

NICE IRÁNYELV A KRÓNIKUS FEJFÁJÁS KEZELÉSÉBEN¹

Bevezető

A fejfájás az egyik leggyakoribb neurológiai betegség, amely a háziorvosi és a neurológiai ellátásban is gyakran előfordul. A tapasztalat azt mutatja, hogy az elsődleges orvosi ellátást igénylők 4%-a küzd fejfájással, a neurológiai szakrendelőkben a járóbeteg ellátásban megjelenők körülbelül 30%-a fejfájás miatt kér segítséget.

A fejfájás szindrómákat alapvetően kétfelé, elsődleges és másodlagos fejfájásra szokás felosztani. Az elsődleges fejfájások eredete kevésbé ismert, általában a klinikai megjelenés alapján szokták őket diagnosztizálni. A leggyakoribb elsődleges fejfájás típusok a következők: tenziós fejfájás, migrén és cluster fejfájás. A másodlagos fejfájások elsősorban mögöttes betegségekből származnak, ilyenek például a túlzott gyógyszerfogyasztás mellékhatásaként, nagysejtes arteritis, fokozott intrakraniális nyomás vagy valamilyen fertőzés okán létrejövő fejfájás. Fontos, hogy a túlzott gyógyszerfogyasztásból származó másodlagos fejfájás az elsődleges fejfájásban szenvedő betegeknel a leggyakoribb. A legnagyobb egészségre és társas kapcsolatokra gyakorolt negatív hatása az elsődleges illetve a túlzott gyógyszereszedésből származó fejfájásnak van.

A fejfájás szindrómák nagyfokú szenvedést és fogyatékoságot okoznak a mindennapokban, emellett súlyos hátrányokkal is járnak a szociális kapcsolatok terén. Migrén például az angol lakosság 15%-ában fordul elő, és több, mint 100.000 ember hiányzik naponta a munkahelyéről vagy az iskolából migrénes rohamokból kifolyólag. A cluster fejfájások valamivel ritkábban fordulnak elő, a lakosság körülbelül 1%-nál fordul elő, azonban az ilyen rohamok is rendkívül bénítóan hatnak a betegekre.

Noha az elsődleges fejfájások minden életkorban jelentkezhetnek, a betegség leginkább a fiatal felnőtteket sújtja, akiknek mind a munkahelyi, mind pedig a családi életét jelentősen befolyásolja ez az állapot. A negatív hatást nem csak maga a fejfájás okozza, hanem az anticipátoros szorongás is, amely a fejfájásos rohamok között jelentkezhet. Világviszonylatban a migrén és a tenziós fejfájás közel azonos arányban fordulnak elő. Fontos megjegyezni, hogy egy elsődleges fejfájásban szenvedő személy betegsége a körülötte élőkre is jelentős negatív hatással bírhat. Európában a migrén kezelése önmagában közel 27 milliárd euróba kerül.

Általános alapelvek a fejfájás ellátásában

Tájékoztatás és közös döntés

A diagnózis felállítása és a kezelés minden szakasza során elengedhetetlen a beteg és a szakember közös döntéshozatala, amelyet a következőkkel segíthetünk:

- nyújtunk hiteles információkat a kezelésről, a fejfájás természetéről és kezelési lehetőségeiről, beleértve a gyógyszeres kezelési lehetőségeket, és azok lehetséges mellékhatásait is
- beszéljük át közösen a páciens aggodalmait a kezeléssel kapcsolatban
- a kezelés során vegyük figyelembe a személy preferenciáit, korábbi kezeléseinek hatékonyságát
- nyújtunk információt a beteg hozzátartozói számára az elérhető támogató csoportokról
- Nyelvezet: használjunk szakzsargon-mentes nyelvet, magyarázzuk el a szakkifejezéseket

¹ <https://www.nice.org.uk/guidance/cg150> készült: 2012-ben, felülvizsgálva 2015-ben

A FEJFÁJÁS KEZELÉSÉNEK FOLYAMATA

1. lépés: Állapotfelmérés
2. lépés: A fejfájás diagnosztikája
3. lépés: A fejfájás kezelése

