

Agresivnost in značilnosti objektnih odnosov pri študentih z rizikom migrenskih glavobolov

DARJA ŠKRILA*
Kidričevo

Povzetek: Namen raziskave, ki je bila izvedena na vzorcu slovenskih študentov, je bil ugotoviti, kako se osebe z migreno razlikujejo od oseb z migrensko motnjo, nemigrenskimi glavoboli in oseb brez ponavljajočih se glavobolov v značilnostih agresivnosti in objektnih odnosov. Prisotnost migrene je avtorica ugotavljala z UCSD vprašalnikom migrene, agresivnost z Vprašalnikom agresivnosti Buss-a in Durkee-ja, značilnosti objektnih odnosov pa z Bellovim vprašalnikom objektnih odnosov in zaznavanja realnosti – obliko O. Skupina udeležencev z migreno ima statistično pomembno bolj izražen negativizem, posredno agresivnost, razdražljivost, sovražnost, sumničavost in občutke krivde kot skupina brez ponavljajočih se glavobolov, v izraženosti telesne in besedne agresivnosti pa ni pomembnih razlik. Med tremi skupinami s ponavljajočim se glavobolom (migrena, migrenska motnja in nemigrenski glavobol) je manj statistično pomembnih razlik v agresivnosti. Skupina z migreno in skupina brez ponavljajočih se glavobolov se statistično pomembno razlikujeta v značilnostih objektnih odnosov, pri čemer so za osebe z migreno značilni bolj moteni objektni odnosi. Med skupinami z različnimi tipi glavobola ni statistično pomembnih razlik. Pri osebah z migreno gre torej za povišan nivo agresivnosti, predvsem posrednih oblik, kar lahko nakazuje, da gre za neneutralizirano agresivnost, imajo pa tudi bolj motene objektivne odnose.

Ključne besede: migrena, agresivnost, objektni odnosi, narcisizem, psihosomatika, glavobol

Aggressiveness and characteristics of object-relations in students at risk of migrainous headaches

DARJA ŠKRILA
Kidričevo, Slovenia

Abstract: The purpose of the research, carried out on a sample of Slovene students, was to determine how subjects with migraine differ from subjects with migrainous disorder, subjects with non-migrainous headaches and subjects without recurrent headaches. The existence of migraine was assessed by the UCSD migraine questionnaire, aggressiveness by the Buss-Durkee hostility inventory and characteristics of object relations by the Bell object relations and reality testing inventory - form O. Subjects with migraine express significantly more negativism, indirect aggressiveness, irritability, hostility, suspicion and feelings of guilt than subject without recurrent headaches, while there are no differences in physical and verbal aggressiveness. There are fewer significant differences among subjects with different types of

*Naslov / address: Darja Škrila, univ. dipl. psih., Njiverce, Ob železnici 6, 2325 Kidričevo, Slovenija, e-mail: darja_skrila@hotmail.com

headache (migraine, migrainous disorder, non-migrainous headaches). Subjects with migraine and subjects without recurrent headaches differ significantly in characteristics of object relations, subjects with migraine having more disturbed object relations. Subject with different types of headaches do not differ in characteristics of object relations. It is concluded that subjects with migraine have a raised level of aggressiveness, especially of indirect forms, which can indicate non-neutralized aggressiveness, and their object relations are more disturbed.

Key words: migraine, aggressiveness, object relations, narcissism, psychosomatics, headache

CC=3290

Migrena

Migrena je "kompleksno stanje glavobola, o katerem mehanizmu še vedno vemo zelo malo" (Pogačnik, 1999). Ena od osnovnih značilnosti migrene je paroksizmalnost: med jasno razmejljivimi napadi so obdobja brez glavobola. Poznamo dve glavni obliki migrene in mnoge manj pogoste vrste. Migrena brez avre (navadna migrena) je najbolj pogosta oblika migrene in se pojavlja pri okrog 80 % vseh bolnikov z migreno. Značilen je enostranski glavobol utripajočega karakterja, ki je zmerne ali hude intenzivnosti, spremljajo ga slabost, preobčutljivost na svetlobo in zvok ter ga poslabša telesna dejavnost. Napadi trajajo od 4 do 72 ur (Pogačnik, 1999). Migrena z avro (klasična migrena) predstavlja okrog 15 do 18 % vseh migrenskih napadov. Spremljajo jo žariščne funkcijske kortikalne motnje ali funkcijske motnje možganskega debla, ki se kažejo kot avra in/ali drugi nevrološki izpadi (Pogačnik, 1999).

Klasifikacija Mednarodnega združenja za glavobol iz leta 1988 (Bonner in Bonner, 1990) omenja tudi migrensko motnjo, za katero je značilno izpolnjevanje vseh diagnostičnih kriterijev razen enega za eno ali več oblik migrene. Na splošno je sprejeto, da je med vsem prebivalstvom v razvitih deželah okrog 12% ljudi z migreno. Pri otrocih se migrena pojavlja v 3 do 5 %.

Patofiziologija migrene je še vedno precej nejasna. Sedanja razmišljanja še vedno temeljijo na hipotetičnem povezovanju različnih fragmentov, ki predstavljajo izsledke številnih raziskav (Pogačnik, 1999).

Psihoanalitične razlage migrene

V opisovanju psiholoških razlag migrene se bom omejila na psihoanalitične, saj je psihoanalitični pogled predstavljal osnovo moje raziskave.

Obsesivno kompulzivne značilnosti oseb z migreno

Mnogi avtorji so pisali o tem, da gre pri osebah z migreno za anankastično oz. obsesivno kompulzivno strukturo osebnosti. Med njimi so bili H.G. Wolff (1937; cit. po Haas,

1985), Alvarez (1947; cit. po Köhler in Kosanic, 1992), Friedman (1954, 1964; cit. po Köhler in Kosanic, 1992). Osebam z migreno so pripisovali perfekcionizem, rigidnost, pretirano redoljubnost, kompulzivnost, ambicioznost, preokupacijo z uspehom, maščevalnost, neasertivnost, negotovost, nesposobnost izražati agresivne občutke na konstruktiven način (po Arena, Blanchard, Andrasik in Applebaum, 1986). Glavna kritika teh raziskav pa je, da v glavnem temeljijo le na kliničnih intervjujih in ne uporabljajo kontrolnih skupin za primerjavo (Köhler in Kosanic, 1992).

