Tudatos jelenlét alapú kognitív terápia krónikus fejfájással élők számára

Sal Dorottya ▪ Perczel-Forintos Dóra dr.

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest

Bevezetés: A krónikus fejfájás az egyik leggyakoribb, tartós munkaképtelenséghez vezető egészségügyi probléma, mely együtt járhat nemcsak az életminőség romlásával, hanem a depressziós, szorongásos panaszok megnövekedésével is. Krónikus fájdalom esetében az akut fájdalomcsillapítás hatásossága korlátozott, így a témába vágó nemzetközi kutatások egyre inkább felhívják a figyelmet a fájdalommal összefüggő pszichés és viselkedéses tényezők módosításának fontosságára. Szakirodalmi adatok alapján a tudatos jelenlét alapú kognitív terápia bizonyítottan hatékony a krónikus fejfájás terheinek csökkentésében, hatása elsősorban az életminőség javításában, az énhatékonyság növelésében, valamint a fájdalomkatasztrofizáció és a depresszió csökkentésében mérhető.
Célkitűzés: Elsősorban szerettük volna Magyarországon elérhetővé tenni a tudatos jelenlét alapú kognitív terápiát krónikus fejfájással élők számára. Másodsorban mérni kívántuk a módszernek az életminőségre, a fájdalommal való megküzdésre és a depresszióra gyakorolt hatását.
Módszer: A Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológia Tanszékén indítottuk el a Melissa Day (2012) által kidolgozott struktúrát követő, 8 ülésből álló csoportfoglalkozásokat. A csoportfoglalkozást egyéni első interjú előzte meg. Mérőeszközök: Beck Depresszió Kérdőív; Fájdalomkatasztrofizáció Kérdőív; Átfogó, Fejfájással Kapcsolatos Életminőség Kérdőív; Tudatos Jelenlét Kérdőív; Észlelt Stressz Kérdőív; Önegyüttérzés Kérdőív.
Eredmények: A csoportfoglalkozás után szignifikánsan csökkent a fájdalom életminőségre gyakorolt negatív hatása ($p<0{,}001$, Cohen-d = 0,92), a fájdalomkatasztrofizáció ($p<0{,}001$, Cohen-d = 0,76) és a depresszió ($p<0{,}01$, Cohen-d = 0,51). Emellett nőtt a tudatos jelenlét készségeinek ($p<0{,}001$, Cohen-d = –0,55), valamint az önegyüttérzésnek a mértéke ($p<0{,}001$, Cohen-d = –0,7).
Megbeszélés: Klinikai vizsgálatunk a szakirodalmi eredményekkel összhangban alátámasztja a tudatos jelenlét alapú kognitív viselkedésterápia hatékonyságát a krónikus fejfájással élők életminőségének javításában.
Következtetés: Mivel a tudatos jelenlét alapú kognitív terápia viszonylag rövid pszichológiai intervenció, könnyen alkalmazható az ellátás számos szintjén, a háziorvosi rendelőkben vagy a fejfájás-ambulanciákon is.
Orv Hetil. 2024; 165(48): 1904–1910.

Kulcsszavak: krónikus fejfájás, kognitív viselkedésterápia, mindfulness, tudatos jelenlét alapú kognitív terápia

Mindfulness-based cognitive therapy for individuals with chronic headaches

Introduction: Chronic headache is one of the most common health issues leading to long-term disability, which results not only in a decline in the quality of life but also increases depressive and anxiety-related symptoms. In the case of chronic pain, the effectiveness of acute pain relief is limited. International research increasingly highlights the importance of modifying psychological and behavioral factors associated with pain. According to the literature, mindfulness-based cognitive therapy has been proven effective in reducing the burden of chronic headaches, primarily by improving the quality of life, enhancing self-efficacy, and reducing pain catastrophizing and depression.
Objectives: Our primary goal was to make mindfulness-based cognitive therapy accessible for the first time in Hungary to individuals living with chronic headaches. Secondly, we aimed to measure the impact of this method on the quality of life, coping with pain, and depression.
Method: We initiated 8-session groups following the structure developed by Melissa Day (2012) at the Department of Clinical Psychology, Semmelweis University. Measurement tools: Beck Depression Inventory, Pain Catastrophizing Scale, Comprehensive Headache-Related Quality of Life Questionnaire, Mindfulness Questionnaire, Perceived Stress Questionnaire, Self-Compassion Questionnaire.
Results: After the group sessions, there was a significant reduction in the negative impact of pain on the quality of life ($p<0.001$, Cohen's d = 0.92), pain catastrophizing ($p<0.001$, Cohen's d = 0.76), and depression ($p<0.01$, Cohen's d = 0.51). Additionally, there was an increase in mindfulness skills ($p<0.001$, Cohen's d = –0.55) and self-compassion ($p<0.001$, Cohen's d = –0.7).
Discussion: Our clinical trial supports the effectiveness of mindfulness-based cognitive behavioral therapy in improving the quality of life for individuals living with chronic headaches.