1.Állapotfelmérés

1.1. Minden olyan pácienset meg kell vizsgálni, aki fejfájással vagy az alábbiak között felsorolt egyéb panasszal érkezik, továbbá meg kell fontolni a további vizsgálatokat vagy a referálást más specialistának:

- fejfájás lázzal
- hirtelen kezdetű fejfájás, ami 5 percen belül eléri a maximális intenzitását
- közelmúltban szerzett neurológiai sérülés
- közelmúltban kezdődött kognitív diszfunkció
- személyiségváltozás
- a tudat megtartottságának csökkenése
- fejtrauma az elmúlt 3 hónapban
- köhögés, orrbefogás vagy tüszűmentés által előidézett fejfájás
- mozgás által kiváltott fejfájás
- ortosztatikus fejfájás
- tünetek, amelyek óriássejtes arteritisre utalhatnak
- tünetek, amelyek akut egyenesirányú (narrow-angle) glaukómára utalhatnak
- jelentős és változás a fejfájás jellegében

1.2. További vizsgálatok szükségesek abban az esetben, ha a fejfájás új kezdetű és az alábbi tünetek közül valamelyik fennáll:

- immunitás csökkenése, amely például immunszuppresszáns kezelés vagy HIV fertőzés eredménye
- 20 év alatti életkor és a szomatikus vagy a családi anamnézis okán felmerül a malignitás lehetősége
- korábbi malignus kórkép, amely felveti az agyi metasztázis lehetőségét
- hányás bármilyen, reális ok nélkül

1.3. Fejfájás napló vezetése javasolt, amely szintén nagyban hozzájárulhat az elsődleges fejfájás helyes diagnózisának felállításához. Amennyiben a páciens vezeti a fejfájás naplót, kérjük meg, hogy a következőket legalább 8 héten keresztül jegyezze:

- gyakoriság, időtartam és a fejfájás súlyossága
- bármilyen hozzá kapcsolódó tünet
- bármilyen receptre kiírt vagy recept nélküli gyógyszer bevitelét
- lehetséges tényezők, amelyek hozzájárulhattak a fejfájás kialakulásához
- a fejfájás összefüggése a menstruációval