Psihometričnih študij o prisotnosti obsesivno kompulzivnih značilnosti pri osebah z migreno je bilo malo in niso uspeli potrditi vseh kliničnih opažanj. Potrdile so le višjo stopnjo storilnostne motivacije in rigidnosti (Passchier, 1984; cit. po Köhler in Kosanic, 1992) ter večjo tendenco k redu (Geißler, 1981).

Agresivnost oseb z migreno

Avtorji se skoraj popolnoma strinjajo o pomenu analne fiksacije in s tem povezanih potlačenih sovražnih impulzov v psihodinamiki migrene (Haas, 1985). Potlačeni konflikt agresije velja za jedro psihoanalitične etiologije migrene, tako da je Stekel (Haas, 1985) govoril celo o nevrozi sovraštva ("Haßneurose").

Fromm-Reichmann (1937) je na osnovi psihoterapije osmih pacientov z migreno prišla do zaključka, da pacienti z migreno trpijo zaradi nerazrešene ambivalence. Migrena je telesni izraz nezavedne in potlačene sovražnosti do oseb, ki jih imamo na zavestni ravni radi. Primarno gre za željo uničiti inteligentnost in bistrost drugega oz. uničiti njegove možgane in glavo kot konkretna predstavnika njegove mentalne kapacitete. Ker to ni dovoljeno, se obrne nazaj proti samemu pacientu. Pacient introjicira ljubljeno in osovraženo osebo, tako da poškodovanje samega sebe pomeni poškodovanje introjicirane osebe in obratno.

Po Alexandrovi teoriji (Adamović, 1983) spada migrena med bolezni, ki so posledica dolgotrajne pretirane vzdraženosti simpatikusa. Alexander (1952) meni, da so potlačeni sovražni impulzi v direktni korelaciji z migrenskimi napadi. Postavlja vprašanje, kateri specifični psihodinamični faktorji so odgovorni za to, da določeni inhibirani pacienti razvijejo hipertenzijo, drugi artritis in tretji migreno, in nanj odgovarja takole. V celoti izvršen agresivni napad ima tri faze: 1. konceptualna faza (priprava napada v fantaziji, načrtovanje in mentalna vizualizacija napada); 2. faza vegetativne priprave (spremembe v metabolizmu in distribuciji krvi); 3. nevromuskularna faza (izvršitev agresivnega dejanja skozi mišično aktivnost). Po Alexandrovem mnenju je možno, da je narava telesnega simptoma odvisna od faze, ki je poudarjena ali v kateri se celoten psihofiziološki proces sovražne agresije inhibira. Migrena se razvije, če pride do inhibicije že v fazi psihološke priprave na agresivni napad.

Z agresivnostjo pri pacientih z migreno so se ukvarjale tudi psihometrične študije, ki so agresivnost velikokrat reducirale na problem neizražene jeze. Harrison (1975; cit. po Adams, Feuerstein in Fowler, 1980) je v pregledu literature o migreni poročal, da je večina raziskav vključila neizraženo jezo kot kritično emocijo. Posebej zanimivi

zame so rezultati raziskav, v katerih je bil uporabljen Vprašalnik agresivnosti Bussa in Durkeeja, ki sem ga uporabila tudi sama. Blaszczyński (1984) je primerjal skupine oseb s klasično migreno (to je migreno z avro), tenzijskim glavobolom, drugimi bolečinami in kontrolno skupino. Najvišja mera agresivnosti je bila prisotna pri skupini s tenzijskim glavobolom, sledila je skupina z drugimi bolečinami, nato skupina z migreno in kontrolna skupina. Kontrolna skupina se je statistično pomembno razlikovala od ostalih treh skupin, med temi pa ni bilo razlik.

Vprašalnik agresivnosti Bussa in Durkeeja sta uporabila tudi Gutt in Rees (1973; cit. po Rees, 1974). Imela sta skupino naključno izbranih oseb z migreno in brez nje ter skupino pacientov z migreno. Dobila sta naslednje rezultate: Moški s klasično migreno so dosegli statistično pomembno višje rezultate za sovražno vedenje kot kontrolna skupina, vendar pa se razlika ni pojavila med navadno migreno (to je migreno brez avre) in kontrolno skupino. Pacienti z migreno so dosegli višje rezultate od vseh ostalih skupin razen žensk z navadno migreno.

Narcisizem oseb z migreno

V psihoanalitično orientiranem raziskovanju migrene je kasneje prišla v ospredje tendenca, ki vidi psihosomatsko dispozicijo za migreno pretežno v pregenitalno narcisistični osebnostni dinamiki. Namigi na povečano narcisistično občutljivost pacientov z migreno se vlečejo kot rdeča nit skozi raziskovanja o migreni (Haas, 1985). Tako je Furmanski (1952; cit. po Haas, 1985) opozoril na odpovedi v oralno sadistični fazi, Weber (1932; cit. po Haas, 1985) je videl glavni vzrok migrene pri pacientki, ki jo je imel v psihoanalitični obravnavi, v ohranitvi njenega infantilnega narcisizma in s tem povezanih občutkov omnipotentnosti. Wolff (1937; cit. po Haas, 1985) je poudaril ekstremno občutljivost za kritiko. Tudi Wolberg (1945; cit. po Haas, 1985) in Johnson (1948; cit. po Haas, 1985) opisujeta veliko ranljivost, hipersenzitivnost in neodpornost na kritiko pacientov z migreno.

Melitta Sperling (1952) je do svojih zaključkov prišla na osnovi psihoanalitične terapije štirinajstih odraslih in devetih otrok z migreno in ponavljajočimi se glavoboli. Meni, da so osebe z migreno oralno fiksirane, kar nam pomaga razumeti pogosto povezanost migrene z depresijo in drugimi manifestacijami oralnega karakterja. Zelo močno odvisnost od matere nadkompensirajo s pretirano neodvisnostjo, samozadostnostjo in dominantnim vedenjem. Pri osebah z migreno je tudi zelo močno razvit analni sadizem. To razloži rigidnost in napetost, ki jo pogosto najdemo pri teh pacientih. Občasno se ti sadistični impulzi prebijejo v vedenje.