Brought to you by Library and Information Centre of the Hungarian Academy of Sciences MTA | Unauthenticated | Downloaded 12/02/24 07:58 AM UTC

Conclusions: Since mindfulness-based cognitive therapy is a relatively brief psychological intervention, it can be easily implemented at various levels of care, including general practitioners' offices or headache clinics.

Keywords: chronic headaches, cognitive behavioral therapy, mindfulness, mindfulness-based cognitive therapy

Sal D, Perczel-Forintos D. [Mindfulness-based cognitive therapy for individuals with chronic headaches]. Orv Hetil. 2024; 165(48): 1904–1910.

(Beérkezett: 2024. szeptember 5.; elfogadva: 2024. szeptember 24.)

Rövidítések

BDI = (Beck Depression Inventory) Beck Depresszió Kérdőív; CHQQ = (Comprehensive Headache-Related Quality of Life Questionnaire) Átfogó, Fejfájással Kapcsolatos Életminőség Kérdőív; FFMQ = (Five Facet Mindfulness Questionnaire) Tudatos Jelenlét Kérdőív; FKK = Fájdalomkatasztrofizáció kérdőív; PSS4 = (Perceived Stress Scale, 4-item version) Észlelt Stressz Kérdőív, 4 tételes változat; SCS-H = (Self-Compassion Scale – Hungarian) Önegyüttérzés Kérdőív, magyar változat

A hazánkban és világszerte is egyre gyakoribbá váló krónikus fejfájás hatásai mind egyéni (depressziós, szorongásos tünetek növekedése), mind társadalmi szinten (megnövekedett egészségügyi terhek) figyelmet érdemelnek [1, 2]. A krónikus fájdalom hátterében fontos szerepe lehet a fokozott stressznek és a fejfájásra alkalmazott gyógyszerszedés tartós megnövekedésének egyaránt [3]. Magyarországon a leggyakoribb típusú a tenziós fejfájás, epizodikus formában kb. a népesség 80%-át érinti [4]. Migrénes fejfájással kb. 1–1,2 millió fő küzd, és közülük 70% szorul kezelésre a panaszai miatt [5]. A fájdalom akkor válik krónikussá, ha több mint 3 hónapja havi 15 napot meghaladó a fejfájás gyakorisága. Ez mind migrén, mind tenziós fejfájás esetében a betegek kb. 3%-át érinti. Az utóbbi időben kutatások rávilágítottak egy új típusú, akár napi szinten jelentkező fejfájásra is, mely elsősorban az akut fájdalomcsillapító gyógyszerek tartós szedésével mutat összefüggést [1, 6].

A gyógyszerszedés hatásának korlátozottsága miatt még hangsúlyosabban vetődik fel a kérdés, hogy hogyan lehet a krónikus fejfájást kezelni, a vele járó ártalmakat mérsékelni. Mindez felhívja a figyelmet az egyéni pszichés tényezők, megküzdési készségek és erőforrások mobilizálását, fejlesztését célzó intervenciók szükségességére. Nemzetközi szakirodalmi adatok alapján az egyik legtöbb bizonyítékkal alátámasztott módszer a krónikus fájdalom kezelésében a tudatos jelenlét, azaz mindfulness, és az ezen alapuló módszerek [7–10].

A tudatos jelenlét kifejezés olyan állapotra vonatkozik, amelynek során a személy a figyelmét szándékosan a jelen pillanatra vagy annak valamely aspektusára irányítja, nyitottan, ítélkezéstől mentesen [11]. A mindfulnessalapú kognitív terápia hatása elsősorban a páciensek fájdalomra adott válaszreakcióinak tudatosításában, a gondolataik, érzéseik és viselkedésük közötti összefüggés felismerésében és elfogadásában rejlik [12]. A *Melissa Day és kollégái* által kidolgozott, krónikus fájdalomra specializált, 8 ülésből álló tanfolyam első felében a fókusz a megfigyelésre, az ítélkezés nélküli tudatosításra kerül [13]. Miután a résztvevők elsajátították ezt a készséget, a hangsúly a nehézségekkel való újfajta megküzdésre, ezen belül is az aktív elfogadásra helyeződik. A csoportfoglalkozás kognitív viselkedésterápiás komponense elsősorban abban segíti a pácienseket, hogy felismerjék a fájdalom kiváltotta negatív automatikus gondolataikat és az ezekben rejlő kognitív torzításokat [14]. Ezáltal csökkenhet a fájdalmat súlyosbító, katasztrofizáló gondolkodás, és nőhet a résztvevők énhatékonysága – mindkettő kulcsfontosságú szerepet játszik a krónikus fájdalommal való adaptív megküzdésben [15–17]. A tudatos jelenlét komponens elsősorban a figyelem irányításában, fókuszálásában és a testi állapotok, fizikai érzetek ítélkezésmentes megfigyelésében és elfogadásában segíti a résztvevőket, meditációs gyakorlatokon keresztül [13, 18].