1. 4. Kérdőíves állapotfelmérés

1.4.1. A fájdalom erősségének felméréséhez használható becslőskálák

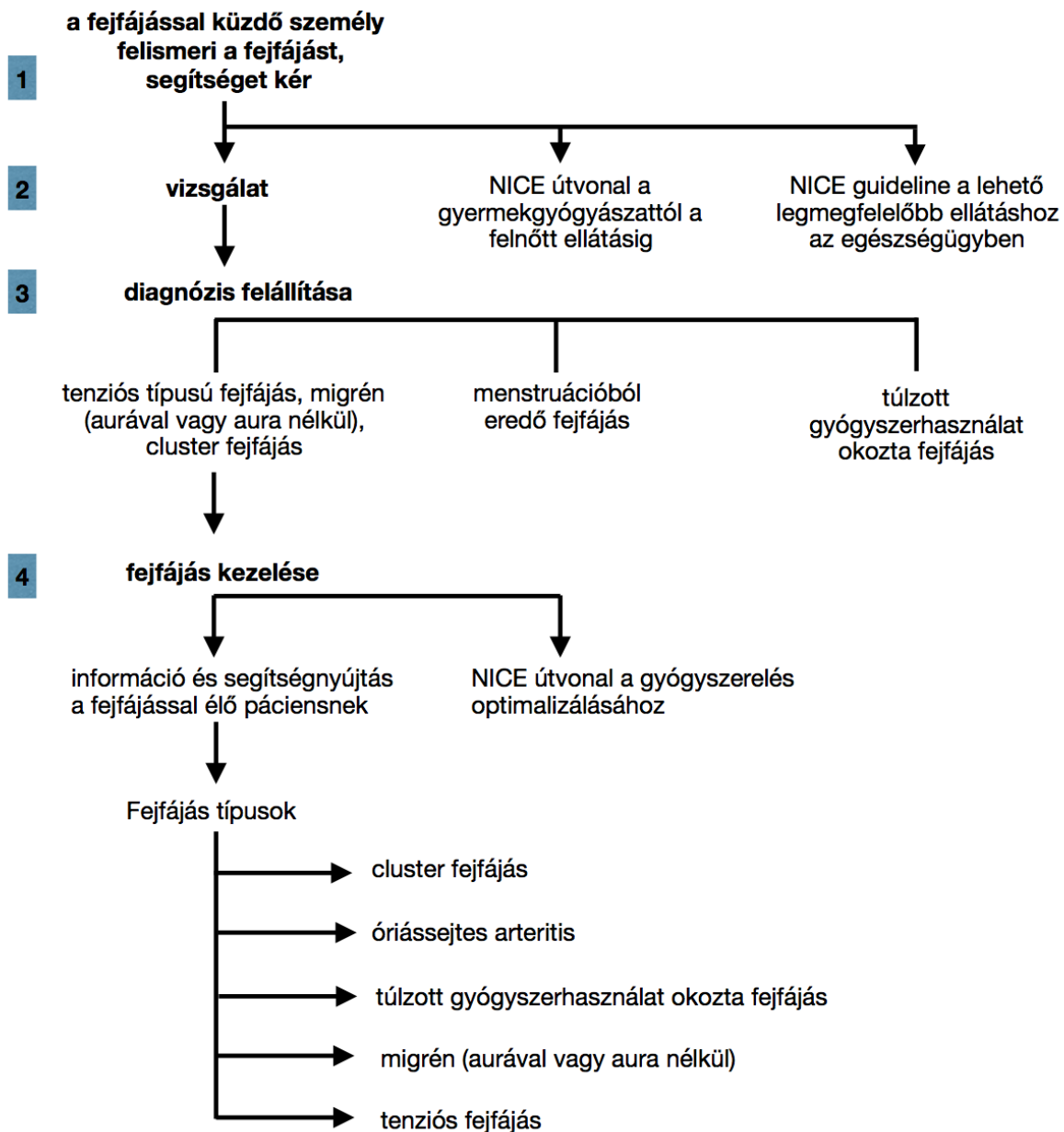
- Vizuális analóg skála (VAS)
(0 = nincs fájdalom, 1-3 = enyhe fájdalom, 4-6 = közepes fájdalom, 7-10 = súlyos fájdalom)

- Fájdalom arc skála
- Kategória skála (nincs, enyhe, közepes vagy erős a fájdalom)

1.4.2. A pszichés állapotfelméréshez használható kérdőívek

- Fájdalom katasztrófizáció kérdőív (PCS) (Sullivan et al., 1995; Kökönyei et al., 2008)
- Egészségsszorongás kérdőív (SHAI) (Salkovskis et al., 2002; Köteles et al., 2011)
- Betegségteher-index (IIRS) (Devins et al., 1984; Novak et al., 2005)
- Szubjektív Testi Tünet Skála (PHQ-15) (Kroenke et al., 2002; Stauder, Konkoly Thege et al., 2006)

1.5. A fejfájás kezelésének folyamata



2. lépés: Diagnózis

Az elsődleges fejfájás diagnózisa

(forrás: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg150/chapter/Recommendations#diagnosis>)

