

MIGRÉNES ÉS TENZIÓS FEJFÁJÁSBAN SZENVEDŐ BETEGEK ÉLETMINŐSÉGÉNEK VIZSGÁLATA AZ IMPULZIVITÁSSAL, EMPÁTIÁS KÉSZSÉGGEL, DEPRESSZÍV SZINDRÓMÁVAL ÉS VITÁLIS KIMERÜLTSGGEL VALÓ ÖSSZEFÜGGÉSSEN

BERGHAMMER RITA¹ – ZSOMBÓK TERÉZIA²

¹Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Neurológiai Klinika, Budapest

(Beérkezett: 2010. szeptember 1.; elfogadva: 2011. április 15.)

A fájdalomszindrómák depresszióval való kapcsolata részletesen dokumentált a szakirodalomban. Az impulzivitás és az empátiás készség kevésbé vizsgált vonás. Korábbi megfigyeléseink szerint az impulzivitás a migrénes betegek többségére jellemző, empátiás készséget pedig inkább a nőbetegek mutatnak. A Nemzetközi Fejfájás Társaság (International Headache Society) kritériumai szerint diagnosztizált 87 beteggel (40 migrénes és 47 tenziós fejfájós, átlagéletkoruk 34 év) vettük fel a Beck Depresszió Kérdőívet (BDI), a Vitális Kimerültség Kérdőívet, az Eysenck-féle Impulzivitás–Kockázatvállalás–Empátia (IVE) Kérdőívet, valamint a Wagner-féle Migrénspecifikus Életminőség-kérdőívnek az első szerző által kifejlesztett és korábbi vizsgálatban faktorokra bontott magyar változatát.

Eredményeink egyrészt igazolják az Életminőség-kérdőív magyar változatának diszkriminatív validitását és megbízhatóságát. A teljes vizsgált mintában a BDI-pontszámmal negatívan korrelál az Életminőség-kérdőív összpontszáma ($r = -0,436$; $p < 0,001$) és az általunk kimutatott négy faktora közül három, a Vitális Kimerültség Kérdőívének pontszámával pedig az összpontszám ($r = -0,50$; $p < 0,001$) és mind a négy faktor negatívan korrelál. Migrénesek esetében az összpontszám és mind a négy kimutatott faktor diszkriminatív validitására, tenziós fejfájósok esetében az összpontszám, valamint az affektív és szociális faktor diszkriminatív validitására utaló eredményeket kaptunk. A kérdőív jó belső konzisztenciája (0,772 és 0,910 közötti Cronbach-alfa értékek) a megbízhatóságra szolgáltat adatot.

Eredményeink másrészt feltevéseinkkel összhangban az impulzivitás és empátia fordítottan arányos együttjárását ($r = -0,368$; $p < 0,001$), valamint az Életminőség-kérdőív szociális faktorának az empátiával való negatív korrelációját ($r = -0,237$; $p < 0,05$) mutatják. A migrénesek tenziós fejfájósokhoz viszonyítva impulzívabbak (átlag: 8,65 vs. 6,09; $p < 0,01$) – ez az adat a korra és betegségtartamra való kontrollálás után is szignifikáns maradt. A nő-

* Levelező szerző: dr. Berghammer Rita, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, 1089 Budapest, Nagyvárad tér 4. E-mail: bergrit@net.sote.hu

beteg férfiakhoz viszonyítva erősebb empátiával rendelkeznek (átlag: 17,89 vs. 10,82; $p < 0,001$) – várakozásainknak megfelelően. Mindezek alapján a relaxációs és kognitív pszichoterápiás módszerek hasznosságára következtetünk a primer fejfájós betegek állapotának javítása szempontjából.

Kulcsszavak: primer fejfájás, impulzivitás, empátia, kimerültség, depresszió, életminőség

1. BEVEZETÉS

Évtizedek óta végzünk pszichoterápiás beavatkozásokat primer fejfájós betegekkel. A primer fejfájásokat ma a Nemzetközi Fejfájás Társaság (International Headache Society) kritériumai szerint diagnosztizálják. Ebben alapvetően elkülönítik a primer és a másodlagos (szimptomatikus) fejfájásokat (Headache Classification Committee of the International Headache Society, 1988). A migrén és a tenziós fejfájás a primer fejfájások közé tartozik. A nemzetközileg elfogadott kritériumok szerint a migrén 4–72 órán át tartó, jellegzetesen féloldali, lüktető, intenzitás szerint közepes vagy erős fejfájás, a szokásos fizikai aktivitás súlyosbítja, és gyakran kíséri hányinger, hányás, fény- és zajérzékenység. A migrén aurával elnevezésű diagnosztikai alcsoportban az aura reverzibilis idegrendszeri működészavart jelent, amely 5–20 perc alatt fejlődik ki, kevesebb mint 60 percig áll fenn és megelőzi a fejfájás fellépését. A tenziós fejfájás típusosan kétoldali, nyomó vagy szorító jellegű, enyhe vagy közepes erősségű, perctől napokig tartó fejfájás, nem rontja a szokásos fizikai tevékenység, nem kíséri hányinger vagy hányás, de előfordulhat fény- vagy zajérzékenység. Epizodikusnak nevezik, ha ez a fejfájás összidőtartamában havi 15 napnál kevesebb; krónikusnak, ha ennél több és 3 hónapon keresztül fennáll. Gyakori a migrén és a tenziós fejfájás együttes előfordulása (Vécsei, Tajti, Szok, & Knyihar, 2001). Jelen vizsgálatunkba csak tisztán migrénes és tisztán tenziós típusú fejfájós betegek kerültek be.