A tudatos jelenlét alapú kognitív terápia hatékonyságára vonatkozó randomizált, kontrollált vizsgálatok eddigi eredményei szerint a módszer számos pozitív változással jár a résztvevők számára. Javítja többek között az életminőségüket, fokozza énhatékonyságukat, és csökkenti a fájdalomkatasztrofizációt és a fájdalomhoz társuló egyéb negatív pszichés tüneteket (például korlátozottságérzés, szorongás) [13, 19–22]. Egyes kutatások a fejfájásos epizódok számában, valamint a gyógyszerszedésben is csökkenést detektáltak [19, 22–24]. Konklúzióképpen elmondható, hogy a tudatos jelenlét alapú kognitív terápia hatása nem feltétlenül a fájdalom drasztikus csökkenésében, hanem inkább az azzal való együttélés és megküzdés eredményességében mutatkozik meg [7, 8, 25, 26].

Célkitűzés

Tanulmányunkban a Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológia Tanszékén, krónikus fejfájással élők számára meghirdetett, tudatos jelenlét alapú kognitív terápiás csoportok eredményeit szeretnénk bemutatni. A 8 ülésből álló csoportfoglalkozás struktúrája a *Melissa Day* által kialakított, krónikus fájdalomra adaptált, tudatos jelenlét alapú kognitív csoportterápia kézikönyve alapján készült [27].

Brought to you by Library and Information Centre of the Hungarian Academy of Sciences MTA | Unauthenticated | Downloaded 12/02/24 07:58 AM UTC

1. táblázat | A résztvevők demográfiai jellemzői (n = 44)

Életkor	Átlag (szórás)	41,39	12,51
Nem	Nő	40	90,90%
	Férfi	4	9,09%
Iskolai végzettség	Alapfokú	7	15,90%
	Középfokú	6	13,63%
	Felsőfokú	31	70,45%
Családi állapot	Egyedülálló	11	25,00%
	Párkapcsolatban él	10	22,72%
	Házas	21	47,72%
	Elvált	2	4,54%
A fejfájás típusa	Migrén	22	50,00%
	Tenziós	8	18,18%
	Migrén és tenziós	14	31,81%

Módszer

Résztvevők

Az eddigiekben öt alkalommal meghirdetett csoportban összesen 44 fő vett részt, mindannyian a Semmelweis Egyetem Klinikai Pszichológiai Tanszékén jelentkező, 18–65 év közötti személyek voltak. A jelentkezés feltétele a krónikus migrénes vagy tenziós fejfájás megléte volt, valamint háziorvos vagy neurológus szakorvos javaslata a csoportban való részvételre. A kizárási kritériumok a következők voltak: bipoláris affektív zavar, szkizofrénia, pszichózis, organikus és szimptómás mentális zavarok, mentális retardáció vagy szerhasználati zavar. A résztvevők pontos demográfiai megoszlását és a fejfájás típusainak arányát az *1. táblázat* tartalmazza.

Mérőeszközök

Átfogó, Fejfájással Kapcsolatos Életminőség Kérdőív – CHQQ [28]

A fejfájás-specifikus életminőséget mérő kérdőívet *Csépány és mtsai* alkották meg a Semmelweis Egyetemen. A kérdőív a kitöltést megelőző két hétre kérdez rá; 23 kérdést tartalmaz, melyekre a válaszadás 5 pontos Likert-skálán történik. A kérdőív validitása és megbízhatósága megfelelőnek bizonyult. Minél magasabb pontszámot ér el a kitöltő, annál nagyobb mértékben befolyásolja életminőségét a fejfájás.

Észlelt Stressz Kérdőív – PSS4 [29]

A személy stresszészlelését felmérő, eredetileg 14 tételes kérdőív rövidített változata. A kérdések azt mérik fel, hogy a személy az előző egy hónapban szubjektíven mennyi stresszhelyzetet élt át, mennyire tartja megterhelőnek a mindennapjait.

Beck Depresszió Kérdőív – BDI [30]

A depresszió súlyosságának megállapítására szolgáló kérdőív rövidített változata. Állításainak mindegyike négyféle megállapítást tartalmaz, 0-tól 3-ig terjedő súlyossági sorrendben.

