

Migrénes és tenziós fejfájásban szenvedő betegek betegségrepresentációja

ILLÉS Amanda, NAGY Beáta Erika

ILLNESS REPRESENTATION OF PATIENTS WITH MIGRAINE AND TENSION HEADACHE

Számos tudományos megfigyelés bizonyítja, hogy a különböző betegek a betegség lefolyásában és az ahhoz való alkalmazkodásban sokszor eltérő képet mutatnak, még ha a betegség közös is. Az eltérő reakciók mögött eltérő kognitív háttér húzódik meg, melynek tanulmányozása segíthet a betegek egyéni reagálásainak megértésében. 2007-ben egy fejfájós betegeken végzett kutatásban három tényezőnek a betegségrepresentációra gyakorolt hatását vizsgáltam: a betegség típusa, a betegség okának ismerete és a betegség fennállásának ideje. A betegek három csoportjával foglalkoztam: aura nélküli migrénesek, aurás migrénesek és tenziós fejfájósok. Különbségeket és összefüggéseket kerestem a csoportok betegségrepresentációjában. Munkánk során, a Magyarországon adaptált betegségrepresentációt mérő kérdőívet használtam, melyet két debreceni fejfájás-szakrendelés várójában vettem fel. Bár a kutatás során a legtöbb esetben nem találtunk szignifikáns összefüggést, bizonyos tendenciák levonhatóak a vizsgálatunkból. A betegségrepresentáció ismerete mentén tervezhetőbbé válna a fejfájós betegek pszichés megsegítése, pszichoterápiája, ezáltal javulhatna életminőségük.

It's been proven by many scientific observation that patients describe their diseases both in progression and adaptation in a different manner even though having a similar origin. The reason behind is the various cognitive background. The investigation of this cognitive function may help us understand patients personal reactions better. In 2007 I investigated the effect of three factors (type, understanding and duration of the disease) on illness representation in patients suffering from headache. The patients included were the following three groups: having migraine with aura, migraine without aura and patients with tension headache. I was looking for correlations and differences in disease representations. For this investigation I have used illness representation questionnaires translated and adapted to Hungarian population. The data were obtained in the waiting hall of two headache centres in Debrecen. Although there were no significant correlations in most of the cases, certain tendencies were observed. Understanding of disease representation could be very useful tool in psychological support, psychotherapy for the patients and it could improve their quality of life.

**pszichoszomatika, migrén,
tenziós fejfájás, betegségrepresentáció**

**psychosomatics, migraine,
tension headache, illness representation**

ILLÉS Amanda, dr. NAGY Beáta Erika: Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségügyi Központ, Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet, Klinikai és Egészségpszichológiai Tanszék/
University of Debrecen Faculty of Public Health Department of Behaviour Sciences;
H-4002 Debrecen, Böszörményi út 140. E-mail: tyepkov@gmail.com

Érkezett: 2014. március 12.

Elfogadva: 2014. december 8.

Az egészségpszichológiában nemrég megjelenő betegségrepresentáció fogalma a hangsúlyt az egyén betegségével kapcsolatos jelentésadási folyamatra helyezi. Az emberek a betegségeikből adódó problémák kezelése érdekében egyéni betegségrepresentációkat alkotnak, melyek később a személy megküzdési viselkedése alakításán keresztül befolyásolják a

fizikai és lelki jóllétet, a betegséghez való alkalmazkodást. Tudományos munkánkkal a manapság gyakori fejfájásos betegségek (migrén, tenziós fejfájás) hátterében álló betegségrepresentációt kívánom bemutatni.

A cikk témájáról egy sokakat érintő probléma szolgál. A fejfájás az egyike a leggyakoribb panaszoknak, mellyel az ideggyógyász vagy házior-

A betegség-reprezentáció ismerete mentén tervezhetőbbé válna a fejfájós betegek pszichés megsegítése, pszichoterápiája, ezáltal javulhatna életminőségük.

vos szembesül. Valamennyi országban népegészségügyi probléma. Magyarországon körülbelül egymillió migrénés él, Európában közel 43 millió. Nemzetközi vizsgálatok szerint a migrén prevalenciája 12% (Németország: 28%, Franciaország: 12%, Egyesült Királyság: 8%), Magyarországon az aura nélküli migrén esetén 7,6%, aurával járó migrén esetén 2%. A tenziós fejfájás előfordulási gyakoriságát 30%-ra ítélik (1). A tünetek változóak, de legtöbbször komolyan érintik az egyén mindennapjait. Fontos megérteni, hogy a beteg miként éli meg a betegségét, mik az elképzelései arról. Ugyanis mindez nagyobb befolyásoló erővel bír, mint ahogy azt korábban gondolták. Számos szakirodalom beszámol arról, mennyire hatásosnak bizonyultak különböző nem gyógyszeres terápiák, melyek valamely módon a beteg kognitív reprezentációját veszik figyelembe.

Fejfájás. A Nemzetközi Fejfájás Társaság a fejfájások két fő csoportját különítette el: másodlagos (tüneti) és elsődleges (önálló) fejfájások. Utóbbiak alkotják a fejfájások 90%-át. A migrén és a tenziós fejfájás szerkezetileg ép idegrendszeri működészavar miatt alakul ki (2). Bizonyos személyiségvonások halmozottan fordulnak elő fejfájásoknál, illetve számos diszfunkcionális attitűdöt állapítottak meg a fejfájós egyéneknél (3).

Mivel multifaktoriális betegségről van szó, csak komplex beavatkozástól várható eredmény. A nem gyógyszeres terápiák (relaxáció, imaginatív terápiák, biofeedback, kognitív terápiák) a gyógyszeres terápiák kiegészítéseként használatosak (4).

