, tipik, karmaşık türde parazit şekilleri meydana getirdiğini gözlemleyerek bu konudaki kuramlarını öne sürmüştür.

Kendi skotomunun yayılması, Lashley'e göre, bu tür dalga benzeri uyarıların, korteks maddesinden oluşan bir tabaka üzerinde çoğalmasıdır. Böyle bir vakadaki çoğalmanın yavaş ve tekdüze bir seyri vardır. Skotomuna ilişkin genişleme hızının haritasını çıkararak ve bunu çizgisel korteksin bilinen boyutları ile kıyaslayarak, Lashley artık uyaran dalgasını hesaplayabiliyordu. Bu hesaba göre dalga, retinadaki sarı lekenin yanında ilk kez ortaya çıkmasından itibaren korteks üzerinde dakikada 3 milimetre hızla yayılmalıdır.

Gowers, 1904 yılında yazdığı, beyindeki "yayılan dalgalara" ilişkin yazılar, o dönemde bir metafor olmaktan öteye gidememiştir. 1931 yılındaki makalesinde dalga hareketlerine ilişkin kuramlar ileri süren Lashley ise, bu tür kavramları bir "kitlesel hareket" diye adlandıracak kadar titizdir. Ayrıca kortekstekı dalga faaliyetinin "son derece metaforik" olduğundan bahseder ve sonra ekler: "Yine de gerçeklere ulaşmak için bunların varlığı yönünde kanıtlar ortaya koymak gerekir." 1941 yılına gelindiğinde ise, kendi gözlemlerine dayanarak bu tür dalgaların gerçekten varolduğundan daha da emindir – Gowers'ın "yayılan dalgaları" bir metaforun ötesinde, artık nitel ve ölçülebilir gerçeklerdir.

Fakat bu dalgaların oluşumu, faaliyet süreçleri konusunda ne söylenebilir ve vurgulamalar nasıl anlaşılır? Lashley'in gözlemlerine göre, vurgulamalar meydana geldiği zaman, her bölgede kendi karakteristik özelliklerini koruyor ve görsel alanın üst kısımlarında daha ince ve basit, alt kısımlarında ise daha kaba ve karmaşık hatlar ortaya koyuyor. Yanı sıra Lashley, skotomun boyutları artsa dahi, vurgulamaların büyüklüklerinin değişmediğini gözlemler – bunun yerine, skotom alanı genişle-

dikçe daha fazla sayıda vurgulamalar yer alır. Lashley'e göre bu ışıldamalar, şekli, skotomun gelişen sınırlarına doğru iter ve iç sınırlarda, dönen bir vida hareketinin yarattığı göz yanılsaması gibi sürekli kendi kendini yeniler. Işıldama hızları (saniyede yaklaşık 10 kez) ve desenleri (çizgi ve üçgenlerden oluşan) bu deneyimi yaşayan herkes için aynıdır.

Lashley, bu tarz tekrarlayan faaliyet süreçlerinin diğer patolojik koşullarda da meydana geldiğini gözlemler –örnek olarak da Kluver'in meskalin araştırmasını verir– ve bu nedenle sadece belirli bir migren sürecini değil fakat aynı zamanda korteks reaksiyonu ve faaliyetini de simgeleyen değişmez bir unsurdur. Nihayet Lashley, bu süreçlerin, uyarı dalgalarının düzgün bir sinirsel alandan geçerek serbestçe yayılımına bakarak öngörülebileceği sonucuna varır (Lorente de No'nun açıkladığı, yankı devrelerinin yapısal düzenine sahip olma kavramı)... Bu süreç, yapı taşlarının kökeninde var olan özelliklerden dolayı korteks faaliyetinin azalmasını simgeler.

Lashley, kabul görmüş lokalizasyon kavramları ile tatmin olmamasını bir türlü anlamayan ve onun "kitlesel hareket" ve "dalgalar" kuramlarının fanteziden öte bir şey olmadığını ileri süren çağdaşları tarafından ağır eleştiriye uğrar ve sık sık istenmeyen adam ilan edilir. Fakat düşünce tarzı ve öngörülü yaklaşımları takdire değer –onun çağdaşlarının göremediği gerçekleri biz artık görüp, anlayacak durumdayız– ve düşüncelerine dair bazı uygulamaları ve ampirik de olsa bazı yaklaşımlarının teyit edildiğini görmeden yaşama veda etmiş olması üzücüdür. Zira, Lashley'in 1941'de yayımladığı makalesinden kısa bir süre sonra Leao, hayvanlardaki korteks yaralanmasının ardından, kortekste Lashley'in kendi skotomuna bakarak hesapladığı özelliklere ve yayılma hızına sahip yavaşça dağılan bir "yayılan depresyon" olabileceğini ortaya koyar. Çok yakın bir geçmişte ise, yeni manyeto-enselografi tekniklerini kullanarak, çizgisel kortekste yavaşça yayılan tam da bu tür bir yavaş dalga uyarımı ve baskılanmasının, migren auraları esnasında gerçekten de gözlemlenebileceği kanıtlanmıştır (Welch, 1990).

1960'lara dek, bu tür bir uyarıyı oluşturan yapı taşlarına ilişkin ortaya hiçbir bulgu konamamıştı. O dönemden sonra, Hubel

ve Wiesel, görsel korteksteki çeşitli "yapı algılayıcıların" varlığını ortaya koyar – bu algılayıcılar, tipik küçük "kolonlar" şeklinde oluşurlar. Bu, migrendeki vurgulama sorununa yeni bir yaklaşım getirir ve tıpkı Lashley, Herschel ve Airy gibi, Richards da, 1971'de kendi skotomunu bir gözlem alanı gibi kullanarak bu tür bir yaklaşımda bulunur.

Vurgulamalar konusunda çarpıcı olan –Herschel ve Lashley'in yaptığı her betimlemede bu gündeme getirilir– bunları oluşturan unsurların *yönlenebilmesidir* (düz çizgili üçgen formlar... çarpıcı açılar, surlar vs.). Bu da kortekste harekete geçen sinir hücrelerinin ya bu tür yönlenmeleri olduğunu (eğer kortikal şekillerle, halüsinatif şekiller arasında tam anlamıyla bir uyuşma varsa) ya da farklı yönlenmelere karşı duyarlı olduklarını gösterir. Elbette, Hubel ve Wiesel'in 1963'te ortaya koydukları tam da bu ikinci ihtimaldi. Fakat Hubel ve Wiesel'in yönlenme algılayıcılarının kolon kalınlığı 0,2 milimetre idi. Oysa, Richards'ın hesaplarına göre tırtıkların her birinin kortekse uzaklığı yaklaşık 1 milimetredir. Bu yüzden Richard'a göre ilerleyen dalga, kolonları teker teker değil gruplar halinde harekete geçirmektedir. Dolayısıyla Lance'in ifadesine göre, korteksin üzerinde ilerleyen bir uyarı dalgası, grupları birbiri ardına harekete geçiriyor ve bunların doğrudan elektriksel uyarılmasıyla birlikte hasta, kolonlar harekete geçtikçe titreşerek parlayan ve farklı açılardan gelen ışık çubukları "görür". Richards ise "böylece, migren vurgulaması muhteşem ve doğal bir deney halini alır. İlerleyen uyarı dalgaları kortekste sürekli izler bırakır ve yarım saatten az bir sürede bunun sinir hücresi oluşumuna ilişkin gizli kalmış gerçeklerin bir kısmını su yüzüne çıkarır" diye yazar.

O dönemde, 1970 yılında makaleler yazan biri olarak, Lashley-Richards'ın skotom ve vurgulama teorisinin, bir taraftan (belki de) birtakım detaylarında düzeltme gerektiğini, diğer tarftan da prensipte tüm bunları açıklamak için yeterli olduğunu düşünüyordum. Fakat bu tür bir düzenin –bir uyarı dalgası tarafından harekete geçirilen hücre yapıcı şekiller– migren halüsinasyonundaki, Kluver'in sözünü ettiği o üçüncü aşamaya uygulanamayacağı kanısındaydım: Sürekli boyut ve biçim değiştiren minik karelerin ve kafes desenlerinin ortaya çıkması; helezon ve koni gibi eğik olu-

şumlar ve Türk halı desenleri, kabuklu deniz hayvanları vs. gibi, ani kaleydoskopik dönüşümlere yatkın, daha karmaşık geometrik desenler. *Migren*'in, 1970 yılında yayımlanan ilk baskısında, "anatomisi sabit hücre yapıcı desenlerin ötesinde bir tür işlevsel ve şematik düzen olduğunu varsaymalıyız" diye yazmıştım. Boyutları değişebilen algılama birimini ("idrak birimi") de içeren birkaç teori ileri sürdüysem de, bunların hiçbiri beni yeterince tatmin etmedi. Zaten 1970 yılında daha ileri gitmek ve tamamıyla farklı yeni bir ilke ya da teoriye gereksinim olduğuna dair önsezide bulunmaktan fazlası mümkün değildi. Zira ihtiyaç duyduğumuz gelişmiş ampirik ve kavramsal kuramlar ancak gelecekte ortaya konabilirdi; karmaşık dalgaların, uyarılabilir ortamlarda yayılıp çoğalmasına dair matematiksel teorilerin geliştirilmesi ve daha büyük miktarda, birbirine bağlı sinir hücrelerinin simüle edilebilmesi ve modellenmesi gibi, görsel korteksin anatomi ve fizyolojisine ilişkin daha derinlemesine anlayışlara gereksinim duyuyorduk. Yanı sıra, belki de karmaşık sistemleri ve zaman içinde kendi kendine oluşumlarını da tamamen farklı açılardan incelemeliydik. Yani, o dönemde daha emekleme aşamasında olan "doğrusal olmayan dinamik sistemler"e ya da kısacası kaos teorisine dayanarak.

Kendi Kendini Oluşturan Sistemler

Karşılaşılan sorun *morfojenezis* (biyolojik formların kökeni ve büyümesi) kaynaklıydı. Yani çok basit, geometrik türden formlar. Böyle bir sorun, gerek en alt düzeyinde ve gerekse de en karmaşık düzeyde, Aristoteles'ten bu yana, özellikle D'Arcy Thompson gibi yarı matematikçi yarı biyolog insanların zihinlerini meşgul etmektedir. Thompson *Büyüme ve Form* adlı eserinde, bu konuya dair uzun ve detaylı bilgiler verir. Bir migren hastasının ya da Kluver sabitlerine dair kişisel deneyimleri olan herhangi birinin, bu eserde yer verilen kabuklu deniz hayvanlarına, deniz kestanelerine, ayçiçeklerine, helezonlara, kafeslere, tünellere, simetrilere vs. ait resimlere bakıp da, aşinalığın verdiği bir şaşkınlık duygusuyla çığlık atmaması mümkün değildir.

1968'de, *Migren* kitabımın Beşinci Bölüm'üyle ilgili taslağı hazırlarken aklımdan bunlar geçmekteydi. Fakat, D'Arcy Thompson'un tamamen topolojik anlatımı, her ne kadar formların ya da desenlerin yavaşça birbirlerine dönüşmesini açıklıyor olsaydı da – örneğin düz bir kafesin, kavisli bir kafese dönüşmesi (bkz. Tablo 7)– bana göre migren aurasının en tipik özelliklerini, yani geniş çaplı değişimleri, dalgalanmaları, kaleydoskopik yer değiştirmeleri açıklamıyordu. Bu yüzden, Beşinci Bölüm'e kitapta yer vermedim.

Tüm bunları açıklamak için farklı bir yaklaşım gerekliydi – ve ne D'Arcy'nin döneminde ne de ben *Migren*'i ilk kez yazdığımda böyle bir yaklaşım mevcuttu. Tamamen teorik bir biçimde olmasına karşın, bu yaklaşım ilk kez matematikçi Alan Turing tarafından detaylandırıldı. Turing, son dönemdeki makalelerinden birinde, morfojenezise ilişkin sorunları ve bunların örneğin, dağılan bir ortamdaki karmaşık kimyasal sistemlere dair kritik bir noktadan türeyebilen kimyasal konsantrasyon dalgaları ya da süreçlerince tetiklendiğini veya modellendiğini inceledi (Turing, 1952).

Benzer bir sistem, birkaç yıl sonra Belusov ve karmaşık seryum sülfat karışımları, malonik asit ve sülfürik asitte çözülen potasyum bromatı inceleyen Zhabotinski tarafından da keşfedildi. Bu ayıraçlar*, ince bir tabakaya karıştırmadan yerleştirildiği takdirde, geometrik dalga şekilleri birdenbire ortaya çıkar ve büyümeye başlar – sabit bir merkezden eşmerkezli yayılan dairesel dalgalar, dışa doğru, saat yönünde ya da saatin ters yönünde kıvrılan helezonlar vs. Eğer bu ayıraçlar harekete geçirilir ve karıştırılırsa, mekânsal değil, fakat aynı ölçüde, kayda değer geçici desenler, ani yer değiştirmeler, salınımlar görürüz. Karışımın tamamı, kısa bir süre için önce maviye dönüşür. Sonra da kırmızıya ve yeniden maviye dönüşür. Bu döngü, (Prigogine'in deyimiyle), adeta kimyasal bir saat oluşturacak kadar muntazam bir döngüdür.

Günümüzde, birçok benzer kimyasal sistem keşfedilmiş, mekân ve zamanda, en karmaşık geometrik formları türetmek

* Başka bir maddeyi meydana çıkarmak veya teftiş etmek için kullanılan eriyikler – ç. n.

amacıyla kullanılmıştır. Fakat bunların tümü, Kluver'in halüsinatif sabitlerine ya da Herschel'in duyumsal kaleydoskobunda bir araya gelmiş unsurlara benzer bazı temel formlar içerir. Dolayısıyla Muller ve diğerleri (1989), konuya ilişkin şunu kaydeder:

> Gözlemlenen kimyasal süreçler ne kadar karmaşık olursa olsun, kuşkusuz, temel yapıda olan bazı türleri bunlardan ayrıştırmak mümkündür... Bunlar tekli noktalar, genelde üçgen biçiminde dallanan noktalar, keskin şeritler, dağılmış şeritler, daireler, değişik boyutlarda yamalar, helezonlar ve sarmallardır. Kaymış görüntüler, çokgenler, halihazırda bu unsurların bileşimi içinde yer alırlar... Bunlar genelde, farklı bir mekân ölçeğinde tanımlanır.

Bu anlık maddesel oluşumların karmaşık desenlere dönüşmesi, ilk başlarda birtakım tuhaflıklar ya da hilkat garibeleri olarak algılandı. Fakat Ilya Prigogine bu tür sistemlerin gerçekten de kozmik (ya da kozmogenetik) öneme sahip olduklarını fark etti ve bir anda, Eski Yunan'dan bu yana düşünürleri etkileyen bilimsel ve felsefi bir ikilemi çözüme kavuşturdu.

Aristoteles, organik formların meydana gelişini bir amacın ve tasarının sonucu olarak görür; Demokritos ise bunları, atomların tesadüf eseri yan yana gelmesine bağlar. İdealizm ve materyalizm, 2000 yılı aşkın bir zamandan beri çekişmelerine rağmen, halen doğaya (hatta herhangi bir olguya) tam anlamıyla açıklık getiremediler. Herschel, gördüğü geometrik şekillere açıklık getirebilmek için bu kavramlar arasında bocalamış ve bunları ya "bir düşünce ve zekânın" tezahürü ya da Viktorya dönemindeki çizim odalarında yaygın kullanılan kaleydoskop gibi tamamen mekanik bir olgunun sonucu olarak gördü. Kuşkusuz, bu teleolojik* açıklamalar tatminkâr ve faydalı değildir.[66]

* Kozmolojinin nihai nedenlerini ele alan dalı – ç. n.