A pszichoterápia célja természetesen minden esetben az adott beteg életminőségének javítása. Korábban lefordítottunk egy migrénesek életminőségét vizsgáló kérdőívet (Wagner, Patrick, Galer, & Berzon, 1996), azt adaptáltuk tenziós fejfájós betegekre is, és faktorokra bontottuk (Berghammer & Szedmák, 1998). A faktorok az életminőség különböző aspektusaira világítanak rá, és így az eredeti kérdőívhez viszonyítva differenciáltabb vizsgálatot tesznek lehetővé. A betegek életminőségét és azt, hogy hogyan képesek megküzdeni a rendszeresen fellépő fájdalommal, nagymértékben befolyásolják a személyiségbeli adottságok és a kedélyállapot. A szakirodalomban krónikus fájdalommal – és szűkebben a fejfájásokkal is – összefüggésben már sokszor vizsgált depresszió (pl. Magni, Caldieron, Rigat-

ti-Luchini, & Merskey, 1990; Merikangas, 1990; Breslau, Lipton, & Stewart, 2003; Curie & Wang, 2004; Gesztelyi, 2004; Kerekes & Varga, 2007) mellett a vitális kimerültséget is vizsgáltuk, amely a kutatások szerint önálló entitás (Kopp, Falger, Appels, & Szedmák, 1998). Materazzo, Cathcart és Pritchard (2000) szerint a fejfájás súlyossága és gyakorisága is összefügg a depresszió mélységével; Zwart, Dyb és Hagen (2003) pedig a fejfájás gyakorisága és a depresszió mértéke között talál kapcsolatot.

A pszichiátriai komorbiditásra irányuló vizsgálatok primer fejfájások esetén legtöbbször az affektív zavarok és a szorongás gyakori előfordulását emelik ki. Swartz, Pratt, Armenian, Lee és Eaton (2000) nagy mintán vizsgálva a mentális zavarok előfordulását migrénes betegeknél, csak a major depresszióval és a pánikzavarral talál komorbiditást. Pompili és munkatársai (2009) 76 vizsgálatot áttekintve pszichiátriai komorbiditás szempontjából, a migrén szoros összefüggését találja affektív zavarokkal, szorongással és gyógyszer/kábítószer abúzussal. Brandes (2008) szemlélő közleményében a migrén és az anticipációs szorongás ördögi körét írja le. De Benedettis és Lorenzetti (1992) a stressz fejfájást provokáló szerepét mutatja ki, Sauro és Becker (2009) pedig 83 tanulmány alapján a migrén és a stressz között cirkuláris oksági viszonyt mutat ki. Affektív és kognitív tényezők együttes szerepére utal, hogy mind a migrén, mind a tenziós fejfájás legerősebb előrejelzőjének a katasztrófa-minősítés bizonyul (Materazzo és mtsai, 2000).

Primer fejfájós betegek életminőségét kutatva a legtöbben kiemelik az iskolából és munkahelyről, illetve a szociális programokról való távolmaradást (Stovner & Andree, 2008). Dowson és Jagger (1999) több ezer angliai migrénes beteg tapasztalatait összegezve állapítja meg, hogy a betegek úgy érzik, mindennapi életüket a migrén határozza meg. Svédországban 423 migrénes nyilatkozik úgy, hogy életének minden területére negatívan hat ki a fejfájás (Linde & Dahlof, 2004). Stovner és Andree (2008) 60, különböző európai országokban végzett felmérésre hivatkozva megállapítja, hogy a tenziós fejfájós betegek életminőségét alig vizsgálják, a legtöbb tanulmány migrénesekre vonatkozik. Annak az igénynek is hangot adnak, hogy a betegek életminőségét validált eszközökkel kellene mérni. Figyelmünk továbbá explorációs és pszichoterápiás anyagok alapján az impulzivitás és az empátia felé is fordult.

Pszichoterápiás munkánk során az impulzivitást elsősorban migrénes betegeinkre találtuk jellemzőnek: gyakran számoltak be türelmetlenségről, átgondolatlan döntésekről, hirtelen felindulásból elkövetett tettekről vagy kimondott szavakról, kapcsolatok vagy munkahelyek felrúgásáról, amit később megbántak. Tenziós fejfájós betegeink ilyen eseményeket csak elvétve említettek. Az erre a személyiségvonásra vonatkozó kérdőív kidol-

gozói megkülönböztetnek egy szélesebb értelmű, nem patológiás impulzivitást – amely az extroverzióval és élenkséggel függ össze szorosan – és egy szűkebb értelműt, amely közelebb áll a pszichopatológiai zavarokhoz (Eysenck & Eysenck, 1977). Betegeinknél inkább az előbbit tapasztaltuk; csak elenyésző hányaduk számolt be kifejezett impulzuskontroll-zavarról, pl. kleptomániáról, oniomániáról, trichotillomániáról stb. Nylander és munkatársai (1996) átfogó személyiségvizsgálat keretében a migrénes betegeket szignifikánsan impulzívabbnak találják, mint a kontrollcsoportot, és a szomatikus szorongáson kívül ez az egyetlen jellemző vonás, amelyet megállapítanak. Rothrock és munkatársai (2007) felfigyelnek az impulzuskontroll-zavarokkal erőteljesen jellemezhető borderline személyiségzavar gyakori előfordulására migrénesek körében és megállapítják, hogy ezeket a betegeket jobban megviseli a fejfájás, mint a személyiségzavartól menteseket, és ők rezisztensebbek is a kezelésre.

Az empátia továbbá korábbi megfigyeléseink szerint inkább a nőbetegekre volt jellemző: közülük sokan arról számoltak be, hogy fokozottan ügyelnek arra, hogy ne legyenek környezetük terhére, és fokozottan bántja őket, ha panaszukkal gondot okoznak hozzátartozóiknak – az empátiás készség tehát mintha nehezítené életüket. Az impulzivitás és az empátia elgondolásunk szerint egymással ellentétes vonások: míg az impulzivitásban externalizáló magatartás valósul meg, az empátia belső, mentális feldolgozást feltételez. A méltányosság mérlegeléséhez, morális megfontolásokhoz is közelebb áll (részletesebben l. Kozéki & Berghammer, 1992), a proszociális viselkedés egyik mediátora (Davis, 1994). Számos klasszikus vizsgálat szerint a nők általában fejlettebb empátiás készséggel rendelkeznek, mint a férfiak, és ezt a kutatók a nők hagyományos társadalmi szerepével hozzák összefüggésbe (Buda, 1980). A fentiek alapján a következő hipotéziseket állítottuk fel:

- Kapunk néhány megerősítő adatot arról, hogy a Wagner-féle kérdőív magyar változata az általunk talált faktorokkal jól méri a primer fejfájós betegek életminőségét. A Beck-féle depresszióskálát és a Vitális kimerültség kérdőívét az életminőség jó mutatóinak tekintjük, így az ezekkel való – várakozásaink szerint szignifikáns negatív – korreláción keresztül a diszkriminatív validitásra kaphatunk adatot. A Wagner-féle Életminőség-kérdőív belső konzisztenciája révén pedig egy megbízhatósági adatra számítunk. Ezek tehát adalékok a kérdőív validitásához és a reliabilitásához; még nem teljes értékű validitásvizsgálat, ennek elvégzése jövőbeli terveink közé tartozik.
- Az impulzivitás és empátia egymással negatív kapcsolatban áll.
- Az impulzív magatartás externalizáló és feszültséget kanalizáló jel-

lege révén affektív szempontból javíthatja, következményei miatt viszont – főként szociális szempontból – ronthatja az életminőséget.