Fejfájás jellemzők	tenziós fejfájás		migrén (aurával vagy aura nélkül)		cluster fejfájás	
fájdalom helye	kétoldali		egyoldali vagy kétoldali		egyoldali (szem körül, arc körül)	
fájdalom típusa	nyomás/húzás (nem pulzáló)		pulzáló		változó (éles, égető, szorító, húzó)	
fájdalom intenzitása	enyhe vagy közepes		közepes vagy súlyos		súlyos vagy rendkívül súlyos	
az aktivitás hatása, ill. az aktivitás hatása a fájdalomra	nem súlyosbítja a mindennapi aktivitás		súlyosbítják a mindennapi teendők, ezért elkerülő viselkedés léphet fel		gyakori nyugtalanság vagy izgalom, a mindennapi cselekvést zavarhatja	
egyéb tünetek	nincs		fény és hangérzékenység Aura: aura megjelenhet fejfájással és fejfájás nélkül is <ul style="list-style-type: none"> • visszafordítható • 5 perc alatt fejlődik ki • 5-60 percig tarthat • vizuális tünetek: villódzó fények, csíkok, részleges látáskiesés • szenzoros tünetek: zsibbadás, szurkálás • beszéd problémák 		A fejfájással azonos oldalon: <ul style="list-style-type: none"> • vörös és/vagy vizenyős szem • orrdugulás, orrfolyás • szemhéj megdagadása • homlok és arc izzadásának fokozódása • beszűkült pupilla/leeső szemhéj 	
időtartama	30 perc, folyamatos		4-72 óra felnőtteknél 1-72 óra 12-17 éveseknél		15-180 perc	
gyakoriság	<15 nap/hó	>15 nap/hó legalább 3 hónapon keresztül	<15 nap/hó	>15 nap/hó legalább 3 hónapon keresztül	1 alkalom minden másnap - 8/nap, remisszióban > 1 hó	1 alkalom minden másnap - 8/nap, remisszióban < 1 hó 12 hónapon belüli periódusban
Diagnózis	Epizódikus tenziós típusú fejfájás	krónikus tenziós fejfájás	epizódikus migrén (aurával vagy aura nélkül)	krónikus migrén (aurával vagy aura nélkül)	epizódikus cluster fejfájás	krónikus cluster fejfájás

2.1 Migrén aurával - további megfontolások a diagnózis felállításához

Az aura gyanúja felmerül, ha a tünetek teljesmértékben reverzibilisek, ha a tünetek fokozatosan, legalább öt perc alatt alakulnak ki, és ha a migrén 5-60 percen keresztül tart.

Az aura jelei lehetnek:

- pozitív vizuális tünetek: villódzó fények, foltok, sávok
- negatív vizuális tünetek: részleges látáskiesés
- pozitív szenzoros tünetek: szurkálás
- negatív szenzoros tünetek: zsibbadás
- beszédzavar

További, atipikus jelek, amelyek aurára utalhatnak, de mindenképpen további vizsgálatokat igényelnek:

- motoros gyengeség
- kettős látás
- vizuális tünetek, amelyek csak az egyik szemet érintik
- egyensúlyzavar
- tudatzavar

2.2 Menstruációs eredetű migrén

- a menstruáció ideje körül (azt megelőző vagy azt követő 2-5 napon belül) jelentkezik a migrénes epizód, ez 2-3 egymást követő cikluson keresztül ismétlődik
- ez a fejfájás napló segítségével nyomon követhető

2.3. Túlzott gyógyszerhasználat okozta fejfájás

Fontos, hogy megbizonyosodjunk arról, hogy a páciens, akinek a fejfájása kialakult vagy rosszabbodott a túlzott gyógyszereszedés miatt, legalább három hónapon át a következőkben listázott gyógyszereket szedi -e:

- triptánok, opioidok, ergotok vagy fájdalomcsillapító gyógyszerek keveréke a hó legalább 10 napján
- paracetamol, aspirin vagy nem-szteroid gyulladáscsökkentő (egyedül vagy kombinációban más szerekkel), a hó legalább 15 napján

3. lépés: A fejfájás kezelésének általános elvei

Minden fejfájásnál általánosan követendő

1. fejfájás napló bevezetése: gyakoriság, időtartam és súlyosság feljegyzése, valamint a gyógyszerelés hatékonyságának feljegyzése
2. további vizsgálatok, ha a tünetek atipikus lefolyásúak, súlyosbodnak (lásd:2.1)
3. a már diagnosztizált pácienseket “a biztonság kedvéért” ne vessük alá fölösleges képalkotó vizsgálatoknak.

