

A betegség-reprezentáció feltárása migréneselek körében

Jelige: Princess

Tartalomjegyzék

Az egészségpszichológia kialakulása	3
A betegség-reprezentáció	4
A betegség címkéi	4
Következmények észlelése	5
Idői lefolyás	5
Feltételezett okok	6
Kontrollálhatóság	6
Önszabályozási modell	7
Illness Perception Questionnaire (IPQ)	8
Az IPQ-R kérdőívet használó néhány vizsgálat bemutatása	9
A betegség-reprezentáció mérésének egyéb módszere	11
A migrén	12
A migrén pszichés háttere	13
A kutatás célkitűzése	14
Módszer	14
Pozitív és negatív affektivitás (PANAS)	15
Szomatoszenzoros amplifikáció skála (SSAS)	15
Eredmények	16
Megvitatás	18
Felhasznált irodalom	20

Az egészségpszichológia kialakulása

Az egészségpszichológia kialakulását megelőzően, a II. világháború utáni időszakig, szinte csak a klinikai pszichológia volt jelen az egészségügyben, ami főként a mentális betegségekre fókuszál. Ezt az önkorlátozó tevékenységet többen megkritizálták az elmúlt évtizedekben. Millon szerint kifejezetten rossz irányba vitte a klinikai pszichológiát ez a beszűkült érdeklődés, amely mind a beteget, mind az egészséggondozást illogikus szegmensekre bontja. (Kulcsár, 2002)

Sokan - egészségügyi dolgozók és pszichológus egyaránt - nem is tudták elképzelni pszichológus jelenlétét a nem pszichiátriai osztályokon. Nem is szívesen vállaltak testi betegséggel küzdőket terápiára, mondván, annak az embernek „valódi” baja van. Ezzel kettéválasztották az embert testre és lélekre, amely sokáig nem találta meg a maga egységét sem a pszichológiában sem az orvostudományban, legalábbis a nyugati kultúrán belül. (Kulcsár, 2002)

Az első olyan megközelítés, ami pszichológiai okokat feltételez bizonyos betegségek hátterében, az a pszichoszomatika. A szorongás és a distressz szerepét emelte ki kezdetben, de csak bizonyos betegségek magyarázására terjedt ki, mint pl. hipertónia, gyomorfekély, sokízületi gyulladás stb. Később fokozatosan hangsúlyossá váltak a szociális és gazdasági tényezők is, így végül megszületett a biopszichoszociális modell. Ez a megközelítés már magában foglal biológiai, pszichológiai és szociális tényezőket, amelyek egységes rendszert alkotva állandó kölcsönhatásban állnak egymással. (Kulcsár, 2002)

E fogalom megalkotása – mely Engel (1977) nevéhez köthető – paradigmaváltás is egyben, hiszen megteremtette az egységes szemléletű gyógyítás alapjait, amely magában foglal minden betegséget. Erre azért is volt szükség, mert fokozott igény jelentkezett a betegek részéről a magas technikai szintű ellátás mellett, a kielégítő orvos-beteg kapcsolatra. (Csabai és Molnár, 2009)

Az azóta önálló pszichológiai ágazattá vált egészségpszichológia követői, az egészség elérésére és megtartására helyezik a hangsúlyt és ebben az ember viselkedésének fontos szerepét hirdetik. Hat fő témakört, alkalmazási területet foglal magában: 1. viselkedéses rizikófaktorok; 2. egészség viselkedéses megőrzése; 3. egészséggel és betegséggel kapcsolatos nézetek; 4. kommunikáció, döntéshozatal, együttműködés; 5. kezelés környezete; krónikus és haldokló betegek pszichológiai problémái. (Csabai és Molnár, 2009) A

továbbiakban a hármas pontba sorolandó, de bármely területhez szorosan kapcsolódó egészségpszichológiai fogalmat mutatok be, a betegség-reprezentációt.

A betegség-reprezentáció

A nyugati kultúrában az egészség a norma, így a betegséggel kapcsolatos vélekedések is az egészség kontextusában fejeződnek ki. Felmerül a kérdés, hogy akkor pontosan mit is nevezünk egészségnek? Ennek megválaszolására több megközelítés is született. Lau (1995) pl. miután fiatal felnőtteket kérdezett arról, hogy „Számukra mit jelent egészségesnek lenni?”, azt találta, hogy több dimenzióba sorolhatóak az erről alkotott hiedelmek, és az emberek pozitív definícióval rendelkeznek, nem csak a betegség hiányaként értelmezik azt. További kutatások (Hays és Stewart, 1990; valamint Normandeau és mtsai. 1998; Schmidt és Frohling, 2000) megmutatták, hogy a krónikus betegek és a gyerekek is multidimenzionálisan gondolkodnak az egészségről.

Levental, Meyer és Nerenz (1980) vezették be a fogalmat, és kezdték el a betegség-reprezentációval kapcsolatos kutatásokat. A kiindulópontjuk az a megfigyelés volt, ami szerint aktív problémamegoldóként lépünk fel betegségeinkkel, tüneteinkkel szemben, melyet előzetes tapasztalataink, tudásaink és értelmezéseink irányítanak. Ezen összetevők sémákba rendeződve segíthetik, de akár gátolhatják is a megküzdést és a betegség megértését (Reinhardt, 2007), vagyis általában az egészségmagatartást és a teljes végkimenetet.

Krónikus betegségben szenvedő személyekkel végzett strukturálatlan interjúk segítségével több betegség-reprezentációs dimenziót különítettek el: 1. konkrét tünetek, címkék, 2. következmények észlelése, 3. idői lefolyás, 4. feltételezett okok. Továbbá Lauék, egy ötödik dimenziót is elkülönítettek, ami a gyógyulás feltételezett eszközeit foglalja magába. (Reinhardt, 2007)

A betegség címkéi

Ha egy betegséget próbálunk körülírni, általában a tünetek mentén magyarázzuk azt, vagyis a címke szorosan kapcsolódik a tünetekkel. Ha egy nem tipikus tünetet észlelünk, egyből próbáljuk kötni valamilyen betegséghez a meglévő betegség-reprezentációink közül. A betegségekről alkotott hiedelmeink ilyen módon prototípikus struktúrákba rendeződnek; minél több tünetünk egyezik egy általunk feltételezett betegséggel, annál valószínűbb, hogy azzal fogjuk azonosítani. Ám előfordul, hogy egy tünetet, vagy tünetcsoportot több címkéhez is kötünk, ami nehezíti az azonosítást, sőt az is előfordul, hogy egy betegséghez más-más

tünetet kötnek a különböző személyek. Gonder-Frederick és mtsai (1986) vizsgálata megmutatta például, hogy a cukorbetegségeknél nagyon eltérő vélekedések vannak a vércukorszint változásához köthető tünetekről. Cameron és mtsai (1995) egy lakossági felmérésben pedig azt találták, hogy egy új, súlyosnak tűnő tünetet általában a stressznek tulajdonítanak az emberek, szemben organikus eredetű betegségekkel, kiváltképp akkor, ha egy stresszes időszakon vannak túl. (Cameron és Moss-Morris, 2010)

A fenti jelenség fordítva is működik. Ha diagnosztizálnak nálunk egy betegséget, akkor egyből elkezdjük keresni a betegségtörténetünkben az általunk hozzá kapcsolható tüneteket. Ez a művelet rossz eredményre is vezethet minket. Vannak olyan betegségek, amelyek különösebb tüneti megnyilvánulással nem rendelkeznek, ilyen pl. a magas vérnyomás. Az emberek mégis előszeretettel kötik össze azt specifikus testi panaszokhoz. (Bauman és Leventhal, 1985; Cameron és Moss-Morris, 2010)

Az eddigiek alapján látjuk mennyire fontos a betegség-reprezentáció első dimenziója, a címke és az ahhoz kapcsolódó tünetek. Meghatározza pl. a tünetmegjelenés és az orvoshoz való fordulás között eltelt időt (French és mtsai., 2006; Cameron és Moss-Morris, 2010). Gondoljunk csak bele, ha a legtöbb új tünetünket következetesen a stresszel kötjük össze, az mennyire megnyújthatja ezt az időt, akár egy komoly betegségnél is. Továbbá egy orvos által kapott diagnózis pszichésen felerősíthet bennünk olyan testi érzeteket, amiket tévesen a betegséggel kötünk össze.