Bár a migrént és a tenziós fejfájást pszichés okokra nem vezetjük vissza, számos pszichés tényező szerepet játszik provokálásában (például stressz).

Migrén. Régóta ismert az emberiség számára, mégis, a migrén eredetére vonatkozó viták a mai napig fennállnak (5). A migrénnek alapvetően két típusa van:

- migrén aurával [a fejfájást neurológiai tünetek előzik meg (például látászavarok, testvázlatzavar, érzékszálódások, paraesthesiák)],
- migrén aura nélkül (neurológiai tünetek hiánya) (6).

A migrénés egyének gyerekként félénkek, magukba zárkózóak, engedelmesek, lelkiismeretesek, szenzitívek. Szüleik gyakran túl merevek, ami lázadást eredményezhet (7). A legtöbb irodalom hivatkozik a migrénesek agresszív feszültségére, az elfojtott agresszió szerepére. *Fromm* és *Reichmann* a háttérben megoldatlan ambivalenciát talált. Az illetőnek azért kell elfojtania agresszióját, mert családjában erős összetartás

jellemző, s az egymással ellenséges érzelmek nem lehetnek jelen. *Trowbridge* és munkatársai összegezték a korábban leírt migrénés személyiségvonásokat: rigiditás, szorongás, nehéz kontaktustermelés, az érzelmek kifejezésének zavara, döntésképtelenség, perfekcionizmus, féltékenységi, a kritika nehéz viselése (4). Úgy találták, képtelenek érzelmeket megnevezni, így megkönnyebbüléshez sem jutnak. A konfliktus által létrejött feszültséget pedig a fejfájásban vezetnek le (2). A migrénben szenvedőket *Lanzi* és munkatársai szerint is a düh és az agresszió elnyomása jellemzi (8). Számos kutató emelkedett szorongást és depressziót talált a migrénesek körében (8, 9). *Berghammer Rita* kutatások sorát végezte migrénesekkel. Bár vizsgálatait szelektált betegekkel végezte, nem az átlagpopulációból véletlenszerűen választott személyekkel, a különböző tesztek segítségével az alábbi megállapításait fogalmazta meg:

- a betegek 70%-át találta neurotikusnak,
- nagyfokú beszabályozottság,
- bizonytalanság, szenzitivitás,
- teljesítménymotiváció,
- impulzivitás,
- rossz kompromisszumkészség, alacsony toleranciaszint,
- a kötődés gyengülése, függetlenedési igény
- a dependencia és autonómia konfliktusa,
- fokozott szorongás,
- diszfunkcionális attitűdök, mint perfekcionizmus és
- negatív önértékelés jellemzi a migréneseket (4).

Tenziós fejfájás. A háziorvost leggyakrabban felkeresők a tenziós fejfájósok, akik mindennapos fejfájásuk kezelésére alkalmazott gyógyszer-szedésük következtében veszélyeztetettek a gyógyszerhosszúszokásra. *Friedman* és munkatársai tenziós vizsgálatok során azt találták, az eredetek 100%-ában emocionális faktorok vannak jelen (10). Fejfájásban szenvedő gyerekeket egészségesekkel összehasonlító vizsgálatában a tenziós gyerekek esetében több elvált szülőt és kevesebb kortárskapcsolatot találtak (11). A tenziós fejfájósok közös általános jegyei:

- magas szorongásszint,
- negatív önértékelés,
- diszfunkcionális attitűdök, mint elismertség és szeretettség igénye,
- hajlam a pszichés tünetképzésre,
- neurotikus vonások,
- kevesebb elhárítás – intenzívebben megélik a problémáikat,
- emelkedett pszichés tenzió, erős mentális kontroll, konvencionális,
- szociális dependencia,

- depresszív vonások,
- hangulati labilitás (ellenséges indulatok kontrollálására való törekvés, főként a családtagokkal szemben),
- elfojtott harag, düh, elégedetlenség, frusztrálás érzése (10–14).

Betegségeprezentáció

Az emberek eltérően viszonyulnak betegségeikhez, ugyanaz a betegség két egyéntől teljesen más értelmezést kaphat, ami pedig meghatározza a betegséggel kapcsolatos viselkedést és kezelést. Az egészségpszichológia kutatása tárgyává a betegségeprezentáció a 80-as években került. *Moscovici* úgy véli, a reprezentációk korában élünk, amikor az emberek nem a valóságra reagálnak, hanem az azzal kapcsolatos reprezentációkra (15). Ezek az értelmezések magyarázni igyekeznek az állapot okát, a megjelenés idejét, a kialakulását, lefolyását, súlyosságát, kezelését (16).

Leventhal és munkatársai négy faktort azonosítottak a betegségeprezentáció struktúrája kapcsán amit *Lau* és *Herman* kiegészített egy ötödikkel: identitás (a betegség meglétét vagy hiányát azonosító jegyek), idői lefolyás, észlelt okok, észlelt következmények, kontrollálhatóság (17). A betegségeprezentáció meghatározza az egyén betegséggel való megküzdését. Maga a betegségeprezentáció nagyobb prediktív erővel rendelkezik a jövőre vonatkozóan, mint maga a betegség súlyossága vagy a beteg szorongása. Döntő tényező, hogy a betegséget milyen jelentéssel ruházzuk fel, veszteségként, kihívásként éljük-e meg. Továbbá a betegségeprezentáció meghatározza a társuló hangulatzavar megjelenését is a kontroll és depresszió kapcsolata mentén (17, 18).