Za osebnost pacientov z migreno in kroničnim glavobolom je značilna tudi ekstremna nesposobnost tolerirati žalitev svojemu narcisizmu, saj le-ta izzove intenzivno reakcijo besa s potrebo po takojšnji sprostivni. Za pacienta je popolno zavedanje tega besa nevarno, saj se boji, da se ne bo mogel upreti težnji po destrukciji frustrirajočega objekta ali sebe. Represija tega besa in impulza po ubijanju je namenjena obvarovanju tako zunanje sveta kot samega pacienta. Hkrati je zadovoljitev impulza dosežena

nezavedno v simptomu. Vsak glavobol pacienta z migreno je nezavedno ubijanje frustrirajočega objekta. Pacient nima občutkov krivde, saj se samokazuje s fizično bolečino in trpljenjem. Izbira specifičnega simptoma - glavobola je določena s specifičnim impulzom ubiti objekt z napadom na glavo. Spremljajoči simptomi migrene, kot so slabost, bruhanje, driska, predstavljajo poskuse pacienta, da bi se telesno znebil svojih destruktivnih impulzov.

V svojem drugem članku Sperlingova (1969) poudarja, da ta opis osebnosti ni specifičen za paciente z migreno, ampak velja tudi za paciente z različnimi drugimi psihosomatskimi motnjami. Skupni imenovalec je pregenitalna osebnostna struktura - oralne in analne fiksacije z nizko toleranco za napetost in potrebo po takojšnji sprostitev oralnih in analnih sadističnih impulzov. Tip objektnih odnosov, ki se pri teh osebah pojavlja, Sperlingova imenuje psihosomatski tip objektnih odnosov. Konflikti pri pacientu z migreno so internalizirani, zato se boj s frustrirajočim objektom dogaja v notranjosti, v glavi. Situacija, ki sproži napad migrene, je za pacienta situacija popolne nemoči. Takšna situacija vodi v takojšnjo tranzitorno regresijo na nivo primarnega narcisizma, kjer se lahko s (travmatično) situacijo spoprime onipotentno. Onipotentno kontrolo pacient vzpostavi z mobiliziranjem somatskih kanalov za takojšnjo izpolnitev želje in sprostitev besa. Bott (1978) razume bolečino migrenskega napada kot poskus ega, da bi restituiral in ohranil nekaj "ego občutkov". Pri pacientih z migreno so po njenem mnenju do različne stopnje poškodovane centralne ego funkcije telesnega ega, seksualnosti, konstruktivne agresije, meja in identitete, pride pa do nadkompensacije sekundarnih ego funkcij na področju intelektualnih dosežkov. Za pacientovo primarno skupino je po mnenju avtorice značilna destruktivna simbioza. Haas (1985) meni, da gre v velikem delu primerov migrene za naslednje sosledje dogodkov: narcisistična motnja »storilnostnega selfa« (»Leistungs-Selbst«) - hiperaktivnost ego funkcij - regresija (spanje/utrujenost) - migrenska resomatizacija - restitucija narcisističnega ravnotežja.

Najbolj izčrpen prikaz narcisistične problematike pacientov z migreno sta podala Beck in Frank (1977), Beck (1980) pa ga je kasneje še dopolnil in razširil. Njun koncept migrene izhaja iz opazovanj 32 pacientov in psihoanalitične ali psihoterapevtske obravnave desetih pacientov z migreno. Do migrenskega napada pride v psiholoških okoliščinah, ko je pacientov self ranjen ali je en njegov del izgubljen; ko se izgubi koherenca selfa (Beck in Frank, 1977). Migrenski napad je torej posledica narcisistične žalitve (Beck, 1980). Kar najdemo kot potlačen bes ali jezo, je bes užaljenosti oz. žalitve, ker se drugi ni obnašal kot del pacientovega selfa (Beck in Frank, 1977). Po Freudu in Kohutu (cit. po Beck in Frank, 1977) pride po narcisistični žalitvi do regresije na zgodnejši nivo psihične organizacije. Pri migreni pride do regresije na nivo telesnega selfa, to je do hiperkatekse telesnega selfa z narcisistično energijo. Vendar pa avtorja menita, da ima ta regresija adaptivno funkcijo, saj se skozi telesno samostimulacijo ponovno vzpostavi hohezivnost s fragmentacijo ogroženega selfa. Z migrenskim napadom se pacient nenadoma zelo močno in intenzivno občuti v svojem telesu, je popolnoma umaknjen vase, izoliran in se ponovno doživi kot enoto. To pacienta tudi

obvaruje pred nadaljnjo regresijo, ki bi lahko pripeljala do psihotične disociacije. Beck (1980) tudi meni, da migrenski napad preprečuje depresijo.

Migrena je torej poskus samozdravljenja, reparacije ranjenega selfa, ki je navadno uspešen, saj se po migrenskem napadu pacient pogosto počuti zelo dobro, zelo on sam in koheziven (Beck in Frank, 1977). Do ponovne vzpostavitve enotnosti selfa pa ne pride samo zaradi boleče samostimulacije, ampak tudi zaradi stimulacije posameznih ego funkcij. Pred in med napadom so pacienti hiperaktivni in zelo budni. Slišijo, vohajo in vidijo posebej dobro, bolj intenzivno kot sicer. Povečano je zaznavanje objektov. Stimulacija ego funkcij pomaga ponovno vzpostaviti koherenco selfa, saj po eni strani dosežki ega prispevajo k narcisistični gratifikaciji, po drugi strani pa percepcija objektov intenzivira zaznavo lastnih meja (Beck, 1980).

V Sloveniji je bilo izvedenih nekaj raziskav o migreni, vendar pa se nobena raziskava ni ukvarjala s psihološkimi dejavniki. Še najbližje temu je raziskava Rakovec-Felserjeve (1997) o bolečini kot kompleksnem biopsihosocialnem pojavu na vzorcu pacientov s tenzijskim glavobolom in bolečinami v križu. V tujini je bilo objavljenih veliko prispevkov o psiholoških dejavnikih pri migreni. O agresivnosti pacientov z migreno govorijo tako prispevki na osnovi kliničnih izkušenj kot psihometrične raziskave, medtem ko obstajajo o objektivnih odnosih teh oseb, o deficitih v ego in selfu le klinična poročila, nisem pa zasledila raziskav, ki bi značilnosti objektivnih odnosov ugotavljale s pomočjo vprašalnika.

Pomanjkanje raziskav o psiholoških dejavnikih pri migreni v slovenskem prostoru in pomanjkanje verifikacije kliničnih izkušenj o kvaliteti objektivnih odnosov pri pacientih z migreno so bili razlogi za izvedbo moje raziskave. Rezultati in ugotovitve te raziskave bi lahko prispevali k poznavanju migrene in dejavnikov, ki sodelujejo pri njenem nastanku, s tem pa tudi pripomogli k učinkovitejši pomoči tem osebam. Namen moje raziskave je torej ugotoviti, kako se osebe z migreno razlikujejo od oseb z nemigrenskimi glavoboli in oseb brez glavobolov v značilnostih agresivnosti in objektivnih odnosov. Opozoriti je treba, da tukaj ne gre za diagnosticiranje migrene, ampak le za screening, zato sem v naslovu zapisala, da gre za študente z rizikom migrenskih glavobolov, ne pa za študente z migreno.