Következmények észlelése

A következmények észlelése dimenzió alatt azt értjük, hogy a betegséggel kapcsolatos hiedelmeink, milyen hatást jósolnak fizikai, szociális és pszichés jóllétünkre. Pl. a migrén visszaveti a munkahelyi, vagy iskolai teljesítésünket és határokat szab annak, hogy mennyit járunk társaságba. (Cameron és Moss-Morris, 2010) Elképzelhető az is, hogy egy betegség pozitívan hat az egyénre, elkezd pl. jobban, tudatosabban odafigyelni az egészségére, vagy elkerüli a kockázattal bíró tevékenységeket.

Idői lefolyás

Egy betegség idői lefolyását tekintve egyértelműen beszélhetünk rövid-, illetve hosszú ideig tartóról, vagyis akutról és krónikusról; a tünetek jelentkezését, azok bejósolhatóságát tekintve pedig ciklikusságról.

Egy krónikus betegség okozta változásokhoz, általában jól lehet alkalmazkodni. Sőt közel azonosnak érzélik életminőségüket a betegek az egészségesekhez képest, szemben az orvosokkal, vagy a környezetükkel. Ezt természetesen befolyásolja a személyes hatékonyság érzése (pl. Látjuk-e előre a tünetek jelentkezését? Tudunk-e ellene tenni?), amely meghatározza a megfelelő magatartásforma kialakítását. (Tiringer, Varga és Molnár, 2007)

Feltételezett okok

Mindenkinek van elképzelése arról, hogy betegsége milyen okokra vezethető vissza. „Ezek az attribúciók összefüggésben állnak magával a diagnózissal, a diagnózis felállítása óta eltelt idővel, és a betegség súlyosságával.” (Csabai és Molnár, 2009; 72. o)

Hogy mennyit teszünk az egészségünk megőrzése érdekében, vagy milyen magatartást tanúsítunk betegségünkkel szemben, erősen függ ezektől az oki reprezentációktól, hiszen minden bizonnyal meghatározzák, hogy hogyan védekezünk bizonyos tünetekkel szemben (Csabai és Molnár, 2009). Ha pl. a gyakori fejfájásainkat, környezeti okoknak tudjuk be, mint az erős zaj, akkor azon próbálunk meg változtatni, ha a stressznek, akkor meg azon.

Összesen négy fő kategóriába tudjuk sorolni a betegség hátterében feltételezett okokat: kockázati tényezők (pl. étrend, saját viselkedés, dohányzás stb.), pszichológiai tényezők (pl. stressz, személyiség, érzelmi állapot stb.), immunrendszeri tényezők (pl. baktérium, vírus, környezeti változás stb.), véletlen (pl. balszerencse, baleset stb.).

King (1982) kardiológiai páciensek betegség-attribúcióját vizsgálta és azt találta, hogy legtöbbször a stressznek, aggodalomnak, feszültségnek (stb.) tulajdonítják a probléma megjelenését, szemben az olyan, orvosilag sokkal relevánsabbnak tartott okokkal, mint a nem megfelelő táplálkozás, dohányzás, testmozgás hiánya (Csabai és Molnár, 2009). Ezek a betegek személyes felelősségüket próbálják csökkenteni, ám általában nagyobb mortalitást is mutatnak, mert kisebb hajlandóságot mutatnak életmódjuk megváltoztatására, mint azok, akik belátják, hogy nagyrészt ők maguk felelnek egészségi állapotukért. (Bauman és mtsai., 1989)

Kontrollálhatóság

Az ötödik kategória a betegség-reprezentáción belül a kontrollálhatóság, ami fontos aspektusa a betegséggel való megküzdésnek. Minél inkább úgy érzékeljük, hogy panaszaink kezelhetőek, annál nagyobb hajlandóságot mutatunk a kezelésben és a további szövődmények megelőzésében való részvételben. Ezzel szemben azok, akik úgy gondolják, hogy betegségük

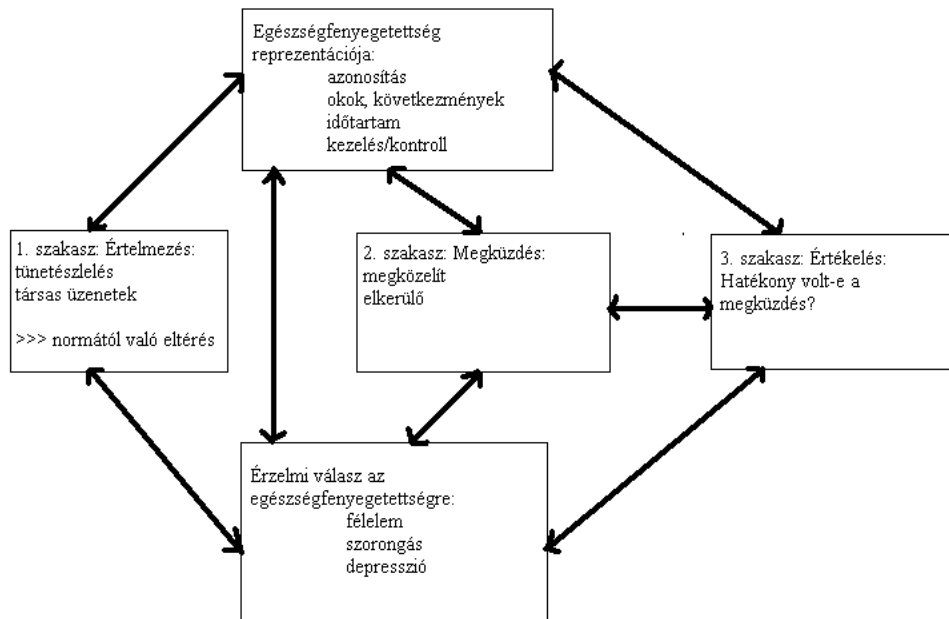
kezelhetetlen, sokkal inkább passzív coping stratégiába kezdenek, ilyen a kognitív és viselkedéses elkerülés. (Cameron és Moss-Morris, 2010)

Erre példa, hogy a kontroll érzésének szubjektív megélése pozitív hatással volt SLE-vel (systemás lupus erythematosus) küzdő betegek életminőségére. Az észlelt kontroll, vagy kompetencia közvetlen hatással van a pszichés jóllétre, az pedig az immunfunkciókra, hiszen egyértelműen képes csökkenteni a stressz mértékét. Seligman (1975) vizsgálatai óta tudjuk, hogy „a tanult tehetetlenség következményeként kifejezett motivációs, kognitív és érzelmi deficit, valamint testi változások alakulnak ki (Tiringer, 2007; 375. o.)

Önszabályozási modell

Leventhal (1984), ezen megfigyelések mentén, kidolgozott egy önszabályozási modellt, ami probléma-megoldási megközelítésen alapul, vagyis magában foglal egy interpretációs, egy megküzdéses és egy értékeléses szakaszt. Az interpretációs szakaszban a tünetek és a társas üzenetek fontos szerepet játszanak, és hozzájárulnak a betegség-kogníció kialakulásához. A betegség azonosítása természetesen az érzelmi világban is változást fog okozni és így, együttesen határozzák meg a coping-stratégiát. (Ogden, 2007)

A coping fajtái két fő kategóriába sorolhatók: megközelítő (orovshoz menni, gyógyszert szedni, környezetünknek beszélni az érzelmeinkről) és elkerülő (tagadás, ábrándozás). Ezek valamelyikéből választunk, hogy visszautat találjunk a normális, egészséges állapothoz. Egy idő után kiértékeljük a választott stratégiát, hogy eldönthessük, érdemes-e a továbbiakban is folytatni azt. (Ogden, 2007)



1. ábra Howard Leventhal önszabályozási modellje (Leventhal és mtsai. 1980)

Ezek a modellek, természetüknél fogva, egyediek. (Weinman és Petrie, 1997) Fontos, hogy a páciens tudjon beszélni a hiedelmeiről, hiszen elképzelhető, hogy téves információi vannak a betegségről, ami visszavetheti a gyógyulás folyamatát, de önmagában az is káros tud lenni, hogy ha nem rendelkezik egy koherens képpel, amelyben ok és okozat pontosan követhető a számára. Például a dohányzó nők sokszor nincsenek tisztában azzal, hogy kétszer akkora esélyük van a méhnyakrákra, mint a nem dohányzó nőknek; és ha megkapják ezt az információt csak összezavarodnak tőle, mert „nem értik, hogy a szájjal elszívott cigi hogy okozhat gondot odalent?”. (Ogden, 2007)