A fejfájás betegségeprezentációjának vizsgálata igen ritka. Fejfájós betegek interjúval történő vizsgálatából kiderül, a betegek úgy ítélik, az orvos nem tud nekik segíteni és a legtöbben nem értik betegségüket (19). Migrénés betegekkel végzett kutatásukban a szerzők megállapítják, az orvosi konzultáció legfőbb determinánsa a betegségeprezentáció (20). Fejfájásban szenvedő betegek rajzait vizsgálva számos összefüggést találtak a rajzok vonásai és a betegségeprezentáció faktorai között: a rajzon kívülről érkező fájdalomként feltüntetett ábrázolás együtt járt a stressznek tulajdonított okok feltételezésével. A sötétebb rajzok magasabb szorongást, a nagyobb méret negatív következmények megítélését és rosszabb érzelmi reprezentációt jeleztek (21).

A cikkünkben szeretnénk bemutatni a vizsgá-

latunk során megjelenő tenziós és migrénés betegekre jellemző betegségeprezentációkat. Bár a fejfájás tünete mindkét esetben meghatározó, mégis eltérő módon élük meg az egyének.

Módszer

A betegségeprezentáció mérésére a *John Weinman* és munkatársai által kifejlesztett, a betegségről alkotott sémák tanulmányozására szolgáló kérdőívet (IPQ-R) használtuk, melynek magyar nyelvű fordítása és adaptálása *Szabó-Bartha Anett* nevéhez köthető (22). Az eredeti kérdőív (IPQ) öt skálát tartalmaz, melyek a *Leventhal* által kidolgozott modell négy faktorára épülnek (identitás, idői lefolyás, a betegség feltételezett okai, a betegség feltételezett következményei) kiegészítve a *Hartman* által bevezetett ötödik tényezővel, a kontrollálhatósággal.

Az általunk használt IPQ-R az eredeti IPQ kérdőív egy módosított változata (1. melléklet). A kérdőívben szereplő dimenziók: identitás (tünetek azonosítása), idői lefolyás (akut/krónikus), idői lefolyás (ciklikusság), következmények, személyes kontroll, gyógyíthatóság, ok, betegségmegértés, érzelmi reprezentáció. A kérdőív három részből áll. A három részből álló kérdőív második részét használtuk fel vizsgálatunkban, hiszen a benne szereplő faktorok mentén végeztünk vizsgálatokat a két betegcsoportra vonatkozóan (22–24).

A kérdőív vizsgálatra használt része azt mutatja meg, miként vélekedik a beteg betegségről: egy ötfokú Likert-skálán kell bejelölnie, mennyire igaz az állítás az egyénre (egyáltalán nem értek egyet/nem értek egyet/egyet is értek, meg nem is/egyetértek/teljesen egyetértek). A kérdőív 38 állítást tartalmaz, mely hét faktor köré rendeződik. Vizsgálatunkban ezekre a faktorokra támaszkodtunk, méréseinket ezek mentén végeztük.

A vizsgálati személyek bemutatása

Pilot vizsgálatunkat különböző fejfájásban szenvedő egyénekkkel végeztük. Egészséges személyekkel nem történt tesztfelvétel, hiszen az általunk kutatott kérdések ezt nem tették indokoltá. Mind a migrénés (12 fő aura nélküli migrén, nyolc fő migrén aurával), mind a tenziósok csoportja 20 főt alkotott. A nők 85%-os aránya reprezentatív mintának mondható. Korukat tekintve főként 40 és 50 év közöttiek voltak az alanyok, de hasonló arányban szerepeltek az 50 év

A fejfájás az egyike a leggyakoribb panaszoknak, mellyel az ideggyógyász vagy háziorvos szembeesül.

1. melléklet. IPQ-R

A kérdőív első részében azt szeretném megtudni, hogyan látja Ön a betegségét. A következőkben olyan állításokat sorolok fel, amelyek az Ön betegségére vonatkozhatnak. Kérem, egy X segítségével jelölje meg, mennyire ért egyet a betegségére vonatkozó következő állításokkal!