- Az empátia a fokozott érzékenység miatt ronthatja a betegek életminőségét, azonban az empátia által mediált jobb társas kapcsolatok révén javíthatja is.
- A migrénes betegek impulzívabbak a tenziós fejfájósoknál.
- A nőbetegek a férfiakhoz viszonyítva erősebb empátiás készséggel rendelkeznek.

2. MÓDSZEREK

2.1. Adatgyűjtés és minta

Az általunk vizsgált 87, a Nemzetközi Fejfájás Társaság 1988-ban közzétett kritériumai szerint diagnosztizált beteg átlagéletkorát, nemi megoszlását, valamint betegség tartamát az 1. táblázat mutatja be. A pácienseket házi-orvosok beutalása alapján a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének Pszichoszomatikus Szakrendelőjében, illetve a Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológia Tanszékének pszichoterápiás szakrendelőjében kezeltük a 2007–2009. években. Betegeink olyan értelemben előválogatott mintát képeztek, hogy házi-orvosuk megítélése szerint szükségük volt pszichoterápiára (is), erre motiváltak mutatkoztak és megjelentek a rendelésen. Egyéb szelekciós szempont nem volt. Bár a betegek életkora több generációt felölelt (17 és 63 év között változott), mégis többségében fiatal, illetve középkorú betegek kerültek be a vizsgálatba. A két diagnosztikai csoport nemi megoszlása nem tért el egymástól, azonban a vizsgálat-

1. táblázat. A teljes vizsgált minta és a két diagnosztikai csoport demográfiai adatai és betegség tartama

	Teljes minta (N = 87)	Migrénesek (N = 40)	Tenziós fejfájósok (N = 47)	Különbség a két alcsoport között	Cohen-d / χ^2
Életkor - M (SD)	33,68 (11,19)	36,88 (9,53)	30,96 (11,86)	p = 0,005	Cohen-d = 0,53
Nem				p = 0,127	$\chi^2 = 2,334$
Férfi - N (%)	17 (19,5%)	5 (12,5%)	12 (25,5%)		
Nő - N (%)	70 (80,5%)	35 (87,5%)	35 (74,5%)		
Betegség tartam hónapokban - M (SD)	112 (100,56)	154 (101,56)	76 (85,45)	p < 0,001	Cohen-d = 0,78

ba bekerült migrénes betegek átlagéletkora érdemben magasabb és betegségartama is jóval hosszabb a tenziós fejfájósokénál (1. táblázat). Ezekre a sajátosságokra az adatok elemzése során még visszatérünk.

2.2. MÉRŐESZKÖZÖK ÉS STATISZTIKAI ELJÁRÁSOK

Betegeinkkel a következő kérdőíveket vettük fel (a kérdőívekre vonatkozó, mintánkban mért Cronbach-alfa értékek a 2. táblázatban olvashatóak):

- Impulzivitás–Kockázatvállalás–Empátia Kérdőív (IVE – Eysenck & Eysenck, 1975; Kozéki & Eysenck, 1985) felnőtt változata.¹ Az impulzivitás pontszáma 0 és 22 között, a kockázatvállalásé 0 és 24 között, az empátia pontszáma 0 és 23 között változhat.
- Beck Depresszió Kérdőív teljes változata (BDI – Beck, Ward, Mendelson, Mosk, & Erlbaugh, 1961; Pető, 1987). A pontszáma 0 és 63 között változhat.
- Vitális Kimerültség Kérdőív (VEQ – Appels, Hoppener, & Mulder, 1987; Kopp és mtsai, 1998). A pontszám 0 és 20 között változhat.
- Fejfájás-specifikus Életminőség-kérdőív (MSQ – Wagner és mtsai, 1996; Berghammer & Szedmák, 1998, ahol a magyar változat teljes egészében közlésre került). Az eredeti, 25 tételből álló kérdőívet – amelynek minden iteme négyfokú skálán méri a betegek életminőségét – migrénes és tenziós fejfájós betegekkel végzett vizsgálatunkban faktorokra bontottuk, amely faktorok egy-egy sajátos szempontból ábrázolják a betegek életminőségét. Az affektív faktor itemei azt fejezik ki, hogy a fejfájás milyen hatást gyakorol a beteg kedélyére (l. a fájdalom és a depresszió összefüggését). A szociális faktor azt ragadja meg, hogy a beteg társas kapcsolatait hogyan befolyásolja a fejfájás – hiszen a fájdalom kommunikatív szerepet is betölt, a környezettel való kapcsolatnak egyszerre terméke és eszköze is (Kopp & Skrabski, 1995; Várnai, 1992). Az energetikai faktorhoz tartozó tételek azt mutatják meg, hogy a beteg energiáit mennyire veszik igénybe a rendszeres fájdalmak. Végül az életritmus-faktor azt tükrözi, hogy a beteg napirendjébe, programjai és tevékenységei tervezésébe mennyire szől bele a gyakori fejfájás. A kérdőív szerkezetéből fakadóan a nagyobb pontszámok jobb életminőséget jeleznek. Az összpontszám 25 és 100

Mivel e kérdőív esetében standard pontszámok csak gyermekekre és serdülőkre vonatkozóan állnak rendelkezésre, ezekhez nem viszonyítottuk betegeink adatait. A pontszámokat a többi kérdőívvel való kapcsolat vizsgálatára és a betegek egyes alcsoportjainak összehasonlítására használtuk.