Hall és mtsai. (2004) a fenti problémát vizsgálva azt nézték, hogy a dohányzó nőknek adott részletes és kevésbé részletes prospektusok hogyan hatnak a dohányzási magatartásukra és a leszokási szándékukra, szemben azokkal, akik nem kaptak semmit. Egy héttel a kézhezvétel után kérdőívet töltettek ki velük és azt találták, hogy mind a kétféle prospektus hatékony volt a koherens modell kiépítésében. Jobban értették, hogy a dohányzás hogyan növeli a méhnyakrák megjelenésének valószínűségét. Növelte a leszokással kapcsolatos énhatékonyságot, és növelte az arra érzett szándékot. Vagyis valószínűbben szándékoznak változtatni a viselkedésükön, ha koherens modelljük van arról, hogy ez a viselkedés hogyan hat az egészségükre. (Ogden, 2007)

Illness Perception Questionnaire (IPQ)

Fentebb olvasható, hogy Leventhalék (1980) strukturálatlan interjúkkal elemezték a betegség-reprezentációkat, ami időigényes és néha az is nehézséget okoz, hogy túlságosan tág keretek között beszélhet a páciens a betegségéről. Weinman és mtsai. (1996) megalkottak egy kérdőívet az IPQ-t (Illness Perception Questionnaire), amely széles körben használható a különböző betegségek mögötti reprezentációk feltárására. (Weinman és Petrie, 1997)

Moss-Morris és mtsai. (2002), továbbfejlesztették a tesztet, ami így pszichometriailag és tartalmilag is megújult. Erre azért volt szükség, hogy javítsák az alskálák mérési tulajdonságait, hogy így széles körben elterjedhessen a használata. Egy publikációban ugyanis kritika érte a kezelési kontroll és az idői lefolyás alskálák belső konzisztenciáját. Végül arra a megoldásra jutottak, hogy kettészedték mind két alskálát. Az idői lefolyás egyszer méri azt, hogy akut, vagy krónikus jellegűnek észlelik-e a betegséget, másrésztől méri annak ciklikusságát. A kezelési kontroll tekintetében, pedig méri annak személyes, illetve általános voltát. (Moss-Morris, 2002)

Így tehát a három külön részre osztható kérdőív a következőképpen épül fel: A kérdőív első része 14 tünetet sorakoztat fel (pl. fájdalom, súlyvesztés). Igen-nem válaszokkal, kétszer kell azokra válaszolnia a kitöltőnek, a szerint, hogy tapasztalta-e valamelyiket a betegség megjelenése óta, illetve hogy a tünetet kapcsolatosnak tartja-e a betegséggel. (Reinhardt, 2007)

A második rész itemei hét különböző dimenziót mérnek: 1. idői lefolyás (akut vagy krónikus), 2. Idői lefolyás (ciklikusság), 3. következmények észlelése, 4. személyes kontroll érzete, 5. a kezelési kontroll percepciója, 6. a betegség megértése (betegségkoherencia), 7. a betegség érzelmi reprezentációja. (Reinhardt, 2007)

A harmadik rész a betegség hátterében feltételezett okokra kérdez rá, melyek lehetnek kockázati tényezők (pl. genetikai meghatározottság, öregedés, alkohol stb.), pszichológiai tényezők (pl. stressz, gondolkodásmód, személyiség stb.), immunrendszeri tényezők (pl. baktérium, vagy vírus) és a véletlen (pl. baleset, vagy sérülés stb). Ezekről 5-fokú Likert skála segítségével kell számot adni. A validálás során a személyes kontroll, a kezelési kontroll és a koherencia mutatóit leszámítva megbízhatónak bizonyultak a faktorok (Cronbach-alfa= 0,74 és 0,83 között). (Reinhardt, 2007)

Az IPQ-R kérdőívet használó néhány vizsgálat bemutatása

Egy 2004-es kutatás azt vizsgálta, hogy a napi krónikus fejfájással küzdők között, milyen különbségek mutatkoznak meg a szorongásos és depressziós páciensek és azok között, akik nem rendelkeznek pszichiátriai zavarral, a funkcionális státusz és a betegségrepresentáció tekintetében. Egy egész tesztcsomagot kaptak kézhez a résztvevők, ami tartalmazta többek között az IPQ-R-t, a szorongás és depresszió skálát (HADS), az egészségszorongás kérdőívet (HAQ), vizsgálták, hogy általában mennyire félnek a fejfájás bekövetkeztétől (VAS), illetve egyéb az egészségi állapotukra vonatkozó kérdést. (Howard és mtsai., 2004)

A résztvevők 42%-a volt jellemezhető valamiféle pszichiátriai zavarral, ami valóban eltéréseket hozott az önpercepcióban a pszichiátriai zavaroktól mentes csoporthoz képest. A HADS skálán magas pontszámot elérők jelentősen rosszabb fejfájásról és több szomatikus tünetről adtak számot. Továbbá nagyobb egészségszorongást mutattak, és ahogy az várható is, alacsonyabb aktivitást mutattak. A betegség-representáció tekintetében az mondható el, hogy a HADS pozitív csoport úgy gondolja, hosszabb ideig fog tartani a betegsége, és több személyes következménnyel jár. Sokkal inkább pszichológiai okokra vezetik vissza fejfájásaikat, viszont a többi okot tekintve nem volt szignifikáns eltérés köztük. Úgy, mint a személyes- és kezelési kontrollban, továbbá a betegségmegértésben sem. (Howard és mtsai., 2004)

Ezek az adatok azt mutatják meg, hogy még az azonos betegséggel küzdők között is érdemes különbséget tenni, főleg a pszichiátriai mutatók mentén, egy olyan kellemetlen és egyértelműen lelki okokkal is összefüggésbe hozható betegségnél, mint a krónikus fejfájás. Láthatjuk, hogy a HADS negatív emberek kevesebb szomatikus tünet észlelnek, és kevésbé élik meg rossznak a fejfájásukat. Ez jelentheti azt, hogy jobban meg tudnak küzdeni a betegség tényével, de akár azt is, hogy valóban kisebb intenzitású fájdalmat élnek át. Tekintve, hogy a krónikus fejfájások a legtöbb esetben csak gyógyszeres kezelést vonnak maguk után, de mint tudjuk, ilyen esetben fennáll a hozzászokás veszélye, így érdemes lehet kognitív viselkedés terápiába, vagy tréningekbe (relaxációs, stressz kezelő, biofeedback) is bevonni őket. (Buse és Andrasik, 2009) Természetesen mind e mellett az egészséges életmód kialakítása ugyan ilyen fontos cél számukra is, mint bárki más számára.

Az IPQ-R kérdőív Magyarországon még nem széles körben elterjedt mérési eszköz. Elsők között Reinhardt Melinda (2007) vizsgálta vele az I. és II. típusú cukorbetegség betegségkogníciós különbségeit. Az két csoport nem mutatott szignifikáns eltérést az észlelt tünetek és azok betegségnek tulajdonított szerepe mentén. Szimptómákra lebontva viszont, a II. típusú diabéteszesek viszonylag nagy arányban kötötték össze a torokfájást (10,5%), és a gyomorrontást (11,8%) betegségükkel. Az I. típusú cukorbetegség között, pedig szignifikánsan

nagyobb arányban kötötték a súlyvesztést (59,6%) és erőtlenségüket (76,7%) betegségükhöz. (Reinhardt, 2007)

A személyes kontroll tekintetében szignifikáns eltérés mutatkozott a két csoport között. Nem meglepő módon az I. típusú diabéteszesek vélték úgy, hogy nagyobb kontrolljuk van betegségük alakulása felett, hiszen náluk jellemzően már fiatalon kialakul a betegség, így jobban hozzá vannak szokva a járulékos teendőkhez, mint vércukormérés és inzulinadagolás. Lineáris regresszió analízissel azt is megnézték, hogy a személyes kontroll észlelését hogyan befolyásolja a cukorbetegség típusa, az életkor és a betegség tartóssága. „Az elemzés szerint egyedül a korcsoport változója befolyásolja a betegség felett érzett személyes kontrollt ($t=-3,32$, $p<0,001$), az életkor a személyes kontrolléret variációjának közel 11%-át magyarázza ($R^2=0,107$).” (Reinhardt, 2007; 176. o.) Anova-elemzéssel kimutatták, hogy a fiatal felnőttek (29-43 évesek) élik meg a legnagyobb kontrollt. A betegség-reprezentáció többi dimenziója nem mutatott szignifikáns különbségeket. Az eredmények alapján tehát, a személyes kontrollba vetett hit az a szegmens, amivel érdemes dolgozni II. típusú cukorbetegknél. Egyébként a betegek tisztában vannak azzal, hogy betegségük idői lefolyását tekintve krónikus és számos tünet megjelenését ciklikusnak érzik. Mindkét csoportban van, aki magas érzelmi reprezentációval bír betegségéről, így az sokkal inkább személyiségvonásnak, mint betegség jellemzőnek tekinthető. (Reinhardt, 2007)