A betegségéről alkotott véleménye	Egyáltalán nem értek egyet	Nem értek egyet	Egyet is értek, meg nem is	Egyetértek	Teljesen egyetértek
Feldúl, ha betegségemre gondolok.	☐	☐	☐	☐	☐
Attól tartok, hogy betegségem egész életemet végigkíséri.	☐	☐	☐	☐	☐
Ha betegségemre gondolok, lehangolttá válok.	☐	☐	☐	☐	☐
Betegségem időről időre hol javul, hol romlik.	☐	☐	☐	☐	☐
Betegségem komoly nehézséget okoz a hozzám közel állóknak.	☐	☐	☐	☐	☐
Betegségemnek súlyos anyagi következményei vannak.	☐	☐	☐	☐	☐
Sok mindent tudok tenni, hogy úrrá legyek tüneteimen.	☐	☐	☐	☐	☐
A betegség, amiben szenvedek, súlyosnak tekinthető.	☐	☐	☐	☐	☐
A betegségem lefolyása tőlem függ.	☐	☐	☐	☐	☐
A betegségem inkább állandó, mint átmeneti.	☐	☐	☐	☐	☐
Betegségem lefolyását egyáltalán nem lehet előre látni.	☐	☐	☐	☐	☐
Betegségem félelmet kelt bennem.	☐	☐	☐	☐	☐
Betegségem feldühít.	☐	☐	☐	☐	☐
A betegségem erősen befolyásolja azt, hogy mások hogyan látnak engem.	☐	☐	☐	☐	☐
A betegségem idővel javulni fog.	☐	☐	☐	☐	☐
A gyógykezelés, amit kapok, megfékezi betegségem kellemetlen következményeit.	☐	☐	☐	☐	☐
A kezelés segít megfékezni betegségemet.	☐	☐	☐	☐	☐
Betegségem aggodalommal tölt el.	☐	☐	☐	☐	☐
Betegségemet világosan látom és megértem.	☐	☐	☐	☐	☐
Kezelésem hatásos és hiszem, hogy meggyógyulok.	☐	☐	☐	☐	☐
Nem aggódom betegségem miatt.	☐	☐	☐	☐	☐
Betegségem számomra rejtély.	☐	☐	☐	☐	☐
Tüneteim napról napra nagymértékben változnak.	☐	☐	☐	☐	☐
A betegségem rövid ideig fog tartani.	☐	☐	☐	☐	☐
Tőlem függ az, hogy betegségem javul vagy romlik.	☐	☐	☐	☐	☐
Betegségem nincs jelentős hatással az életemre.	☐	☐	☐	☐	☐
Betegségem teljesen érthetetlen számomra.	☐	☐	☐	☐	☐
Megvan a lehetőségem arra, hogy változtassak a betegségemen.	☐	☐	☐	☐	☐
Betegségem gyorsan elmúlik.	☐	☐	☐	☐	☐
Betegségem következményei erősen kihatnak életemre.	☐	☐	☐	☐	☐
A betegségem hosszú ideig fog tartani.	☐	☐	☐	☐	☐
Semmi sem javíthatja állapotomat.	☐	☐	☐	☐	☐
Bármit is teszek, nem tudom befolyásolni a betegségemet.	☐	☐	☐	☐	☐
Értetlenül állok betegségem tünetei előtt.	☐	☐	☐	☐	☐
Betegségemet egyszerűen nem értem.	☐	☐	☐	☐	☐
Akármit is teszek, nem tudom befolyásolni betegségem kimenetelét.	☐	☐	☐	☐	☐
Tüneteim hol megjelennek, hol megszűnnek.	☐	☐	☐	☐	☐
Nagyon keveset tehetek betegségem javulása érdekében.	☐	☐	☐	☐	☐

felettiek és a 30–40 év közöttiek is. A minta többségét a nyolc általános iskolát vagy szakmunkásképzőt végzettek alkották, kisebb arányban vettek részt a diplomával rendelkezők (1. táblázat).

A vizsgálatban legnagyobb arányban azok a személyek szerepeltek, akiknek fejfájásos beteg-

sége 1–5 éve áll fenn (13 fő). Legkevesebben azok a betegek voltak, akik 15–20 éve élnek tüneteikkel együtt (két fő). Jól látható, hogy inkább olyan betegségekről van szó, ami krónikusabb lefolyású, aminek az egyén több éve szenvedője. Ugyanolyan megoszlásban szerepeltek azok, akiknek betegsége kevesebb, mint egy éve lépett

1. táblázat. A fejfájás típusa szerinti megoszlás

	Tenziós (fő)	Migrén aura nélkül (fő)	Migrén aurával (fő)
Férfi (fő)	5	–	1
Nő (fő)	15	12	7

2. táblázat. A minta megoszlása a betegség fennállásának ideje alapján

A betegség fennállásának ideje	Tenziós Gyakoriság (fő)	Migrén aura nélkül Gyakoriság (fő)	Migrén aurával Gyakoriság (fő)	Összesen Gyakoriság (fő)
kevesebb mint egy éve	5	4	1	5
1–5 éve	8	3	2	13
5–10 éve	2	3	2	7
10–15 éve	3	1	1	8
több mint 20 éve	2	1	2	7
összesen	20	12	8	40

fel, mint azok, akik több mint 20 éve szenvednek tüneteiktől (öt fő) (2. táblázat).

Vizsgálatunkat 2007-ben Debrecenben a VESZ Neurológiai Szakrendelés és Fejfájás Gondozás rendelőjében, illetve a Kenézy Gyula Kórház Rendelőintézetének Fejfájás Ambulanciáján folytattam a szakorvos által előzetesen diagnosztizált betegekkel. Kutatásunk etikai engedéllyel rendelkezett.

Az eredmények elemzése során a klasszikus tesztelmelet módszereit alkalmaztuk; az eredmények statisztikai értékeléséhez az SPSS 11.5 statisztikai programot használtuk.

Eredmények

Bár a kutatás során a legtöbb esetben nem találunk szignifikáns összefüggést, bizonyos tendenciák levonhatóak a vizsgálatunkból. Ezeket az alábbiakban ismertetjük.

A betegségrepresentációt mérő kérdőív hét faktorának átlagértékeit a két betegségstípus mentén a 3. táblázat mutatja. A legalacsonyabb értéket a személyes kontroll faktorában figyelhetünk meg, ami arra enged következtetni, mind a tenziós, mind a migrénes fejfájásban szenvedők betegségüket kontrolljukon kívül állónak tartják. A migrénesek betegségüket hosszabb távúnak és súlyosabb következményekkel járóknak vélik. A migrénesek betegségüket kevésbé értik meg, szemben a tenziósokkal. Ez érthető, hiszen a migrénnek számos különös és furcsa tünete van. A vizsgálat során több beteg beszámolt arról, hogy rosszulléteikkor látászavar és zsibbadás van jelen. Ezek okaira legtöbbször nem kapnak választ kezelőorvosuktól. A migrénesek betegsége

gük gyógyításában kevésbé hisznek, mint a tenziósok. Ez összefüggésben állhat azzal, hogy sok migrénes már évek óta küzd betegségével és megtapasztalhatta a számos kipróbált gyógyszer hatástalanságát. Sok esetben a migrénes betegek az orvostól is elfordulnak és feladják a hitüket gyógyulásukkal kapcsolatban. Ráadásul sokuk az okát sem tudja tünete rendszeres megjelenésének, vagy hogy mi állhat furcsa betegsége hátterében. Azt tapasztalhatja, hogy bármit is tesz, az nem segít, tünetei előbb-utóbb felbukkannak. Ezzel szemben a tenziós betegek nagyobb része sokszor tudja, hogy fejfájása stresszes életével hozható kapcsolatba.