Információ és segítségnyújtás a fejfájásban szenvedő páciensek számára

1. A következőket fontos megbeszelnünk a pácienssel:
 - A pozitív diagnózis közlésekor lényeges, hogy átbeszéljük a pácienssel a diagnózis jelentését, valamint azt, hogy más betegségeket kizárhatunk -e.
 - A kezelési lehetőségeket
 - Fontos, hogy elmondjuk, hogy a fejfájás egy létező betegség, amelynek súlyos hatása lehet a páciens életére és a környezetében élőkre is.
2. Adjunk a páciens számára megfelelő szóbeli vagy írásbeli tájékoztatást a fejfájások természetéről, valamint az elérhető támogató szervezetekről.
3. Amennyiben a páciens számára akut, gyógyszeres kezelés a javasolt elsődleges kezelési lépés, magyarázzuk el a túlzott gyógyszeresedés veszélyeit.

3.1. Tenziós fejfájás

Akut kezelés

Aszpirin, paracetamol vagy nem-szteroid típusú gyulladáscsökkentők választandók elsőként az akut fejfájás kezelésére. Az akut kezelésre ne használjunk opioid származékokat.

Profilaktikus kezelés

- 10 alkalmas, 5-8 hét alatt történő akupunktúras kezelés javasolható a krónikus tenziós fejfájás kiegészítő kezeléseként.
- Manuálterápia és pszichoterápiás beavatkozások is hasznosak lehetnek

3.2. Migrén aurával vagy aura nélkül

Akut kezelés

- Orális triptán származékok nem-szteroid gyulladáscsökkentőkkel vagy paracetammal kiegészítve az elsőként választandó szerek a migrén akut kezelésére, természetesen a páciens preferenciáit, valamint előzetes gyógyszerrel kapcsolatos nem kívánt eseményeit is figyelembe véve. 12-17 éves kor közötti fiatalok részére inkább a nazálisan bevitt triptán a választandó.
- Fontos, hogy törekedjünk a monoterápia beállítására.
- Hányáscsillapító beállítása is fontos lehet (csak alacsony dózis)
- Abban az esetben, ha ez ezek a terápiák nem hoznak enyhülést, akkor (1) metoclopramide vagy prochloroerazine alkalmazandó, vagy (2) nem orálisan bevitt nem-szteroid gyulladáscsökkentő vagy triptánszármazék használata.

Profilaktikus kezelés

- Beszéljük át a pácienssel a kiegészítő terápiát hasznát és esetleges mellékhatásait, a terápiával kapcsolatos döntés mindenképp a páciens preferenciáinak figyelembevételével történjen meg
- Topiramát vagy propranolol alkalmazandó kiegészítő terapiaként, figyelembe véve az adott páciens életkorát, komorbid betegségeit és saját preferenciáit. Fontos továbbá, hogy fiatal vagy gyermekvállaláshoz közeli életkorú hölgyek esetében fontos, hogy a topiramát a fogamzásgátló hatásosságát megváltoztathatja, valamint születési rendellenességeket okozhat.
- Amennyiben a kiegészítő gyógyszeres lépésekkel együtt is hatástalan a kezelés, 10 alkalmas, 5-8 hét alatt történő akupunktúras kezelés javasolható vagy gabapentin beállítás.
- 6 havonta felülvizsgálendő a kiegészítő terápiás eljárás

- A B2 vitamin (riboflavin) is hatásos lehet a migrén gyakoriságának és intenzitásának csökkentésében

Kombinált hormonális fogamzásgátlás migrén esetén

A migrénre alkalmazott gyógyszerek csökkenthetik a kombinált fogamzásgátlók hatásosságát, ezért fontos, hogy az alkalmazott fogamzásgátló alkalmazkodjon a migrénre használt terápiához.

3.3. Menstruációhoz kötődő migrén

Ha a páciens nem reagál az előzőekben leírt terápiára, akkor megfontolandó a frovatriptan vagy zolmitriptan hatóanyagokkal történő kezelés a migrénes epizód várható napján.