V zvezi z zastavljenim problemom je mogoče postaviti naslednji delovni hipotezi.

1. Rezultati skupine oseb z migreno, migrensko motnjo, nemigrenskimi glavoboli in brez glavobolov se bodo razlikovali v značilnostih agresivnosti. Skupine oseb z migreno, migrensko motnjo in nemigrenskimi glavoboli bodo imele manj izražene navzven usmerjene neposredne aktivne oblike agresivnosti (telesna agresivnost, besedna agresivnost) kot skupina oseb brez glavobolov. Skupine oseb z migreno, migrensko motnjo in nemigrenskimi glavoboli bodo imele bolj izražene navzven usmerjene neposredne pasivne (negativizem) in posredne oblike agresivnosti (posredna agresivnost, razdražljivost, sovražnost, sumničavost) ter navznoter usmerjene neposredne oblike agresivnosti (občutki krivde) kot skupina oseb brez glavobolov. Izhajajoč iz Schultz-Henckejeve teorije

menim, da gre pri migreni za osebe z agresivno zavrtostjo. Klinične izkušnje in raziskave mnogih avtorjev kažejo, da osebe z migreno niso zmožne neposredno izražati agresije in jeze, zato sklepam, da se njihova agresivnost izraža na posredni način.

2. Rezultati skupine oseb z migreno, migrensko motnjo, nemigrenskimi glavoboli in brez glavobolov se bodo razlikovali v značilnostih objektnih odnosov. Skupine oseb z migreno, migrensko motnjo in nemigrenskimi glavoboli bodo dosegle višje rezultate na lestvici objektnih odnosov (to pomeni bolj motene objektne odnose) kot skupina oseb brez glavobola. Migrena je psihosomatska bolezen, pri kateri se je ohranilo razbremenjevanje napetosti preko telesa, ki je normalno le v prvih mesecih življenja. Zato sklepam, da gre za določene ego deficite oz. nezrele ego funkcije (npr. nezrele kontrolne mehanizme). Ego težnje vedno izhajajo iz objektnega odnosa (Modell; cit. po Praper, 1992); razvoj mnogih funkcij ega je v najzgodnejših fazah otroštva neposredno odvisen od narave objektnih odnosov (Kris, 1987), zato menim, da gre tudi za določene motnje v objektnih odnosih. Novejše študije kažejo na to, da gre za narcisistično motnjo osebnosti, za katero pa so značilni tudi določeni ego deficiti.

Metoda

Udeleženci

Vzorec je sestavljalo 598 študentov Univerze v Ljubljani in Univerze v Mariboru. Od tega je bilo 174 (29,1 %) moških in 423 (70,7 %) žensk, ena oseba (0,2 %) pa ni označila svojega spola. Študentje so bili z naslednjih fakultet: Fakulteta za družbene vede, Fakulteta za elektrotehniko, računalništvo in informatiko Maribor, Fakulteta za šport, Pedagoška fakulteta Maribor, Pravna fakulteta Maribor, Teološka fakulteta v Ljubljani in Mariboru. Obiskovali so različne letnike, največ prvega. Njihova povprečna starost je bila 19,7 let s standardno deviacijo 1,70.

Na osnovi rezultatov na UCSD vprašalniku migrene sem udeležence razdelila v štiri skupine:

1. udeleženci brez ponavljajočih se glavobolov - ne poročajo o prisotnosti ponavljajočih se glavobolov (N = 380);
2. udeleženci s ponavljajočimi se glavoboli nemigrenskega tipa - poročajo o ponavljajočih se glavobolih, ki pa ne izpolnjujejo kriterijev za migreno ali migrensko motnjo (N = 115);
3. udeleženci z migrensko motnjo - poročajo o ponavljajočih se glavobolih, ki izpolnjujejo vse diagnostične kriterije za migreno z avro ali za migreno brez avre razen enega (N = 52);
4. udeleženci z migreno - poročajo o ponavljajočih se glavobolih, ki izpolnjujejo

vse diagnostične kriterije za migreno z avro ali za migreno brez avre (N = 48).

Instrumenti

Uporabila sem tri instrumente, opisane v nadaljevanju, poleg tega sem udeležence vprašala po spolu, starosti, univerzi, fakulteti, smeri in letniku študija.

UCSD vprašalnik migrene (Tom, Brody, Valabhji, Turner, Molgaard in Rothrock, 1994). Vprašalnik temelji na diagnostičnih kriterijih za migreno Mednarodnega združenja za glavobol iz leta 1988. Na njegovi osnovi lahko ugotovimo, ali gre pri posamezniku za nemigrenski glavobol, migreno z avro ali migreno brez avre. Sestavljen je iz desetih vprašanj (6., 7. in 8. vprašanje imajo tudi podvprašanja), na katera posameznik večinoma odgovarja z "da" ali "ne", tako da obkroži ustrezeni odgovor. Raziskava zanesljivosti vprašalnika (Tom in dr., 1994) je dala naslednje rezultate: pozitivna napovedna vrednost je bila v obsegu od 0,82 do 1,0; negativna napovedna vrednost od 0,82 do 1,0; občutljivost od 0,71 do 1,0 in specifičnost od 0,91 do 1,0. Stopnja skladnosti med ocenjevalci je bila najmanj 0,9 (v vseh primerih pomembna na nivoju $p < 0,001$) in ni bila odvisna od stopnje medicinske izobrazbe.

Bellov vprašalnik objektivnih odnosov in zaznavanja realnosti - oblika O (Bell, 1995; prevod: Prosnik, 1997). Bellov vprašalnik objektivnih odnosov in zaznavanja realnosti omogoča ocenjevanje dveh pomembnih ego funkcij: objektivnih odnosov in zaznavanja realnosti. Ocenjevanju vsake od teh funkcij je namenjeno 45 deskriptivnih trditev. Udeleženci za vsako trditev ocenijo, ali zanje drži ali ne glede na njihove izkušnje v zadnjem času. Vprašalnik je namenjen posameznikom, starim osemnajst let in več. Oblika O, ki sem jo uporabila, vključuje le lestvico objektivnih odnosov, ki jo sestavljajo štiri podlestvice: odtujenost, negotova navezanost, egocentričnost in socialna nekompetentnost. Skori za posamezne podlestvice se izračunajo s pomočjo posebej za to izdelanega računalniškega programa. Ker do njega nisem imela dostopa, sem uporabila le skor za celotno lestvico objektivnih odnosov.