66 Prigogine'in dediği gibi "doğal ve Tanrı buyruğuyla oluşan bir zekânın karşıtı olarak, genelde dönemin ilerleyen teknolojisinin desteğiyle meydana gelen bir organizasyonel model vardır (mekanik, ısı, sibernetik makineler) ve bu model şu soruyu sorar: 'Makineyi, kendi kendine hareket eden ve nihai amaca itaat eden bu makineleri kim yarattı?' "

Tamamen farklı bir prensip ortaya konmalıydı. Meydana gelme veya evrim ile ilgili, daha önce var olmuş süreçleri ya da tasarıları değil fakat düzen ve şekil itibariyle anlık oluşumları kapsayan bir prensip.

Prigogine bu yeni prensibi "kendi kendine oluşum" diye niteler. Bu, doğada evrensel bir yaratıcı gücün düzeni, karmaşıklığı ve "zaman okunu" yaratmasıdır. Doğanın, kozmikten fiziko-kimyasala, biyolojikten kültürele, her seviyesinde ortaya çıkan bir kendi kendine oluşum. Bu oluşum doğayı –ya da Tanrı'yı– tamamen yeni bir yaklaşımla algılamadır.

Kendi kendine oluşum prensibi ve doğal karmaşıklıklar bizi, doğaya ilişkin yeni ve büyüleyici bir bakış açısına doğru yönlendirir – doğrusal zamanın ve yaşam-ölüm sürecinin yerine geçen, yaratıcı ve evrimsel bir perspektif. Kendi kendine oluşan sistemler aslında doğanın kanunu olmalarına rağmen, sadece otuz yıl önce "fark edilmişler" ve yıllar sonra kaos kuramının gelişmesiyle birlikte, yalnızca matematiksel açıdan analiz edilmişlerdir. Prigogine'in bize hatırlattığı gibi, artık farkındayız ki, doğa ayrışık diferansiyel denklemler bazında "düşünür", kaos ve kendi kendine oluşum ve doğrusal olmayan dinamik sistemler bazında "düşünür".

(Prigogine "Evren dev bir beyin gibi çalışır" der). Bu tür sistemler dengeden uzakta durur ve bu duruş onlara duyarlılık, detaycı yaklaşım, öngörüsüz ve radikal bir biçimde değişme, yaratma, evrimleşme potansiyeli ve yeni yapı ve şekiller kazandırır. Kaos teorisyenlerine göre, bu tür sistemler, "evrensel tavırlarıyla" çok yaygın olsalar dahi, çoğu kez saklıdırlar ve günlük hayatımızın akışı içerisinde fark edilmezler.

Bir kozmolog olan Paul Davies şöyle yazar:

> Üç asır boyunca Newton yasaları ve termodinamiğe ilişkin paradigmalar (kalıplar) bilim dünyasına hâkim oldu. Bu klişelere göre evren ya steril bir makinedir ya da yozlaşıp çürüyen bir süreçtir. Şimdi ise, fiziksel süreçlerin ilerici ve yenilikçi özelliklerini taşıyan, yaratıcı evrene ilişkin yeni bir paradigma söz konusudur (1988).

Eğer bu yeni bakış açısının, bilimde neden daha önce ortaya çıkmadığını sorgularsak (bir anlamda, buna ilişkin her zaman sezgilerimiz olmuştur), gerçeğin karmaşık yapısıyla pek uyuşmayan, basit modeller kullanan bilimin, kendi *ideal* özelliklerine uygun, kısmi bir yanıtla karşılaşırız. Klasik dinamikler, bu tür yalınlaştırmalar üzerine tesis edilir – sarkacın hareketini analiz ederken, sürtünmeyi göz ardı ederiz ya da iki gök cismini incelerken tüm diğer olguları göz ardı ederiz. Bu basit ya da ideal sistem sonsuz bir denge üzerine kuruludur; endişeden uzakta, "zaman okunun" bulunmadığı bir denge.

Ancak doğal sistemler genelde kapalı değil, çevreye açıktır – bu, tüm farklılığı ve çeşitliliğiyle dünyanın bir kısmıdır. Bu açıklık, öngörülemeyen iniş ve çıkışlara neden olur ve bu da sistemi, giderek dengeden uzaklaştırır. Çok geçmeden, kritik bir noktaya ulaşılır –bunlar Clerk Maxwell'in bahsettiği tekil noktalardır – ve tam bu noktada, bifürkasyon (çatallanma, iki dala ayrılma) denilen ani bir değişim meydana gelir ve gücü muazzam artmış iniş ve çıkışlar, sistemi yeni bir evreye taşır ve sistem yeni bir bifürkasyon noktasına gelebilir. Dolayısıyla, sayısız alternatif kanalların açılımıyla birlikte hızlı sapmalar meydana gelir. Klasik kapalı sistemlerde, iniş çıkışlar hızla baskılanır ve sindirilir. Buna karşın açık ve gerçek sistemlerde ise, iniş çıkışlar tüm sürecin "itici gücü", "motoru" haline gelir. Prigogine bu olguyu "iniş çıkışların ortaya koyduğu düzen" diye adlandırır ve bunu doğadaki temel oluşum kanunu olarak görür.

Elbette Prigogine, bu yeni buluşların ve yeni düşünce akımının tek öncüsü değildir. Aslında birbirinden bağımsız ve bağlantısız birçok alanda buluşlar ortaya konmuştur ve bizler ancak içinde bulunduğumuz dönemde, bunların en derinden birbirleriyle bağlantılı olduklarını kavrayabiliyoruz. Dolayısıyla, örneğin hava koşullarına ilişkin yapılan uzun vadeli tahminler her zaman hayal kırıklığıyla sonuçlanmıştır. 1960'ların başına kadar, yeterli veri ve güçlü hesaplama bilgisi olduğu takdirde, uzun vadeli tahminlerin kesin bir doğrulukla ortaya konabileceği düşünülmekteydi. Edward Lorenz bunun böyle olmadığını kanıtladı, zira, söz konusu sistemler, doğrusal olmayan bir tarzda hareket etmekte ve bunları ifade eden kısmi diferansiyel denklemler bir değil birçok sayıda sonuç içermekte ve sayısız alternatiflere bölünmekteydi.

Bu alan tamamıyla yeni başka bir alana doğru gelişti – yani kaos teorisi ve doğrusal olmayan dinamikler. Ve kaos teorisi, tüm doğadaki karmaşıklıkları ve geri dönülmezlikleri giderek artan bir kavrayışla algılamamızı sağlayan temel anahtarı bize sağladı.[67]

Bir diğer yaklaşım ise Benoit Mandelbrot'un, kesirli evreler ve boyutlar keşfidir. *Doğanın Kesirli Geometrisi* adlı kitabında Mandelbrot, bulutlara, ağaçlara, kar tanelerine, sıradağlara ve mikroskopik boyutlardan jeolojik boyutlara kadar değişen neredeyse tüm "doğal", yeryüzü şekillerine benzer bilgisayar desenleri ortaya koyar. Doğal formlar, özellikleri gereği, eşzamanlı olarak farklı boyutlarda şekillerini bozmadan korurlar ve boyut ne olursa olsun benzer şekillerde var olurlar. Dolayısıyla, ünlü "Mandelbrot serisi" büyütüldüğünde ya da bir bilgisayarda analiz edildiğinde, en başından beri seride yer alan, birbirlerine benzer desenlerin sonsuz kez tekrarlandığı ortaya çıkar. Bu, Kluver'in sözünü ettiği, giderek daha da küçülen boyutlarda kendi kendini sonsuz kez tekrar etme potansiyeline sahip "geometrik süs desenlerine" benzer. "Normal" bir Öklid dünyasının, geleneksel bakışı göz önüne alınırsa bu olgu mantıksız ve anlaşılmazdır. Fakat kesirli boyutlar kavramı göz önüne alınırsa bu olgu gayet doğal ve hatta kaçınılmazdır.

Bu nedenle, son yirmi yıldaki gelişmeler, kavramları, buluşları, birçok alan ve disiplini bir araya getirmektedir. Feigenbaum'un deyimiyle, sinirsel kavramlardan kozmik kavramlara kadar her düzeyde "evrensel davranış biçimleri" devrededir (Feigenbaum, 1980). Bu evrensel davranış biçimlerinin muazzam karmaşıklığı, gerçeğin "basit" olması gerektiğini düşünenlerin tezlerini çürütmektedir. Bu davranış biçimlerini yansıtmak ya da çözümlemek için, sadece matematiğin belli dallarındaki gelişmelere değil, aynı zamanda süper bilgisayarların desteğine de ihtiyaç vardır.

67 Mitchell Feigenbaum ve diğerleri bu konuda önde gelen teorisyenlerdendir. Özellikle Feigenbaum, "ikili evre" bifürkasyonu adı verilen buluşu sayesinde ön plana çıkar. Bu teoriye göre, bazı parametreler değişirken, sistemdeki oluşumların sıklığındaki değişim, ikinin çarpanları halinde meydana gelir. Kritik olan nokta, bifürkasyonların, sistemin temel tanımında öngörülemeyen kesin bir geometrik ardışıklıkta ("Feigenbaum ardışığı") meydana gelmesidir. Bu tür ikili evreler, damlayan bir musluktan tutun da, kalp atışlarına ya da Plüton'un yörüngesindeki kaotik hareketlere kadar doğal sistemlerde beklenmedik sıklıkta görülmektedir.

Bu heyecan verici gelişmeler bizi, auranın ve halüsinatif sabitlerin, kontrolü zor, karmaşık ve evrimleşen biçimlerini yeniden incelemeye sevk etmiştir. Öyle ki, bu kitap ilk kez yazıldığında bu tür inceleme ve metodolojiler söz konusu değildi. Aynı ölçüde önemli bir başka gelişme ise yeni simülasyon teknikleridir – yani, gerçek korteksin, en azından bazı özellikleriyle donanmış, uyarıldıkları zaman ve dengeden uzakta kritik bir noktaya sevk edildikleri takdirde, gerçekten de auradakine benzer, mekân ve zamana ilişkin desenler meydana getirip getirmeyeceği gibi davranışları bir süper bilgisayar tarafından gözlemlenebilen, sinir hücresi ağlarına benzer modeller tasarlama. Şimdiki aşamada bunu gerçekleştirmeye çalışıyoruz.

Modeller, doğası itibariyle, basitleştirilmiş kalıplardır; kortekste yer alan yüz milyon hücreyi, yirmi hücre çeşidini, altı katmanı ve dahili ve harici sonsuz sayıda bağlantıyı modele uygulamak mümkün değildir. Fakat bazı gerçeklerin, hepsinden öte zamanın simülasyonunu yapabiliriz (Siegel, 1991). Korteksteki sinir hücreleri, iyonların, karmaşık ve zamana bağlı bir biçimde hücreden içeriye ve dışarıya doğru yaptığı hareketlerden kaynaklanan hareket gücüne sahiptir. Gerçekten de, bu hareket güçleri, sinirsel işlevlerin temelini oluşturur – bunlar, sinir hücreleri arasındaki tek iletişim mecrasıdır. Hareket güçleri, ağ yapı aracılığıyla değil fakat, akson* kanalıyla, sinaps üzerinden zaman içerisinde yayılırlar. Buradaki zaman unsuru göz ardı edilemez: Migren auraları zamanla oluşur, zamanla evrilip gelişir; zamandan bağımsız mekânsal desenleri içermezler. Bu nedenle modelimiz sadece 400 sinir hücresinden (20 sıra, 20 sütun) ve tek (uyarıcı) "hücre çeşidi"nden oluşmasına rağmen yine de, fizyolojiye göre önem arz eden zaman-bağlantılı özelliklerle donatılmıştır: Bir araya geldiklerinde, gerçek bir korteksinkine benzer "işlevsel bir anatomi" ve bir bağlılık oluşturan hareket güçleri, yayılma geciktiriciler (yani, hareket gücünün bir sinir hücresinden diğerine gidebilmesi için gereken süre) ve sinapslar. Tüm bu

* Sinir hücresi gövdesinden çıkarak uyarıları kendisinden sonraki sinir hücresinin dallarına ileten lif şeklinde uzantı, sinir hücresi uzantısı – ç. n.

parametreler uyarının kendisi de dahil olmak üzere, birbirlerinden bağımsız halde, çeşitlilik gösterebilirler.

Bu ağ yapı, küçük bir süper bilgisayarda analiz edildiğinde, kullanılan parametrelere bağlı ve birbirinden epey farklı üç davranış biçimi gözlemleyebiliriz. Tek bir noktaya odaklanmış uyarı (hareket güçlerine ilişkin ya hep ya hiç özelliği), dalgaların, birdenbire çöküp yok olana dek, uyarı noktasından uzakta yayılmasına neden olur. Başlangıcında bu tür dalgalar, fosfenlere benzer. Sonraki adımda, sinir ağının dışında yayılmaları ise, skotomun düzgün genişlemesinin temelinde yatan, korteks dalgalarının simetrik yayılmasına benzer. Şunun altını çizmek gerekir ki, modelimizde yer alan bu tür dalgalar, hareket güçlerinin uyarılması ve yayılması sonucunda meydana gelir; bunlar tamamen fiziksel yayılım ya da ışınım değildir.

Farklı parametrelerle, esas dalga faaliyeti, ikincil ve üçüncül dalgaların meydana gelmesine ön ayak olabilir –uyarılan her sinir hücresi, bu tür tali dalgaları yaratmada potansiyel bir kaynaktır– ve bu ikincil ve üçüncül dalgalar, rastlantısal biçimde birbirlerine olumlu ve olumsuz etki yaparak, kışkırtıcı bir uyaran kitlesine yol açarlar. Bu, kafes ve benzeri diğer şekillerin oluşumundan önce, üçüncü aşamanın ilk başlardaki çalkantılı evrelerinde gözlemlenen şiddetli düzensizlik ve karmaşaya benzer.

Daha başka parametreler söz konusu olduğunda, tamamen yeni ve olağanüstü bir başka olgu meydana gelir: Mekân ve zamana yayılmış karmaşık geometrik desenlerin, kendi kendilerine ortaya çıkması ve evrimleşmesi. Bunların bazıları kafes ve bir merkez noktasından çıkan desen ve helezonlar benzeri, görece basit desenlerdir; geri kalan kısmı ise karmaşıktır ve Kluver'in tanımladığı detaylı "süs" şekillerinde, bu desenlerin ipuçlarına rastlanır.

Ağ modelimizdeki, üç farklı ve ayırt edici hareket biçimi, tek bir parametreyi değiştirerek ortaya çıkarılabilir – örneğin sinaptik bağlantının gücü. Fakat desenler sadece sinaptik güce bağlı değildir; bunlar, yayılmanın gecikmesine dair değişimlerde de aynı ölçüde görülür. Görünen o ki, sistemin kendine özgü belli bir dizi hareket biçimi vardır ve bu hareketler ağ yapıdaki kendi kendine oluşumun bir sonucu olan "evrensel davranış kalıplarıdır". Tüm bir alana yayılmış sinir hücreleri, burada adeta uyarılmakta

ve kendi kendilerine oluşup, tutarlı bir bütünlük içerisinde hareket etmektedirler; sanki bu tür bir alan, bir kez uyarıldıktan sonra, yalnızca kendi dinamikleri ve bağlantılarının saptadığı, serbest bir seyir içine girer. Bizim hipotezimize göre, esas görsel korteksin sinir hücreleri de bu tür bir "alan" oluşturur – Lashley'in sezgilerine göre bu "alandaki" karmaşık sinir hücresi olguları ve bütünleşmeleri, lokal mikroanatomi, çekirdek, sütun ve merkezlerden ziyade geniş çaplı dalga hareketleri ve canlı, faal ve son derece karmaşık sinirsel ortamlarca saptanır.