Fájdalomkatasztrofizáció kérdőív – FKK [31]

A 13 tételes kérdőív annak felmérésére szolgál, hogy a személy mennyire hajlamos torzított, katasztrofizáló gondolkodásra fizikai tünetek tapasztalásakor. Három alskálát tartalmaz: ruminatio, felnagyítás és tehetetlenség.

Tudatos Jelenlét Kérdőív – FFMQ [32]

A 39 tételből álló skála öt, egymástól független mindfulnesskérdőív faktoranalízisén alapszik. Az öt alskála: megfigyelés, leírás, tudatos cselekvés, ítéletmentesség, reaktivitásmentesség.

Önegyüttérzés Kérdőív – SCS-H [33]

A *Neff* által kidolgozott mérőeszköz 21 tételes, magyar mintán validált és jó pszichometriai jellemzőkkel rendelkező változata. Az 5 fokú Likert-skálán pontozandó tételek az önegyüttérzés konstruktumának három nagy alfaktorát mérik, melyek mindegyike egy-egy negatív és pozitív komponensre bontható. Ezek a következők: Önmagunk iránt érzett kedvesség és önbírálat; Közös emberi természet és izoláció; valamint Jelentudatosság és túlzott azonosulás.

Hipotézisek

1) Feltételeztük, hogy a csoportfoglalkozáson való részvétel hatására csökkenni fog a fejfájás életminőségre gyakorolt negatív hatása, a depresszió, a stressz és a fájdalomkatasztrofizáció.

2) Feltételeztük továbbá, hogy a csoportfoglalkozáson való részvétel után erősödni fognak a résztvevők készségei a tudatos jelenlét terén, valamint nőni fog az önegyüttérzésük.

Statisztikai eljárás

A statisztikai elemzéseket JASP programmal végeztük. Elsőként leíró statisztikai elemzéseket futtattunk le külön-külön a csoportfoglalkozás előtti és utáni értékekre vonatozóan. Ezt követően normalitásvizsgálatot végeztünk (Shapiro–Wilk-próba), melynek eredményeit a *2. táblázat* tartalmazza. Ennek megfelelően öt változó esetében a továbbiakban parametrikus (összetartozó mintás *t*-próba), egy esetében pedig nemparametrikus eljárást (Wilcoxon-próba) alkalmaztunk a csoportfoglalkozás előtti és utáni értékek összehasonlítására.

Brought to you by Library and Information Centre of the Hungarian Academy of Sciences MTA | Unauthenticated | Downloaded 12/02/24 07:58 AM UTC

2. táblázat | A Shapiro–Wilk-próba eredményei

Mérőeszköz	W	p
PSS4	0,913	0,003
CHQQ	0,973	0,399
BDI	0,978	0,561
FKK	0,978	0,542
FFMQ	0,966	0,209
SCS	0,978	0,540

BDI = Beck Depresszió Kérdőív; CHQQ = Átfogó, Fejfájással Kapcsolatos Életminőség Kérdőív; FFMQ = Tudatos Jelenlét Kérdőív; FKK = Fájdalomkatasztrofáció Kérdőív; PSS4 = Észlelt Stressz Kérdőív, 4 tételes változat; SCS = Önegyüttérzés Kérdőív

Eredmények

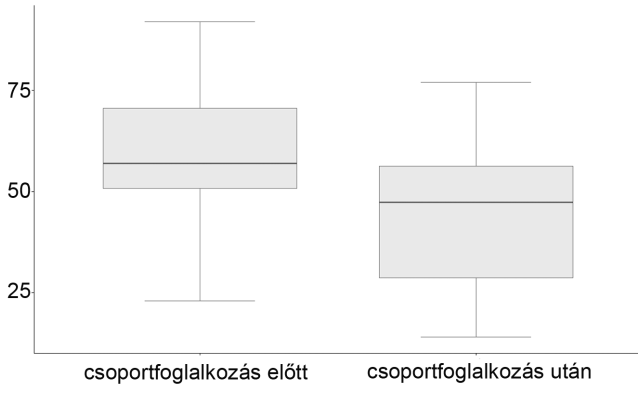
A csoportfoglalkozás előtti felmérések eredményei a résztvevők körében egyértelműen jelzik a fejfájás életminőségükre gyakorolt nagymértékű negatív hatását, ahogy a CHQQ értékeiből kiderül. Az átlagérték ebben az esetben a 100-ból 58 pont, ami megbízhatóan utal a fejfájás általi szubjektív korlátozottság érzésére az élet legtöbb területén (munkavégzés és koncentráció, szociális kapcsolatok, a szabadidő eltöltése, fizikai állapot). A csoportfoglalkozás utáni felmérésen ez az érték, azaz a fejfájás életminőségre kifejtett negatív hatása szignifikánsan, 58-ról átlagosan 44 pontra mérséklődött *(1. ábra)*.