Cronbachov alfa za posamezne podlestvice oblike O se giblje med 0,79 in 0,90, zanesljivost, računana po metodi split-half, je med 0,78 in 0,90, test-retestna zanesljivost pa med 0,58 in 0,90 (Bell, 1995). Analiza zanesljivosti celotne lestvice objektivnih odnosov v mojem vzorcu je dala naslednje rezultate: Cronbachov alfa je 0,83, Guttmanov split-half koeficient pa 0,76.

Vprašalnik agresivnosti (Buss in Durkee, 1961; cit. po Lamovec, 1988). Vprašalnik sestavlja 75 trditev, za vsako od njih posameznik oceni, ali zanj velja ali ne. Po mnenju T. Lamovec (1988) spada med najboljše multidimenzionalne vprašalnike agresivnosti. Meri osem oblik agresivnega vedenja: telesno in besedno agresivnost, negativizem, posredno agresivnost, razdražljivost, sovražnost, sumničavost in občutke krivde. Po razdelitvi agresivnosti glede na smer in obliko,

ki jo navaja Lamovec (1988), sta telesna in besedna agresivnost navzven usmerjeni neposredni aktivni obliki agresivnosti, negativizem pa navzven usmerjena neposredna pasivna oblika. Razdražljivost, sovražnost in sumničavost so navzven usmerjene posredne oblike agresivnosti. Občutki krivde pa so neposredna oblika navznoter obrnjene agresivnosti. Zanesljivost celotnega vprašalnika po petih tednih je znašala 0,82.

Postopek

Izpolnjevanje vprašalnikov je bilo skupinsko. Do udeležencev sem prišla tako, da sem nekatere profesorje psihologije in drugih predmetov na ljubljanskih in mariborskih fakultetah prosila, če mi lahko odstopijo 30 minut njihove ure za izvedbo raziskave.

Podatke sem obdelala s statističnim programom SPSS 8.0 for Windows. Pri vrednotenju Vprašalnika migrene sem uporabila diagnostične kriterije Mednarodnega združenja za glavobol, upoštevala pa sem še kriterij, da obstajajo pri migreni in migrenski motnji med resnimi napadi glavobola obdobja brez glavobola, ki trajajo od nekaj dni do nekaj tednov.

Rezultati

V tabeli 1 so navedene osnovne opisne statistike za različne skupine.

Analiza variance (glej tabelo 2) je pokazala statistično pomembne razlike med aritmetičnimi sredinami skupin v vseh spremenljivkah razen telesne in besedne agresivnosti. Ker analiza variance pokaže le statistično pomembnost razlik med ekstremnima rezultatoma, sem ostale razlike med pari skupin preverila še s t-testom, kljub temu da to ni čisto korektno, saj se s povečevanjem števila t-odnosov povečuje verjetnost pojavljanja slučajno pomembnih t-odnosov, torej se povečuje verjetnost napake tipa I (Petz, 1981). Tukaj zaradi pomanjkanja prostora navajam le opis oz. povzetek rezultatov t-testov, tabele s številčnimi vrednostmi pa si lahko bralec ogleda v Škrila (2000).

Rezultati kažejo, da ima najbolj motene objektivne odnose skupina z migreno, sledi skupina z migrensko motnjo, skupina z nemigrenskimi glavoboli, najmanj motene objektivne odnose pa ima skupina brez ponavljajočih se glavobolov. Kot statistično pomembna se je pokazala le razlika med aritmetičnima sredinama skupine z migreno in skupine brez ponavljajočih se glavobolov. Rezultati treh skupin z različnimi oblikami glavobola na lestvici objektivnih odnosov so si precej podobni, vsi pa se razlikujejo od rezultatov skupine brez ponavljajočih se glavobolov. To potrjujejo tudi rezultati t-testa, saj sta blizu statistične pomembnosti tudi razliki med skupino brez ponavljajočih se glavobolov in skupino z nemigrenskimi glavoboli ter skupino brez ponavljajočih se glavobolov in skupino z migrensko motnjo.

Telesna agresivnost je najbolj izražena pri skupini z migrensko motnjo, sledijo

Tabela 1: Opisne statistike za različne skupine na Vprašalniku objektivnih odnosov in Vprašalniku agresivnosti

<i>Spremenljivka</i>	<i>Skupina</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Objektni odnosi	Brez glavobolov	348	10,95	5,75
	Nemigrenski glavoboli	107	12,35	6,76
	Migrenska motnja	47	12,68	6,63
	Migrena	44	13,00	6,23
Telesna agresivnost	Brez glavobolov	372	2,91	2,17
	Nemigrenski glavoboli	111	2,77	2,27
	Migrenska motnja	52	3,46	2,29
	Migrena	47	2,68	1,98
Besedna agresivnost	Brez glavobolov	372	7,01	2,55
	Nemigrenski glavoboli	113	7,17	2,50
	Migrenska motnja	51	7,88	2,38
	Migrena	48	7,44	2,39
Negativizem	Brez glavobolov	380	2,28	1,05
	Nemigrenski glavoboli	114	2,43	0,96
	Migrenska motnja	52	2,35	0,95
	Migrena	48	2,73	0,89
Posredna agresivnost	Brez glavobolov	376	4,61	2,11
	Nemigrenski glavoboli	113	4,96	2,09
	Migrenska motnja	52	5,81	2,39
	Migrena	49	6,08	1,82
Razdražljivost	Brez glavobolov	377	5,83	2,33
	Nemigrenski glavoboli	114	6,59	2,50
	Migrenska motnja	52	7,35	2,59
	Migrena	49	7,02	2,29
Sovražnost	Brez glavobolov	376	2,59	1,81
	Nemigrenski glavoboli	115	3,15	2,15
	Migrenska motnja	51	3,67	2,08
	Migrena	49	4,04	2,08
Sumničavost	Brez glavobolov	370	3,31	2,12
	Nemigrenski glavoboli	112	3,42	2,19
	Migrenska motnja	52	3,85	2,20
	Migrena	49	4,61	2,05
Občutki krivde	Brez glavobolov	377	4,89	1,97
	Nemigrenski glavoboli	109	5,57	1,97
	Migrenska motnja	51	5,39	1,83
	Migrena	48	5,73	1,58

Legenda: N - numerus, M - aritmetična sredina, SD - standardna deviacija.