Bu tür geniş çaplı alan modelleri, kalp ritimlerini, kalbin elektriksel "özelliklerini" ve zaman-mekân bağlamındaki geometrisini, özellikle de bu tür faaliyetlerin patolojisini, normal süreçlerin, kendi kendine oluşumların ve kaosun son derece güçlü ve yıkıcı olduğu anlarda kavramamızda, son derece yararlıdır. Elbette bunların, beyin faaliyetini kavrama açısından da fayda sağladığı düşünülebilir. Zira "klasik" mekanizmaların birçoğu, karmaşık, evrim geçiren ya da hızla değişen faaliyet süreçlerine yönelik sınırlı bilgi aktarırlar ve hatta bunları kavramamız yönünden hiçbir fayda sağlamazlar. Bu sınırlılık, "üst" aşamalarda daha da belirginleşir; yanı sıra migrene ilişkin basit geometrik şekillerin ve diğer koşulların türeyip, geliştiği esas görsel kortekste de bu gayet belirgindir.

Halihazırda, görsel sistem üzerinde araştırmalar yapmış Ermentrout ve Cowan da, Kluver'in halüsinatif şekil sabitleri çalışmasına aşina oldukları zaman, benzer düşünceler onlara ilham kaynağı oldu – gerçekten de 1979'da yaptıkları araştırmaları Kluver'e ithaf etmişlerdir. Yanı sıra Ermentrout ve Cowan, esas görsel kortekstеki dalga yayılımını analiz ederek, migrende ve diğer koşullarda gözlemlenen şekil sabitlerinin açıklanabilir olup olmadığını da araştırmışlardır. Kullandıkları model yeterince gerçekçi değildir –dalga yayılımı anlıktır ve zaman unsuru göz ardı edilmiştir– fakat yine de, denklemlerini, grup matematiğiyle ve bifürkasyon teorisi ile analiz ettikleri zaman, onlar da, ikili evreye dair bu sabit halleri, mekânsal "silindirler" ve "parmaklık" biçiminde tanımladılar. Öyle ki, bunların retinadaki izdüşümü, Kluver'in tanımladığı şekil sabitleri olarak

algılanabilmekteydi.[68] Dolayısıyla, Ermentrout ve Cowan'ın biçimsel bir matematik analiziyle vardığı sonuçlarla, bizim gerçek bilgisayar simülasyonu ile vardığımız sonuçlarımız aynı noktada birleşiyordu.

Elbette, bu sadece bir rastlantıdan ibaret olabilir – zira bizler, korteksin gerçek işleviyle hiç alakası olmayan, "korteks türünde" geometrik şekiller türetiyoruz ve beyni gerçekten modellemek yerine onu taklit ediyoruz. Fakat beyin, bu denli basit ve doğal bir mekanizmadan yarar sağlayamamalıdır –tüm doğada evrensel olan türde bir mekanizma– ama bunun yerine daha karmaşık ve hantal bir mekanizmayı kullanabilmesi de (aynı sonuca ulaşmak için) olası gözükmemektedir.

Böylece, Herschel'den neredeyse bir buçuk asır sonra, başladığımız noktaya geri dönüyor ve onun geometrik şekilleri üzerinde kara kara düşünüp, "sensoryumda kaleydoskopik bir güç" olup olmadığını sorguluyoruz. Yeni bir yüzyıla girdiğimiz bu dönemde, kendi kendini oluşturan sinirsel bir ağ yapının, kendi desenlerini yaratmasını sağlayarak, duyumsal kaleydoskobu taklit edebilir ya da beyinde, doğal ve dinamik bir "kaleydoskopi" olduğunu tasavvur edebiliriz. Modellediğimiz ağ yapı –ve beynin kendisi– bu geometrileri yaratırken enerji ve zaman tüketiyor. Sherrington, beyni, sürekli değişen ve çözülen fakat anlamlı desenler dokuyan "büyüleyici bir dokuma tezgâhına"

68 Öncesinde, Cowan ve diğerleri, görsel alanın korteks üzerinde "uyumlu" bir izdüşümü olduğunu öne sürdüler. Yani görsel alandaki dairesel yapının, korteksin doğrusal bir çizgide hareket eden yapısının üzerindeki biçimsel şeması. Biçimsel şema, özünde görsel algılamanın uzaması ve bükülmesidir. Bu tür bir izdüşüm, korteksteki düz dalga cephelerinin, görsel alandaki kavisli yapılar halinde algılanması anlamındadır. Uyumlu izdüşüm göstermiştir ki, Kluver'in dört şekil sabiti, korteksteki basit uyarı kuşaklarıyla uyumludur. Buna göre, Kluver'in dairesel, helezonik ve bir merkez noktasından çıkan şekil sabitleri, basit dikdörtgenlere ya da "silindirik" şekillere dönüşürken, diğer bir yandan kafes ve ağ sabitleri, kortekste dikdörtgen "parmaklıklara" dönüşür. Ermentrout ve Cowan'ın analizleri bu tür parmaklık ve silindirik şekilleri ortaya çıkarmıştır ve bizler, simülasyonlarımız esnasında bunlara benzer şekilleri gözlemlemiş bulunuyoruz. Fakat, bunların yanı sıra, kafesler, helezonlar ve tünele benzer şekiller de gördük (bkz. Tablo 8). Beyin simülasyonundaki gelişmelerin –belki de özellikle migren aurası esnasında uygulanan PET tarama ve SQUID (manyeto-enselografi) tekniklerinde– bir taraftan hastalar şekilleri görürken diğer taraftan bu tür şekillerin varlığını bize elektromanyetik desenler olarak ortaya koyabileceği konusunda ümit beslemeliyiz. Halüsinasyonların sadece öznel bilgiler sağladığını düşünürsek, böyle bir simülasyon, migren sürecine ilişkin, amaca uygun ve nesnel bir "fotoğraf" ortaya koyacaktır.

benzetir. Fakat onun bahsettiği düşünce ve imgelerdir. Oysa biz daha basit ve doğal bir şeylerle ilgilenmekteyiz – yaradılış, hareket ya da saf desenler ve şekiller gibi.

Bu tür kendiliğinden oluşan faaliyetin, düzen ve kaosun karmaşık süreçlerinin sadece patolojik koşullarda meydana geldiğini düşünmek yanlış olur. Kaotik ve kendiliğinden oluşan süreçlerin genelde kortekste meydana geldiğini ve bu süreçlerin duyu süreci ve algılamasının bir ön koşulu olmakla kalmayıp onlar tarafından sınırlandığını da gösteren bulgular giderek çoğalmaktadır. Bunun en belirgin kanıtlarından biri, sınırlayıcı bir duyumsal veri olmadığı durumlarda, bunların son derece abartılı şekillerde ortaya çıkmasıdır (bkz. Şekil 10). Fakat kortekstеki kaos ve kendiliğinden oluşum süreci lokal, mikroskobik ve görünmezdir – sadece patolojik koşullarda tutarlı, senkronize, geniş çaplı, görünür hale gelirler ve halüsinatif desenler olarak algılanırlar. Bizim modelimiz normal faaliyeti ve kendiliğinden oluşumların normal sürecini ortaya koymak üzere tasarlanmıştı ve sadece belli parametreleri değiştirdiğimizde patolojik hale gelmekteydi – doğrusunu söylemek gerekirse modelimizde migren olgusu mevcuttu.

Geçtiğimiz yirmi yıl içerisinde, doğaya ilişkin bakış açımızda değişiklikler oldu – doğal sisteme dair geniş bir faaliyet alanı içerisinde yer alan ve doğrusal olmayan dinamik süreçleri, kaotik ve kendiliğinden oluşan süreçleri tanımlamaya ve evrenin geçirdiği evrimde bunların vazgeçilmez bir rol oynadığını fark etmeye başladık. Fakat balçık mantarlarının bir araya toplanması ya da Plüton gezegeninin devinimi türünden uzak örneklere ihtiyacımız yok. Kafalarımızın içinde doğal bir laboratuvar, bir mikro evren bulunmaktadır. Bu bağlamda, migren dikkat çekicidir zira, sadece beyin korteksinin temel faaliyetini değil, aynı zamanda kendiliğinden oluşan tüm bir sistemi ve evrensel bir davranış biçimini, halüsinatif bir gösteriyle ortaya koyar. Sadece sinirsel bir oluşumun sırlarını açığa çıkarmakla kalmayıp, bizlere doğanın yaratıcı kalbini de sunar.

EKLER

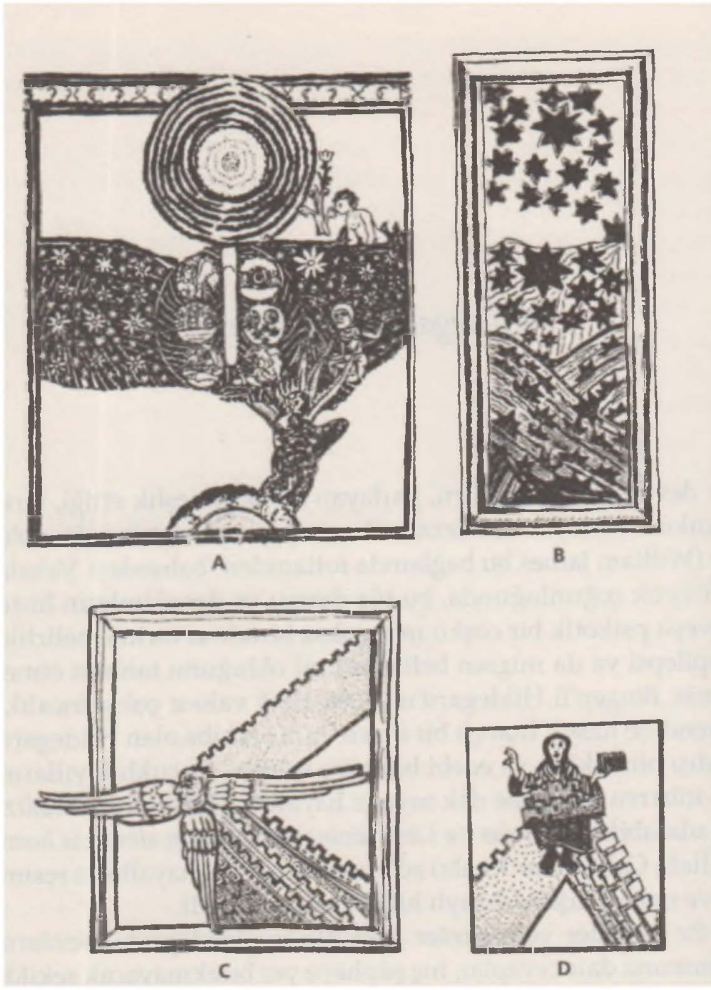
EK 1
Hildegard'ın Hayalleri

Her devrin dini literatürü, parlayan bir ışığın eşlik ettiği, tarifi mümkün olmayan muazzam duyguların anlatımlarıyla doludur (William James bu bağlamda fotizmden* bahseder). Vakaların büyük çoğunluğunda, bu tür duygu ve deneyimlerin histerik veya psikotik bir coşku mu, yoksa birtakım esrime belirtileri, epilepsi ya da migren belirtileri mi olduğunu tahmin etmek güçtür. Bingen'li Hildegard'ın (1098-1180) vakası çok ayrıcalıklı ve kendine hastır. İnançlı bir insan ve bir rahibe olan Hildegard, sıradışı bir zekâya ve edebi bir güce sahipti. Çocukluk yıllarından itibaren ölümüne dek sayısız hayaller gördü ve günümüze dek ulaşabilmiş *Scivias* ve *Liber divinorum operum simplicis hominis* (İlahi Çalışmalar Kitabı) adlı eserlerinde bu hayallerin resimleri ve onlara ilişkin detaylı hikâyelere yer verdi.

Bu hayaller ve resimler dikkatle incelendiğinde, bunların oluşumuna dair cevaplar, hiç şüpheye yer bırakmayacak şekilde ortaya çıkar: Bunlar hiç şüphesiz migren kaynaklı hayalleridir ve esasında daha önce sözünü ettiğimiz görsel aura çeşitlerindendir. Singer, 1958 yılında Hildegard'ın hayalleri üzerine yazdığı kapsamlı makalesinde aşağıda bahsedilen olayı bunların arasındaki en karakteristik örnek olarak gösterir:

> Hepsinde, tek bir noktadan veya birkaç nokta grubundan yayılan ışık parlayarak hareket ediyor ve genelde bu hareket dalga-

* Beş duyu ile algılanan herhangi bir uyarımın görme şeklinde meydana gelmesi – ç. n.



Şekil 11: Hildegard'ın hayallerinde gördüğü ve yaşadığı migren halüsinasyonlarından kaynaklanan çeşitlemeler. 1180'de Bingen'de yazılmış, Hildegard'ın *Scivias*'ından alınan bir el yazması, Hildegard'ın migrenden kaynaklanan hayallerini göstermektedir. Şekil 11A'da arka planda parlayan yıldızlar vardır ve bu yıldızlar, dalgalanan eş merkezli çizgiler üzerindedir. Şekil 11B'de fosfen şeklinde ortaya çıkan yıldız yağmuru, görme alanından çıkınca gözden kaybolur – burada pozitif ve negatif skotoma devreye girer. Şekil 11C ve 11D'de Hildegard, merkezdeki bir noktadan yayılarak genişleyen ve migreni vurgulayan şekilleri tasvir etmektedir. Bu şekillerin asılları çok parlak ışıklı ve renklidir.

> lanma biçiminde oluyor. Bunlar çoğunlukla yıldızlar ve parlayan gözler olarak yorumlanmıştır (Şekil 11B). Birçok vakada da tek bir ışık diğerlerinden daha büyüktür ve eşmerkezli dalgalar halinde yayılır (Şekil 11A). Bu figürlerde sıklıkla, renkli bir bölgeden yayılan ve güçlü bir şekilde vurgulanmış şekiller görülür (Şekiller 11C ve 11D). Bu tür hayalleri görenlerin ifadeleriyle, sıkça parlayan ışıklar onların ateşli bir durumda, bir heyecan ve uyarılma halinde olduklarını göstermektedir...

Şöyle yazar Hildegard:

> Hayalleri gördüğümde ne uyuyordum ne de rüya görmekteydim. Herhangi bir hezeyan içerisinde değildim, bir köşeye sinmemiştim ve bilakis çok canlı ve uyanık bir haldeydim. Onları dünyevi bir gözle ya da bedenimdeki kulaklarımla değil, ruhumun gözleri ve kulakları ile açık bir şekilde ve ilahi bir irade sayesinde algıladım.

Bu tür hayallerden birinde, yıldıza benzer şekillerin düşerek okyanusta kaybolmalarının kendisine, "Meleklerin Düşüşü"nü ifade ettiğinden bahseder:

> Çok güzel ve parlak bir yıldız gördüm. Bu büyük yıldızla birlikte çok sayıda küçük yıldız da güneye doğru kayıyordu... Ve bir anda her biri birer kömür tanesine dönüşerek yok oldu... sonrada bir uçuruma yuvarlandılar ve böylece bir daha onları göremedim.

Bunlar Hildegard'ın simgesel anlatımlarıdır. Bizim kelime anlamı yönünden yapacağımız yorum, onun görsel alanı içinde, yıldız yağmuru biçiminde tezahür eden hareketli fosfenler gördüğü ve bunların görsel alanı terk etmesinin ardından bir negatif skotom ortaya çıktığıdır. Vurgulanmış şekilleri içeren hayaller *Zelus Dei*'de (Şekil 11C) ve *Sedens Lucidus*'ta (Şekil 11D) yer alır ve bu vurgular ışıklı ve renkli bir noktadan yayılır. Bu iki görüntü birleşerek ilk resimdeki görüntüyü oluşturur ve Hildegard bunu Tanrı'nın şehrinin *aedificiumu* olarak yorumlar.