A csoportfoglalkozás után szignifikánsan csökkent a résztvevőknek a csoportfoglalkozás előtt enyhén emelkedett depresszió- és stresszértéke is. Mindemellett nagymértékű csökkenést tapasztaltunk a krónikus fejfájásban kulcsszerepet játszó fájdalomkatasztrofizáció (felnagyítás, tehetetlenség, ruminatio) értékeiben is, az átlagpontszám a csoportfoglalkozás előtti 28 pontról 21 pontra csökkent *(2. ábra)*.

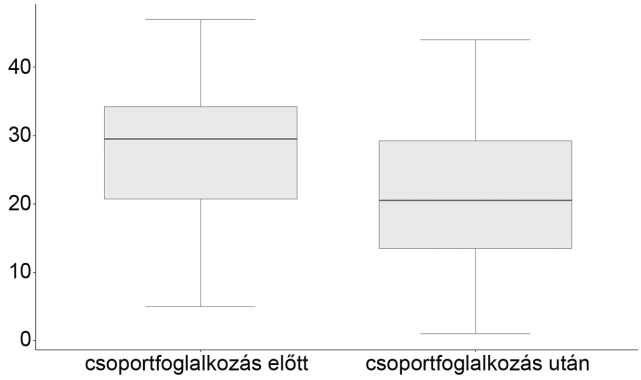
Kiemelendő emellett a krónikus fájdalommal való együttélést segítő, pozitív pszichológiai változók szignifikáns növekedése is. Egyrészt a csoportfoglalkozáson fókuszba kerülő tudatos jelenlét készségeinek (megfigyelés, leírás, tudatos cselekvés, ítéletmentesség, reaktivitásmentesség), másrészt az önegyüttérzés mértékének pozitív irányú változása *(3. ábra)*.

A hatásméret-mutatók értékei minden változó esetében minimum közepes, jellemzően inkább nagy erősségű csoporthatást jeleztek az értékek változásában. Az összehasonlító statisztikai elemzések eredményeit és a hatásméret-mutatókat a *3. táblázat* tartalmazza.

Összegezve az eredményeket, hipotéziseinkkel összhangban azt találtuk, hogy a tudatos jelenlét alapú kognitív terápiás csoportfoglalkozás után szignifikánsan csökkentek a résztvevők depressziós, szorongásos tünetei, a fájdalomkatasztrofizáció és a fejfájás életminőségükre gyakorolt negatív hatása. Szignifikánsan nőtt emellett körükben a tudatos jelenlét készségeinek szintje és az önegyüttérzés.

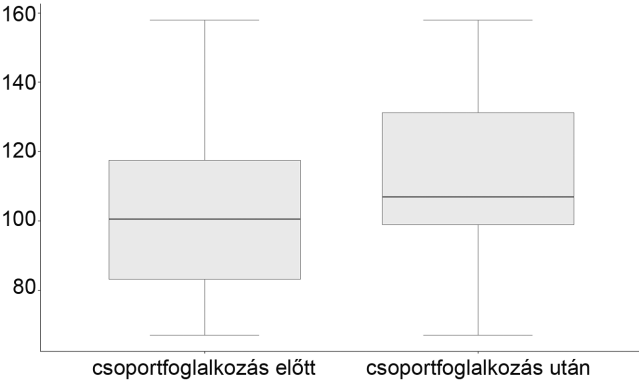


1. ábra | A fejfájás életminőségre gyakorolt negatív hatása



2. ábra | A Fájdalomkatasztrofizáció Kérdőív (FKK) átlaga a csoportfoglalkozás előtt és után

t(44) = 5,049; p<0,001



3. ábra | A Tudatos Jelenlét Kérdőív (FFMQ) átlaga a csoportfoglalkozás előtt és után

t(44) = −3,637; p<0,001

Megbeszélés

A krónikus fejfájással élők számára indított első, tudatos jelenlét alapú kognitív terápiás csoportfoglalkozások ígéretes eredményekkel szolgálnak mind az érintett páciensek, mind az őket kezelő egészségügyi személyzet és rendszer számára. Első, egyik leglényegesebb hipotézi-

Brought to you by Library and Information Centre of the Hungarian Academy of Sciences MTA | Unauthenticated | Downloaded 12/02/24 07:58 AM UTC