2. táblázat. A felhasznált kérdőívek adatai

A kérdőív elnevezése	Tételek száma	Mintánkban mért Cronbach-alfa
Impulzivitás-Kockázatvállalás-Empátia Kérdőív (Impulsivity-Venturesomeness-Empathy Questionnaire) - IVE	Impulzivitás-skála: 22 Kockázatvállalás-skála: 24 Empátia-skála: 23	0,750 0,797 0,833
Beck Depresszió Kérdőív (Beck Depression Inventory) - BDI	21	0,876
Vitális Kimerültség Kérdőív (Vital Exhaustion Questionnaire) - VEQ	10	0,824
Fejfájás-specifikus Életminőség-kérdőív (Migraine Specific Quality of Life Questionnaire) - MSQ	25	0,888

között változhat. Az egyes faktorok ponthatárai pedig a következők: affektív faktor: 8–32, szociális faktor: 7–28, energetikai faktor: 4–16, életritmus-faktor: 6–24 pont.

A 2. táblázatban látható Cronbach-alfa értékek jelzik, hogy a kérdőívek mintánkban igen jó belső konzisztenciát mutatnak. A matematikai statisztikai számításoknál Spearman-korrelációt, Pearson-féle chi-négyzet-próbát és Mann-Whitney-próbát alkalmaztunk. 15. verziószámú SPSS programmal dolgoztunk.

3. EREDMÉNYEK

Vizsgálataink eredményeit hipotéziseink sorrendjében közöljük. Ad 1. A 3. táblázatban feltüntetjük az egész minta és a két diagnosztikai csoport átlagos pontszámait az életminőség-kérdőíven, valamint a validitásvizsgálatra alkalmazott depressziót és vitális kimerültséget mérő skálán. Betegeink adatai a BDI szerint a dysthymia övezetébe, a VEQ szerint pedig a közepes mértékű exhaustio övezetébe tartoznak. Ezeket az adatokat az életminőség-pontszámokkal való összefüggésükben tárgyaljuk.

Adataink abba az irányba mutatnak, hogy az életminőség-kérdőív általunk elkészített és továbbfejlesztett magyar változata megfelelő pszichometriai tulajdonságokkal rendelkezik. Kérdőívünk megbízhatóságára a belső konzisztencia adatai utalnak, amelyek mind a kérdőív egésze, mind az egyes faktorok esetében igen magas értéket adnak. Ez az egész vizsgált mintára és a két diagnosztikai csoportra egyaránt igaz (4. táblázat).

3. táblázat. Az életminőség-kérdőíven és a validitásvizsgálatra alkalmazott depresszió- és vitáliskimerültség-kérdőíven elért átlagok és szórások a teljes mintában és a két diagnosztikai csoportban

	Teljes minta		Migrénesek		Tenziós fejfájósok		Statistikai próba	Cohen-d
	M	SD	M	SD	M	SD		
Depresszió	14,78	9,07	18,15	8,81	11,91	8,35	Z = -3,16, p = 0,002	0,69
Vitális kimerültség	11,51	5,61	12,63	5,45	10,55	5,62	Z = -1,66, p = 0,097	0,37
Életminőség / összpontszám	67,53	13,96	64,90	14,23	69,72	13,48	Z = -1,15, p = 0,248	-0,35
Életminőség / affektív faktor	21,03	5,46	19,20	4,90	22,60	5,48	Z = -2,79, p = 0,005	-0,62
Életminőség / szociális faktor	18,93	5,94	17,51	4,92	20,11	6,49	Z = -2,08, p = 0,037	-0,44
Életminőség / energetikai faktor	11,14	3,52	11,68	3,14	10,68	3,79	Z = -1,16, p = 0,246	0,28
Életminőség / életritmus-faktor	16,31	4,62	16,27	4,61	16,34	4,69	Z = -0,21, p = 0,983	-0,02

A diszkriminatív validitás megállapításához mércének tekinthetjük a BDI és a VEQ pontszámait, hiszen ezek az általános közérzetet, kedélyállapotot és energetikai állapotot mérik, tehát az ezeken elért magasabb pontszám logikusan rosszabb életminőséget jelez. Az eredeti, Wagner és munkatársai által publikált kérdőív csak migrénes betegek életminőségének vizsgálatára készült, az adaptálás idején és jelen tanulmányunkban

4. táblázat. Az Életminőség-kérdőív belső konzisztenciája

	Cronbach-alfa az egész mintában	Cronbach-alfa a migrénes csoportban	Cronbach-alfa a tenziós fejfájós csoportban
Teljes Életminőség-kérdőív	0,888	0,907	0,872
Életminőség-kérdőív / affektív faktor	0,822	0,785	0,822
Életminőség-kérdőív / szociális faktor	0,878	0,796	0,910
Életminőség-kérdőív / energetikai faktor	0,835	0,772	0,896
Életminőség-kérdőív / életritmus-faktor	0,817	0,825	0,819

5. táblázat. Korrelációs mátrix az Életminőség-kérdőív pontszámai és a validitásvizsgálatra alkalmazott két kérdőív pontszámai között az egész vizsgált mintában (Spearman-korrelációk)

	MSQ	MSQ / affektív faktor	MSQ / szociális fak- tor	MSQ / energe- tikai faktor	MSQ / életrit- mus- faktor	BDI	VEQ
MSQ	1,000	0,830**	0,588**	0,720**	0,671**	-0,436**	-0,500**
MSQ / affektív faktor	0,830**	1,000	0,386**	0,457**	0,511**	-0,512**	-0,425**
MSQ / szociális faktor	0,588**	0,386**	1,000	0,159	0,013	-0,348*	-0,406**
MSQ / energetikai faktor	0,720**	0,457**	0,159	1,000	0,690**	-0,200	-0,273*
MSQ / életritmus- faktor	0,671**	0,511**	0,013	0,690**	1,000	-0,238*	-0,236*
BDI	-0,436**	-0,512**	-0,348*	-0,200	-0,238*	1,000	0,657**
VEQ	-0,500**	-0,425**	-0,406**	-0,273*	-0,236*	0,657**	1,000

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. MSQ - Fejfájás-specifikus Életminőség-kérdőív, BDI - Beck Depresszió Kérdőív, VEQ - Vitális Kimerültség Kérdőív

pedig kiterjesztettük tenziós fejfájós betegek vizsgálatára is. Ezért szükséges volt annak megvizsgálása, hogy az általunk kifejlesztett magyar változat diszkriminatív validitása teljesül-e mindkét vizsgált diagnosztikai csoport esetében. Számításaink szerint az egész mintában szignifikáns, negatív korrelációt mutat az Életminőség-kérdőív összpontszáma mind a BDI, mind a VEQ pontszámával. Az Életminőség-kérdőív négy faktora közül három szignifikáns, negatív korrelációt mutat a depresszió pontszámával; továbbá mind a négy faktor szignifikáns, negatív korrelációt mutat a vitális kimerültség pontszámaival (5. táblázat).