Bu auralardaki büyük esrime, etkilerini daha kalıcı hale getiriyordu. Nadir görülen durumlarda ise, daha ilk parlaklık kaybolmadan, ikinci bir skotom meydana geliyordu.

> Gördüğüm ışık sabit değil. Güneşten parlak, ama ne yüksekliğini, ne enini, ne de derinliğini ölçebiliyorum. Sadece ona "yaşayan ışık bulutu" diyorum. Tıpkı güneşin, ayın, yıldızların suda yansıması gibi, yazılar, deyişler, insanın erdem ve meziyetleri gözlerimin önünde bu bulutun içinde yansıyor...
>
> Bazen bu ışığın içinde bir başka ışık daha görüyorum. Buna da "Yaşayan Işığın Özü" diyorum. Ona baktığımda tüm mutsuzluğum ve acılarım hafızamdan siliniyor ve böylece yaşlı bir kadın değil, yine eskisi gibi genç bir kız oluyorum.

Bu kendinden geçme duygusu, ciddi bir teoforus* ve felsefi bir anlam içerisinde yanıp tutuşan Hildegard'ın hayalleri, hayatını mistisizme ve ulviyete adamasına neden olmuştur. Bu hayaller pek çok insana anlamsız, sıradan ve tiksindirici gelebilecek fizyolojik bir olayın, ayrıcalıklı bir bilinç düzeyinde olan bir kişi için esrime dolu bir ilham kaynağı olabileceğine dair kendine özgü bir örnek teşkil eder. Ara sıra epileptik auralar yaşayan Dostoyevski, tarihi benzerlikler ortaya koymak amacıyla, bunlara önemli anlamlar atfeder.[69]

* Kutsal varlıkların ya da tanrıların insana görünmesi – ç. n.

69 Dostoyevski bu auralarla ilgili şunları yazar: "Bazı anlar vardır ve bu anlar sonsuz uyumu hissedebildiğimiz beş altı saniyelik zaman dilimleridir... Bu anlarda yaşanan en kötü şey ise, ürkütücü bir berraklığın ve esrime duygusunun sizi sarıp sarmalamasıdır. Eğer bu durum beş saniyeden fazla sürerse, ruhumuz buna katlanamaz ve bedeni terk eder. Bu beş saniye içinde tüm varlığımı bütünüyle yaşar ve hiç de büyük bir bedel ödemiş olacağımı düşünmeden, bunun için hayatımı bile veririm..."

EK 2
Cardan'ın Hayalleri (1570)

Elimizdeki en eski "klinik" otobiyografilerden biri de, İtalyan fizikçi Jeronimo Cardan'ın (Cardano) 70 yaşındayken kaleme aldığı *Yaşamımın Kitabı* adlı etkileyici eseridir. Kitabın Otuz Yedinci Bölüm'ünde ("Aralarında Rüyaların da Yer aldığı Bazı Doğal Tuhaflıklar ve Mucizeler Üzerine") Cardan, üç ila altı yaşlarında yaşadığı garip düşsel nöbetleri tasvir eder. Bu hayaller esnasında, bir yarım daire etrafında hareket eden sayısız minik yaratık ve görüntüler görmekte ve bu minik imgeler, küçük halkalardan oluşmuş kafeslerin ya içinde yerleşik ya da bunların izdüşümü halinde belirmektedir. Bu görüntülerin ardından, Cardan, sürekli dizlerinden aşağı doğru bir soğukluk ve ürperme hissetmektedir. Herhangi bir baş ağrısı ve belirgin bir skotomdan söz etmese de, bu hayaller rahatlıkla migren kaynaklı olabilir.

> Bu gördüklerim, sanki vücudun boşluktaki hiçliğine ait çeşitli imgelerdi. Adeta demir zırhtan yeleklere benzeyen, çok küçük halkalardan oluşuyordu. Fakat o zamana dek hiç birbirine bitişik zırhlar görmemiştim. Bu görüntüler, yatağın sağ alt köşesinden yükselerek bir yarım daire çapında yukarı doğru hareket edip yavaşça alçalıyor ve ardından hemen kayboluyor. Kaleler, evler, hayvanlar, süvariler, bitkiler ve ağaçlar, müzik enstrümanları ve tiyatrolardan oluşan bu görüntüler, ayrıca farklı kostüm ve çeşitli kıyafetler giyen adamları, flüt çalan müzisyenleri içermekte ve fakat hiçbir ses ya da tını duyulmamaktadır. Bu hayallerin yanı sıra, askerler, koşuşturan insanlar, tarlalar ve

bugün dahi tiksintiyle hatırladığım çürümüş insan vücuduna benzer garip şekiller gördüm. Yanı sıra koruluklar, ormanlar ve artık hatırlayamadığım diğer fantomlardan* da söz edebilirim. Zaman zaman sayısız objenin, birbirlerine karışmadan fakat muazzam bir hızla tam bir kaos içerisinde ve baş döndürücü bir biçimde sağa sola seğirttiklerini görüyordum. Dahası, bu şekiller bir ölçüde saydamdı. Bir ölçüde diyorum zira, tam anlamıyla öte tarafı yansıtacak ve gözle görülebilecek kadar şeffaf değil fakat yoğundu. Minik halkalar daha ziyade opak (ışık geçirmez) ve etrafındaki boşluk ise saydamdı.

Gördüğüm bu hayallerden ötürü en ufak bir haz bile duymuyor ve bu şaşılası şekillere o kadar dikkatli bakıyordum ki, bir keresinde teyzem kör olup olmadığımı sordu. Ben ise, küçük bir çocuk olmama rağmen kendi kendime şunu telkin ettim:

"Eğer olanları anlatırsam, tüm bu debdebeli gösterinin sebebi ne olursa olsun, teyzem tatmin olmayacak ve büyük olasılıkla, dalga geçtiğimi sanacak." Gördüğüm imgeler arasında çeşitli çiçekler, dört ayaklı yaratıklar ve değişik kuşlar bile vardı. Fakat bu mükemmel tarzdaki gösteride renkler yer almıyordu zira tüm şekil ve yaratıklar boşluktan oluşuyordu. Bu yüzden, ne gençliğinde ne de yaşlılığında uydurmacalara kanmış biri olarak, tüm bu olanlara yanıt verebilmek için uzun zaman durup düşündüm.

Bunun üzerine teyzem, "Gözlerini dikip bu kadar dikkatli bakmana sebep olan şey nedir?" diye sordu. Tam hatırımda değil ama sanırım "Hiçbir şey" diye cevap vermiştim.[70]

... Bu hayal sürecinden sonra, neredeyse gün ağarana dek, dizlerimden aşağısının zar zor ısındığını hatırlıyorum.

* Kelime anlamı itibariyle, hayalet anlamına gelen fantom, burada vücudun belli bir bölümünün kaybedilmesinden yıllar sonra bile devam eden, o bölüme ait imge ve hafıza anlamında kullanılmıştır – ç. n.

70 Karmaşık migren halüsinasyonları ya da "hayaller", çocuklar açısından çok ürkütücü olabilir. Bu durumu yaşayan çocuklar, tıpkı Cardan gibi, bunlardan kimseye söz edemezler zira yalancı ya da deli muamelesi görmekten korkarlar. Toronto'daki migren hastası çocukları inceleyen Dr. J. C. Steele ve meslektaşları bu tür "hayallerin" sadece sık görüldüğünü değil aynı zamanda çocukları, bu aura-hayallerini resmetmeye ve tıbbi ressamlarla bu konuda işbirliği yapmaya sevk ettiğini ortaya koydu (bu resimlerin bir kısmı Hachinski'nin (1973) eserlerinde mevcuttur). Dr. Steele, yaşadıkları tuhaf deneyimleri itiraf edip, özellikle de resmettikleri ve –daha önce karşı karşıya kaldıkları azarlanma yerine– dostça ve anlayışlı bir yaklaşımla karşılaştıkları zaman bu çocukların üzerlerinden büyük bir yük kalktığını belirtmiştir.

EK 3
Willis (1672), Heberden (1801) ve Gowers Tarafından Önerilen Çareler

Geçmiş çağlarda ortaya konan çareleri ve tedavi yöntemlerini incelemek, tarihe olan ilgiden fazlasını kazandırır. Aşağıda, migren tedavisine yönelik kayıtları içeren, üç tanınmış doktorun yazdığı metinlerin bir kısmına yer verilmiştir:

BAŞ AĞRISINA DEVA BULMAK AMACIYLA DENENMİŞ, FAKAT FAYDA SAĞLAMAMIŞ TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Gerek ulusumuzun ve gerekse de deniz aşırı ülkelerin en yetenekli doktorlarının, hastalığın tüm aşamaları sırasında, çare bulmak ya da daha ziyade yeni yöntemleri denemek amacıyla uyguladığı tedavi yöntemlerinde hiçbir başarı elde edilememiştir. Yanı sıra, denenen önemli tedavilerden de sonuç alınamamıştır. Hasta, birkaç yıldan beri uzun ve ıstırap verici salgılamadan* şikâyetçidir ve bu yüzden cıva merhemi kullanarak, hayatını riske edebilecek bu rahatsızlığa tahammül edebilmektedir. Tanınmış doktor Charles Hues'un düzenli olarak verdiği cıva tozunu kullanarak ağızdaki akıntıyı iki kez tedavi etme girişiminde bulunmuş fakat ikisinde de sonuç alamamıştır. İlaçlı su ya da kaplıca benzeri, denediği tüm tedavi yöntemleri de fayda sağlamamıştır. Hasta sık sık kan akıtma yöntemini uyguladığını ve hatta bir defasında, atardamarlardan birini açtırdığını itiraf etmiştir. Ayrıca hasta bazen kafasının arka kısmında,

* Aşırı tükürük ifrazı ve salya akışı – ç. n.

bazen önünde ve diğer kısımlarında hissettiği ağrılardan da bahsetmiştir. Yaşadığı yerin havası dışında, İrlanda ve Fransa gibi başka ülkelerin havasını da teneffüs eden hastanın, bilinen özgün ilaçların yanı sıra sahte doktorların önerdiği ilaçlar ve hatta kocakarı ilaçlarına kadar denemediği ilaç kalmamıştır. Hastalığını tedavi edip rahatlamak için her yöntemi denemiş olmasına rağmen, bu hastalık ehlileştirilememiş ve hiçbir ilaç tedaviye yanıt vermemiştir.

Willis, *De anima brutorum**

Kan akıtma ve benzeri tahliye yöntemleri, bu hastalığın tedavisinde fayda sağlamamakla kalmayıp aynı zamanda ıstırap vericidir; ve özellikle de kan akıtma zararlıdır. Yakı (şiş ya da yaraya konulan lapa) dayanılması zor bir yöntemdir ve hastanın ıstırabını artırmaktan başka bir işe yaramaz. Kınakına kabuğu**, tıpkı kediotu kökü, kötü kokulu sakızlar, çamsakızları, misk, kâfur, afyon, baldıran özü, aksırma tozu, yakı ve yakıcı maddeler, baldıran otunu kaynatarak elde edilen pansuman ilaçları, ılık ayak banyosu, eter koklatma, anodin merhemi, sıvı romatizma sabunları ve kehribar yağı, atardamar açma ve birkaç dişi çekme gibi faydasız madde ve yöntemler sıkça kullanılmıştır. Yanı sıra, bir gut krizi yaşanması dahi, bu inatçı hastalıkta bir değişikliğe yol açmamaktadır. Yine de ilk etapta kınakına kabuğu önerilebilir ve bir hafta boyunca her gün, tam bir ons ölçeğinde kullanıldığı zaman fayda sağlayabilir. Kulak arkasına konan yakıların, nöbetlerin şiddetini hafiflettiği görülmüştür. Bu tür özüt tedavilerinin fayda sağlamadığı durumlarda, günlük cirutae kullanımı, baş dönmesine yol açmadan tolere edilebilir. Hiçbir yöntemin fayda sağlamadığı bazı vakalarda, altı gece boyunca yatmadan önce alınacak çeyrek tahıl tanesi büyüklüğünde, kusturmaya yarayan bir damla tartar ve kırk damla afyon tentürü kalıcı bir tedavi sağlamıştır.

Heberden, *Capitis Dolores Intermittentes****

Özgün bir tedavide öncelikli amaç, nöbetlerin sıklığını ve şiddetini hafifletmek amacıyla nöbet aralarında da ilaçları kesintisiz kullanmak ve daha sonra da bu nöbetleri tamamen sona erdirmektir. Prensipte, nöbet aralarında alınan ve fayda sağlayan

* Vahşi Ruh – ç. n.

** Daha çok Güney Amerika'da yetişen, bu ve buna benzer bitki ve ağaç köklerinden elde edilen koyu kıvamda aromatik sıvılar – ç. n.

*** Ara sıra görülen baş ağrıları – ç. n.

önlemler, nöbetler sırasında hiçbir etki göstermez... Daha önce bahsettiğimiz üzere, *görünürde birbirine benzeyen vakaların birinde fayda sağlayan önlemler, diğer vakada yetersiz kalabilir...*

... Bromidin epilepside sağladığı fayda doğal olarak bu ilacın, birçok ortak özelliğe sahip başka bir hastalıkta da kullanılıp kullanılmayacağı sorusunu gündeme getirir... Büyük olasılıkla, nöbetler esnasında, yüz renginde herhangi bir değişikliğin olmadığı ya da kan hücum etmesi sonucu, yüzün kızardığı vakalarda bu ilaç fayda sağlar. Bu ilaçla birlikte sık sık *ergot* da kullanılabilir. Fakat çoğu vakada ve özellikle nöbetin ilk evrelerinde dikkat çekici beniz solgunluğunun yaşandığı vakalarda, *nitrogliserin* en etkili ilaçtır. Tıpkı bromidin epilepsi vakalarında kullanılması gibi, nöbet aralarında düzenli olarak verilen nitrogliserin, birçok hastada kayda değer etki gösterir... Nitrogliserin, stiriknin ve gelsemiyum tentürü, seyreltilmiş fosforik asit, lityum oksitli sitrik asit ya da asidik limon şurubu ile birlikte kullanıldığında ortaya çok faydalı kombinasyonlar çıkar. Bazen bromidle yapılan kombinasyon daha da çok fayda sağlar... Sıvı nitrogliserinin diğer ilaçlarla yapılan kombinasyonları, kanımca nitrogliserin tabletlerinin kullanımından çok daha faydalıdır. Nöbet esnasında tabletlerin kullanımını sürdürmek zararlıdır. İlk nöbetin hemen başlangıcında bir doz alınabilir fakat eğer tesir göstermezse, nöbetler sona erene kadar ilaç kullanımından vazgeçilmelidir; nöbetleri nadiren yatıştıran bu ilaç, zaman zaman da onları daha kötü yapar...

Nöbet sırasında kesin istirahat elzemdir... Aşırı duygusallıklardan ve tahrikten kaçınılmalıdır... Bir tam dozda bromid, acıyı hafifletmesi yanında, beş on damla Hintkeneviri tentürü ile birlikte kullanılırsa, etkisi artar; bu uygulamayı her iki veya üç saatte bir tekrarlamak mümkündür... Atardamarları büzen ilaçlar hemen hemen etkisizdir; bir tam doz ergotin ancak, hastaların şikâyetçi olduğu, ağrının verdiği zonklamayı hafifletebilmektedir. Koyu çay ya da az miktarda *kafein* tanesinden elde edilen kahve yaygın kullanımı olan çarelerdir ve zaman zaman, ağrıyı belirgin ölçüde hafifletirler...