Figueiras és Alves (2007) kezdték el használni az IPQ-R kérdőívet egészséges emberek között. Azt vizsgálták, hogy milyen reprezentációja van az AIDS-ről, a tuberkulózisról és a bőrrákról az egészséges embereknek. Az így kapott információk jól használhatóak a prevenciónál, hiszen átfogó képet adnak az emberek tudásáról és attitűdjeiről, amelyek ráadásul, előzetes vizsgálatok alapján, általában jó belső konzisztenciával rendelkeznek és időben megtartottak. (Figueiras és Alves, 2007)

A résztvevők ugyan úgy az IPQ-R kérdőívet kapták kézhez, viszont az instrukció és az itemek át voltak fogalmaznak. A felsorolt tünetekről a szerint kellett számot adniuk, hogy szerintük azok kapcsolatba hozhatóak-e a betegségekkel, illetve az itemek I. szám 3. személyben voltak megfogalmazva és úgy kellett bejelölni a válaszukat, ahogy a betegséggel rendelkező személy vélekedhet arról.

Úgy tűnik az egészséges embereknek is pontos elképzeléseik vannak egy-egy specifikus betegség tüneteiről és oki hátteréről. Általában az eredmények alapján azt lehet elmondani, hogy egy erős érzelmi reprezentáció pozitív összefüggésben volt a betegség címkéjével. Minél krónikusabbnak hitték a betegséget, annál súlyosabb következményeket tulajdonítottak neki, annál kevésbé volt koherens modelljük róla és annál kevésbé gondolták

kontrollálhatónak. A személyes kontrollba vetett erősebb hit, kevésbé súlyos következményekkel párosult, kevesebb tünetet tulajdonítottak a betegségnek és kevésbé tartották krónikusnak azt. (Figuerias és Alves, 2007)

A betegség-reprezentáció mérésének egyéb módszere

Természetesen az interjúztatáson és a kérdőív használaton túl, van más módja is a betegség-reprezentáció feltárásának. Ilyen a rajzoltatás, ami nagyon jó kiegészítője lehet a páciensek betegséggel kapcsolatos élményeik feltérképezésének. Egy 2008-as, amerikai kutatás 65, gyakori fejfájással küzdő egyetemi hallgatót kért meg arra, hogy rajzolják le, hogyan hat rájuk általában egy fejfájás. Három szempont alapján elemezték a rajzokat: tartalom, megmérték a rajz kiterjedését, valamint egy képelemző program segítségével értékelték annak sötétségét. (Broadbent és mtsai., 2008)

A vizsgált mintából 27 résztvevő rajzolt külső kényszerítő erőt a fejéhez, ők a papír-ceruza tesztek alapján gyakoribb fejfájásokról számoltak be, amelyek okozójaként főleg a stresszt jelölték meg. A sötétebb rajzok a nagyobb emocionális distresszel és az alacsonyabb vitalitással mutattak összefüggést. A nagyobb rajzok a következőkkel álltak összefüggésben: a következmények negatívabbként való észlelése, negatív érzelmi reprezentáció, alacsonyabb vitalitás, intenzívebb fájdalom, több nap korlátozott aktivitással, kevesebb megélt boldogság, nagyobb szomorúság. (Broadbent és mtsai., 2008)

A migrén

A migrén a fejfájások egy önálló betegségfajtája. A tünetek alapján négy fajtáját különböztetjük meg: migrén aurával (klasszikus migrén), aura nélküli, baziláris migrén, valamint familiáris hemiplégiás. A migrénes rohamok többsége (kb. 2/3-a) aurával nem jár. Általában 20-40 éves korra tehető a betegség első jelentkezése, de van, akinél már gyerekkorban kialakul. (Márkus, 2006)

A fejfájás általában egyoldali, ritkábban kétoldali és nem lokalizált, diffúz jellegű. Heves, lüktető, görcsös típusú. A rohamokat sokszor hányinger, hányás, hasmenés kíséri. 6-24 órán át is eltarthatnak. A rohamok mennyisége az életkorral csökkenhetnek, vagy teljesen meg is szűnhetnek. Rohamot provokáló tényezőknek tekinthetőek az időjárási változások, fényingerek, menstruáció, fogamzásgátló tabletta szedése, túlzottan sok vagy kevés alvás, pszichés megterhelés, stressz stb. (Márkus, 2006)

A felnőtt populáció kb. 15%-a érintett ebben a betegségben. Nőknél 3-4-szer gyakoribb. A WHO adatai szerint az összes, a rokkantságot-fogyatékoságot okozó betegségek között a 19. helyet foglalja el. A becsült éves prevalenciája 4,1-5,7% férfiak, valamint 13,7-17,3% nők körében. (Nagy, 2010)

A migrén kezelésére három lehetőség van: 1. a környezeti és pszichoszociális tényezők kiszűrése, 2. megfelelő akut rohamterápia, 3. megelőző kezelés. Megelőző terápiája arra irányul, hogy a rohamok gyakoriságát, időtartamának és a fájdalom erősségének csökkentése által javítsa a rohamok közötti mindennapi életvitelt. Számos tényező befolyásolja a terápia eredményességét, pl. a beteg életkora, közreműködése, elvárása a kimenetelt tekintve, a betegségről alkotott reprezentációja, mentális egészsége, de természetesen szempont, hogy van-e más betegsége is, szed-e egyéb, nem a migrén megelőzésére ható gyógyszert stb. (Nagy, 2010)

Hazánkban több fejfájás centrum/ambulancia is található, amelyek migrén, tenziós jellegű és cluster fejfájásban szenvedő betegek járóbeteg ellátását vállalja speciális szakértelemmel.

A migrén pszichés háttere

Hazánkban Berghammer Rita és mtsai. vizsgálják a gyakori fejfájások (köztük migrén, tenziós fejfájás) pszichológiai okát és pszichoszociális tényezőkkel való összefüggéseit. Egy betegség specifikus életminőség-kérdőív segítségével kimutatták, hogy a rövidebb betegségtörténet magas szorongással, a kontroll hiányával és elkerülő magatartással jellemezhető és a „kapcsolatokat megzavaró jellege miatt okoz gondot a fejfájás.” (Berghammer és Szedmák, 1998; 182. o.) Az anamnézis előrehaladtával nagyobb frusztrációt élnek meg a migrénesek, a fizikai terhelhetőség csökkenése miatt, és a napirend megszervezése okoz nagyobb gondot. Vagyis idővel adaptálódnak a betegek a migrén okozta kellemetlenségekhez. Frusztrációt inkább a tünetek bejósolhatatlansága és a fáradékonyság jelent. (Berghammer és Szedmák, 1998)

Készült egy vizsgálat fiatal (15-24 év) nők körében. Azért a női populáció lett kiemelve, mert ott sokkal nagyobb számban fordulnak elő fejfájásos panaszok. A kutatás eredményei alapján pozitív irányú összefüggés van a gyakori fejfájás és a depresszív szindróma, valamint az ellenségességi attitűd között. A regresszív (konszumációs viselkedés, nyugtatók vagy más gyógyszerek szedése, ill. feszültség levezetés másokon) és kreatív megküzdési stratégiákkal összefüggésben az mondható el, hogy mind a három regresszív megküzdési mód nagyobb arányban fordul elő a fejfájások körében, míg a kreatív stratégiák közül kettő (kreatív

tevékenység, kognitív átstrukturálás) ellentétes összefüggést mutat velük. Korcsoporttól, valamint tanuló-nem tanuló státusztól nem függ a fejfájások gyakorisága. (Berghammer, Csoboth, Purebl, Szedmák, 1999)

Számos tanulmány említi a stresszt, mint lehetséges kiváltó faktort, de valójában kevés bizonyíték van arra, hogy a migrénesek több stresszt élnek meg, vagy több érzelmi megterhelésben lenne részük, mint a nem-migréneseeknek. (Reid és McGrath, 1996)