Így elméletileg az egyénnek lehetőség adódik fejfájása elkerülésére. Továbbá a tenziósok esetében az aktuális fejfájás gyakran orvosolható egy-egy fájdalomcsillapító bevitelével. Ezáltal tüneteiket gyógyíthatóbbnak vélheti.

A migrénesek kevésbé negatív érzelmi viszonyulásának egyik magyarázata az lehet, hogy a migrén sok esetben már több mint tíz éve jelen van a beteg életében. Elképzelhető, hogy az egyén már megtanult tüneteivel együtt élni, s számára már nem annyira aggasztó betegsége. Ezzel szemben a tenziós fejfájásoknál a tünetek megjelenése viszonylag a közelmúlta tehető. Az egyént sokszor aggodalom tölti el, hogy hirtelen fellépő, gyakran mindennapos fejfájásának valami komoly az oka (daganattól való félelem).

A személyes kontroll faktorában a két csoport között szignifikáns eltérés figyelhető meg ($p=0,002$). A migrénes csoport átlaga alacsonyabb lett (2,233). Ebből arra következtetünk, hogy a migrénesek kevésbé érzik kontrollálhatónak betegségüket. Ahogy telik az idő, az egyén egyre több rosszullétet él át, s azt tapasztalja,

Fejfájós betegek interjúval történő vizsgálatából kiderül, a betegek úgy ítélik, az orvos nem tud nekik segíteni és a legtöbben nem értik betegségüket.

3. táblázat. Migrénes és tenziós betegek betegségrepresentációjának összehasonlítása T-próbával

	Fejfájás típusa	n	Átlag	Szórás	t	df	p
Idői lefolyás (akut/krónikus)	tenzió	20	3,3417	0,65220	-0,447	38	0,657
	migrén	20	3,4500	0,86535			
Idői lefolyás (ciklikusság)	tenzió	20	3,3000	0,60481	-1,247	38	0,220
	migrén	20	3,55	0,66193			
Következmény	tenzió	20	2,8000	0,95299	-0,687	38	0,496
	migrén	20	2,9833	0,71717			
Személyes kontroll	tenzió	20	2,9917	0,71221	3,397	38	0,002
	migrén	20	2,2333	0,69962			
Gyógyíthatóság	tenzió	20	3,2700	0,65623	1,189	38	0,242
	migrén	20	2,9700	0,91829			
Betegségkoherencia, megértés	tenzió	20	3,0500	1,02572	0,727	38	0,472
	migrén	20	2,8100	1,06123			
Érzelmi reprezentáció	tenzió	20	3,1500	1,10276	0,342	38	0,734
	migrén	20	3,0417	0,88832			

4. táblázat. Aurás és aura nélküli betegek betegségrepresentációjának összehasonlítása T-próbával

	Fejfájás típusa	N	Átlag	Szórás	t	df	p
Idői lefolyás (akut/krónikus)	migrén aura nélkül	12	3,4444	0,80193	-0,034	18	0,973
	migrén aurával	8	3,4583	1,01085			
Idői lefolyás (ciklikusság)	migrén aura nélkül	12	3,5000	0,65713	-0,405	18	0,691
	migrén aurával	8	3,6250	0,70711			
Következmény	migrén aura nélkül	12	3,0694	0,77674	0,648	18	0,525
	migrén aurával	8	2,8542	0,64511			
Személyes kontroll	migrén aura nélkül	12	2,1667	0,68165	-0,512	18	0,615
	migrén aurával	8	2,3333	0,76116			
Gyógyíthatóság	migrén aura nélkül	12	2,9667	0,81724	-0,019	18	0,985
	migrén aurával	8	2,9750	1,11323			
Betegségkoherencia, megértés	migrén aura nélkül	12	2,7500	0,93079	-0,302	18	0,783
	migrén aurával	8	2,9000	1,29615			
Érzelmi reprezentáció	migrén aura nélkül	12	2,8194	0,64924	-1,405	18	0,235
	migrén aurával	8	3,3750	1,12599			

tüneteinek nem tud úrrá lenni. Amint az első tünet megjelenik, attól kezdve a roham lezajlik, gyakorlatilag szinte semmit sem lehet tenni. A rohamgyógyszerek nem mindenkinél hatásosak. Előbb-utóbb az egyén azzal találja magát szemben, a roham egyszer csak jön és ő olyankor kénytelen kivárni, míg az elmúlik és egyebet nem nagyon tehet.

A 4. táblázat segítségével a migrén két típusában megjelenő különbségeket láthatjuk. A migrén aurás típusában szenvedő egyénekből beteg-

ségük negatívabb érzelmeket vált ki. Az eltérő érzelmi reakciók mögött az állhat, hogy a migrén aurás típusa sokszor ijesztőbb tünetekkel jár együtt, mint az aura nélküli migrén. Az aura tünetei gyakran teljes mértékben érthetetlenek a beteg számára. Az ismétlődő rosszulletek következtében a betegség lassan önálló, sajátos teret tölt be az ember életében. Sokszor már a rohamok gondolata is aggodalommal tölti el az egyént. A migrén aurás típusát megelőző személyek betegségüket kontrollálhatóbbnak érzik,

mint azok a migrénesek, akiknek nincsenek jelen az aurajelenségek. Ennek egyik magyarázata az lehet, hogy az aurás migrénesek esetében rendszerint a rohamok egy „forgatókönyv” szerint zajlanak. Az egyes rosszullétek nagyon hasonlóak, a több évi tapasztalás után a beteg már tudja, melyik tünet után melyik másik tünet várható. Ezáltal amint jelentkezik a roham első jele, onnan kezdve a beteg már tudja, mire számíthat. Sok esetben, az egyénben a rohamokról egy jól kiforrott kép él; ezáltal a személy úgy vélheti – mivel tüneteit ismeri és tudja, hogy mi után mi következik –, hogy a betegség kontrollálására képes.