A migrénes csoportban továbbá az Életminőség-kérdőív összpontszáma mind a Beck Depresszió Kérdőív, mind a Vitális Kimerültség Kérdőív pontszámával erősen szignifikáns, negatív korrelációt mutat. Három faktor a depresszió pontszámával, és mind a négy faktor a vitális kimerültség pontszámával mutat szignifikáns negatív korrelációt (6. táblázat). Hasonlóképpen, a tenziós fejfájós csoportban az Életminőség-kérdőív összpontszáma szignifikáns negatív korrelációt mutat mind a Beck Depresszió Kérdőív, mind a Vitális Kimerültség Kérdőív pontszámával. Továbbá az affektív és szociális faktor negatívan korrelál a vitális kimerültség pontszámával (6. táblázat). Tehát a kérdőív egészének diszkriminatív validitását mindkét diagnosztikai csoportban igazoltuk az életminőség mérése szempontjából. Migrénesek számára mind a négy faktor külön is érvényesnek mutatkozott

6. táblázat. Korrelációs mátrix az Életminőség-kérdőív pontszámai és a validitásvizsgálatra alkalmazott két kérdőív pontszámai között a két diagnosztikai csoportban (Spearman-korrelációk). A mátrix átló alatti felében található a migrénes, átló feletti felében pedig a tenziós fejfájós csoport adatai

	MSQ	MSQ / affektív faktor	MSQ / szociális faktor	MSQ / energe- tikai faktor	MSQ / életrit- mus- faktor	BDI	VEQ
MSQ	1,000	0,827**	0,495**	0,704**	0,594**	-0,323**	-0,385*
MSQ / affektív faktor	0,885**	1,000	0,283	0,466**	0,497**	-0,270	-0,377**
MSQ / szociális faktor	0,727**	0,565**	1,000	0,072	-0,178	-0,249	-0,366*
MSQ / energetikai faktor	0,808**	0,651**	0,383*	1,000	0,647**	-0,223	-0,179
MSQ / életritmus- faktor	0,789**	0,611**	0,326*	0,767**	1,000	-0,160	-0,075
BDI	-0,561**	-0,652**	-0,421**	-0,306	-0,413**	1,000	0,752**
VEQ	-0,619**	-0,471**	-0,425**	-0,467**	-0,503**	0,513**	1,000

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. MSQ – Fejfájás-specifikus Életminőség-kérdőív, BDI – Beck Depresszió Kérdőív, VEQ – Vitális Kimerültség Kérdőív

a validitásvizsgálatra alkalmazott mindkét kérdőív szerint. Tenziós fejfájós csoportunkban az affektív és szociális faktor diszkriminatív validitását igazolja a Vitális Kimerültség Kérdőívvel talált negatív korreláció. A validitással kapcsolatos kérdésekre a következtetésekben még visszatérünk.

Ad 2. A betegeinkkel felvett Impulzivitás–Kockázatvállalás–Empátia Kérdőív impulzivitást és empátiát mérő alszála negatív korrelációt mutat egymással: a Spearman-féle korrelációs együttható közepesen erős kapcsolatot jelez ($r = -0,368$; $p < 0,01$).

Ad 3. és 4. Az Életminőség-kérdőív összpontszáma nem korrelál szignifikánsan sem az impulzivitás, sem az empátia vonásaival. Ennek további ellenőrzéseképpen a két személyiségvonás és a Beck Depresszió Kérdőív pontszáma mint általánosabb életminőség-mutató közötti kapcsolatot is megvizsgáltuk, ami szintén nem hozott szignifikáns eredményt: azaz a két személyiségvonás nem függ össze a BDI által mért általános közérzettel, kedélyállapottal sem ebben a mintában.

Az Életminőség-kérdőív faktorokra bontása azonban finomabb elemzést is lehetővé tett. Szignifikáns negatív korrelációt találtunk a kérdőív szociális faktora és az empátia között (7. táblázat): azaz az empátia a társas kapcsolatok terén rontja a betegek életminőségét. Miután a szociális faktor diszkriminatív validitása mindkét betegcsoportban teljesült, ezt az adatot

7. táblázat. Spearman-féle korrelációk az Életminőség-kérdőív és az impulzivitás, a kockázatvállalás és az empátia személyiségvonásai között

	IVE / impulzivitás	IVE / kockázatvállalás	IVE – empátia
MSQ	-0,128	0,115	-0,069
MSQ / affektív faktor	-0,205	0,039	-0,016
MSQ / szociális faktor	-0,022	0,186	-0,225*
MSQ / energetikai faktor	-0,131	0,010	0,010
MSQ / életritmus-faktor	-0,082	-0,048	0,097

* $p < 0,05$. MSQ – Fejfájás-specifikus Életminőség-kérdőív, IVE – Impulzivitás-Kockázatvállalás-Empátia Kérdőív

elfogadhatónak tekintjük. Az impulzivitás esetében egyik korreláció sem szignifikáns, tehát az impulzivitás sem pozitív, sem negatív értelemben nem függ össze a fejfájás-specifikus életminőséggel. Megjegyzendő, hogy a diszkriminatív validitás adatai alapján a faktorok közül csak az affektív és szociális faktorra vonatkozó korrelációk tekinthetők elfogadhatónak.

Ad 5. A migrénes betegek hipotézisünknek megfelelően szignifikánsan impulzívabbnak mutatkoztak a tenziós fejfájósoknál (8. táblázat). Az adat értelmezésének jelentős korlátot szabna a két diagnosztikai csoport közötti szignifikáns különbség az átlagéletkorban és a betegség tartamban. Ennek tisztázására végeztük el az adatok kontrollálását a korra és betegség tartamra, többszempontos varianciaanalízissel. Az eredmények szerint csak a diagnosztikai kategória bizonyul jelentős magyarázó tényezőnek az impulzivitás tekintetében; az életkor és a betegség tartam nem (9. táblázat). A férfi betegek továbbá impulzívabbnak mutatkoznak a nőknél (8. táblázat).