3. táblázat | Az összehasonlító statisztikai elemzések eredményei

	Csoportfoglalkozás előtti átlag (SD)	Csoportfoglalkozás utáni átlag (SD)	A statisztikai próba eredménye (t/z)	Hatásméret-mutató (Cohen-féle d/r)
PSS4	8,20 (3,26)	6,84 (3,08)	z = 2,746*	r = 0,574
CHQQ	58,77 (14,65)	44,79 (17,16)	t = 6,126***	d = 0,924
BDI	17,05 (5,28)	14,93 (4,45)	t = 3,392**	d = 0,511
FKK	28,05 (10,02)	21,70 (10,15)	t = 5,049***	d = 0,761
FFMQ	101,80 (22,43)	113,95 (22,47)	t = –3,637***	d = –0.548
SCS	53,09 (15,62)	64,16 (19,47)	t = –4,703***	d = –0,709

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

BDI = Beck Depresszió Kérdőív; CHQQ = Átfogó, Fejfájással Kapcsolatos Életminőség Kérdőív; FFMQ = Tudatos Jelenlét Kérdőív; FKK = Fájdalomkatasztrofizáció Kérdőív; PSS4 = Észlelt Stressz Kérdőív, 4 tételes változat; SCS = Önegyüttérzés Kérdőív

sünk, miszerint a csoportfoglalkozást követően csökkenni fog a résztvevők fejfájásának életminőségükre gyakorolt negatív hatása, teljes mértékben beigazolódott. Habár vizsgálatunk a kis elemszám és a kontrollcsoport hiánya miatt inkább előtanulmánynak tekinthető, érdemes mégis megvizsgálni, milyen mechanizmusok vezethettek az eredmények csoportfoglalkozás utáni kedvező alakulásához.

A szakirodalmi eredményekkel összhangban tehát láthattuk, hogy a csoportfoglalkozást követően a résztvevők úgy érezték, hogy – habár fejfájásuk nem szűnt meg teljes egészében – kisebb befolyással van mindennapjaikra, beleértve munkahelyi működésüket, szociális életüket és a szabadidejük eltöltését [7, 8, 25, 26]. Mindez nagyban hozzájárulhat ahhoz, hogy az évek vagy évtizedek óta krónikus fájdalommal élő személyek énhatékonysága, állapotuk feletti kontrollérzete visszatérjen. Az utóbbiakra azért is érdemes figyelmet fordítani, mert a fájdalommal mint folyamatosan jelen lévő stresszorral való megküzdés nagy hatással van a pszichés állapot alakulására [34]. Ebben a megküzdésben fontos szerep jut a fájdalomhoz kapcsolódó kogníciónak is, különös tekintettel a katasztrofizáló gondolatokra. Vizsgálatunkban, hipotézisünknek megfelelően, a csoportfoglalkozás után szignifikánsan csökkent a résztvevők körében a fájdalomkatasztrofizáció. Mindez azért nagyon jelentős eredmény, mert a legújabb kutatások szerint a katasztrofizáló gondolkodás az a tényező, amely a krónikus fájdalommal élők körében elvezethet a tünetek súlyosbodásához [35].

Feltételezéseinknek megfelelően a csoportfoglalkozást követően szignifikánsan csökkent a résztvevők által észlelt stressz és a depressziós tüneteik is. Az utóbbi kiemelt jelentősége abból ered, hogy azoknak a személyeknek, akiknek a krónikus fájdalom mellett depressziós tüneteik is vannak, jóval alacsonyabb a fizikai, mentális és szociális funkcionálásuk szintjük, mint azoknak, akik vagy csak krónikus fájdalommal, vagy csak depressziós tünetekkel élnek [36]. Így az igazán hatékony változás kulcsa lehet, ha az intervenció egyszerre tudja megcélozni a fájdalom életminőségre gyakorolt hatásának és a depressziós tüneteknek a csökkentését.

Végezetül, utolsó hipotézisünk is beigazolódott; a csoportfoglalkozás után szignifikánsan nőtt a résztvevők körében a tudatos jelenlét készségeinek és az önegyüttérzésnek a szintje. Az előbbi a fájdalommal való adaptívabb együttélésben, az elfogadásban és a stressz hatékonyabb kezelésében nyújt nagy segítséget [37]. Az önegyüttérzés pedig amellett, hogy a megengedő, elfogadó hozzáállás segítségével erősíti a tudatos jelenlétet, protektív tényező lehet az esetleges depressziós tünetekkel szemben is [38].