Az aurás migrénben szenvedők betegségüket jobban megértik és átlátják az aura nélküli migréneseikkel összevetve. A látászavar alkalmával a legkülönbözőbb tünetekről számolnak be a betegek, illetve az aura egyéb jellemzői – mint a zsibbadás, testvázlat zavar, érzéksalódások – sem ritkák ezeknél a betegeknél. Ennek következtében várható lett volna, hogy azok a betegek, akiket ezek a furcsa tünetek gyötörnek, nem annyira értik tüneteiket. Azonban ezzel ellenkező adatok születtek a vizsgálat során. Ennek egyik magyarázata lehet, hogy amikor az egyén találkozik a migrén aurás típusával, ami ilyen furcsa tünetekkel jár, az egyén inkább hajlamos utánaolvasni betegségének; a tünetekre kézenfekvő magyarázatot adhat az adott neurológus is, aki ha érthető nyelven, laikus számára felfoghatóan magyaráz, a beteg átláthatja a háttérben húzódó tényezőket, az összefüggések nyilvánvalóvá válhatnak (például az összeszűkültek erek és a zsibbadás kapcsolata).

5. táblázat. A tünetek okának ismerete a betegség típusát nézve

	Ismeri az okot (fő)	Nem ismeri az okot (fő)
Tenziós	12	8
Migrén aurával	2	6
Migrén aura nélkül	4	8
Összesen	18	22

A fejfájás okának ismerete és a betegségrepresentáció összefüggése

A vizsgálatban részt vevő betegek közül 18 fő volt, aki ismerte a betegsége okát. A tenziós fejfájások nagyobb hányada meg tudta nevezni, mik lehetnek tünetei háttérében, a migrénesek nagyobb része nem tudott arról beszámolni, mi váltja ki rohamait (5. táblázat). A hét faktor egyikeben sem találtunk szignifikáns eltérést a két csoportra vonatkozóan, vagyis ennek alapján az, hogy az egyén képes megnevezni betegsége okát, nem meghatározó a betegségrepresentációjának tekintetében (6. táblázat).

A betegség fennállásának ideje és a betegségrepresentáció

Az összefüggés vizsgálatához korrelációs mátrixot végeztünk (7. táblázat); bár a vizsgált skálák között szignifikáns összefüggést nem találtunk, bizonyos tendenciák megjelentek. Minél régebb óta él együtt az egyén betegségével, annál kevés-

A gyógyíthatóságfaktor tekintetében azok, akik több mint 20 éve betegek, gyógyíthatóbbnak vélik betegségüket, mint azok, akik 10-20 éve betegek.

6. táblázat. Az okok ismeretének függvényében (ismert – nem ismert) T-próba a betegségrepresentációban meglevő különbségek kimutatására

	Tudja-e mi váltja ki betegségét?	n	Átlag	Szórás	t	df	p
Időí lefolyás (ciklikusság)	igen	18	3,2361	0,39735	-0,121	38	0,905
	nem	22	3,5795	0,75745			
Következmény	igen	18	3,0741	0,87302	-1,735	38	0,091
	nem	22	2,7424	0,79637			
Személyes kontroll	igen	18	2,7222	0,84598	1,255	38	0,217
	nem	22	2,5227	0,75993			
Gyógyíthatóság	igen	18	3,0667	0,66510	0,785	38	0,437
	nem	22	3,1636	0,91263			
Betegségkoherencia, megértés	igen	18	2,9222	1,07624	-,376	38	0,709
	nem	22	2,9364	1,02982			
Érzelmi reprezentáció	igen	18	3,1019	0,98043	-0,042	38	0,966
	nem	22	3,0909	1,02059			
Időí lefolyás (akut/krónikus)	igen	18	3,3796	0,80603	0,034	38	0,973
	nem	22	3,4091	0,73594			

7. táblázat. Korrelációs mátrix a betegség fennállásának ideje és a betegségreprezentáció faktorai között

		Idősi lefolyás (akut/krónikus)	Idősi lefolyás (ciklikusság)	Következmény	Személyes kontroll	Gyógyít- hatóság	Betegség- koherencia	Érzelmi reprezentáció
Idősi lefolyás (akut/ krónikus)	Pearson-korreláció	1	-0,085	0,370*	-0,361*	0,278	-0,450**	0,109
	p		0,602	0,019	0,022	-0,082	0,004	0,501
	n	40	40	40	40	40	40	40
Idősi lefolyás (ciklikusság)	Pearson-korreláció	-0,085	1	-0,006	0,164	0,388*	-0,122	0,269
	p	0,602		0,973	0,311	0,013	0,452	0,094
	n	40	40	40	40	40	40	40
Következ- mény	Pearson-korreláció	0,370*	-0,006	1	-0,403**	-0,177	-0,483**	0,633**
	p	0,019	0,973		0,010	0,274	0,002	0,000
	n	40	40	40	40	40	40	40
Személyes kontroll	Pearson-korreláció	-0,361*	0,164	-0,403**	1	0,614**	0,600**	-0,165
	p	0,022	0,311	0,010		0,000	0,000	0,309
	n	40	40	40	40	40	40	40
Gyógyít- hatóság	Pearson-korreláció	-0,278	0,388*	-0,177	0,614**	1	0,550**	-0,082
	p	0,082	0,013	0,274	0,000		0,000	0,617
	n	40	40	40	40	0	40	40
Betegség- koherencia	Pearson-korreláció	-0,450*	-0,122	-0,483**	0,600**	0,550**	1	-0,534**
	p	0,004	0,452	0,002	0,000	0,000		0,000
	n	40	40	40	40	40	40	40
Érzelmi reprezentáció	Pearson-korreláció	0,109	0,269	0,633**	-0,165	-0,082	-0,534**	1
	p	0,501	0,094	0,000	0,309	0,617	0,000	
	n	40	40	40	40	40	40	40
Betegség jelentkezésé- nek ideje	Pearson-korreláció	0,224	0,005	0,157	-0,155	-0,084	-0,072	-0,026
	p	0,165	0,975	0,334	0,340	0,606	0,658	0,874
	n	40	40	40	40	40	40	40