A migrén pszichológiai vonatkozásának kezelésére a kognitív-viselkedéses terápia, illetve a stresszel való megküzdés tréningje tűnnek hatásos módszereknek. Sokan javasolják, hogy írassanak fejfájás naplót a betegekkel, melyben rögzíthetik a fájdalom hosszát, intenzitását, illetve, hogy általában a nap melyik szakaszában jelentkezik. Ezeknek a tényezőknek a változása jelzi a terápia hatásosságát. Ezen felül feljegyeztetik a lehetséges kiváltó tényezőket, mint stresszorok, vagy a hangulat (ill. annak változásai), és önjellemző mondatokat is íratnak. Ezek a terápiák önmagukban a migrénes rohamok gyakoriságát, intenzitását és hosszát, valamint a gyógyszerszedés gyakoriságát képesek pozitívan befolyásolni. (Reid és McGrath, 1996)

A kutatás célkitűzése

Kutatásomban arra vagyok kíváncsi, hogy kimutatható-e egy, a migrénesekre jellemző „identitásprofil”, amit a betegségről alkotott reprezentációval, a pozitív, negatív affektivitással és a szomatoszenzoros amplifikációval szeretnék meghatározni. Céлом, hogy a kapott adatok információval szolgáljanak a migrén szubjektív természetéről és a migrénnel élő személyek közös jellemzőiről, betegségük reprezentációjáról. Arra vagyok kíváncsi, hogy a migrénesek betegség-representációjának van-e olyan szegmense, amely diszfunkcionális lehet számukra, ám megfelelő korrigálással, csökkenthető lehetne a rohamok mennyisége, vagy a fájdalom intenzitása, esetleg a járulékos tünetek megjelenése. Továbbá a teszteket nem-migrénesekkel is felvéve, arra vagyok kíváncsi, a két csoport különbségein túl, hogy milyen hiedelmekkel rendelkeznek a migrénről az emberek, személyes átélés hiányában. Reményeim szerint, ezek az információk összességében a prevencióban és a kezelésben is használhatóak lesznek idővel. Előzetes elvárásom nincs, így konkrét hipotézist nem állítok, inkább feltáró jellegűnek tartom jelen kutatást.

Módszer

Kutatásomban az IPQ-R mellett két önkitöltős tesztet használtam fel: A pozitív és negatív affektivitás skálát (PANAS), és a szomatoszenzoros amplifikáció skálát (SSAS). Ezeken felül egy rövid, szocioökonómiai státuszt mérő kérdéssort is kézhez kaptak. Ebben a nemüket, életkorukat, legmagasabb végzettségüket, családi állapotukat és dolgozói státuszukat kellett megjelölniük. A teszteket migrénesekkel és nem migrénesekkel töltettem ki. A kontrollcsoportnál az egyetlen szempont az volt, hogy ne legyen ez a betegsége, egyéb betegség nem volt kizáró tényező. Ők az IPQ-RH-t töltötték ki, vagyis számukra át voltak fogalmazva az instrukciók és az itemek általános, ill. I. szám 3. személyű módba.

A kérdőíveket interneten küldtem szét a résztvevőknek. A beteg populációt migréneseknek szóló fórumokon keresztül értem el. Összesen 101 résztvevője volt a kutatásnak, ebből 41 migrénes, 37 nem migrénes. A beteg csoport átlagéletkora 29,2 (+/- 12,16), az egészségeseké 27,73 (+/- 9,58). A nemi eloszlás a következőképpen alakult: 13 migrénesek férfi, 28 migrénes nő; 8 egészséges férfi, 29 egészséges nő. Tehát a minta, nemi eloszlás és az életkor tekintetében illesztett.

Pozitív és negatív affektivitás (PANAS)

A PANAS, Watson és munkatársai (1988) által kidolgozott kérdőív, amelyet hazánkban Gyollai Ágoston, Simor Péter, Köteles Ferenc és Demetrovics Zsolt validáltak. Több olyan kérdőív létezik, melyek mérik a pozitív és negatív affektivitást, a PANAS azonban nagy népszerűségnek örvend mindközül, mert rövid, könnyen értelmezhető és pontos mérőeszköznek bizonyult. Az emocionalitás vonás és állapot karakterét is megmutatja. Húsz tételből áll: tíz pozitív és tíz negatív személyiségvonást. 5-pontos Likert skála segítségével kell az alanyak megítélnie, hogy az állítások mennyire igazak rá. Először jelen állapotát kell jellemeznie a felsorolt érzelmi állapotok segítségével, majd ugyanezen állapotok általános megjelenését és intenzitását kell megbecsülnie. A skála eredeti, angol verziója is jól mér (Cronbach-alfa= 0.85-0,90) és a magyar is minden tanulmányban 0,80 fölötti Cronbach-alfa értéket adott.

Szomatoszenzoros amplifikáció skála (SSAS)

Barsky és munkatársai alkották meg a szomaszenzoros amplifikáció (SSA) kifejezést. „A testi érzetek intenzívként, károsként és zavaróként való megélésének tendenciáját jelzi.” (Barsky

és mtsai., 1988, 510., Köteles és mtsai., 2009, 322.) 3 részét különítették el: 1. fokozott éberség és figyelem a testből származó érzetekre, 2. erős hajlam a ritka és gyenge testi érzetek figyelembe vételére, 3. a viszceralis és testi érzések kórosakként, a betegség jeleiként való megélése. Megfigyelték, hogy azok a személyek, akik fokozottan figyelnek testi érzeteikre és felerősítik azokat, hajlamosak mindenféle negatív élmény (érzelem, történés stb.) felerősíteni (Rózsa, 2009). Az amplifikációs stílus többeknél inkább személyiségvonásnak, mint állapotnak bizonyul, ennek mérésére azonban még nem dolgoztak ki mérőeszközt. (Köteles és mtsai., 2009)

A Barsky és munkatársai (1988) által kidolgozott SSAS kérdőívet Köteles Ferenc és munkatársai validálták egyetemi hallgatókon és háziiorvosi rendelőben várakozó betegeken. A mérőeszköz mai változata tíz tételből áll, melyek nagyobb része kellemetlen, de nem feltétlen patológiás testi folyamatokra kérdez rá. Az állításokat 5-pontos Likert skálán (1-5) kell értékelni. A skála jó belső konzisztenciával bírt (Cronbach-alfa= 0,70 és 0,77 az egyetemista és a betegmintán). (Köteles és mtsai., 2009)

Eredmények

A statisztikai elemzést az SPSS program 17. verziójával végeztem. Először az IPQ-R kérdőív alapján a beteg és nem beteg csoport összesített átlagértékeit néztem az egyes alskálákon.

IPQ dimenziók		Maximum elérhető pontszám
Idői lefolyás	M=15,34;SD=4,66	30
Következmények	M=13,9;SD=5,49	30
Személyes kontroll	M=18,68;SD=4,56	30
Kezelési kontroll	M=15,85;SD=2,67	25
Betegség-koherencia	M=16,67;SD=2,91	25
Ciklikus lefolyás	M=12,24;SD=2,9	20
Érzelmi reprezentáció	M=15,51;SD=4,93	30
Betegség-reprezentáció SZUM	$\Sigma=108,17$;SD=4,017	190
Tünetek (tapasztalt)	M=6,7;SD=2,53	14

Tünetek (betegséggel kapcs.)	M=6,39;SD= 2,46	14
------------------------------	-----------------	----

Migrénes csoport

Ahogy a táblázatban látszik, a beteg populációnál főleg a betegség felett érzett személyes kontroll, és a betegség-koherencia dominál. Átlagosan 6-7 tünetről tartják, hogy tapasztalták a betegség megjelenése óta, valamint nagyjából ugyanennyiről hiszik, hogy kapcsolatos a betegséggel. Mindkét szempont alapján a fájdalmat, hányingert, fáradtságot, fejfájást, erőtlenséget, alvászavart és szédülést jelölték meg legtöbbször. Ezeket a tüneteket tekinthetjük a betegség identitásának. Ebből az látszik, hogy elég pontosan észlelik a migrént, nem kapcsolnak hozzá tévesen egyéb, akár súlyosabb szimptómát.

A lejjebb található táblázatban olvashatóak ki, hogy mely okokra születtek a legnagyobb átlagok. Szinte csak és kizárólag pszichológiai és kockázati tényezőkre vezették vissza a betegségüket, ezeken belül is főleg a stresszre/aggódásra, túl sok munkára, személyiségre és a családon belüli örökségre.