3.4. Migrén kezelése állapotos nőknél

- Az elsőként választandó szer a paracetamol.
- Megfontolandó a triptán vagy a nem-szteroid gyulladáscsökkentők használata is.
- A profilaktikus kezeléseket fejfájás specialista állítja össze.

3.5. Cluster fejfájás

Akut kezelés

- az első clusteres roham után megfontolandó lehet képalkotó vizsgálatok elvégzése
- Oxigén és/vagy szubkután módon vagy nazálisan adagolt triptán
- Oxigén használata: 100% oxigén 12 l/perc áramlási sebességgel, nem áteresztő maszk és tartályzsák segítségével; gondoskodni kell az otthoni és az ambuláns oxigénellátásról is
- a szubkután vagy nazális triptán alkalmazásánál gondoskodni kell a páciens számára megfelelő mennyiségről, a cluster hosszúságától és gyakoriságától függően
- Nem használandó: paracetamol, nem-szteroid gyulladáscsökkentők, opioid származékok, ergots vagy orális triptán származékok.

Profilaktikus kezelés

- Verapamil alkalmazandó, melynek adagolását fejfájás specialista szakorvossal egyeztetni kell.
- Amennyiben ez nem használ, fejfájás specialista konzílium kérése szükséges
- Várandósság esetén, a profilaktikus terápia beállításához szintén fejfájás specialista szakorvos segítségét kell kérni.

3.6 Túlzott gyógyszeresedés okozta fejfájás

- Magyarázzuk el a páciensnek, hogy a túlzott gyógyszeresedés okozta fejfájás kezelése a túlhasznált gyógyszer elvonásával történik
- A túlfogyasztott gyógyszer azonnali abbahagyása és legalább egy hónapon keresztül tartó elkerülése javasolt, ebben az esetben nem szükséges a fokozatosság

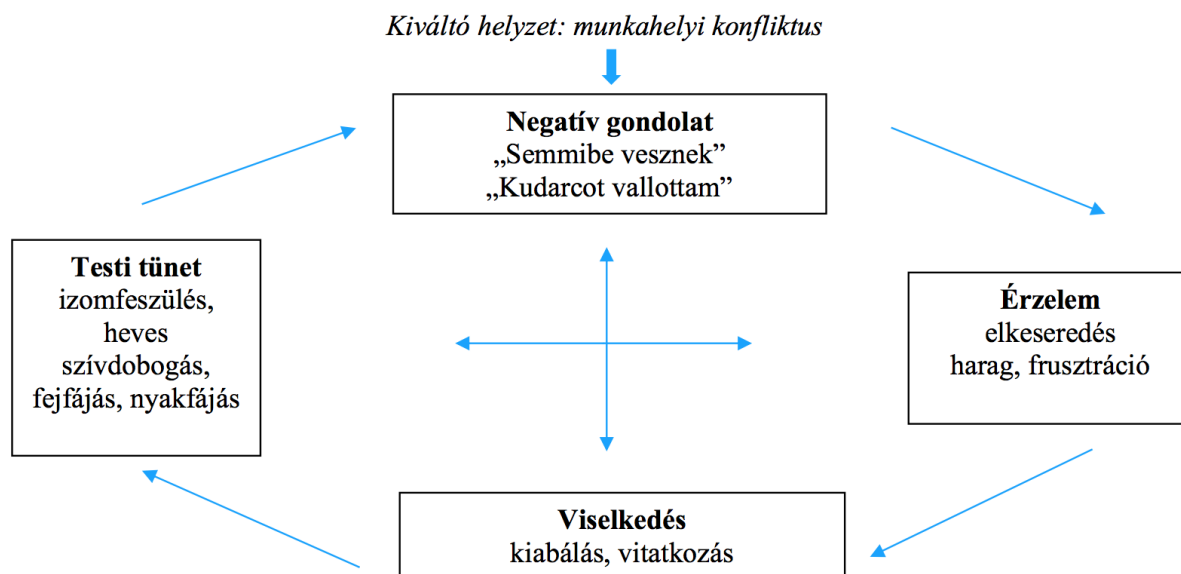
- Magyarazzuk el a páciensnek, hogy a gyógyszer abbahagyása után a fejfájásos panaszok először felerősödhetnek, valamint egyéb mellékhatások is felléphetnek, majd ezek kis idő elteltével elkezdnek csökkenni. Ezért fontos a páciens szoros után követése és támogatása ebben az időszakban.
- Az elsődleges fejfájással élő páciensek számára profilaktikus kezelés nyújtása fontos lehet
- Nem szükséges minden esetben leszoktatásra specializálódott rehabilitációs központot ajánlani
- Az erős opioidot túlzott használata miatt fejfájással küzdő pácienseknél, az egyéb komorbid betegséggel küzdőknél, valamint a visszaeső betegek esetében szükséges lehet a leszoktatásra specializálódott rehabilitációs központ bevonása is
- A páciensek diagnózisa és állapota a gyógyszermegvonást követő 4-8 hétben revideálandó.