bé gondolja betegségét ciklikusnak, kontrollja alatt állónak, gyógyíthatónak és annál kevésbé negatívak érzelmei, s annál kevésbé érthetőek számára tünetei. A betegség meglétének ideje és a tünetek megértése közötti Pearson-korreláció értéke 0,72, ami erős összefüggésnek tűnik, azonban a hozzá tartozó szignifikanciaszint 0,05 feletti, tehát a kapcsolat nem szignifikáns. Azok a betegek, akik régebb óta élnek tüneteikkel, kisebb mértékben élnek át negatív érzelmeket, mint azok a betegek, akiknek tüneteik nem olyan régen jelentkeztek (negatív a Pearson-korreláció értéke). Ez magyarázható a betegséghez való hozzászokással, megbarátkozással. Ahogy fentebb említettük, ezek az összefüggések csak egyfajta tendenciát mutatnak, a szignifikancia egyik esetben sem érte el a kívánt értéket (0,05).

A következmények faktora és a betegség fennállásának ideje között egy fordított U alakú összefüggést láthatunk. Vagyis amikor a tünetek még új keletűek a betegek nem tartják annyira súlyos következményekkel járónak azokat, hiszen még ekkor sok esetben nem is fordulnak orvoshoz, mondván, hogy a fejfájás akár csak a kimerültség jele. Azok az egyének, akik már több mint 20 éve betegek, szintén nem vélik olyan súlyosnak tüneteiket. Ez magyarázható azzal, hogy mivel már több alkalommal voltak

rosszulléteik, rohamaik, megtanultak azzal együtt élni, s többször tapasztalták, a rohamok előbb-utóbb elmúlnak. A személyes kontroll faktor esetében megfigyelhetjük, a migrénes és tenziós fejfájások, amikor még rövid ideje betegek, kontrollálhatóbbnak tartják betegségüket, csakúgy, mint azok, akiket már több mint 20 éve kísérnek fejfájásos rosszullétek. Ez szintén magyarázható a kezdeti tudatlansággal, illetve a több éves tapasztalattal.

A gyógyíthatóságfaktor tekintetében azok, akik több mint 20 éve betegek, gyógyíthatóbbnak vélik betegségüket, mint azok, akik 10-20 éve betegek. Elképzelhető, hogy van egy szakasz, amikor a betegek beletörődnek tüneteikbe, az orvostól is elfordulnak, s úgy gondolják, az ő tüneteiken semmi sem segíthet. Talán később, mikor más betegségek is jelentkeznek, az egyén újból felkeresi orvosát, és újból próbálkozik. Illetve a migrén esetében – mint a szakirodalmi összefoglalóban említettük – a korral változások állhatnak be. Talán a tünetek ritkulnak, a korábban meglevő aurás jelenségek megszűnnek, s a beteg gyógyíthatónak véli betegségét. A betegség megértése faktor esetén azt láthatjuk, a kezdeti meg nem értést követően a beteg kezd tisztában lenni tüneteivel. Ez lehet az az időszak, amikor az egyének orvosokhoz fordulnak, akik

magyarázatot adnak az érthetetlen tünetekre. Különböző gyógyszerek segítségével bízunk ilyenkor a beteg. Majd miután azok nem hatásosak, ismét értetlenül áll tünetei előtt. A több évi tapasztalat után egyre kezdi belátni a betegségé háttérében álló jelenségeket; talán olvasnak azokról, több orvoshoz is elmennek, így több felől kapnak furcsa tünetekre magyarázatot.

Az érzelmi reprezentáció faktor esetében megfigyelhetjük, bár kezdetekben az egyént aggasztja és feldúlja fejfájása, miután 20 éve tünetivel él, már kevésbé negatívak betegséggel kapcsolatos érzelmei.

Megbeszélés

A vizsgálatba bevont 40 fő nagyon kevés ahhoz, hogy a tőlük nyert adatokból szignifikáns összefüggést kapva messzemenő következtetéseket vonhassunk le, illetve mintánkban az életkori különbségek is nagyok voltak. Így kutatásunk további szakaszában igyekszünk a kérdést nagyobb számú mintán megvizsgálni. Mindenképp hasznosnak gondoljuk a vizsgálat nagyobb elemszámmal való megismétlését, hiszen meggyőződésünk, hogy a betegségek közötti eltérések megmutatkoznak a betegség-

hez való viszonyulásban. Az iskolai végzettség szerint sem volt reprezentatív a minta, a betegek többsége általános iskolai végzettséggel rendelkezett, a diplomás réteg nem volt képviselve. Elképzelhető, hogy a nem eléggé kontrollált változók – életkor, iskolai végzettség – nagyobb hatást fejthetnek ki a betegségeprezentációra nézve, mint maga a betegség. Vizsgálatunk további részében a fejfájás gyakoriságát, illetve a fejfájás erősségét is bevonjuk potenciális befolyásoló tényezőként.