8. táblázat. Az impulzivitás átlagértékei mintánk nemek szerinti és diagnózis szerinti alcsoportjaiban

	Átlag	Szórás	Különbség
Teljes minta	7,26	4,14	
Nem			Z = -2,41; p = 0,016; Cohen-d = 0,37
Férfiak	9,40	3,84	
Nők	6,70	4,06	
Betegségcsoport			Z = -2,72; p = 0,006; Cohen-d = 0,35
Migrénesek	8,65	4,50	
Tenziós fejfájósok	6,09	3,43	

9. táblázat. Az impulzivitás és a betegség típus életkorra és betegség tartamra kontrollált kapcsolata

	F	Szignifikancia	Partial Eta Squared
Kor	0,488	0,487	0,006
Betegség tartam	0,042	0,839	0,001
Diagnózis	8,963	0,004	0,097

Ad 6. A nőbetegek – várakozásainknak megfelelően – szignifikánsan erősebb empátiás készséget mutatnak a férfiaknál (10. táblázat). A két diagnosztikai csoport e dimenzió mentén nem tért el szignifikánsan egymástól.

10. táblázat. Az empátia átlagértékei mintánk nemek szerinti és diagnózis szerinti alcsoportjaiban

	Átlag	Szórás	Különbség
Teljes minta	16,51	5,07	
Nem			Z = -3,67; p < 0,001; Cohen-d = 0,43
Férfiak	10,82	6,55	
Nők	17,89	3,50	
Betegség csoport			Z = -0,55; p = 0,583; Cohen-d = 0,02
Migrénesek	16,70	4,26	
Tenziós fejfájósok	16,30	5,72	

4. MEGBESZÉLÉS

Tanulmányunk két tárgyra irányul: egyfelől egy migrénspecifikus életminőség-kérdőív általunk elkészített és továbbfejlesztett magyar változatának érvényességét és megbízhatóságát vizsgáltuk; másfelől explorációs és pszichoterápiás anyagokra támaszkodva az impulzivitás és az empátia összefüggéseit kerestük a primer fejfájós betegek életminőségével. Hozzájárulunk a migrénes és tenziós fejfájós betegek személyiségprofiljának felrajzolásához és életminőségének vizsgálatához. Mindezekkel a pszichoterápia megtervezéséhez kívánunk támpontokat nyújtani.

Vizsgálatunkban migrénes és tenziós fejfájós betegek szerepeltek. A nők sokkal nagyobb aránya a primer fejfájós páciensek körében megegyezik a szakirodalomban általában megjelenő arányokkal. Olyannyira, hogy a női nemet az utóbbi időben rizikótényezőként tartják számon a migrén esetében (Swartz és mtsai, 2000).

A Fejfájás-specifikus Életminőség-kérdőív magyar változatának összpontszáma és általunk korábban talált faktorain elért pontszámok negatívan korrelálnak az életminőség más mutatóival: a Beck Depresszió Kérdőív és a Vitális Kimerültség Kérdőív szerinti általános közérzeti és energetikai állapottal. Mind a kérdőív egésze, mind az egyes faktorok jó belső konzisztenciát mutatnak, az egész mintában és a két diagnosztikai csoportban egyaránt. Mindezek biztató adatok arra nézve, hogy a kérdőív jól használható és ajánlható primer fejfájós betegek életminőségének vizsgálatára, és általunk kimutatott faktorai révén annak több szempontú elemzését is lehetővé teszi. Ahhoz azonban, hogy ezt teljes bizonyossággal kijelenthesük, további célzott vizsgálatok elvégzése szükséges a kérdőív tartalmi és kritériumvaliditására vonatkozóan. Vizsgálatainkat ilyen irányban kívánjuk továbbfejleszteni. Legalább a jelenlegihez hasonló létszámú mintán tervezzük a kérdőív adatainak összevetését a klinikai adatokkal – a fejfájás gyakoriságával, intenzitásával, időtartamával és az esetleges kísérő tünetek jelenlétével és súlyosságával.

Nagy mintán, négyéves követéses vizsgálatban kimutattuk már, hogy krónikus fájdalomszindrómákból azok tudtak sikeresen meggyógyulni, akiknek az állapotát depresszív szindróma nem komplikálta (Berghammer, 2008). A depresszió felismerése és kezelése tehát kulcsfontosságú a krónikus fájdalmak gyógyítása szempontjából. Ehhez jelen vizsgálat alapján azt tehetjük hozzá, hogy a depresszióval és a vitális kimerültséggel a fejfájás által meghatározott életminőség is szorosan összefügg, más szóval kisebb mértékű depresszió és enyhébb mértékű exhaustio esetén könnyebb megküzdeni a fejfájással, azt nem érzi olyan nagy tehernek a beteg, mint súlyosabb depresszió vagy kimerültség fennállása mellett. Tehát a depresszív szindróma és az általános kimerültség kezelése a fejfájás-specifikus életminőség javításához, végső soron a primer fejfájás gyógyításához is elengedhetetlen. Pszichoterápiás tapasztalataink alapján a primer fejfájós betegek kezelésében igen jól beválnak a relaxációs és kognitív terápiás módszerek. Vizsgálatunk alapján ezt is pontosíthatjuk. A Fejfájás-specifikus Életminőség-kérdőív energetikai faktorán alacsony és a Vitális Kimerültség Kérdőíven magas pontszámot elérő (energetikai szempontból rossz életminőséget jelző) betegeknél előnyös a hangsúlyt a regeneráló és energizáló célzatú relaxációs és imaginatív technikákra helyezni (pl. Zsombók, Juhász, Budavári, Vitrai, & Bagdy, 2003). Az affektív és/vagy szociális faktoron alacsony pontszámot elérő (affektív és/vagy szociális szempontból gyenge életminőséget jelző) pácienseknél pedig az önértékelést erősítő és a kedélyállapotot javító kognitív technikák lehetnek fontosabbak (pl. Berghammer & Szedmák, 1997).