3.7. Az elsődleges fejfájások profilaktikus kezelése pszichoterápiás eljárások segítségével

A krónikus lefolyású betegségek kezelésében nélkülözhetetlen a komplex szemléletmód az ellátás során. A krónikus fájdalom kezelésénél is általánosan elfogadott, hogy team-ben, komplex szemléletmódot követve történik a kezelés, melyben több ágazat szakembereinek együttes munkájával érhető el a legjobb hatás: a hagyományos farmakoterápia mellett, a kezelés elengedhetetlen részét kell képezze a pszichoterápiás intervenciók és a gyógytorna illetve manuálterápia.

Fontos megemlíteni, hogy a fejfájás NICE kezelési irányelvei 2012-ben készültek, melyet 2015-ben frissítettek. Ezek még csak megemlítik a pszichoterápiás eljárások fontosságát a krónikus fejfájás kezelésében. Azóta azonban egyre több vizsgálat támasztja alá a kognitív viselkedésterápia (CBT) (Britton et al., 2017), a tudatos jelenlét alapú pszichoterápiák (MBCT) (Day et al., 2017) és a tudatos jelenlét alapú stresszcsökkentő technikák (MBSR) hatékonyságát a krónikus fejfájás kezelésében. (Bakhshani et al., 2016).

A fejfájás esetében a testi és a pszichés állapotok kapcsoltsága kulcsfontosságú, hiszen a stresszhelyzetekben keletkező nagyfokú vagy krónikus pszichés feszültség testi szinten is megjelenik a nyak-, és vállizomzat befeszülésében, amelynek hatására fejfájás alakulhat ki. Ezt szemlélteti az alábbiakban bemutatott kognitív viselkedésterápiában gyakran használatos keresztmetszeti modell, amely a nehéz helyzetekben kialakuló testi és lelki reakciók interakcióját valamint tünetfenntartó hatását szemlélteti.



Pszichoterápia a fejfájások kezelésében a NICE irányelvek és a szakirodalom alapján

A migrén és a tenziós típusú fejfájás nagymértékű stresszt okozhatnak a páciens számára, melyre hatékony segítséget nyújthat a kiegészítő pszichoterápia

- migrén esetén különösen gyakoriak a komorbid mentális zavarok, mint például a depresszió vagy a szorongás
- a fejfájás bio-pszicho-szociális háttérmechanizmusainak feltérképezése elősegíti a helyes terápiás megközelítés kialakítását
- Hatásos pszichológiai intervenciók: biofeedback, kognitív viselkedésterápia (CBT) (Buse et al., 2009; NICE guideline, 2012).
- a CBT széleskörűen elfogadott pszichoterápiás módszer krónikus fájdalomnál, így migrén, tenziós fejfájás, sőt akár még cluster fejfájás esetében is (Cathcart et al., 2014; Martin et al., 2015; Koh et al., 2018)
- serdülőkorban jelentkező migrén esetében is érdemes CBT-t alkalmazni profilaktikus terápiaként (Kroner et al., 2017; Kroon et al., 2018)
- a pszichoterápiás kezelés növeli az énhatékonyságot, csökkenti a katasztrofizálást, lehetővé teszi a hatékonyabb megküzdési stratégiák kifejlesztését, valamint a fejfájással való hatékonyabb megküzdést is (Perczel-Forintos et al., 2019)