Maksimalne vrednosti pri posameznih spremenljivkah se razlikujejo in so naslednje: objektni odnosi 45, telesna agresivnost 10, besedna agresivnost 13, negativizem 4, posredna agresivnost 9, razdražljivost 11, sovražnost 8, sumničavost 10 in občutki krivde 9. Višja vrednost pomeni večjo izraženost posamezne oblike agresivnosti oz. bolj motene objektivne odnose.

Tabela 2: Povzetek enosmerne analize variance razlik med različnimi skupinami v spremenljivkah objektnih odnosov in agresivnosti

Spremenljivka	Izvor variacije	Vsota kvadratov	d.f.	Srednji kvadrat	F	p
Objektni odnosi	Med skupinami	346,280	3	115,427	3,126	0,025*
	Znotraj skupin	20013,487	542	36,925		
	Skupaj	20359,767	545			
Telesna agresivnost	Med skupinami	20,319	3	6,773	1,418	0,236
	Znotraj skupin	2760,212	578	4,775		
	Skupaj	2780,531	581			
Besedna agresivnost	Med skupinami	39,138	3	13,046	2,065	0,104
	Znotraj skupin	3664,901	580	6,319		
	Skupaj	3704,039	583			
Negativizem	Med skupinami	9,546	3	3,182	3,090	0,027*
	Znotraj skupin	607,619	590	1,030		
	Skupaj	617,165	593			
Posredna agresivnost	Med skupinami	142,366	3	47,455	10,668	0,000***
	Znotraj skupin	2606,691	586	4,448		
	Skupaj	2749,058	589			
Razdražljivost	Med skupinami	169,937	3	56,646	9,980	0,000***
	Znotraj skupin	3337,507	588	5,676		
	Skupaj	3507,444	591			
Sovražnost	Med skupinami	137,405	3	45,802	12,362	0,000***
	Znotraj skupin	2174,842	587	3,705		
	Skupaj	2312,247	590			
Sumničavost	Med skupinami	80,742	3	26,914	5,892	0,001***
	Znotraj skupin	2644,935	579	4,568		
	Skupaj	2725,678	582			
Občutki krivde	Med skupinami	62,739	3	20,913	5,635	0,001***
	Znotraj skupin	2156,126	581	3,711		
	Skupaj	2218,865	584			

Legenda: d.f. - stopnje svobode, p - nivo tveganja, * - statistična pomembnost na nivoju 0,05, *** - statistična pomembnost na nivoju 0,001.

pa skupine brez ponavljajočih se glavobolov, z nemigrenskimi glavoboli in z migreno, vendar razlike niso statistično pomembne. Vrstni red skupin po izraženosti besedne agresivnosti je naslednji: skupina z migrensko motnjo, pri kateri je besedna agresivnost najbolj izražena, skupina z migreno, skupina z nemigrenskimi glavoboli in skupina brez ponavljajočih se glavobolov. Tudi tukaj nobena razlika ne dosega statistične pomembnosti. Negativizem je v največji meri prisoten pri skupini z migreno, sledi skupina z nemigrenskimi glavoboli, skupina z migrensko motnjo in skupina brez glavobolov. Statistično pomembne razlike najdemo le med skupino z migreno in skupino brez glavobolov ter skupino z migreno in skupino z migrensko motnjo. Izraženost posredne agresivnosti sledi izraženosti glavobola (če kot najhujši glavobol vzamemo migreno, kot najmanj hudega pa nemigrenske glavobole), saj je posredna agresivnost

v največji meri prisotna pri skupini z migreno, sledijo pa skupine z migrensko motnjo, nemigrenskimi glavoboli in brez ponavljajočih se glavobolov. V tem pogledu sta si najbolj podobni skupini brez glavobolov in z nemigrenskimi glavoboli ter z migrensko motnjo in z migreno, kjer razlike ne dosegajo statistične pomembnosti. Ostali pari skupin se v posredni agresivnosti statistično pomembno razlikujejo. V razdražljivosti obstajajo statistično pomembne razlike med skupino brez ponavljajočih se glavobolov in tremi skupinami z različnimi oblikami glavobola, medtem ko znotraj treh skupin z glavoboli ni statistično pomembnih razlik. Podobno sliko lahko vidimo pri sovražnosti, le da je statistično pomembna tudi razlika med skupino z nemigrenskimi glavoboli in migreno. Tudi stopnjevanje sumničavosti sledi stopnjevanju glavobola. Statistično pomembni sta razliki med skupino brez ponavljajočih se glavobolov in skupino z migreno ter skupino z nemigrenskimi glavoboli in skupino z migreno. Občutki krivde so najbolj prisotni pri skupini z migreno, sledi skupina z nemigrenskimi glavoboli, najmanj pa pri skupini brez glavobolov. Razlika je statistično pomembna v primeru skupine brez glavobolov in skupine z migreno ter skupine brez glavobolov in skupine z nemigrenskimi glavoboli.

V splošnem lahko rečemo, da je največ statistično pomembnih razlik med najbolj ekstremnima skupinama glede na glavobol: skupino z migreno in skupino brez

Tabela 3: Pearsonovi koeficienti korelacije med podlestvicami na Bellovem vprašalniku objektivnih odnosov in Vprašalniku agresivnosti

TA	BA	NEG	PA	RAZ	SOV	SUM	OK	Spremenljivka
0,149	0,126	0,088	0,310	0,513	0,630	0,473	0,531	Objektivni
0,001***	0,003***	0,040*	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	odnosi
	0,469	0,268	0,336	0,277	0,159	0,136	0,024	Telesna
	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,001***	0,559	agresivnost
		0,391	0,468	0,411	0,179	0,213	0,072	Besedna
		0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,082	agresivnost
			0,307	0,283	0,144	0,223	0,074	Negativizem
			0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,075	
				0,548	0,323	0,212	0,267	Posredna
				0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	agresivnost
					0,472	0,367	0,416	Razdražljivost
					0,000***	0,000***	0,000***	
						0,538	0,429	Sovražnost
						0,000***	0,000***	
							0,278	Sumničavost
							0,000***	

Legenda: OO - objektivni odnosi, TA - telesna agresivnost, BA - besedna agresivnost, NEG - negativizem, PO - posredna agresivnost, RAZ - razdražljivost, SOV - sovražnost, SUM - sumničavost, OK - občutki krivde.