A vizsgált két személyiségvonásról kimutattuk, hogy az impulzivitás

és az empátia vonása negatívan korrelál egymással: ez összhangban áll a fentebb kifejtett elméleti megfontolásainkkal. Továbbá a nők szignifikánsan empatikusabbak, a férfiak pedig szignifikánsan impulzívabbak a vizsgált mintában. A nők erősebb empátiás készségét tapasztalataink alapján feltételeztük és a szakirodalommal összhangban a hagyományos női szerepekkel, szerepviselkedéssel hoztuk összefüggésbe. A férfiak nagyobb mértékű impulzivitása logikusan következik az előbbiekből, az empátia és az impulzivitás negatív korrelációjából. Nem utal arra, hogy a mintánkban szereplő férfiak impulzuskontroll-zavarokat mutatnának.

Az impulzivitás életminőséggel való összefüggései nem érték el a szignifikancia szintjét – az esetleges összefüggést több tényező is elhomályosíthatja: így például az, hogy az impulzívabb személyek gyengébb introspekciós készsége befolyásolhatja az életminőség-kérdőív kitöltését; vagy az, hogy ezek a betegek az impulzív akciókat fejfájás fellépése esetén is megbirkózási stratégiaként alkalmazzák és így aktuálisan enyhítik a fejfájás életminőséget rontó hatását. Pszichoterápiás tapasztalataink alapján azonban azt mondhatjuk, hogy betegeinknek affektív szempontból ugyan pillanatnyi enyhülést hoznak az impulzív megnyilvánulások, de hosszabb távon bonyolítják életüket. Vizsgálatunkban – megfigyeléseinkkel összhangban – a migrénes páciensek mutatkoztak impulzívabbnak a tenziós fejfájásoknál. Az összefüggés akkor is igaznak mutatkozott, amikor életkorra és nemre kontrolláltuk az adatokat.

Pszichoterápiás szempontból a következőket gondoljuk: A kognitív terápiás irányzat keretében kidolgozott ötoszlopos módszer, illetve a helyzetek összetevőinek kördiagramban való ábrázolása segíthet a feszült vagy bonyolult helyzetek jobb kezelésében és az impulzív megoldások elkerülésében. Az impulzivitással a kockázatvállalás is pozitívan korrelált – fejfájós betegeink esetében ezt a vonást a fájdalomcsillapító gyógyszerek túlzott fogyasztásával hozhatjuk összefüggésbe, ami a hozzászokás és az ezek által provokált újabb fejfájások kockázatát hordja magában. Nem vizsgáltuk szisztematikusan azt, hogy az impulzívabb betegek több, vény nélkül kapható gyógyszert fogyasztanak-e – amit a dolog természeténél fogva nehéz is lenne vizsgálni –, de ez feltételezhető, hiszen az impulzív személyiség a diszkomfortérzés azonnali megszüntetésére törekszik.

Az empátia eredményeink szerint a fejfájás-specifikus életminőséget szociális szempontból rontja. Minél erősebb empátiával rendelkezik a beteg, annál nagyobb feszültséget jelent számára az, hogy panaszával gondot okoz szeretteinek. Az empátia tehát ily módon teher a beteg életében. A pszichoterápiában azonban mindez a beteg előnyére fordítható: az empátiás készség által biztosított fokozottabb fogékonyság, a terapeuta meg erősítéseinek erősebb hatása jobb és gyorsabb terápiás eredményeket tesz

lehetővé. Miután az empátiás készség nőbetegeinknél lényegesen erősebbnek mutatkozott, mint a férfiaknál, ennek terápiás kamatoztatása is első-sorban náluk lehet sikeres.

IRODALOM

- Appels, A., Hoppener, P., & Mulder, P. (1987). A questionnaire to assess premonitory symptoms of myocardial infarction. *International Journal of Cardiology*, 17, 15–24.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendesohn M., Mosk, J., & Erlbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Berghammer, R. (2008). A fájdalom szerepe az életminőség alakulásában. In M. Kopp (szerk.), *Magyar lelkiállapot 2008* (599–605). Budapest: Semmelweis Kiadó
- Berghammer, R., & Szedmák, S. (1997). Az attitűdök, a szorongás és önértékelés alakulása a kognitív megközelítés szempontjából háromféle krónikus fejfájós betegcsoportban. *Pszichoterápia*, 6, 433–437.
- Berghammer, R., & Szedmák, S. (1998). Új kérdőív migrénes betegek életminőségéről. *Pszichoterápia*, 7, 180–184.
- Brandes, J.L. (2008). The migraine cycle, patient burden of migraine during and between migraine attacks. *Headache*, 48, 430–441.
- Breslau, N., Lipton, R.B., & Stewart W.F. (2003). Comorbidity of migraine and depression, investigating potential etiology and prognosis. *Neurology*, 60, 1308–1312.
- Buda, B. (1980). *Az empátia – a beleélés – lélektana*. Budapest: Gondolat Kiadó
- Curie, S.R., & Wang, J. (2004). Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain*, 107(1–2), 54–60.
- Davis, M.H. (1994). *Empathy. A Social Psychological Approach*. London: C. Brown Communications Inc
- De Benedettis, G., & Lorenzetti, A. (1992). The role of stressful life events in the persistence of primary headache, major events vs daily hassles. *Pain*, 51(1), 35–42.
- Dowson, A., & Jagger, S. (1999). The UK migraine patient survey, quality of life and treatment. *Current Medical Research and Opinion*, 15(4), 241–253.
- Eysenck, S.B.G., & Eysenck, H.J. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder & Stoughton
- Eysenck, S.B.G., & Eysenck, H.J. (1977). The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 16, 57–68.
- Gesztelyi, Gy. (2004). Primer fejfájások és depresszió. *Orvosi Hetilap*, 145, 2419–2424.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (1988). Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*, 8, 1–96.
- Kerekes, Zs., & Varga, J. (2007). Fájdalom, fájdalommenedzsment és palliatív ellátás. In J. Kállai, J. Varga, & A. Oláh (szerk.), *Egészségpszichológia a gyakorlatban* (333–354). Budapest: Medicina Kiadó
- Kopp, M., Falger, P., Appels, A., & Szedmák, S. (1998). Depression and vital exhaustion are differentially related to behavioural risk factors for coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 60, 752–758.
- Kopp, M., & Skrabski, Á. (1995). *Alkalmazott magatartástudomány*. Budapest: Hét Szabad Művészet Könyvtára – Corvinus Kiadó