Az összefoglaló alapjául szolgáló részletes tájékoztató az irányelvekről elérhető a NICE honlapján: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg150>

Az összefoglalót készítette: Virág Márta és Dr. Perczel-Forintos Dóra (2020)

Magyar nyelvű szakirodalom

Kököneyi Gy. (2008) Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban (Doktori disszertáció). Budapest: Eötvös Lóránt Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar

Köteles, F., Simor, P., & Bárdos, G. (2011). A Rövidített Egészségszorongás-kérdőív (SHAI) magyar verziójának kérdőíves validálása és pszichometriai értékelése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 12(3), 191-213.

Perczel-Forintos D. (2019): Kognitív viselkedésterápia, *Medicina Kiadó*, Budapest.

Susánszky É., Székely A., Szabó G., Szántó Zs., Klinger A., Konkoly-Thege B., Kopp M. (2007): A Hungarostudy egészség panel (HEP) felmérés módszertani leírása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8 (4): 259—276.

Angol nyelvű szakirodalom

Bakhshani, N. M., Amirani, A., Amirifard, H., & Shahrakipoor, M. (2016). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on perceived pain intensity and quality of life in patients with chronic headache. *Global journal of health science*, 8(4), 142.

Britton, A. J. (2017). *A Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Depression Intervention in Persons with Co-occurring Chronic Migraines* (Doctoral dissertation, uga).

Buse, D. C., & Andrasik, F. (2009). Behavioral medicine for migraine. *Neurologic clinics*, 27(2), 445-465.

Cathcart, S., Galatis, N., Immink, M., Proeve, M., & Petkov, J. (2014). Brief mindfulness-based therapy for chronic tension-type headache: a randomized controlled pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(1), 1-15.

Day, M. A., & Thorn, B. E. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy for headache pain: An evaluation of the long-term maintenance of effects. *Complementary therapies in medicine*, 33, 94-98.

Devins, G. M., Binik, Y. M., Hutchinson, T. A., Hollomby, D. J., Barré, P. E., & Guttman, R. D. (1984). The emotional impact of end-stage renal disease: Importance of patients' perceptions of intrusiveness and control. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 13(4), 327-343.

Koh, K. B. (2018). Cognitive behavioral therapy for patients with chronic headache. In *Stress and Somatic Symptoms* (pp. 207-216). Springer, Cham.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic medicine*, 64(2), 258-266.

Kroner, J. W., Peugh, J., Kashikar-Zuck, S. M., LeCates, S. L., Allen, J. R., Slater, S. K., ... & Van Diest, A. M. K. (2017). Trajectory of improvement in children and adolescents with chronic migraine: results from the cognitive-behavioral therapy and amitriptyline trial. *The Journal of Pain*, 18(6), 637-644.

Kroon Van Diest, A. M., Ernst, M. M., Vaughn, L., Slater, S., & Powers, S. W. (2018). CBT for pediatric migraine: a qualitative study of patient and parent experience. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 58(5), 661-675.

Martin, P. R., Aiello, R., Gilson, K., Meadows, G., Milgrom, J., & Reece, J. (2015). Cognitive behavior therapy for comorbid migraine and/or tension-type headache and major depressive disorder: an exploratory randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 73, 8-18.

Novak M, Mah K, Molnar M, Ambrus Cs, Csepanyi G, Kovacs A, Vamos E, Zambo M, Zoller R, Mucsi I, Devins GM (2005): Factor structure and reliability of the Hungarian version of the Illness Intrusiveness Rating Scale: invariance across North American and Hungarian dialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research* (58),1:103-110.

Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C., & Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*, 32(5), 843-853.

Stauder A., Konkoly Thege B. (2006): Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 7: 203—216.