V prvi vrstici je napisana vrednost Pearsonovega korelacijskega koeficienta, v drugi pa stopnja rizika (p). * - statistična pomembnost na nivoju 0,05, *** - statistična pomembnost na nivoju 0,001.

ponavljajočih se glavobolov, najmanj pa med "sosednjimi" skupinami: skupino z migreno in skupino z migrensko motnjo ter skupino z migrensko motnjo in skupino z nemigrenskimi glavoboli. Rezultati v glavnem kažejo stopnjevanje agresivnosti in motenosti objektnih odnosov glede na stopnjevanje intenzivnosti glavobola.

Objektni odnosi statistično pomembno pozitivno korelirajo z vsemi oblikami agresivnosti. Tudi med večino oblik agresivnosti lahko najdemo statistično pomembne pozitivne korelacije. Statistično nepomembne so le korelacije med občutki krivde in telesno agresivnostjo, besedno agresivnostjo in negativizmom (glej tabelo 3).

Razprava

Skupina brez ponavljajočih se glavobolov in skupina z migreno se statistično pomembno razlikujeta v rezultatih na Bellovem vprašalniku objektnih odnosov, pri čemer so za skupino z migreno značilni bolj moteni objektni odnosi. Podobna izraženost motenj v objektnih odnosih pri različnih tipih glavobola potrjuje Beckovo (1980) predpostavko o tem, da isti mehanizem deluje tudi pri drugih funkcionalnih bolečinskih motnjah, v tem primeru to velja vsaj za ostale tipe ponavljajočih se glavobolov. Ujema pa se tudi z navedbo Sperlingove (1969), da gre pri osebah s psihosomatskimi motnjami za poseben psihosomatski tip objektnih odnosov, katerih skupni imenovalac je po njenih opažanjih pregenitalna osebnostna struktura z oralnimi in analnimi fiksacijami.

Stopnjevanje motenosti objektnih odnosov glede na stopnjevanje intenzivnosti glavobola lahko nakazuje, da je pri osebah z migreno največja verjetnost določenih ego modifikacij, zaradi katerih te osebe svoje napetosti v največji meri sproščajo skozi telo.

Prosnik (1997; 1998) je Bellov vprašalnik objektnih odnosov in zaznavanja realnosti aplicirala na dvajsetih dekletih z motnjami hranjenja in dvajsetih dekletih kontrolne skupine. Kontrolna skupina v njeni raziskavi je dosegla podoben, le malenkost nižji rezultat kot skupina brez ponavljajočih se glavobolov v moji raziskavi. Skupina deklet z motnjami hranjenja je dosegla nekoliko višji rezultat kot skupina z migreno. To je bilo pričakovano, saj so motnje hranjenja povezane s ponotranjanjem in se oblikujejo v bolj zgodnjih obdobjih kot migrena.

Med skupino udeležencev z migreno in skupino brez ponavljajočih se glavobolov obstajajo statistično pomembne razlike v vseh oblikah agresivnosti razen v telesni in besedni agresivnosti. Vse te oblike agresivnosti so statistično pomembno bolj izražene pri skupini z migreno. Hipoteza, ki sem jo postavila, je tako delno potrjena. Ni bilo potrjeno pričakovanje, da bo imela skupina z migreno pomembno manj izražene neposredne oblike agresivnosti. Za agresivno zavrtost je značilno, da se agresivnost izraža po posredni poti, vendar pa Bregant (1986) razlaga, da se že v otroštvu pri agresivno zavrtih osebah skozi običajno uglajeno in zaželeno vedenje pričnejo vse pogosteje prebijati nesmiselni in neutemeljeni izbruhi samovoljnosti, togote in vznemirjenosti, s katerimi se sproščajo nakopičene napetosti. Zaradi agresivnih zadržanj in iluzionarnih pričakovanj izpolnjujejo agresivno zavrtega človeka čustva užaljenosti in jeze, zaradi česar pogosto prihaja do napadalnih izpadov. S tem lahko razložimo, da izraženost neposrednih oblik

agresivnosti pri osebah z migreno ni manjša. Razlog za to lahko leži tudi v tem, da imajo osebe z migreno veliko količino nenevtralizirane agresije, ki se poleg tega, da se v podobni meri kot pri drugih osebah izraža neposredno, mora izražati tudi posredno, v obliki posrednih oblik agresivnosti, proti sebi obrnjena pa v obliki občutkov krivde in psihosomatskih težav, to je migrene.

Večjo agresivnost oseb z migreno lahko razložimo tudi z njihovim narcisizmom, ki so ga opazili razni avtorji. Rochlin (1982; cit. po Praper, 1993) trdi, da obstaja tesna zveza med narcisizmom in agresijo. Pravi, da ko je narcisizem - to je ljubezen do sebe, ki omogoča ohranitev selfa - ogrožen, smo ponižani, naša samopodoba je ranjena in pojavi se agresija. S tega stališča je agresivnost rezultat blokade libidne investicije v selfobjekt. Tudi Kohut (1972; cit. po Praper, 1993) je blizu temu stališču. Meni, da se agresivnost pojavi kot rezultat neuspeha selfobjekt okolja, da bi izpolnil otrokove potrebe po empatičnem odzivanju. Kot Rochlin tudi Kohut meni, da je destruktivni bes vedno motiviran z žalitvijo selfa.

Vprašalnik agresivnosti Bussa in Durkeeja ni najbolj primeren za preverjanje predpostavke o agresivni zavrtosti, saj ugotavlja le bolj destruktivne oz. frustracijske oblike agresivnosti, medtem ko Bregant (1986) agresivno področje teženj imenuje samopotrditveno področje, saj agresivnost pomeni tudi težnjo iti naprej, težnjo po uveljavljanju, priznanju, obvladovanju, samoaktivnosti in ekspanzivnosti. Tako na osnovi rezultatov na Vprašalniku agresivnosti ne moremo z gotovostjo trditi, da gre pri osebah z migreno za agresivno zavrtost, saj se le-ta v glavnem izraža v nesposobnosti za spontano in samoiniciativno udejstvovanje (Bregant, 1986). Tudi drugi avtorji, ki so uporabili Vprašalnik agresivnosti Bussa in Durkeeja (Rees, 1974; Blaszczyński, 1984), so ugotovili višjo mero agresivnosti pri osebah z migreno, čeprav ne navajajo rezultatov po posameznih oblikah agresivnosti.