Következtetés

Tanulmányunkban bemutattuk a 8 ülésből álló, tudatos jelenlét alapú kognitív viselkedésterápiás csoportfoglalkozás eredményeit krónikus fejfájással élők körében. Eredményeink megegyeznek a szakirodalmi vizsgálatokkal, miszerint a csoportfoglalkozás után a résztvevők körében csökkent a fájdalom katasztrofizálása, növekedett a fejfájás feletti kontrollérzetük, életminőségük javult, és csökkent a fejfájás gyakorisága. Habár a kis elemszám miatt és kontrollcsoport hiányában vizsgálatunk valójában előtanulmányként értelmezhető, határozottan rávilágít arra, hogy a tudatos jelenlét alapú kognitív terápia hatékony a krónikus fejfájás csökkentésében. Mivel a tudatos jelenlét alapú kognitív terápia viszonylag rövid pszichológiai intervenció, könnyen alkalmazható az ellátás számos szintjén, a háziorvosi rendelőkben vagy a fejfájás-ambulanciákon.

Anyagi támogatás: A dolgozat megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: P.-F. D.: A pszichoterápiás intézményes háttér biztosítása, a szupervízió biztosítása, a tudatos jelenlét alapú kognitív terápiás csoport tematikájának kidolgozása és megtanítása, pszichoterápiás mun-

Brought to you by Library and Information Centre of the Hungarian Academy of Sciences MTA | Unauthenticated | Downloaded 12/02/24 07:58 AM UTC

ka, a kész kézirat véleményezése. S. D.: Szakirodalomkutatás, a kézirat első változatának kialakítása, az eredmények értékelése, pszichoterápiás munka szupervízió mellett. A közlemény végleges változatát mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Köszönetnyilvánítás

Köszönjük *Vajsz Kornél* klinikai szakpszichológus-jelölt statisztikai elemzésekben nyújtott segítségét.