- Kozéki, B., & Berghammer, R. (1992). The role of empathy in the motivational structure of school children. *Personality and Individual Differences*, 13, 191–203.
- Kozéki, B., & Eysenck, S.B.G. (1985). Magyar és angol iskoláskorúak összehasonlító vizsgálata, az impulzivitás–kockázatvállalás–empátia kérdőív magyar változata. *Pszichológia*, 5, 579–600.
- Linde, M., & Dahlof, C. (2004). Attitudes and burden of disease among self-considered migraineurs – a nation-wide population-based survey in Sweden. *Cephalalgia*, 24, 455–465.
- Magni, G., Caldieron, C., Rigatti-Luchini, S., & Merskey, H. (1990). Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general population. *Pain*, 43, 299–307.
- Materazzo, F., Cathcart, S., & Pritchard, D. (2000). Anger, depression, and coping interactions in headache activity and adjustment, a controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 69–75.
- Merikangas, K.R. (1990). Migraine and psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 47, 849–853.
- Nylander, P., Schlette, P., Brandström, S., Nilsson, M., Forsgren, T., Forsgren, L., et al. (1996). Migraine, temperament and character. *Journal of Psychiatric Research*, 30, 359–368.
- Pető, Z. (1987). Pszichometriai módszerek alkalmazása a hangulati élet vizsgálatában. *Ideggyógyászati Szemle*, 40, 537–546.
- Pompili, M., Di Cosimo, D., Innamorati, M., Lester, D., Tatarelli, R., & Martelletti, P. (2009). Psychiatric comorbidity in patients with chronic daily headache and migraine, a selective overview including personality traits and suicide risk. *Journal of Headache and Pain*, 10, 283–290.
- Rothrock, J., Lopez, I., Zweifler, R., Andress-Rothrock, D., Drinkard, R., & Walters, N. (2007). Borderline personality disorder and migraine. *Headache*, 47, 22–26.
- Sauro, K.M., & Becker, W.J. (2009). The stress and migraine interaction. *Headache*, 49, 1378–1386.
- Stovner, L.J., & Andree, C. (2008). Impact of headache in Europe, a review for the Eurolight project. *Journal of Headache and Pain*, 9(3), 139–146.
- Swartz, K.L., Pratt, L.A., Armenian, H.K., Lee, L.C., & Eaton, W.W. (2000). Mental disorders and the incidence of migraine headaches in a community sample. Results from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Follow-up Study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 945–950.
- Várnai, Gy. (1992). Krónikus fájdalom szindróma. *Végeken*, 3(4), 14–22.
- Vécsei, L., Tajti, J., Szok, D., & Knyihar, E. (2001). Fájdalom és fejfájás. In: L. Vécsei, J. Tajti, & G. Gárdián (szerk.), *Neurológia a harmadik évezred hajnalán* (75–110). Budapest: Springer
- Wagner, T.H., Patrick, D.L., Galer, B.S., & Berzon, R.A. (1996). A new instrument to assess the long-term quality of life effects from migraine, development and psychometric testing of the MSQOL. *Headache*, 36, 484–492.
- Zwart, J.A., Dyb, G., & Hagen, K. (2003). Depression and anxiety disorders associated with headache frequency. The Nord-Trondelag Health Study. *European Journal of Neurology*, 10, 147–152.
- Zsombók, T., Juhász, G., Budavári, A., Vitrai, J., & Bagdy, Gy. (2003). Effect of autogenic training on drug consumption in patients with primary headache. An 8-month follow-up study. *Headache*, 43, 251–257.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönetet mondunk Mészáros Eszternek a matematikai statisztikai számítások elvégzéséért. Etikai engedély száma: TUKEB 10/ 2007.

**EXAMINATION OF THE QUALITY OF LIFE OF
MIGRAINEURS AND TENSION HEADACHE PATIENTS
IN CONNECTION WITH IMPULSIVITY, EMPATHY,
DEPRESSION, AND VITAL EXHAUSTION**

BERGHAMMER, RITA – ZSOMBÓK, TERÉZIA

The connection between chronic pain and depression is abundantly documented in the literature. Impulsivity and empathy are less studied in primary headache patients. In our psychotherapeutic experience most of our migraine patients have shown signs of impulsivity, and female patients particularly have displayed empathic concern. We examined 87 patients (40 migraineurs and 47 tension headache patients following the criteria set by the International Headache Society, mean age 34 years) using the Beck Depression Inventory, the Vital Exhaustion Questionnaire, Eysenck's Impulsivity-Venturesomeness-Empathy Questionnaire, and Wagner's MSQ. The latter examines the quality of life of migraineurs; its Hungarian version was developed by the first author of the present study.

Our results confirm the discriminative validity and reliability of the Hungarian version of the quality of life questionnaire. Depression score for the whole sample shows a negative correlation with the total quality of life score (coeff: -0.436; $p < 0.001$) and with three of its four factors. The vital exhaustion score also correlates negatively with the total quality of life questionnaire score (coeff: -0.500; $p < 0.001$) and all four of its factors. For migraineurs, our data confirm the discriminative validity of the total score and of all four factors of the quality of life questionnaire. For tension headache patients, evidence is found for the discriminative validity of the total score as well as the affective and social factors of the questionnaire. The high Cronbach's alpha values – between 0.772 and 0.910 – prove the reliability of the questionnaire.

The results also confirm our hypotheses of an inverse correlation between impulsivity and empathy (coeff: -0.368; $p < 0.001$) and an inverse correlation of empathy with the social factor in the quality of life questionnaire (coeff: -0.237; $p < 0.05$). Migraineurs were found to have a higher level of impulsivity than tension headache patients (means: 8.65 vs. 6.09; $p < 0.01$) – this evidence remained significant after controlling the results for age and length of disease history. Female patients were found to have stronger empathy than male patients (mean: 17.89 vs. 10.82; $p < 0.001$), as expected. The usefulness of relaxation techniques and cognitive psychotherapeutic methods in improving primary headache patients' status is discussed.

Keywords: primary headache, impulsivity, empathy, exhaustion, depression, quality of life