Sempatik kasların galvanizasyonu* da bir önlem olarak önerilir... Yine de bu yöntemin gösterdiği etki pek de çarpıcı değildir.

Gowers, *Sinir Sistemi Hastalıklarının El Kitabı*

* Sinir veya kaslara uygulanan zayıf elektrik akımı – ç. n.

Sözlükçe

ADRENALİN ve NOR-ADRENALİN: Sinir sisteminde sempatik ve uyarıcı sistemleri harekete geçiren doğal nörotransmiterler.

AFAZİ (aphasia): Dili kullanma ya da anlama yeteneğinin yitimi veya azalması. (Birincisi "algılama", ikincisi "ifade etme" afazisidir. İkisi de birbirinden bağımsız gelişir.) "3 A" –apraksi-agnozi-afazi– hafif derecede bile olsa migren aurasında sık görülür.

AGNOZİ (agnosia): Beyin ya da zihnin algı bileşenlerini bütünleme ya da ilgilendirme yeteneğinden yoksun olması nedeniyle ortaya çıkan algılama yetersizliği. Bu ne bir felç ne de bir histerik bozukluk olmayıp, yüksek beyin fonksiyonlarına özgü bir rahatsızlıktır.

AMUZİYA (amusia): Melodik olarak ya da tonalite açısından müziği yetersiz ya da değişik algılama.

ANALEPTİK (analeptic): Sinir sistemi uyaranı. (kataleptik [cataleptic] sinir sistemi baskılayıcısı demektir. Sakinleştiriciler ve ruh hali değiştiriciler bazen nöroleptik olarak anılırlar.)

ANESTEZİ (anesthesia): Tam duyu ya da duygu yitimi.

ANEVRİZMA, ANJİYOM (aneurysm, angioma): Çok ender olarak migren benzeri belirtilere yol açan nadir görülen damar anormallikleri. Anevrizma damar cidarının incelerek balona benzer şişkinlik yapmasıdır. Anjiyom kan damarlarında tümöre benzer oluşumlar. Tam ifadeyle anjiyom yapısal bir bozukluktur, tümör değildir.

ANGOR ANİMİ (angor animi): Yakında olacakmış gibi gelen çözülme, yoğun endişe ve ölüm korkusu. Belki de yalnızca organik bozukluklarda ortaya çıkan (migren, anjina gibi) alışılmadık ve berbat bir korku türü.

ANJİYONÖROTİK ÖDEM (angioneurotic edema): Yüzde ve kafa derisinde, bazen de dilde oluşan şişkinlik. Bazen alerjik, bazen sinirsel, bazen de migrene bağlı olabilir.

ANSEFALİZASYON (Encephalization): Sinirsel fonsiyonların beynin yüksek düzeylerine yükselmesi.

APRAKSİ (apraxia): Beyin ya da zihnin bir eylemin bileşenlerini ilişkilendirme ya da sentezleme yeteneğinden yoksun olması nedeniyle ortaya çıkan eylem bozukluğu. Bu ne bir felç ne de bir histerik bozukluk olmayıp, yüksek beyin fonksiyonlarına özgü bir rahatsızlıktır.

ASETİLKOLİN (acetylcholine): Parasempatik ve baskılayıcı sistemleri uyaran ve adrenalin ve dopamine zıt etki gösteren doğal "nörotransmiter" (sinir liflerinde iletimi sağlayan kimyasal madde).

ATONİ, HİPOTONİ, HİPERTONİ (atonia, hypotonia, hypertonia): Sırasıyla kas tonusunun (kasılma yeteneği) olmayışı, azalması ve artması. (Kas tonusu genellikle migrenin erken-şiddetli zamanlarında artar ve geç-yorgunluk dönemlerinde azalır ya da kaybolur.)

AURA: Bu terim günümüzde migren baş ağrısına öncülük eden garip ve harikulade pek çok belirtiyi anlatmak için kullanılmaktadır ve genellikle de hepsinin yerine geçer. Aura sözcüğü ilk kez, pek çok atağın başlangıç olgularından etkilenen Galen'in hocası olan Pelops tarafından kullanılmıştır. Hastaları tarafından "soğuk buhar" olarak tanımlanan bu duygu ona göre gerçekten damarlardan geçen bir hava akımı olabilir. Bu yüzden bu duyguya Yunancada "ruhsal buhar" anlamına gelen bu adı vermiştir.

BORBORİGMİ (borborygmi): Gerilmiş ve gazlı bağırsakta ortaya çıkan spazmlar nedeniyle duyulan sesleri anlatan yansımalı bir sözcük. Borborigmus.

BRADİKARDİ (bradycardia): Kalp atım sayısının normalin altında olması.

CROHN HASTALIĞI (Crohn's disease): İnce bağırsaklarda ya da ileumda bölgesel olarak yangılanmayla seyreden sistemik bir hastalık.

DEPERSONALİZASYON (depersonalization, derealization, ego-dissolution): Kişinin kendi olma, dünyasallık ve gerçeklik duygularını yitirmesi. Şizofrenilerde ve ayrıca akut migren ve diğer organik bozukluklarda sık görülür.

DİSRİTMİ (dysrhythmia, bkz. Elektroensefalografi, EEG): EEG aracılığıyla kaydedilebilen beyin dalgaları için kullanılan özel terim. Normal beyin dalgaları göze çarpar şekilde ritmik ve düzenlidir; bu rtimin olmayışına disritmi denir. Epilepsideki gibi ya da bazı migren auralarında olduğu gibi aşırı uyarılma bu dalgaların yüksek, sivri ve dik şekiller alarak diken diken görülmesine neden olur. Aynı zamanda uyku sırasında,

uyuşukluk halinde, dikkatsizlikte ve bazen migrende karakteristik değişiklikler görülür.

DİURESİS: Aşırı idrar yapma.

DOPAMİN (dopamine): Özellikle sinirsel aktiviteyi artıran adrenalin benzeri bir nörotransmiter.

EGO-DİSSOLUTİON: bkz. Depersonalizasyon.

EKİMOZ (ecchymosis): Kan toplanması, çürük oluşumu.

EKSÜDASYON (exudation): bkz. Transudation.

ELEKTROENSEFALOGRAFİ (electroencephalography, EEG): Kafatasına takılan elektrotlar yardımıyla beyinsel aktivitenin (beyin dalgaları) kaydedilmesi.

ENOFTALMİ, EKZOFTALMİ (enophtalmos, exophtalmos): Sırasıyla gözlerin içe çökmesi ve gözlerin dışa fırlaması. Her ikisi de migren atakları sırasında görülebilir ve göz sinirlerinin tonusundaki değişiklikleri ifade eder.

EPİGASTRİK: Karnın mide, mideüstü bölgesine verilen ad.

ERİTEM (erythema): Kızarıklık.

FİGMENTS: Tanınabilen imge düzeyinin aşağısında kalan yarı şekillenmiş, parçalı ses ve görüntüler. Migren aurası, deliryum ve diğer beyinsel uyarımların en karakteristik bulgularındandır.

FORMİKASYON (formication): Karıncalanma.

FOSFENLER (Phosphenes): Migrenin erken dönemlerinde skotomdan bile daha sık görülen minik, subjektif ışınlar ya da kıvılcımlar.

FOTOFOBİ, FONOFOBİ (ışıktan korkma, sesten korkma): Migren sırasında sıklıkla ortaya çıkan bu korkular abartılmış ve hemen hemen dayanılmazdır.

GENETİK, GENLER ve DİĞERLERİ: Kalıtım (mental, fiziksel taşıyıcılık, yapısal ve özellikle yatkınlıkla ilgili kalıtım) kişinin genetik yapısına bağlıdır; kalıtsal parçaların ya da genlerin kümeleri kişinin tamamlayıcısıdır. Bu genler ya da gen grupları baskın, çekinik, nüfuz edici olarak tanımlanırlar ve taşıyıcılığı kararlaştıran ya da önceden tasarlayan kendi güçlerine bağlıdırlar.

HEBETUDE: Sıklıkla migrenin uzamış ve geç dönemlerinde görülen duyularda, duygularda ve diğer hislerde ortaya çıkan kasvetlilik hali.

HEMİANOPİ (hemianopia): Beyindeki bir harabiyetten kaynaklanan ve görme alanının yarısının kaybıyla ortaya çıkan bir çeşit körlük. (Basit

körlükte olduğu gibi) kayıp kısım karanlık gözükmez ama yoktur. Bu yüzden kişi hemianopiden (ya da skotomdan) –yalnızca yarım görme kaybından değil aynı zamanda yarım görme fikrinden de– haberdar değildir.

HEMİPLEJİ (hemiplegia): İnmelerde, tümörlerde ve çok nadiren de migrende görülen vücudun bir tarafında ortaya çıkan yarım felç hali. Hemipleji beynin bir yarım küresindeki motor bölgelerin harabiyetine ya da zayıflığına bağlı olarak gelişir. *Hemianopi* ise –migrende en sık görülen– görme alanlarının etkilenmesiyle ortaya çıkar. *Hemisensory* bozukluklar ya da *hemianesthesia* ise duyu ya da dokunma ile ilgili genel alanların etkilenmesi sonucu görülür.

HİSTAMİN (histamine): Sinir sistemi ve diğer dokularda bulunan ve sinir uyaranlarında transmiter olarak görev gören bir amin.

HİPERTANSİYON, HİPOTANSİYON: Sırasıyla kan basıncının yükselmesi ve düşmesi.

HİPOGLİSEMİ (hypoglycemia): Kan şekerinin düşmesi. Bazen migrene neden olabilir ya da birlikte olabilir.

HOMEOSTAZİS (homeostasis): Fizyolojik dengeyi ve sabitliği sürdüren sistem. (Bu kavramı ortaya atan Claude Bernard'a göre) bütün fizyolojik kontrolün "amacı" ve "özgür yaşamın koşulu" budur. Hastalıkta, ve migrende, homeostazis bozulur ve sabitliğin kesintiye uğraması sonucu hareket özgürlüğünde azalma olur.

HORNER HASTALIĞI (Horner's syndrome): Göze giden sempatik sinirlerde bir engellenme ya da felç sonucunda gözün sarkması, gözyaşı üretmesi, gözbebeğinin küçülmesi gibi belirtiler veren bir hastalık. Migrende de özellikle migrenöz nevraljide geçici olarak ortaya çıkabilir.

ICTUS: Her türden nöbet ya da atağa verilen ad. Nöbet öncesinde *pre-ictal* bir uyarım ve sonrasında *post-ictal* bir boşalım (ve bağışıklık) söz konusudur.

İDİYOPATİ (idiopathy): Başka bir nedene bağlı olmaksızın kendi kendine ortaya çıkan bir hastalık ya da his. Bu yüzden semptomatik migrenlerin Çin yemeği yedikten sonra ya da öfke sonucu ortaya çıkmasına karşın idiyopatik olanlar kendiliğinden gelişir.

KATAPLEKSİ (cataplexy): Bazen ani bir duygusallık ya da migrenle ortaya çıkabilen ani kas tonusu yitimi; bazen narkolepsi, uyku felci ve benzerleri ile birlikte olabilir.

KEMOZİS (chemosis): Gözde yangılanma ve sıvı birikmesi sonucu gözün parlak ve nemli görülmesi. Kemosis migren ataklarında sık görülür.

KOLESİSTİT (cholecystitis): Safra kesesi iltihabı.

KONSTİTUSYON (constitution), (pre)disposition, diathesis: Eski ama güçlü terimler; kökten (ve belki de giderilmesi olanaksız) psikofizyolojik özellikte ya da yapıda ve kişiyi migrene ya da o anda sorgulanan konu ne ise ona yatkın hale getiren durumları anlatmak için kullanılır. Konstitusyon yaradılış anlamında, (pre)disposition eğilim anlamında, diathesis yatkınlık anlamında kullanılabilir.

KORE (chorea; sözcük anlamı "dans"): Gövdenin bir tarafından diğer tarafına düzensiz olarak hareket eden tuhaf dansetme, seğirme durumu. En çok bazı hastalıklarda (Huntington koresi, vs.) L-Dopa ile tedavi edilen Parkinson hastalarında görülür, bazen birkaç dakika süreyle migrende de gözlenebilir. Karmaşık koreik hareketler tikleri andırabilir.

LARYNGİSMUS: Larinkste (gırtlak) spazm (kasılma) olması hali. (vaginismus, tenesmus (idrar ya da dışkı yapamama) ve benzerleriyle karşılaştırın).

LATENT, DORMANT VE BENZERLERİ: Latent gizli anlamına gelir, dormant ise uykuda/sessiz demektir. Kişi durup dururken migren olmaz gizli ya da sessiz bir yatkınlığı vardır ve belli bazı uyaranlarla gerçek aşikâr hale gelir.

MEİSOSİS, MYDRİASİS: Sırasıyla göz bebeklerinin kasılarak küçülmesi ve gevşeyerek büyümesi için kullanılan terimler.

METAMORFOZ (metamorphoses): Değişimler/başkalaşımlar. Özellikle burada migrenin başka bozukluklara dönüşmesi, bir anlamda eşitlik/eşdeğerlik içeren değişimler.

MİGRALEPSİ (migralepsy): Hem migreni hem de epilepsiyi içeren karışık bir atağı anlatan ikili bir sözcük.

MİGREN (migraine): *Hemicrania*'dan köken alan başın herhangi bir yarısında olabilen (bazen de sırayla bir sağda bir solda) baş ağrısını anlatan terim. Bu terime rağmen baş ağrısı hiçbir zaman migrenin tek başına belirtisi değildir.

MİGRENÖR/MİGRENÖZ (migraineur/migraineuse): Migren çeken erkek ve kadınlar için kullanılırlar.

MOZAİK GÖRME, SİNEMATİK GÖRME (mosaic vision, cinematic vision): Mozaik görmede *uzaysal* adlandırma ve devamlılık kaybolmuştur, kişi mekânsız ve anlamsız düz bir mozaik görür. Sinematik görmede *zaman* duygusu kesintiye uğrar, zamanın devamlılığı, anlamı ve gelişimi bozulur ve kişi dünyayı hareketsiz poz silsilesi olarak görür.

NARKOLEPSİ (narcolepsy): Kısa, ani, genellikle rüya yüklü uyku hali, bazen güçlü olabilir ve küçük bir uyarı gibi algılanabilir. Narkolepsi sıklıkla kabuslar, uyurgezerlik, uyku felci (kişi uyanıktır ama hareket edemez) ve diğer olgularla bağlantılıdır. Bu tür bütün uyku bozukluklarının migrenle ilişkisi vardır.

NEVRALJİ (neuralgia): Tahriş olmuş, iltihaplanmış ya da yaralanmış sinirin ağrısı. Bu tür ağrılar çok kısa sürmesine karşın (şimşek çakar gibi) çok şiddetli ve işkence vericidir. Özellikle migrenöz nevraljide görülürler. Ağrının niteliği çok kendine özgüdür ve migrende sık görülen *vasküler ağrı*dan (şişmiş, zonklayan damar ağrısı) ve *kas ağrısı*ndan (gerilmiş, kas ağrısı ya da kramp) çok farklıdır.

NOR-ADRENALİN: *Adrenalin*'e bakınız.

NÖROJENİK (neurogenic): Sinir sistemi tarafından üretilen anlamında. Bu yüzden kişide migren sırasında bir iltihaba ya da enfeksiyona bağlı olmayan salt sinir kökenli yüksek ateş görülebilir.