Oki tényezők	
Stressz vagy aggodás (pszichológiai)	M= 3,6; SD= 1,1
Örökség- családban jellemző (kockázati t.)	M= 3,2; SD= 1,4
Túl sok munka (pszichológiai)	M= 3,04; SD= 1,14
Családi problémák/gondok (pszichológiai)	M= 2,5; SD= 1,23
Érzelmi állapot (pszichológiai)	M= 2,24; SD= 1,2
Étrend, vagy étkezési szokások (kockázati)	M=2,6 ; SD=1,3
Saját viselkedés (kockázati t.)	M= 2,7; SD= 1,13
Környezeti szennyezés (immunrendszeri t.)	M=2,5;SD=1,14
Személyiségem (pszichológiai)	M= 3,0; SD=1,7

A nem migréneseeknek összességében negatívabb reprezentációja van a migrénről. Átlagosan 7, vagyis valamivel több tünetet kötnek a betegséghez. Ezek megegyeznek a migrénesek által megadott tünetekkel, valamint kiegészülnek a légszomjjal. Érzelmileg negatívabban reprezentálják, krónikusabbnak tartják a migrént. Súlyosabb következményeket tudnak be neki és valamivel ciklikusabbnak tartják azt.

IPQ dimenziók		Maximum elérhető pontszám
Idői lefolyás	M=22,73;SD=3,99	30
Következmények	M=19,6;SD=3,9	30
Személyes kontroll	M=20,17;SD=4,3	30
Kezelési kontroll	M=17,08;SD=3,75	25
Betegség-koherencia	M=15,98;SD=3,48	25
Ciklikus lefolyás	M=13,61;SD=2,7	20
Érzelmi reprezentáció	M=20,66;SD=4,94	30
Betegségrepresentáció SZUM	$\Sigma=129,83$;SD=3,87	190
Tünetek (tapasztalt)	M=7,46;SD=2,6	14
Tünetek (betegséggel kapcs.)	M=7,72;SD=2,64	14

Nem migrénes csoport

A PANAS, valamint az SSAS skálák alapján, egyedül a pozitív érzelmi állapotnál mutatható ki szignifikáns eltérés; a nem migrénes csoport szignifikánsan magasabb pontszámot ért el ennek a dimenzióknak a mentén. ($t(99) = -2,252$ $p < 0,05$)

A résztvevőktől kért egyéb adatok alapján, a nemek és családi állapot szerint többszempontú varianciaanalízist futtattam le. Utóbbinál két csoportot különítettem el, egyedülállókra és házas, vagy élettársi kapcsolatban élőkre.

A nemek szerinti elrendezésben, a legtöbb esetben, ami eltérés mutatkozott, mind a csoportbéli különbségeknek tudható be, vagyis annak, hogy migrénes-e a személy vagy sem. Egyetlen helyen szignifikáns az interakció a csoport és a nem között, ez a következmények dimenziójánál volt megfigyelhető. ($F(3;97) = 16,184$ $p < 0,01$)

A családi állapot szerint a PANAS pozitív állapot, kapcsolódó tünetek, idői lefolyás, következmények, ciklikusság és érzelmi reprezentáció mutat szignifikáns eltéréseket, ám itt is az eltéréseket a migrén megléte, vagy hiánya okozza, nem kifejezetten a családi állapot. Egyedül a következmények dimenziójánál figyelhető meg erős interakció. ($F(1;97) = 36,495$ $p < 0,01$)

Megvitatás

Jelen kutatás a migrénesek és nem migrénesek személyek betegség-reprezentációjának feltárására irányult. Célja az volt, hogy egy olyan identitás-profilra adjon a migrénről - egy sokakat érintő krónikus fejfájásos betegségről -, amely mind a megelőzésben, mind a tünetek kezelésében használható segédeszközként bír.

A statisztikai elemzés alapján az kép rajzolódott ki a migrénnel élőkről, hogy mind a saját kontrolljuk, mind a betegségmegértésük magas. Ez egy nagyon biztató kép, hiszen ezek szerint a migrénesek általában azt élik meg, hogy képesek tenni az állapotukért, és van egyfajta rálátásuk a betegségre, ami által úgy élik meg, hogy értik az oki hátterét, így nem tartják értelmetlennek azt.

Csak olyan tünetet kötnek a betegséggel, amit a szakirodalom is alátámaszt. Ez megerősítést ad a felől, hogy valóban értik a migrén, vagyis az azzal járó heves fejfájásos rohamok keletkezéseinek okát, sőt magyarázza azt a nem várt eredményt, hogy a szomatoszenzoros amplifikáció szerint a migrénesek nem hajlamosabbak a szomatizálásra, vagyis a testi érzetek kórosként való értelmezésére. Fontos, hogy mind ehhez nem társulnak nagyon negatív érzelmek, amik természetüknél fogva súlyosbíthatnák a rohamok lefolyását (fájdalom felerősítése), illetve azok gyakoriságát.

A betegségüket főleg pszichológiai, illetve kockázati tényezőkre vezetik vissza. Ezek könnyen megragadható okok (pl. a stressz, a túl sok munka, vagy személyiségi tényezők), amelyek a stressz alacsony szintű kezelését implicálják. Erre jó megoldást nyújthatnak vagy kognitív irányultságú terápiák, vagy kifejezetten stressz kezelő tanfolyamok.

Az, hogy a kontroll csoport több tünetet kapcsol a migrénhez, negatívabb érzelmi reprezentációja van róla, krónikusabbnak tartja azt, és súlyosabb következményeket jósol neki, azt mutatja, hogy nincs egy pontos képük erről a betegségről, ami akár negatívan is befolyásolhatja a környezetükben élő migrénesek megítélését. Egy gyakori problémáról van szó, amely fiataloknál, de akár felnőtteknél is bármikor kialakulhat, így fontosnak tartanám, hogy nagyobb hangsúly helyeződjön rá és egyéb krónikus fejfájásos betegségekre egészség prevenciós programok keretein belül.

Érdekes eredménynek tartom, hogy a kapcsolatban élő migrénesek nők súlyosabb következményeket tulajdonítanak betegségüknek. Elképzelhető, hogy épp a kapcsolatukra gyakorolt hatása miatt élik ezt meg, hiszen egy migrénese roham képes akár magatehetetlenné is tenni valakit, ami mind az átélőnek, mind a környezetének súlyos teher, akkor is, ha az támogató. Felmerül a gondolat, hogy kontrollálni kéne az életkor esetleges hatását - ha egyáltalán van hatása - hogy pontosan lássuk, az élet mely szakaszán fejeződik ki ez a negatív hatás, ám a mintaelemszám ezt nem teszi most lehetővé.

Jelen kutatás, bár hiányosságokkal bír még, mindenféleképpen érdemes a folytatásra, nagyobb mintaelemszámmal, a betegség-reprezentáció több fajta mérőeszközzel, úgy, hogy mellette vizsgálom a stressz kezelésének módját és mértékét is az alanyoknál. Az eredmények fentebb javasolt felhasználásán túl (mint terápiás segédeszköz), érdekes lenne fejfájás klinikák munkájába bekapcsolódni és azt vizsgálni, hogy a kezelés előre haladtával változik-e a migrén reprezentációja a betegekben, és ha igen hogyan.

Felhasznált irodalom

Baumann, L. J., Cameron, L. D., Zimmerman, R. S., Leventhal, H. (1989) Illness Representations and Matching Labels With Symptoms. *Health Psychology*, 8 4. 449-469.

Berghammer R., Csoboth Cs., Purebl Gy., Szedmák S. (1999) A gyakori fejfájások előfordulása és összefüggései pszichoszociális tényezőkkel fiatal nőknél. *Mentálhigiéné és pszichoszomatika*, 10. 1 évf. 3-4 szám, 41-44.

Berghammer R., Szedmák S., (1998) Új kérdőív migrénes betegek életminőségéről – pszichoterápiás alkalmazhatóság. *Pszichoterápia* 7. évf., 180-184.

Broadbent, E., Niederhoffer K., Hague T., Corter A. és Reynolds L., (2008) Headache Sufferers' Drawings Reflect Distress, Disability and Illness Perception, *Journal of Psychosomatic Research* 66, 465-470

Buse, D. C., Andrasik, F. (2009) Behavioral Medicine for Migraine, *Neurologic Clinics* 27, 445-464

Cameron, L. D., Moss-Morris, R. (2010) Illness-Related Cognition and Behavior In. Fench, D., Vedhara, K., Kaptein, Ad A. and Weinman, J. Oxford: Blackwell Publishing, pp. 149-161

Csabai M. és Molnár P. (2009) Megközelítések, szemléletmódok, elméleti keretek In. Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia, pp. 29-52

Figueiras, M. J., Alves, N. C. (2007) Lay Perceptions of Serious Illnesses: An Adapted Version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for Healthy People. *Psychology and Health* 22. évf. 2. szám, 143-158

Gyollai Á., Simor P., Köteles F., Demetrovics Zs., (2011) Psychometric Properties of the Hungarian Version of the Original and the Sort Form of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *Neuropsychopharmacologia Hungarica* XIII. 2.