Irodalom

[1] Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. Cephalalgia 2007; 27: 193–210.
[2] Manzoni GC, Torelli P. Epidemiological classification and social impact of chronic headache. Intern Emerg Med. 2010; 5(Suppl 1): S1–S5.
[3] Katsarava Z, Schneeweiss S, Kurth T, et al. Incidence and predictors for chronicity of headache in patients with episodic migraine. Neurology 2004; 62: 788–790.
[4] Berghammer R, Zsombók T. Examination of the quality of life of migraineurs and tension headache patients in connection with impulsivity, empathy, depression, and vital exhaustion. [Migrénes és tenziós fejfájásban szenvedő betegek életminőségének vizsgálata az impulzivitással, empátiás készséggel, depresszív szindrómával és vitális kimerültséggel való összefüggésben.] Mentálhig Pszichoszom. 2011; 12: 173–189. [Hungarian]
[5] Bánk J, Márton S. Hungarian migraine epidemiology. Headache 2000; 40: 164–169.
[6] Ashina S, Terwindt GM, Steiner TJ, et al. Medication overuse headache. Nat Rev Dis Primers 2023; 9: 5.
[7] Rehman MA, Waseem R, Habiba U, et al. Efficacy of mindfulness-based intervention for the treatment of chronic headaches: a systematic review and meta-analysis. Ann Med Surg. 2022; 78: 103862.
[8] Gu Q, Hou JC, Fang XM. Mindfulness meditation for primary headache pain: a meta-analysis. Chin Med J. 2018; 131: 829–838.
[9] Pei JH, Ma T, Nan RL, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for treating chronic pain a systematic review and meta-analysis. Psychol Health Med. 2021; 26: 333–346.
[10] Perlini C, Donisi V, Del Piccolo L. From research to clinical practice: a systematic review of the implementation of psychological interventions for chronic headache in adults. BMC Health Serv Res. 2020; 20: 459.
[11] Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. Clin Psychol. 2003; 10:144–156.
[12] Perczel-Forintos D, Kovács IÁ, Elek LP. Intensive cognitive behavioral group therapy for the treatment of panic disorder. [Intenzív kognitív viselkedésterápiás csoport pánikbetegség kezelésére.] Orv Hetil. 2023; 164: 1665–1672. [Hungarian]
[13] Day MA. Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of chronic headache pain. Doctoral dissertation, University of Alabama Libraries, 2013.
[14] Szekeres T, Perczel-Forintos D, Dank M, et al. A case study of cognitive behavioral therapy for illness anxiety and depression caused COVID–19 in a breast cancer. [A COVID–19-járvány miatt kialakult betegségszorongás és depresszió kezelése kognitív viselkedésterápiával egy emlőrákos nő esete kapcsán.] Orv Hetil. 2022; 163: 895–901. [Hungarian]
[15] Elvery N, Jensen MP, Ehde DM, et al. Pain catastrophizing, mindfulness, and pain acceptance: what's the difference? Clin J Pain 2017; 33: 485–495.
[16] Yousefi Afrashteh M, Abbasi M, Abbasi M. The relationship between meaning of life, perceived social support, spiritual well-being and pain catastrophizing with quality of life in migraine patients: the mediating role of pain self-efficacy. BMC Psychol. 2023; 11: 17.
[17] Anagnostopoulos F, Paraponiari A, Kafetsios K. The role of pain catastrophizing, emotional intelligence, and pain intensity in the quality of life of cancer patients with chronic pain. J Clin Psychol Med Settings 2023; 30: 501–519.
[18] Eisendrath SJ, Gillung E, Delucchi KL, et al. A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression. Psychother Psychosom. 2016; 85: 99–110.
[19] Grazzi L, D'Amico D, Guastafierro E, et al. Efficacy of mindfulness added to treatment as usual in patients with chronic migraine and medication overuse headache: a phase-III single-blind randomized-controlled trial (the MIND-CM study). J Headache Pain 2023; 24: 86.
[20] Namjoo S, Seirafi MR, Assarzadegan F, et al. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on headache considering the moderating role of alexithymia: a randomized controlled trial. J Inflamm Dis. 2019; 22: 150–163.
[21] Seng EK, Singer AB, Metts C, et al. Does mindfulness-based cognitive therapy for migraine reduce migraine-related disability in people with episodic and chronic migraine? A phase 2b pilot randomized clinical trial. Headache 2019; 59: 1448–1467.
[22] Simshäuser K, Pohl R, Behrens P, et al. Mindfulness-based cognitive therapy as migraine intervention: a randomized waitlist controlled trial. Int J Behav Med. 2022; 29: 597–609.
[23] Cathcart S, Galatis N, Immink M, et al. Brief mindfulness-based therapy for chronic tension-type headache: a randomized controlled pilot study. Behav Cogn Psychother. 2014; 42: 1–15.
[24] Grazzi L, Raggi A, Guastafierro E, et al. A preliminary analysis on the feasibility and short-term efficacy of a phase-III RCT on mindfulness added to treatment as usual for patients with chronic migraine and medication overuse headache. Int J Environ Res Public Health 2022; 19: 14116.
[25] Anheyer D, Leach MJ, Klose P, et al. Mindfulness-based stress reduction for treating chronic headache: a systematic review and meta-analysis. Cephalalgia 2019; 39: 544–555.
[26] Andrasik F, Grazzi L, D'Amico D, et al. Mindfulness and headache: a "new" old treatment, with new findings. Cephalalgia 2016; 36: 1192–1205.
[27] Day MA. Mindfulness-based cognitive therapy for chronic pain: a clinical manual and guide. John Wiley & Sons, Hoboken, NJ, 2017.
[28] Csépány É, Tóth M, Gyüre T, et al. The validation of the Hungarian version of the ID-migraine questionnaire. J Headache Pain 2018; 19: 106.
[29] Stauder A, Konkolÿ Thege B. Characteristics of the Hungarian version of the perceived stress scale (PSS). [Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői.] Mentálhig Pszichoszom. 2006; 7: 203–216. [Hungarian]
[30] Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561–571.
[31] Sullivan MJ, Bishop SR, Pivik, J. The pain catastrophizing scale: development and validation. Psychol Assess 1995; 7: 524.
[32] Baer RA, Smith GT, Hopkins J, et al. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. Assessment 2006; 13: 27–45.
[33] Neff KD. The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. Mindfulness 2016; 7: 264–274.
[34] Kato T. Effects of flexibility in coping with chronic headaches on depressive symptoms. Int J Behav Med. 2015; 22: 506–511.

Brought to you by Library and Information Centre of the Hungarian Academy of Sciences MTA | Unauthenticated | Downloaded 12/02/24 07:58 AM UTC

[35] Rausa M, Spada GE, Patron E, et al. Do catastrophizing and autonomic-reduced flexibility mediate pain outcomes in chronic headache? Neurol Sci. 2021; 53: 1–13.
[36] IsHak WW, Wen RY, Naghdechi L, et al. Pain and depression: a systematic review. Harv Rev Psychiatry 2018; 26: 352–363.
[37] Wells RE, Seng EK, Edwards RR, et al. Mindfulness in migraine: a narrative review. Expert Rev Neurother. 2020; 20: 207–225.
[38] Kemper KJ, Heyer G, Pakalnis A, et al. What factors contribute to headache-related disability in teens? Pediatr Neurol. 2016; 56: 48–54.

(Perczel-Forintos Dóra dr.,
Budapest, Üllői út 25., I. emelet, 1091
e-mail: perczel-forintos.dora@semmelweis.hu)

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)

Brought to you by Library and Information Centre of the Hungarian Academy of Sciences MTA | Unauthenticated | Downloaded 12/02/24 07:58 AM UTC