NÖROFİZYOLOJİK (neuropsychological): Sinir sisteminin değişen koşullara bağlı değişen algılama, hissetme ve zihinsel durumlarla olan ilişkisi, psikolojinin nöroloji ve fizyoloji ile kesiştiği alan. Migren olgusu tümüyle nöropsikolojik çalışma gerektirir, ancak en muhteşem ilişkiler de migren aurasında gözlenir.

OFTALMOPLEJİ (ophtalmoplegia): Göz hareketlerinin, beyinde göz kontrolünün bozulması nedeniyle kısmi ya da tam felci – migrende çok nadiren ve geçici olarak oluşabilir.

ORTOSTATİK HİPOTANSİYON (orthostatic hypotension): Aniden ayağa kalkıldığında normal kan basıncını sürdürememekten dolayı sersemleme ya da bayılma.

OTOMATİZM (automatism): Kişinin alışkanlığa bağlı basit hareketlerde bulunduğu ya da tekrarlayan ve otomatize davranışlar gösterdiği ve sonrasında herhangi bir bilinçlilik ya da anımsayış olmayan transa benzer durum.

OTONOMİK (vejetatif): Beyinde yer alan ve bedenin tümündeki sinirlere ve sinir ağlarına yayılan; damarların, bezlerin, istemsiz kasların vs. aktivitesini ve tonusunu düzenleyen ve tümüyle otomatik ve bilinç dışı çalışan sistem. Bazen vejetatif sinir sistemi olarak da adlandırılır. Otonomik ya da vejetatif fonksiyonlardaki bozuklukların basit migrenin asıl tablosunu oluşturduğu ileri sürülebilir. Basit migren esas olarak bir vejetatif bozukluktur.

ÖDEM (edema): Vücut sıvılarının anormal birikimi nedeniyle dokularda, organlarda ya da kol ve bacaklarda şişlik olması.

PANKREATİT (pancreatitis): Pankreasın iltihabı.

PARESTEZİ (paresthesia): Sinir sistemindeki bir bozukluktan ötürü vücudun herhangi bir yerinde hissedilen karıncalanma. Rahatsızlık veren karıncalanmaya *disetezi* denilebilir. Diğer his bozuklukları (örn. Sıkı bir bandaj ya da plaster, sunjektif sıcaklık ya da soğukluk) – normal hislerin tüm anormal algılanmaları *parestezi* olarak adlandırılır. Eğer rahatsızlıklar karmaşıksa ve imge şeklini alıyorsa *fantom* adını veririz. En karmaşık parestezi ve fantomlar yalnızca migren aurasında görülürler.

PARILDAMA (scintillation): Migrendeki ve sinematik görmedeki pek çok görsel olgunun karakteristiği olan bir görünüp bir kaybolan parıldama –özellikle yarım ay şeklindeki genişleyen skotomlar– fosfenlerin parıldaması.

PATOGNOMONİK (pathognomonic): Belli bir hastalığa bağlı karakterisitik ya da tanısal önemi olan bulgu ve belirtilere verilen ad.

PRODROM (önce gelen): Migrenin sonradan olacak bir atağın habercisi erken ya da başlangıç belirtileri. Burada yalnızca migren için söz edilmekle birlikte aslında bütün hastalıklar için geçerli bir terimdir.

PROSPAGNOZİ (prosopagnosia): Yüzleri, mimik ve beden hareketlerini tanıyamama durumu. Bu durum dezoryantasyona ve hatta depersonalizasyon, derealizasyon ve benzerlerine yol açabilir.

PSİKOFİZYOLOJİK (psychophysiological): Dünyadaki en basit ve en derin gizem için kullanılan şatafatlı bir terim – "ruh" ve "beden" ilişkisi ve özellikle bu ikisinin hastalıkta ve sağlıkta beraber olması. Migren burada en sık ve çarpıcı psikofizyolojik tepkime olarak bütün fiziksel değişimlerden ayırt edilemeyen davranış ve ruh hali değişikliklerini içeren durum olarak gösterilmektedir.

PSİKOSOMATİK (psychosomatic): Zihinsel veya duygusal uyaranlara karşı gelişen fiziksel yanıt, örneğin yüksek stres ya da duygusal durum altında ülser, astım ve tabii ki migrenin ortaya çıkması.

PSÖDOMİGREN (pseudomigraine): Beyindeki anatomik anormallikler (tümör, şekil bozukluğu, anevrizma vs.) sonucunda gelişen migren ya da migren benzeri belirtilerin ortaya çıktığı durumlar için kullanılır. *Bunlar nadirdir.* Pseudomigrenler altta yatan hiçbir yapısal bozukluk olmaksızın ortaya çıkan idiyopatik ataklardan ayırt etmek için semptomatik migrenler olarak da adlandırılırlar.

PTOSİS: Gözkapağı düşüklüğü.

SEFALALJİ/SEFALJİ (cephalalgia/cephalgia): Salt baş ağrısı. Eski literatürde benzer şekilde gastralji (mide ağrısı), pektoralji (göğüs ağrısı) sözcükleri yer alır. Günümüzde bu şekilde bir tek nevralji yaygın kullanılır.

SEMPATİ (bir arada hissetme ya da bir arada çekme): Eskimiş migren görüşlerine göre sıklıkla çeşitli organlar için, örneğin midenin baş ile birlikte etkilenmesi durumu için kullanılan sözcük.

SEMPATİK/PARASEMPATİK (sympathetic/parasympathetic): Bunlar otonomik sinir sisteminin (ya da vejetatif) iki büyük bölümüdür. Sempatik sistemin harekete geçmesiyle organizma uyarılır, kas tonusu artar, kaslara kan gidişi artar, kalp hareketi, kan basıncı, uyanıklık hali, enerji artar ve diğer fonksiyonlar da etkilenir, böylece organizmayı işe ya da savaş uçuşuna hazırlar (buna bazen ergotropic de denir). Parasempatik sistem ise tersine, sağlamlık, tutuculuk, dinlenme ve aktifken (yemek sonrası, uykuda ve migrenin son döneminde) enerjiyi, uyanıklığı, kalp atımı hızını, kas tonusunu azaltır ve iç organların ve bezlerin aktivitesini ise artırır (bazen trophotropic de denir). Normalde bu iki sistem arasında ince bir ayar ya da denge vardır ancak bu durum migrende büyük oranda bozulur.

SEMPATOTONİK/VAGOTONİK (sympathotonic/vagotonic): Bir zamanlar, sempatik sistemin aşırı uyarılmasına baskın gelen eğilimi anlatan (uyarılabilirlik, öfke, gerginlik vs. olarak kendini gösteren) ya da tersi parasempatik ya da vagal sistemin etkilerini anlatan (zayıflık, çöküş, geri çekilme vs. gibi) yaygın kullanılan eski sözcükler. Bu anormal duyarlılıkların ve otonomik denge yoksunluğunun migrenlilerde karakteristik ya da yaygın olduğu düşünülmektedir.

SENDROM (syndrome): (Bir arada olan, "aynı anda olan" ya da "bir araya gelen" anlamında). Herhangi bir tıbbi ya da organik durumu ya da migreni anlamamıza yardım eden anahtar sözcük ya da kavram. Sendrom, sanki eskici dükkânındaki eşyalar gibi rastgele ya da mekanik olmayan bir beraberliktir. Doğal olarak birlikte olan özelliklerin bir araya gelmesi ile oluşan organik bir beraberlik ve böylece bir çeşit birlik ya da bileşim oluşturma. Burada migren sendromları, Parkinson sendromları, kişilik sendromları ve diğerlerinden söz etmekteyiz. Bir sendromu ya da sendrom benzerini daha incelemeye başlamadan anlayabiliriz: Klasik tıp da (nozoloji) bu tür sendromların doğal tarihidir –biyolojinin organik varlıkların doğal bir tarihi ve sınıflandırması olduğu gibi.

SENKOP (syncope): Göz kararması, bilincin kısa süreli kaybı ya da kesintiye uğraması.

SİNESTEZİ (synaesthesia): Normalde birbirinden ayrı kavramlar olan sesler, örneğin görülebilir, hissedilebilir ve tadılabilir (Luria'nın *Bir Mnemonistin Belleği* kitabında harikulade anlatıldığı gibi). Erken bebeklik döneminde normal sayılabilecek ilkel bir evreyi gösterir.

SKOTOM (scotoma): Görmede ve görme alanında oluşan dramatik bozukluklar sonucu tuhaf ve sıklıkla parıldayıp duran parlaklıklar (parıldayan skotom) veya tuhaf bir körlük ya da görme kaybı durumu. Hiç kuşkusuz skotomlar ne tür olursa olsun migrenin baş ağrısı dışındaki en yaygın hatta belki de baş ağrısından da daha yaygın belirtileridir.

SPEKTRUM (spectrum): Görme alanında gökkuşağı gibi renkli ve çemberimsi parlak skotom.

SPLANİK (splanchnic): İç organların istemsiz dokuları ya da aktiviteleri: Migrenin erken evrelerinde genellikle büyümüş ve artmıştır. Damarsal ya da bezsel görünüm ve aktivitede olduğu gibi.

STERNUTATORY: Hapşırır gibi buruna çekmek. Migreni sonlandırmak için işe yarayan bir eylem.

STİGMATA: Stigmatalar hastalığın izleri ve belirtileridir – aslında her şey için geçerlidir (örneğin merhametin izleri ya da rezaletin izleri). Bu terim tümüyle tıbbi terimler olan "patognomonik" ve "diyagnostik" terimlerin üstünde yer alan bir anlamlılık taşır ve hastanın işaretlendiğini ve seçildiğini gösterir. Bir hastalığa sahip olmanın verdiği tıbbi sorunların üzerinde bir de bu hastalıkla stigmatize olma "işaretlenme" sorunu yer alır. En zalimce ve haksızca epileptikler stigmatizedirler, migrenliler biraz daha şanslıdır.

TAŞİKARDİ, BRADİKARDİ (tachycardia, bradycardia): Sırasıyla kalp atım hızının normalden hızlı ya da yavaş olması.

TİNNİTUS: Kulak çınlaması. Migren sırasında kısa süreli olarak duyulan kulak çınlaması, bazen işitme bozuklukları, kısmı sağırlık ya da baş dönmesiyle birlikte olabilir.

TROFİK (trophic): Sinir ve damarların besleme fonksiyonuna trofik denir. Eğer yetersizse distrofiler (şekil bozukluğu) ya da atrofiler (körelme, küçülme, azalma) görebiliriz. Bu değişiklikler migrende nadirdir ve genellikle geçicidir ve el ve ayaklarla ilişkili olarak (örneğin deri, tırnaklar, saç ve kıllarda) ortaya çıkarlar.

UNSİNAT NÖBETLER (uncinate seizures): Beynin derinliklerinden (uncus) kaynaklanan epileptik (ya da migrensel) nöbetler. Bu ataklar garip kokular, daha önce orada bulunmuş gibi (déjà vu) garip duygular, bazen çocukluğa ait capcanlı anıların anımsanması ve ara sıra da konuşma bozuklukları içerir.

ÜRTİKER (urticaria): Kurdeşen.

VAZOVAGAL (vasovagal): Vagus sinirine ve dolayısıyla damarların tonusuna ilişkin olarak kullanılan bir sözcük. Vazovagal atak sırasında (ya da bayılma sırasında) aniden azalır.

VERTİGO: Ani oryantasyon ve denge kaybıyla birlikte olan çok rahatsız edici ve dayanılmaz baş dönmesi.

YÜKSEK BİRLEŞTİRİCİ YA DA KORTİKAL FONKSİYONLAR (higher integrative or cortical functions): Nörofizyolojik fonksiyonlar (beyinsel-zihinsel) konuşma, karmaşık hareketler, algılama ve benzeri şeyleri bir arada tutmak için gereklidir. Bozulduğunda *agnozi*, *afazi*, *apraksi*, *amuziya* gibi bozukluklar ortaya çıkar.

Bibliyografya

Abercrombie J. (1829). *Local Affections of Nerves.* Churchill, Londra.

Airy, G. B. (1865). "The Astronomer Royal on Hemiopsy." *Philosophical Magazine* 30: 19-21.

Airy, Hubert. (1870). "On a Transient Form of Hemianopsia." *Phil. Trans. R. Soc.* Londra 160: 247-270.

Alajouanine, T., (1963). "Dostoievski's Epilepsy." *Brain* 86: 209-21.

Alexander, F. (1948). "Fundamental Concepts of Psychosomatic Research," pp. 3-13, *Studies in Psychosomatic Medicine: an approach to the causes and treatment of vegetative disorders* içinde. The Ronald Press, New York.

Alexander, E., and French, T. M. (1948). *Studies in Psychosomatic Medicine: an Approach to the Causes and Treatment of Vegetative Disorders.* The Ronald Press, New York.

Alexander, Frans. (1950). *Psychosomatic Medicine: its Principles and Applications.* W. W. Norton & Co., New York.

Alvarez, W. C. (1945). "Was There Sick Headache in 3000 BC?" *Gastroenterology* 5: 524.

–. (1959). "Some Characteristics of the Migrainous Woman." *N.Y. State J. Med.* 59: 2176.

–. (1960). "The Migraine Scotoma as Studied in 618 Persons." *Amer. J. Ophth.* 49: 489.

Anderson, P. G. (1975). "Ergotamine Headache." 15: 118-121.

Aretaeus. (1856). *The Extant Works of Aretaeus the Cappadocian.* (Francis Adams'ın çevirisi: printed for the Sydenham Society için yayımlanmış.) Wertheimer & Co., Londra.

Aring, C. D. (1972). "The Migrainous Scintillating Scotoma." *J.A.M.A.* 220: 519-522.

Balyeat, R. M. (1933). *Migraine: Diagnosis and Treatment.* J. B. Lippincott Co., Philadelphia & Londra.

Barkley, G. L., Tepley, N., Simkins, R., Moran, J., Welch, K. M. (1990). "Neuromagnetic Fields in Migraine: Preliminary Findings." *Cephalagia* 10 (no. 4): 171-176.

Barrie, M. A., Fox, W. R., Weatherall, M. ve Wilkinson, M. I. P. (1968). "Analysis of Symptoms of Patients with Headache and their Response to Treatment with Ergot Derivatives." *Quart. J. Med.* 37: 319. (Ayrıca bkz. bu konuda *Brit. Med. J.* 4 Ocak 1969'da çıkan makale.)

Beaumont, G. E. (1952). *Medicine.* (6. baskı) J. & A. Churchill, Londra.

Bickerstaff, E. R. (1961). "Basilar Artery Migraine." *Lancet* 1: 15.

–. (1961). "Impairment of Consciousness in Migraine." *Lancet* 2: 1057.

Blau, J. N. ed. (1987). *Migraine: Clinical, Therapeutic, Conceptual and Research Aspects.* Londra, Chapman and Hall Medical.

Blau, J. N. and Whitty, C. W. M. (1955). "Familial Hemiplegic Migraine." *Lancet* 2: 1115.

Bleuler, E. (1958). *Dementia Praecox, or the Group of Schizophrenias.* International Universities Press, New York.

Boismont, A. Brierre de. (1853). *Hallucinations: Or, the Rational History of Apparitions, Visions, Dreams, Ecstasy, Magnetism and Somnambulism.* Lindsay & Blakiston, Philadelphia.

Bradley, W. G., Hudgson, P., Foster, J. B. ve Newell, D. J. (1968). "Double-blind Controlled Trial of a Micronized Preparation of Flumedroxone (Demigran) in Prophylaxis of Migraine." *Brit. Med. J.* 2: 531.

Bradshaw, P. ve Parsons, M. (1963). "Hemiplegic Migraine: a Clinical Study." *Quart. J. Med.* 34: 65.

Brewster, D. (1865). "On Hemiopsy, or Half-Vision," *Trans. Roy. Soc. Edinburgh'da yeniden yayımlanmış.* 24: 15-18, 1867.