Howard, L. M., Husain K., Tong J., Dowson A. J., Weinman J., Wessely S. C. (2004) Psychiatric Morbidity and Cognitive Representations of Illness in Chronic Daily Headache, *Journal of Psychosomatic Research* 57, 549-555

Köteles F., (2009) A szomatoszenzoros amplifikáció skála (SSAS) magyar változatának validálása. *Mentálhigiéné és pszichoszomatika*, 10. 4., 321-336.

Kulcsár Zs., (2002) Mi az egészségpszichológia? In. *Egészségpszichológia*, pp. 11-30

Márkus A. (2006) Migrén In. *Neurológia*. Budapest: Akadémiai Kiadó, pp. 268-269

Moss-Morris, R. és mtsai. (2002) The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), *Psychology and Health*, Vol. 17, No. 1, pp. 1-16

Nagy F., (2010) Topiramat alkalmazása a migrén megelőző kezelésében. Összefoglaló közlemény, Kaposi Mór Kórház, Neurológiai osztály, Kaposvár

Ogden, J. (2007) Illness Cognitions. In. Ogden, J. *Health Psychology*. Berkshire: Open University Press, pp. 47-72

Reid, G. J., McGrath, P. J. (1996) Psychological Treatment for Migraine. *Boimed and Pharmacother* 50, 58-63

Reinhardt M., (2007) Kognitív reprezentációk a krónikus betegségről: Betegségkogníció és önszabályozás összefüggéseinek empirikus vizsgálata I. és II. típusú cukorbetegség körében. In. Demetrovics Zs., Kökönyei Gy., Oláh A., Személyiséglélektantól az egészségpszichológiáig. Budapest: Trefort Kiadó, pp. 156-185.

Tiringer (2007) Az immunológiai betegségek egészségpszichológiai vonatkozásai In. Kállai J., Varga J., Oláh A., Egészségpszichológia a gyakorlatban. Budapest: Medicina Könyvkiadó, pp. 355-382

Tiringer I., Varga J., Molnár E. (2007) Krónikus betegek ellátásának egészségpszichológiája In. Kállai J., Varga J., Oláh A., Egészségpszichológia a gyakorlatban. Budapest: Medicina Könyvkiadó, pp. 305-332

Weinman, J., Petrie, K. J. (1997) Illness Perceptions: A New Paradigm for Psychosomatics?, *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 42, No. 2, pp. 113-116

Függelék

Migrénes – nem migrénes, nem, valamint az életkor eloszlása

	Beteg csoport	Kontroll csoport
	N=41	N=37
Átlagéletkor	29,2±12,16	27,73 ±9,58
	17-56	18-48
Nemi eloszlás	13 ffi	8 ffi
	28 nő	29 nő

	neme	Total
--	------	-------

		férfi	nő	
csoport	migrénes	13	28	41
	kontroll	16	44	60
Total		29	72	101

Migréneselek és nem migréneselek közötti különbségek

Group Statistics

		c s o p o r t	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PANASnegallapot	migrénes		41	16,9024	7,87339	1,22962
	kontroll		60	16,4833	5,55555	,71722
PANASpozallapot	migrénes		41	29,8780	7,53722	1,17712
	kontroll		60	33,3667	7,71740	,99631
PANASpozvonas	migrénes		41	36,9268	5,54703	,86630
	kontroll		60	37,1000	6,23739	,80524
PANASnegvonas	migrénes		41	19,3659	6,71475	1,04867
	kontroll		60	17,8000	6,12525	,79077
SSASszumma	migrénes		41	30,2927	5,89171	,92013
	kontroll		60	29,7833	5,32373	,68729
Tünetek_száma	migrénes		41	6,7805	2,53488	,39588
	kontroll		60	7,4667	2,59378	,33486
Kapcs_tünetek	migrénes		41	6,3902	2,45843	,38394
	kontroll		60	7,7167	2,64313	,34123
Idoi_lefolyas	migrénes		41	18,9024	5,46262	,85312
	kontroll		60	22,7333	3,99943	,51632
Következmények	migrénes		41	13,9024	5,48546	,85668
	kontroll		60	19,6000	3,90654	,50433
Szem_kontroll	migrénes		41	18,6829	4,55763	,71178
	kontroll		60	20,1667	4,29097	,55396
Kezelesi_kontroll	migrénes		41	16,2195	4,01567	,62714
	kontroll		60	17,0833	3,74750	,48380
Betegsegkoherencia	migrénes		41	17,4146	3,94953	,61681
	kontroll		60	15,9833	3,47627	,44878
Ciklikussag	migrénes		41	12,2439	2,90500	,45368
	kontroll		60	13,6167	2,70023	,34860
Erzelmi_reprez	migrénes		41	14,7317	6,18880	,96653
	kontroll		60	20,6667	4,93575	,63720

	csoport	N	Mean	Std. Deviation	Std. Mean Error
kiborult	migrénes	41	1,4878	,97780	,15271
	kontroll	60	1,4667	,87269	,11266
zaklatott	migrénes	41	1,5854	1,04823	,16371
	kontroll	60	1,7167	,99305	,12820

bűntudatomvan	migrénes	41	1,6098	1,04590	,16334
	kontroll	60	1,3167	,62414	,08058
rémült	migrénes	41	1,4878	,89783	,14022
	kontroll	60	1,2500	,54072	,06981
ellenséges	migrénes	41	1,3659	,76668	,11974
	kontroll	60	1,2500	,60014	,07748
ingerlékeny	migrénes	41	2,3415	1,19603	,18679
	kontroll	60	2,5000	1,15714	,14939
megszégyenült	migrénes	41	1,2927	,78243	,12219
	kontroll	60	1,1667	,52615	,06793
ideges	migrénes	41	1,8049	1,16661	,18219
	kontroll	60	1,8667	,92913	,11995
feszült	migrénes	41	2,3415	1,35296	,21130
	kontroll	60	2,3000	1,21153	,15641
félek	migrénes	41	1,5854	,94804	,14806
	kontroll	60	1,6500	,91735	,11843

Nemek közötti különbség

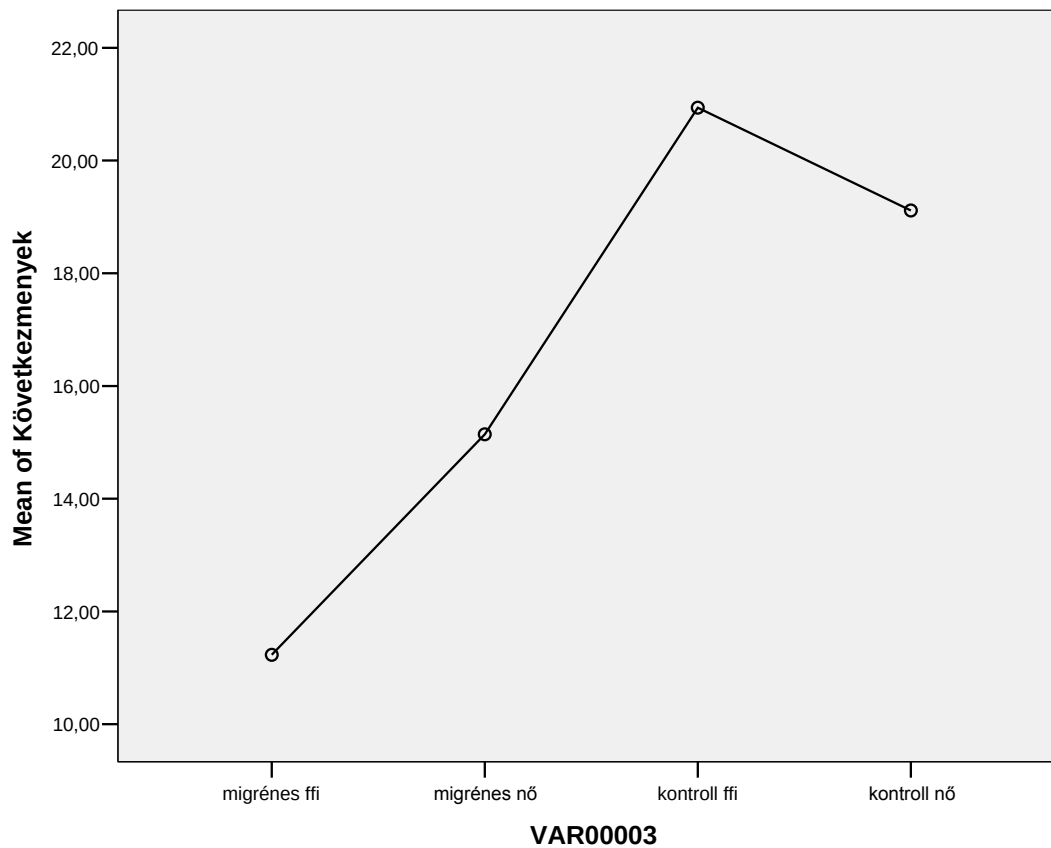
Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
PANASnegallapot	1,893	3	97	,136
PANASpozallapot	,042	3	97	,988
PANASpozvonas	,861	3	97	,464
PANASnegvonas	3,319	3	97	,023
SSASszumma	,625	3	97	,600
Tünetek_száma	1,149	3	97	,333
Kapcs_tünetek	,695	3	97	,558
Idoi_lefolyas	1,597	3	97	,195
Következmények	3,363	3	97	,022
Szem_kontroll	,528	3	97	,664
Kezelesi_kontroll	1,547	3	97	,207
Betegsegkoherencia	,337	3	97	,798
Ciklikussag	,348	3	97	,790
Erzelmi_reprez	2,282	3	97	,084