A jövőre nézve informatívnak találjuk a beteg egyén és a közvetlen környezetében élő egyének betegségeprezentációinak összevetését. Ennek mentén az esetleges eltérésekre fény derülhetne; fontos, hogy a beteg környezetében élők megértsék a kellemetlen tünetekkel élő egyén betegségét, s ne például „hisztériának” minősítsék. Tudván, hogy mind a migrén, mind a tenziós fejfájás Magyarországon súlyos méreteket ölt, illetve mindkét betegség kapcsolatba hozható különböző pszichés tényezőkkel, fontos lenne azok nem csak orvosi, hanem klinikai szakpszichológiai ellátása is. A két betegség esetében nem feltétlen a gyógyszeres kezelés az egyetlen elfogadható megoldás. A megfelelő pszichés gyógyítás eléréséhez azonban először fel kell tárni a beteg tüneteire való viszonyulását.

Vizsgálatunk további részében a fejfájás gyakoriságát, illetve a fejfájás erősségét is bevonjuk potenciális befolyásoló tényezőként.

Irodalom

1. Bánk J, Márton S. Hungarian migraine epidemiology. *Headache* 2000;40:164-9.
2. Baran B, Bódi M. A fejfájás pszichoszomatikus megközelítése. *Családorvosi Fórum* 2003;1:45-9.
3. Berghammer R, Csoboth Cs, Purebl Gy, Szedmak S. A gyakori fejfájások előfordulása és összefüggései pszichoszociális tényezőkkel fiatal nőknél. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 1999;10/1(3-4):41-4.
4. Berghammer R. A migrén pszichoszomatikája. In: Szendi G (szerk.). Migrén. Magartartástudományi füzetek 5. Budapest: Végeken Alapítvány; 1997. p. 15-52.
5. Tajti J, Vécsei L. Migrén. In: Vécsei L (szerk.). Fejfájás: Válogatott fejezetek. Szeged: B + V Lap és Könyvkiadó Kft.; 2002. p. 105-26.
6. Jelencsik I. Migrén-ritka kórkép vagy népbetegség? *Kórház* 1996; III(8):2-6.
7. Serratrice G. A migrén. Budapest: Akadémia Kiadó; 1990.
8. Lanzi G, Zambrino C, Ferrari-Ginevra O, Termine C, D'arrigo S, Vercelli P, et al. Personality traits in childhood and adolescent headache. *Cephalalgia* 2001;21(1):53-60.
9. Powers SW, Patton SR, Hommel KA, Hershey AD. Quality of life in childhood migraines: clinical impact and comparison to other chronic illnesses. *Pediatrics* 2003;112(1):496-514.
10. Gesztelyi Gy. Primer fejfájások és depresszió. *Orvosi Hetilap* 2004;145(48):2419-24.
11. Mazzone L, Vitiello B, Incorpora G, Mazzone D. Behavioural and temperamental characteristics of children and adolescents suffering from primary headache. *Cephalalgia* 2006;26(2):194-201.
12. Berghammer R. Különböző típusú fejfájásban (migrén, tenziós és cluster típusú fejfájás; szenvedő betegek pszichoterápiája. *Pszichoterápia* 1996;V(4):249-59.
13. Bozsik Gy. Tenziós jellegű fejfájás. In: Barabás Z (szerk.). Fejfájás. Budapest: Literatura Medica Kiadó; 1994. p. 153-72.
14. Szok D, Tajti J, Vécsei L. A tenziós típusú fejfájás. In: Vécsei L. (szerk.). Fejfájás: válogatott fejezetek. Szeged: B + V Lap-és Könyvkiadó Kft.; 2002. p. 13-72.
15. Csabai M, Molnár P. Egészség, betegség, gyógyítás. Budapest: Springer Orvosi Kiadó Kft.; 1999.
16. Helman CG. Kultúra, egészség, betegség. Budapest: Medicina Kiadó; 2003.
17. Holics A. A betegség-reprezentációk az egészségpszichológiai kutatásban I. A betegség-reprezentációk természete. *Alkalmazott Pszichológia* 2003;V(2):27-41.
18. Holics A. Betegség-reprezentációk az egészségpszichológiai kutatásban II. Betegség-reprezentációk és megküzdés. *Alkalmazott Pszichológia* 2004;VI(3):55-74.
19. Peters M, Abu-Saad HH, Vydelingum V, Dowson A, Murphy M. The patients' perceptions of migraine and chronic daily headache: a qualitative study. *The Journal of Headache and Pain* 2005;6(1):40-7.
20. Lantéri-Minet M, Massiou H, Nachit-Quinekh F, Lucas C, Pradalier A, Radat F, et al. The GRIM2005 study of migraine consultation in France I. Determinants of consultation for migraine headache in France. *Cephalalgia* 2007;27:1386-97.
21. Broadbent E, Niederhofferb K, Haguac T, Cortera A, Reynolds L. Headache sufferers' drawings reflect distress, disability and illness perceptions. *Journal of Psychosomatic Research* 2009;66:465-70.
22. Bartha A. Betegség percepció kérdőív, és ami mögötte van. *Alkalmazott Pszichológia* 2005;VII(1):50-73.
23. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research* 2006;60:631-7.
24. Hagger MS, Orbell S. A confirmatory factor analysis of the revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R; in a cervical screening context. *Psychology and Health* 2005;20(2):161-73.