Bruyn, G. W. (1968). "Complicated Migraine," *Handbook of Clinical Newrology* içinde, derleyen: P.J. Vinken ve G. W. Bruyn. Amsterdam: Elsevier Science Publishing Co.

–. (1986). "Migraine Equivalents," *Handbook of Clinical Neurology* içinde, 48: 155-171, derleyen: F. C. Rose. Amsterdam: Elsevier.

Burn, J. H. (1963). *The Autonomic Nervous System.* Blackwell, Oxford.

Cannon, W. B. (1920). *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear, and Rage.* (2. baskı) D. Appleton & Co., New York.

Caplan, L., Chedru, F., Lhermitte, F., ve Mayman, C. (1981). "Transient Global Amnesia and Migraine." *Neurology* 31: 1167-1170.

Charcot, J.-M. (1892). *Clinique des Maladies du Systeme Nerveux*, s. 71-89. Paris, Babe et Cie.

Cohn, R. (1949). *Clinical Electroencephalography.* McGraw-Hill Book Co. Inc., New York.

Critchley, Macdonald. (1936). "Prognosis in Migraine." *Lancet* 1: 35.

–. (1963). "What is Migraine?" *J. Coll. Gen. Pract.* 6 (supp.4): 5.

–. (1964). "The Malady of Anne, Countess of Conway: a case for commentary," s. 91-97, *The Black Hole and Other Essays* içinde, Pitman Medical Publ. Co., Londra, 1964.

–. (1966). "Migraine: From Cappadocia to Queen Square," *Background to Migraine* içinde, Heinemann, Londra.

Crowell, G. F., vd. (1984). "The Transient Global Amnesia-Migraine Connection." *Archives of Neurology.* 41: 75-79.

Darwin, Charles. (1890). *The Expression of the Emotions in Man and Animals.* (2. baskı) Murray, Londra.

Davies, Paul. (1989). *The Cosmic Blueprint: New Discoveries in Nature's Ability to Order the Universe.* Simon and Schuster, New York.

Deutsch, F. (1959). *On the Mysterious Leap from the Mind to the Body.* International Universities Press, New York.

Dexter, J. D., and Riley, T. L. (1975). "Studies in Nocturnal Migraine." *Headache* 15: 51-62.

Diamond, Seymour, ve Dalessio, Donald J. (1982). *The Practicing Physician's Approach to Headache* (3. baskı) Williams & Wilkins, Baltimore.

Dow, D. J. ve Whitty, C. W. M. (1947). "Electroencephalographic Changes in Migraine." *Lancet* 2: 52.

Dunning, H. S. (1942). "Intracranial and Extracranial Vascular Accidents in Migraine." *Arch. Neurol. Psychiatr.* 48: 396.

Edelman, G. M. (1990). *The Remembered Present: A Biological Theory of Consciousness.* New York, Basic Books.

Ekbom, K. A. (1987). "Treatment of Cluster Headache: Episodic and Chronic," *Migraine* içinde, derleyen: J. N. Blau, s. 433-448. Londra, Chapman and Hall Medical.

Elkind, A. H., Friedman, A. P., Bachman, A., Siegelman, S. S., ve Sacks, O. W. (1968). "Silent Retroperitoneal Fibrosis Associated with Methysergide Therapy." *Journal of the American Medical Association* 206: 1041-1044.

Ellertson, B., vd. (1987). "Psychophysiological Response Patterns in Migraine Before and After Temperature Biofeedback." *Cephalagia* 7: 109-124.

Engel, G. L., Ferris, E. B. and Romano, J. (1945). "Focal Electroencephalographic Changes during the Scotomas of Migraine." *Amer. J. Med. Sc.* 109: 650.

Ermentrout, G. B., ve Cowen, J. D. (1979). "A Mathematical Theory of Visual Hallucination Patterns." *Biological Cybernetics* 34: 137-150.

Farquhar, H. G. (1956). "Abdominal Migraine in Children." *Brit. Med. J.* 1: 1062.

Feigenbaum, Mitchell J. (1980). "Universal Behavior in Non-Linear Systems." *Los Alamos Science* 1: 4-27.

Fitz-Hugh, T. Jr. (1940). "Praecordial Migraine: an Important Form of 'Angina Innocens.' " *New Int. Clinics* 1 (series 3): 143.

Flatau, E. (1912). *Die Migräne.* Monogr. Gesamtgeb., Neurol, Psychiat, Heft II. Berlin, Spring.

Foucault, M. (1965). *Madness and Civilization.* Random House, New York.

Freud, Sigmund. (1952) (1920). *A General Introduction to Psychoanalysis.* Yeni basım. Washington Square Press, New York.

Friedman, A. P., Harter, D. H. ve Merritt, H. H. (1961). "Ophthalmoplegic Migraine." *Trans. Amer. Neur. Ass.* 86: 169.

Fromm-Reichmann, F. (1937). "Contributions to the Psychogenesis of Migraine." *Psychoanal. Rev.* 24: 26.

Fuller, G. N., ve Gale, M. V. (1988). "Migraine Aura as Artistic Inspiration," *British Medical Journal* 197: 1670-1672, Aralık 24, 1988.

Furmanski, A. R. (1952). "Dynamic Concepts of Migraine: A Character Study of One Hundred Patients." *Arch. Neurol. Psychiat.* 67: 23.

Gardener, J. W., Mountain, G. E. ve Hines, E. A. (1940). "The Relationship of Migraine to Hypertension Headache." *Amer. J. Med. Sc.* 200: 50.

Garrett, Elizabeth. (1870). "Sur la Migraine," doktora tezi, Paris. (Bu tez İngilizce'ye Marcia Wilkinson tarafından çevrilmiştir.)

Gellhorn, Ernst. (1967). *Principles of Autonomic-Somatic Integration.* University of Minnesota Press, Minneapolis.

Gibbs, E. L. ve Gibbs, F. A. (1951). "Electroencephalographic Evidence of Thalamic and Hypothalamic Epilepsy." *Neurology* 1: 136.

Gibbs, F. A., ve Gibbs, E. L. (1941). *Atlas of Electroencephalography.* Lew A. Commings Co., Cambridge, Mass. Yeniden basım. Addison-Wesley Press Inc., Cambridge, Mass., 1950.

Gilles de la Tourette, G. (1898). *Leçons de Clinique Thérapeutique sur les Maladies du Système Nerveux.* Bailliere, Paris.

Gilles de la Tourette, G., ve Blocq, P. (1887). "Sur le Traitment de la Migraine Ophtalmique Accompagnée." *Prog. Med.*, 2me ser. 5: 476-477.

Goodell, H., Lewontin, R. ve Wolff, H. G. (1954). "The Familial Occurrence of Migraine Headache: a Study of Heredity." *Ass. Research Nerv. Ment. Dis.* 33: 346.

Goodman, L. S., ve Gilman, A. (1955). *The Pharmacological Basis of Therapeutics.* (2. baskı) Macmillan, New York.

Gowers, W. R., Sir. (1964) (1881). *Epilepsy and Other Chronic Convulsive Diseases: their Causes, Symptoms, and Treatment.* Dover Publications yeni basımı, New York.

–. (1988). *A Manual of Diseases of the Nervous System.* cilt 2: 776-795. J. & A. Churchill, Londra.

–. (1895). "Subjective Visual Sensations." *Trans. Ophthalmol. Soc. U.K.* 15: 20-44.

–. (1904). *Subjective Sensations of Sight and Sound: Abiotrophy, and Other Lectures.* P. Blakiston's Son & Co., Philadelphia.

–. (1907). *The Borderland of Epilepsy: Faints, Vagal Attacks, Vertigo, Migraine, Sleep Symptoms, and their Treatment.* P. Blakiston's Son & Co., Philadelphia.

Graham, J. R. (1952). "The Natural History of Migraine: Some Observatons and a Hypothesis." *Trans. Amer. Clin. & Climat. Ass.* 64: 61.

Greene, R. (1963). "Migraine-the Menstrual Aspect." *J. Coll. Gen. Pract.* 6 (supp. 4): 15.

Greppi, E. (1955). "Migraine Ground." *Int. Archiv. Allergy App. Immun.* 7: 305.

Grimes, E. (1931). "The Migraine Instability." *Med. J. Rec.* 134: 417.

Groddeck, George. (1949). *The Book of the It.* (*Das Buch vom Es*'in çevirisi, 1923.) Random House, New York.

Hackinski, V. C., Porchawka, J., ve Steele, J. C. (1973). "Visual Symptoms in the Migraine Syndrome," *Neurology* 23: 570-579.

Hebb, D. O. (1954). "The Problem of Consciousness and Introspection" *Brain Mechanisms and Consciousness* içinde, derleyen: J. F. Delafresnaye. Charles C. Thomas, Springfield, III.

–. (1968). "Concerning Imagery," *Psychological Review* 75: 466-477.

Heberden, William. (1802). *Commentaries on the History and Cure of Diseases.* T. Payne, Londra.

Herschel, J. F. W. (1858). "On Sensorial Vision," *Familiar Lectures on Scientific Subjects*'de yeniden basıldı. Londra: Alexander Strahan, 1866.

Heyck, H. (1956). *Neue Beiträge für klinik und Pathogenese der Migräne.* Theime, Stuttgart.

–. (1964). *Der Kopfschmerz* (3. baskı) Stuttgart.

Horton, B. T. (1956). "Histaminic Cephalgia: Differential Diagnosis and Treatment." *Proc. Mayo Clinic* 31: 325.

Hubel, D. H., ve Wiesel, T. N. (1963). "Shape and Arrangement of Columns in Cat's Striate Cortex." *J. Physiology* (Londra) 165: 559-568.

Jackson, J. Hughlings. (1931). *Selected Writings of John Hughlings Jackson.* Derleyen: James Taylor. Hodder & Stoughton, Londra.

Janet, P. (1921). "A Case of Sleep lasting Five Years, with Loss of Sense of Reality," *Arch. Neurol. & Psychiat.* 6: 467.

Jarcho, Saul. (1968). "Migraine in Astronomers and 'Natural Philosophers.' " *Bulletin of the New York Academy of Sciences*, v. 44, no. 7: 886-891.

Johnson, E. S., Kadam, N. P., Hylands, D. M., ve Hylands, P. J. (1985). "Efficacy of Feverfew as Prophylactic Treatment of Migraine." *British Medical Journal* 291: 569-573.

Jones, Ernest. (1949). *On the Nightmare.* Hogarth Press, Londra.

Keeler, M. H. (1968). "Marihuana-induced Hallucinations," *Diseases of the Nervous System* 29: 314-315.

–. (1970). "Kluver's Mechanisms of Hallucination as Illustrated by the Paintings of Max Ernst," *Origin and Mechanisms of Hallucination* içinde, derleyen: W. Keup. Plenum Press, New York.

Kimball, R. W., Friedman, A. P. ve Vallejo, E. (1960). "Effect of Serotonin in Migraine Patients." *Neurology* 10: 107.

Klee, A. (1968). *A Clinical Study of Migraine with Particular Reference to the Most Severe Cases.* Munksgaard, Kopenhag.

–. (1975). "Perceptual Disorders in Migraine," *Modern Topics in Medicine* içinde, derleyen: J. Pearcer, s. 45-51. Londra, Heinemann.

Kluver, Heinrich (1928 ve 1942). *Mescal* ve *Mechanisms of Hallucination*, tek cilt olarak yeniden basıldı, 1966. Chicago, University of Chicago Press.

Konorski, Jerzy. (1967). *Integrative Activity of the Brain: an Interdisciplinary Approach.* University of Chicago Press, Chicago.

Kunkle, E. C. (1959). "Acetylcholine in the Mechanism of Headache of the Migraine Type." *Arch. Neurol. Psychiat.* 81: 135.

Lance, James W. (1982). *Mechanisms and Management of Headache* (4. baskı) Butterworth Scientific, Londra & Boston.

–. (1986). *Migraine and Other Headaches.* Scribner's, New York.

–. (1990). "A concept of Migraine and the Search for the Ideal Headache Drug." *Headache* 30: 17.

Lance, J. W. ve Anthony, M. (1960). "Some Clinical Aspects of Migraine." *Arch. Neurol.* 15: 356.

Lance, J. W., Anthony, M. ve Hinterberger, H. (1967). "The Control of Cranial Arteries by Humoral Mechanisms and its Relation to the Migraine Syndrome." *Headache* 7: 93.

Lashley, K. S. (1931). "Mass Action in Cerebral Function." *Science* 73: 245-254.

–. (1941). "Patterns of Cerebral Integration indicated by Scotomas of Migraine." *Arch. Neurol. Psychiat.* 46: 331.

Lauritzen, M. (1987). "Cortical Spreading Depression as a Putative Migraine Mechanism." *TINS* 10: 8-13.

Leäo, A. (1944). "Spreading Depression of Activity in the Cerebral Cortex." *Neurophysiol.* 7: 359.

Lees, F. ve Watkins, S. M. (1963). "Loss of Consciousness in Migraine". *Lancet* 2: 647.

Lennox, W. G. (1941). *Science and Seizures: New Light on Epilepsy and Migraine.* Harper & Bros., New York.

Lennox, W. G. ve Lennox, M. A. (1960). *Epilepsy and Related Disorders.* (2 cilt) Little, Brown & Co., Boston.

Leroy, R. (1922). "The Syndrome of Lilliputian Hallucinations." *J. Nerv. & Ment. Dis.* 56: 325.

–. (1926). "The Affective State in Lilliputian Hallucinations." *J. Ment. Sci.* 72: 179-186.

Lippman, C. W. (1952). "Certain Hallucinations Peculiar to Migraine," *J. Nervous and Mental Disease* 116: 346-351.

–. (1953). "Hallucinations of Physical Duality in Migraine." *J. Nerv. & Ment. Dis.* 117: 345.

Liveing, Edward. (1873). *On Megrim, Sick-Headache, and Some Allied Disorders: A Contribution to the Pathology of Nerve-Storms.* Churchill, Londra.

Luria, A. P. (1966). *Higher Cortical Functions in Man.* (Çeviren: Basil Haigh.) Basic Books, New York.

Mandelbrot, Benoit. (1982). *The Fractal Geometry of Nature.* San Francisco, Freeman.

Masters, R. E. L., ve Houston, J. (1967). *The Varieties of Psychedelic Experience.* Dell, New York.

–. (1968). *Psychedelic Art.* Grove Press, New York.

Miles, P. W. (1958). "Scintillating Scotoma: Clinical and Anatomical Significance of Pattern, Size, and Movement." *J. A. M. A.* 167: 1810.

Miller, J. *The Body in Question.* Yayımlanacak.

Miller, W. R. (1936). "Psychogenic Factors in Polyuria of Schizophrenia." *J. Nerv. & Ment. Dis.* 84: 418.

Milner, P. M. (1958). "Note on a Possible Correspondence between the Scotomas of Migraine and the Spreading Depression of Leäo." *Electroenceph. Clin. Neurophysiol.* 10: 705.

Mingazzini, G. (1926). "Klinischer Beitrag zum Studium der cephalalgischen und hemikranischen Psykosen." *Z. ges. Neurol. Psychiatr.* 101: 418.

Mobius. (1894). *Die Migräne.* Viyana.

Moersch, F. P. (1924). "Psychic Manifestations in Migraine." *Amer. J. Psychiat.* 3: 697-716.

Moreau de Tours, Jacques Joseph. (1973). *Hasbish and Mental Illness.* Raven Press, New York. (1845 basımı "Du Haschisch et de l'alienation mentale, etudes psychologique,"'in çevirisi. Masson, Paris.)