ANOVA

					Sum of Squares	df	Mean Square
PANASnegallapot	Between Groups	47,147	3	15,716	,358	,783	
	Within Groups	4257,724	97	43,894			
	Total	4304,871	100				
PANASpozallapot	Between Groups	422,105	3	140,702	2,411	,072	
	Within Groups	5660,647	97	58,357			
	Total	6082,752	100				
PANASpozvonas	Between Groups	32,977	3	10,992	,305	,822	
	Within Groups	3493,934	97	36,020			
	Total	3526,911	100				

PANASnegvonas	Between Groups	156,100	3	52,033	1,287	,283
	Within Groups	3920,731	97	40,420		
	Total	4076,832	100			
SSASszumma	Between Groups	103,147	3	34,382	1,125	,343
	Within Groups	2963,843	97	30,555		
	Total	3066,990	100			
Tünetek_száma	Between Groups	26,581	3	8,860	1,345	,264
	Within Groups	638,845	97	6,586		
	Total	665,426	100			
Kapcs_tünetek	Between Groups	82,665	3	27,555	4,352	,006
	Within Groups	614,127	97	6,331		
	Total	696,792	100			
Idoi_lefolyas	Between Groups	384,695	3	128,232	5,895	,001
	Within Groups	2110,097	97	21,754		
	Total	2494,792	100			
Következmények	Between Groups	965,568	3	321,856	16,184	,000
	Within Groups	1929,106	97	19,888		
	Total	2894,673	100			
Szem_kontroll	Between Groups	59,626	3	19,875	1,009	,392
	Within Groups	1911,206	97	19,703		
	Total	1970,832	100			
Kezelesi_kontroll	Between Groups	19,839	3	6,613	,436	,728
	Within Groups	1471,943	97	15,175		
	Total	1491,782	100			
Betegsegkoherencia	Between Groups	61,690	3	20,563	1,505	,218
	Within Groups	1325,141	97	13,661		
	Total	1386,832	100			
Ciklikussag	Between Groups	62,315	3	20,772	2,682	,051
	Within Groups	751,329	97	7,746		
	Total	813,644	100			
Erzelmi_reprez	Between Groups	869,103	3	289,701	9,499	,000
	Within Groups	2958,204	97	30,497		
	Total	3827,307	100			



Családi állapot szerinti különbségek

Univariate Analysis of Variance

Notes

Output Created	07-NOV-2012 21:39:44	
Comments		
Input	Data	C:\Users\Laci\Desktop\migrenesteljes uj.sav
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	101
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the model.

Syntax	<pre> UNIANOVA Következmények BY csoport családi_állapot_átkódolt /METHOD = SSTYPE(3) /INTERCEPT = INCLUDE /PLOT = PROFILE(csoport*családi_állapot_átkódolt) /EMMEANS = TABLES(csoport) COMPARE ADJ(LSD) /EMMEANS = TABLES(családi_állapot_átkódolt) COMPARE ADJ(LSD) /EMMEANS = TABLES(csoport*családi_állapot_átkó dolt) /PRINT = DESCRIPTIVE HOMOGENEITY /CRITERIA = ALPHA(.05) /DESIGN = csoport családi_állapot_átkódolt csoport*családi_állapot_átkódolt . </pre>
Resources	Elapsed Time 0:00:00,30

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
csoport 1	migrénes	41
csoport 2	kontroll	60
családi_állapot_átkódolt 1,00	egyedülálló	46
családi_állapot_átkódolt 2,00	házas vagy élettárs	55

Descriptive Statistics

Dependent Variable: Következmények

csoport	családi_állapot_átkódolt	Mean	Std. Deviation	N
migrénes	egyedülálló	12,4762	4,34303	21
	házas vagy élettárs	15,4000	6,23572	20
	Total	13,9024	5,48546	41
kontroll	egyedülálló	19,2000	2,95804	25
	házas vagy élettárs	19,8857	4,48377	35
	Total	19,6000	3,90654	60
Total	egyedülálló	16,1304	4,95136	46
	házas vagy élettárs	18,2545	5,57514	55
	Total	17,2871	5,38022	101

Levene's Test of Equality of Error Variances(a)

Dependent Variable: Következmények

F	df1	df2	Sig.
4,180	3	97	,008

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a Design: Intercept+csoport+családi_állapot_átkódolt+csoport * családi_állapot_átkódolt

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Következmenyek

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	885,092(a)	3	295,031	14,241	,000
Intercept	26980,467	1	26980,467	1302,314	,000
csoport	756,081	1	756,081	36,495	,000
családi_állapot_átkódolt	78,396	1	78,396	3,784	,055
csoport * családi_állapot_átkódolt	30,141	1	30,141	1,455	,231
Error	2009,581	97	20,717		
Total	33078,000	101			
Corrected Total	2894,673	100			

a R Squared = ,306 (Adjusted R Squared = ,284)

Estimated Marginal Means

1. csoport

Estimates

Dependent Variable: Következmenyek

csoport	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
migrénes	13,938	,711	12,527	15,349
kontroll	19,543	,596	18,360	20,726

Pairwise Comparisons

Dependent Variable: Következmenyek

(I) csoport	(J) csoport	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.(a)	95% Confidence Interval for Difference(a)			
						Lower Bound	Upper Bound	
migrénes	kontroll	-5,605(*)	,928	,000	-7,446	-3,763		
kontroll	migrénes	5,605(*)	,928	,000	3,763	7,446		

Based on estimated marginal means

* The mean difference is significant at the ,05 level.

a Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

Univariate Tests

Dependent Variable: Következmenyek

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Contrast	756,081	1	756,081	36,495	,000
Error	2009,581	97	20,717		

The F tests the effect of csoport. This test is based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

2. családi_állapot_átkódolt

Estimates

Dependent Variable: Következmények

családi_állapot_átkódolt	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
egyedülálló	15,838	,674	14,501	17,175
házas vagy élettárs	17,643	,638	16,377	18,909

Pairwise Comparisons

Dependent Variable: Következmények

(I) családi_állapot_átkó dolt	(J) családi_állapot_átkó dolt	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.(a)	95% Confidence Interval for Difference(a)			
egyedülálló	házas vagy élettárs	-1,805	,928	,055	-3,646			,037
házas vagy élettárs	egyedülálló	1,805	,928	,055	-,037			3,646

Based on estimated marginal means

a Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

Univariate Tests

Dependent Variable: Következmények

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Contrast	78,396	1	78,396	3,784	,055
Error	2009,581	97	20,717		

The F tests the effect of családi_állapot_átkódolt. This test is based on the linearly independent pairwise comparisons among the estimated marginal means.

3. csoport * családi_állapot_átkódolt

Dependent Variable: Következmények

csoport	családi_állapot_átkódolt	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval		Lower Bound	Upper Bound
migrénes	egyedülálló	12,476	,993	10,505	14,448		
	házas vagy élettárs	15,400	1,018	13,380	17,420		
kontroll	egyedülálló	19,200	,910	17,393	21,007		
	házas vagy élettárs	19,886	,769	18,359	21,413		

Profile Plots

Estimated Marginal Means of Következmények