Muller, Stefan C., Plesser, Theo, ve Hess, Benno. (1989). "Structural Elements of Dynamical Chemical Patterns," *Leonardo* 22: 3-10.

Olesen, Jes. (1991). "Cerebral and Extracranial Circulatory Disturbances in Migraine: Pathophysiological Implications." *Cerebrovascular and Brain Metabolism Reviews* 3: 1-28. New York, Raven Press.

Olesen, J., Larsen, B., ve Lauritzen, M. (1981). "Focal Hyperemia Followed by Spreading Oligemia and Impaired Activation of rCBF in Classical Migraine," *Annals of Neurology* 9: 344.

Oster, G. (1970). "Phosphenes," *Scientific American* 222: 83-87.

Pavlov, I. P. (1928-41). *Lectures on Conditioned Reflexes.* (W. Horsley Gantt.) International Publishers, New York.

Penfield, W. (1958). *The Excitable Cortex in Conscious Man.* Charles C. Thomas, Springfield.

Penfield, W. ve Perot, P. (1963). "The Brain's Record of Auditory and Visual Experience–a Final Summary and Discussion." *Brain* 86: 595.

Penfield, W., ve Rasmussen, T. (1950). *The Cerebral Cortex of Man.* The Macmillan Co., New York.

Peters, J. C. (1853). *A Treatise on Headache.* William Radde, New York.

Piorry, P. (1831). "Memoire sur une des Affections Désignées sous le Nom de Migraine ou Hémicranie." *J. Univ. hebd. Méd Chir,* prat. 2 (1831): 5-18; *J. Méd Chir.,* prat. Paris, 2. baskı, cilt II (1936): 33-34; *Traité Méd.,* prat. Cilt VIII (1850): 75.

Plant, Gordon T. (1986). "The Fortification Spectra of Migraine," *British Medical Journal* 293: 1613-1617, Aralık 20, 1986.

Prigogine, Ilya. (1980). *From Being to Becoming.* W. H. Freeman, San Francisco.

Prigogine, Ilya, ve Stengers, Isabelle. (1984). *Order Out of Chaos.* Bantam Books, New York.

Ranson, R., Igarashi, H., MacGregor, E. A. ve Wilkinson, M. (1991). "The Similarities and Differences of Migraine with Aura and Migraine without Aura: A Preliminary Study," *Cephalalgia* 11 (no.4): 189-192, Eylül 1991.

Rascol, A., Cambier, J., Guiraud, B., Manelfe, C., David, J., ve Clanet, M. (1979). "Accidents Ischemique Cerebraux au Cours de Crises Migraineuses," *Rev. Neurol* (Paris), 135: 867.

Raskin, Neil Hugh. (1988). *Headache* (2. baskı) Churchill Livingstone, New York.

–. (1990). "Conclusions." *Headache* 30: 24.

Richards, W. (1971). "The Fortification Illusions of Migraine," *Scientific American* 224: 88-96.

Rose, E. Clifford, ve Gawel, M. (1979). *Migraine: The Facts.* Oxford University Press, Oxford.

Rieff, P. (1959). *Freud: The Mind of the Moralist.* Doubleday & Co., New York.

Sacks, Oliver. (1992). "The Last Hippie." *New York Review of Books* 39, no.6: 58-62.

–. (1987). *A Leg to Stand On.* Harper & Row, New York.

–. (1987). *The Man Who Mistook His Wife for a Hat and Other Clinical Tales.* Harper & Row, New York.

Schreiber, A. O., ve Calvert, P. C. (1986). "Migrainous Olfactory Hallucinations." *Headache* 26: 513-514.

Selby, G., ve Lance, J. W. (1960). "Observations on 500 cases of Migraine and Allied Vascular Headache." *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 23: 23.

Selye, H. (1946). "The General Adaptation Syndrome and Diseases of Adaptation." *J. Clinic. Endocrinol.* 6: 117.

Sicuteri, F. (1959). "Prophylactic and Therapeutic Properties of Methyl Lysergic Acid Butanolamide in Migraine." *Int. Arch. Allergy* 15: 300.

Siegel, Ralph. (1990). "Chaos and the Single Neuron in Area VI of the Car." *Abstracts Soc. Neuroscience* 16: 230.

Siegel, Roland K. (1977). "Hallucinations." *Scientific American* 237 (no. 4): 132-140, October 1977.

Siegel, Ronald K., ve Jarvik, Murray E. (1975). "Drug-Induced Hallucinations in Animals and Man," *Hallucinations* içinde, derleyen: R. K. Siegel ve L. J. West. John Wiley & Sons, New York.

Singer, Charles. (1958). "The Visions of Hildegard of Bingen," *From Magic to Science* içinde. Dover, New York.

Strauss, H. ve Selinsky, H. (1941). "EEG Findings in Patients with Migrainous Syndrome." *Trans. Amer. Neurol. Ass.* 67: 205.

Symon, D. N. K., ve Russell, G. (1986). "Abdominal Migraine: A Childhood Syndrome Defined." *Cephalalgia* 6: 223-228.

Symonds, C. (1952). "Migrainous Variations." *Trans. Med. Soc. Londra* 67: 237. Symonds, *Studies in Neurology*'de yeniden basıldı. Londra, Oxford University Press, 1970.

Thompson, D'Arcy W. (1942). *On Growth and Form.* Cambridge, Cambridge University Press.

Tissot, Simon André. (1770). *An Essay on the Disorders of People of Fashion.* (Çeviren: F. B. Lee.) S. Bladon, Londra. Ayrıca bkz. *Traité des nerfs et leurs maladies*'in son cildi, 83 sayfası migren konusuna ayrılmış. Paris, 1778-1790.

Tourraine, G. A. ve Draper, G. (1934). "The Migrainous Patient: A Constitutional Study." *J. Nerv. & Ment. Dis.* 80: 1.

Turing, A. M. (1952). "The Chemical Basis of Morphogenesis." *Philos. Trans. Roy. Soc.* B237: 37.

Vahlquist, B. ve Hackzell, G. (1949). "Migraine of Early Onset." *Acta Paediatrica* 38: 622.

Wetr Mitchell, S. (1887). "Neuralgic Headache with Apparitions of Unusual Character." *Amer. J. Med. Science* 93-94; 415-419.

Weiss, E., ve English, O. S. (1957). *Psychosomatic Medicine: A Clinical Study of Psychophysiological Reactions.* W. B. Saunders Co., Philadelphia & Londra.

Welch, K. M. A. (1987). "Migraine: A Biobehavioral Disorder." *Archives of Neurology* 44: 323-327.

Whitehouse, D., Pappas, J. A., Escala, P. H. ve Livingston, S. (1967). "Electroencephalographic Changes in Children with Migraine." *New Eng. J. Med.* 276: 23.

Whitty, C. W. M. (1953). "Familial Hemiplegic Migraine." *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 16: 172.

–. (1971). "Migraine Variants." *British Medical Journal* 1: 38-40.

Whytt, Robert. (1978). *Diseases commonly called Nervous, Hypochondriac, or Hysteric.* Becket, Pond, & Balfour, Edinburgh.

Wilkinson, M., ve Blau, J. N. (1985). "Are Classical and Common Migraine Different Entities?" *Headache* 25: 211-212.

Willis, Thomas. (1684). *De Morb. Convuls.* (Amstel, 1670), *De Anima Brutorum* (Oxon, 1672). İlk ingilizce baskısı (Pordage) *Dr. Willis' practice of Physick, Being the Whole Works of that Renowned and Famous Physician* içinde. Londra.

Wilson, S. A. K. (1940). *Neurology.* Vol. 2: 1570. Butterworth's.

Wolff, H. G. (1963). *Headache and other Head-Pain.* Oxford University Press, New York.

Daha fazla bilgi ve yardım şuralardan sağlanabilir:

The National Headache Foundation
5252 North Western Avenue
Chicago, IL. 60625
USA
800-843-2256

The Migraine Foundation
120 Carlton Street, Suite 210
Toronto, Ontario M5A 4K2
Canada
800-663-3557

The Migraine Trust
45 Great Ormond Street
Londra WC1 3HD
England
071-278-1676

The British Migraine Association
178a High Road Bayfleet,
Weybridge Surrey KT14 7ED
England
0932-352-468

Dizin

A
afazi 106, 108, 251, 264, 379, 388
agnozi 104, 130
angor animi 100, 114, 117, 379
anjina 67-68, 100, 379
anksiyete 21, 36, 48, 65, 146
apraktognozi 106
astım 42-43, 57, 65, 67, 73-74, 162, 174, 271, 333, 385
aura 14, 75, 78-80, 88, 92, 94, 98-99, 101, 104, 114-116, 119-122, 125-127, 141, 146, 183, 189-190, 207, 227, 233-234, 254, 257, 300, 320, 321-322, 332, 339, 340, 343, 345, 369, 374
avuç migreni 46

B
Basit Migren 31, 33
baş ağrısı 11, 15, 19, 20, 22, 25, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 44, 46, 49, 51, 54, 57, 58, 60, 62, 63, 65, 66, 70, 71, 72, 75, 78, 79, 80, 85, 93, 96, 97, 110, 114, 115, 116, 118, 120, 121, 123, 126, 127, 133, 134, 135, 136, 142, 143, 156, 157, 158, 160, 162, 165, 171, 173, 186, 189, 195, 203, 231, 232, 233, 235, 239, 240, 254, 274, 288, 300, 301, 304, 311, 319, 320, 329, 373, 383, 385, 387
bradikardi 45
Brobdignagvari görme 102
bulantı-kusma 19, 21, 25, 31, 33, 36-38, 43, 45, 47-50, 58-60, 62, 63, 65, 70, 71, 78, 93, 110, 125, 146, 163, 173, 183, 186, 187, 194, 196, 204, 218, 235, 278, 279, 300-301, 303, 305-306, 308, 315-316

C
Crohn hastalığı 74

D
déjà vu 93, 107-109, 123, 387
deliryum 83, 109-111, 113-114, 122, 381
depersonalizasyon 111, 385
depresyon 26, 48, 50, 64, 66, 76, 146, 173, 187-188, 214-215, 235, 241, 303, 308, 319, 320, 322, 354
diyare 61

E
epifora 44
epilepsi 19, 21, 24, 27-28, 51, 54, 57, 65, 68, 70, 92, 98-99, 101, 108, 122-124, 129, 139, 147, 163, 171, 174, 191, 200, 207, 240, 250, 252-254, 257, 264, 290, 314, 329, 334, 339, 369, 377

F
Fonofobi 47

G
görsel bozukluklar 19, 337
görsel halüsinasyon 248, 250

H
halüsinasyon 81, 107, 109, 110, 112, 114, 126, 149, 248, 250, 251, 338, 347, 349, 350, 351
hareket zayıflığı 98
hemianopi 127
hemikraniya 22, 34-35, 52, 67, 245
Hemiplejik migren 137, 139
Heterokraniya 21
higroma 35
hipertansiyon 162-163, 325
hipoglisemi 185
hipotansiyon 45, 72
histeri 13, 24, 26, 199-200, 207, 267, 269-271, 332
holokraniya 22
Horner sendromu 45, 134, 136-137

I
idiyopati 25, 177

J
jamais vu 102, 107

K
karın migreni 43, 58, 60, 72, 75, 115, 175
katalepsi 26, 308
katapleksi 70, 72, 262
katarsis 183, 277
kırmızı migren 38, 46, 161
klasik migren 13, 15, 41, 47, 60, 62, 68, 74, 77, 79, 90, 103, 107, 110-111, 115-117, 121-123, 125-127, 136, 139, 140, 142-143, 157, 164-165, 168, 172-173, 175, 189, 190, 199, 207-209, 213, 239, 288, 296, 316-317, 322
kortikal alanlar / bulgular 109, 252
Küme Baş Ağrısı 133

L
laringospazm 67-68, 253
Lilliputvari görme 102, 110-111, 123
lökositoz 62

M
makropsi 102, 194, 250
melez nöbetler 123, 127, 257
Meniére hastalığı 74
menopoz 64, 164, 166, 202
menstrüel migren 44, 176
migralepsi 123, 129
Migren 13-17, 19-28, 31-36, 38-40, 42-43, 46-47, 50-51, 53-55, 57, 58, 62, 70, 77-79, 81, 83-84, 86-89, 92-94, 97-98, 102-107, 109, 112-113, 120-121, 125, 129, 133, 137, 139, 141, 145-147, 150, 153, 156, 158, 162, 164-165, 168-169, 171, 179, 184, 189, 193-195, 197-198, 202-203, 208, 210, 215-216, 223-224, 228, 230-231, 244, 247-249, 251-252, 254, 256-259, 264, 270, 276, 281-283, 287-289, 292, 298-301, 306, 311-312, 315-318, 323, 328, 337, 339, 341, 356-357, 362, 381, 383-385, 387
Migren Eşdeğerleri 31, 57
Migrenöz nevralji 32, 39, 133-134, 136-137, 164, 173, 175

N
narkolepsi 64, 70, 72, 182, 187-188, 262, 382
negatif skotom 83, 87, 90, 121, 127, 247, 371

O
Oftalmoplejik Migren 133, 139
otonom sinir sistemi 55
ödem 38, 73, 140, 144

P
Parestezi 114
parkinsonizm 55
prekordiyal migren 62, 66
prosopagnozi 106, 130

S
Sinematik görme 104
sinir sistemi 16, 22, 25, 27-28, 55, 188, 206, 229, 231, 250, 262, 379, 384
skotom 79, 83, 87-92, 94-95, 110, 113-121, 124, 127, 130, 132, 142, 146, 238, 247-250, 316, 341-342, 353, 355, 371-372, 387
T
takopsiya 83, 87
taşikardi 45

U
unsinat nöbetler 124
uyku 25, 28, 40-43, 50-51, 53-54, 63, 68, 72, 79, 91, 96, 134, 146, 149-150, 184, 186-187, 189-190, 235, 240, 247-248, 257-259, 262, 268, 301, 303-304, 308, 316, 319, 380, 382, 384

Ü
ülseratif kolit 73, 74

V
vertigo 20, 93

Y
yalancı migren 143

Migren, tarihin başlangıcından beri bilinen ve en az iki bin yıldan beri tanımlanan bir hastalık. Doktorlar ve migren uzmanları migrenin ortaya çıkış biçimlerini, özellikle de nöbet öncesinde beliren ve halüsinojenlerin etkilerini andıran görsel sanrı ya da auraları yüzyıllardır hayretle incelemelerine rağmen, hakkında az şey biliyorlar. Doktor Oliver Sacks *Migren*'de bu sanrıları ve beynin işleyişine dair ortaya koydukları gerçekleri, kaos teorisi ve sinirsel uyarım konusundaki son gelişmeleri de kullanarak açıklıyor. "Tuhaf bir cazibe merkezi" gibi davranıp sinir sistemini bir kargaşa içine çeken migren üzerinden, sinir sisteminin organizasyonuna olduğu kadar, doğanın öz-örgütlü sistemlerine de bir bakış sunuyor. Bunların ötesinde, Sacks, farklı migren türleri ile nöbetlerin tetikleyicileri üzerinde duruyor ve migrenin bireylerin hayatında oynadığı önemli rolleri gösteriyor.

Vakaları ve çağrışımlarını, tıp disiplini dışında kalanlar için de ilginç ve anlaşılır hale getirmesiyle tanınan Oliver Sacks, karmaşık ve şaşırtıcı nörolojik vakalara insancıl bir bakış açısıyla yöneliyor. *Migren*'de yalnızca uzmanlara ve hastalıktan mustarip olanlara değil, hastalıkla hiç tanışmamış olanlara da ilgi çekici bir okuma sunuyor.

Kapak resmi: Nahide Dikel

ISBN 978-975-08-1852-3