V vseh primerih ne glede na vrsto glavobola gre za povišan nivo agresivnosti pri skupini z glavobolom glede na skupino brez ponavljajočih se glavobolov. Znotraj treh skupin s ponavljajočimi se glavoboli lahko opazimo stopnjevanje nivoja agresivnosti od skupine z nemigrenskimi ponavljajočimi se glavoboli preko skupine z migrensko motnjo do skupine z migreno, pri kateri je agresivnost v največji meri izražena, pri čemer je med temi tremi skupinami manj statistično pomembnih razlik. Pri treh skupinah z glavoboli gre torej za podoben nivo deficitarnosti objektnih odnosov, pri čemer ima skupina z migreno najvišjo mero agresivnosti, zaradi česar gre pri tej skupini tudi za najmočnejše glavobole, ki jih spremljajo slabost, bruhanje, občutljivost na svetlobo in zvok, v nekaterih primerih tudi vidne in/ali somatosenzorične motnje, vse skupaj pa povzroči to, da mora oseba zmanjšati ali prekiniti svoje aktivnosti.

Na povezavo značilnosti objektnih odnosov in agresivnosti kažejo tudi korelacije med temi spremenljivkami. Objektni odnosi statistično pomembno pozitivno korelirajo z vsemi oblikami agresivnosti. Bolj kot so objektni odnosi moteni, višji je nivo agresivnosti. To lahko razložimo s tem, da je nevtralizacija impulzov izrazito povezana z objektnim odnosom, saj je povezana z zadovoljevanjem potreb in ustrezno količino frustracij (Matjan, 1996). Zaradi motenih objektnih odnosov nevtralizacija gonov ne more potekati ustrezno. Prav tako pa se zato, ker ostaneta libido in agresija primitivna, nenevtralizirana, ne sprosti

energija za izgradnjo psihičnega aparata in razvoj nekaterih pomembnih procesov. Poleg tega pa destruktivna agresija vodi v deficite v kohezivnosti selfa, strukturiranju ega in objektnih odnosov, v ambivalenco, slabo prilagojenost, intrapsihične konflikte ipd. (Praper, 1993). Rezultati kažejo, da imajo osebe z migreno več motenj v objektnih odnosih kot osebe brez ponavljajočih se glavobolov, vendar to še ne potrjuje narcisistične patologije, ki so jo izpostavili nekateri sodobnejši avtorji.

Agresivne težnje razvojno izhajajo iz potrebe po motoričnem udejstvovanju (Bregant, 1986), časovno pa jih Shultz-Hencke uvršča v drugo in tretje leto. Vendar pa sta dozorevanje progastih mišic in vse večja gibljivost (otrok shodi) značilni že za obdobje med desetim in šestnajstim mesecem, ki ga Mahlerjeva (cit. po Praper, 1999) imenuje podfaza prakticiranja. Tudi narcisistična patologija naj bi po mnenju Mastersona (cit. po Praper, 1999) in Praperja (1999) nastala v tej podfazi. Izkazalo se je, da so tudi za razumevanje agresivnosti pri osebah z migreno bolj kot Schultz-Henckejeva teorija primerne ego psihologija, teorija objektnih odnosov in psihoanalitična razvojna psihologija. Schultz-Hencke ni bil sposoben videti razvojnega procesa agresivnih teženj (Praper, 1993), saj je le-te videl že nevtralizirane in v službi ega v drugem in tretjem letu, čeprav se agresivni impulzi diferencirajo že v obdobju med drugim in šestim mesecem (Praper, 1999). Pri osebah z migreno torej najverjetneje gre za nenevtralizirano agresivnost, ki - usmerjena navznoter - povzroča zelo onesposabljaljoče glavobole.

Opisana raziskava je prva v Sloveniji, ki je obravnavala psihološke dejavnike migrene in hkrati ena redkih, ki je poskušala na psihometričen način potrditi klinična opažanja o motenih objektnih odnosih pri osebah z migreno. Vzorec ni bil reprezentativen v nobenem pogledu. Vanj sem zajela le študente, tako da je glede na splošno populacijo pristranski glede na izobrazbo in s tem povezane variable (npr. inteligentnost, socialnoekonomski status). Vzorec tudi ni reprezentativen za študentsko populacijo, saj ga sestavljajo študentje tistih fakultet, smeri in letnikov, do katerih mi je uspelo priti. Tako v vzorcu prevladujejo študentje prvih letnikov, po spolu pa ženske. Rezultatov raziskave tako ni mogoče sploševati na populacijo.

Glede na to, da je znano, da je moških z migreno veliko manj kot žensk, bi bilo potrebno pri oblikovanju vzorca zajeti veliko več moških kot žensk (glede na podatke moje raziskave 8,6-krat toliko kot žensk), da bi dobili tudi reprezentativen in primerno velik vzorec moških z migreno. Ena izmed večjih pomanjkljivosti moje raziskave je, da sem zajela premalo moških, razlog za to pa je bil v tem, da profesorji psihologije večinoma poučujejo na fakultetah, kjer prevladujejo študentke. Tak način pridobivanja udeležencev, kot sem ga uporabila, se mi je zdel najlažji in časovno najbolj ekonomičen ter zato najbolj primeren za diplomsko delo. Rezultati raziskave nekoliko osvetljujejo etiologijo migrene. Pri osebah z migreno gre za določene motnje v objektnih odnosih. Pri njih gre tudi za povišan nivo agresivnosti, predvsem posrednih oblik, kar lahko nakazuje, da gre za nenevtralizirano agresivnost. Rezultati tudi potrjujejo dognanja, da pri migreni ne gre za specifičen tip osebnosti niti za specifičen konflikt. Moja raziskava je pokazala, da je patologija objektnih odnosov značilna tudi za osebe, ki ne izpolnjujejo vseh diagnostičnih kriterijev za migreno, in osebe s ponavljajočimi se glavoboli nemigrenskega tipa. Motene objektivne odnose lahko najdemo tudi pri drugih psihosomatskih motnjah, pri mejni in

psihotični strukturi osebnosti. Tudi povišan nivo posrednih oblik agresivnosti je značilen za druge vrste glavobolov, pa tudi za druge psihosomatske motnje (npr. artritis, kardiovaskularne motnje idr. (Selič, 1994)).

Dognanja predstavljene raziskave so pomembna tudi za zdravljenje migrene. Pomen opisanih psiholoških dejavnikov v etiologiji migrene nas navaja k temu, da v zdravljenje migrene vključimo tudi psihološke metode, predvsem razvojno analitično psihoterapijo, da zdravljenje z zdravili ni dovolj. Sama odprava simptoma je lahko celo škodljiva, saj je simptom migrene namenjen določenemu razbremenjevanju napetosti, veliko avtorjev pa tudi opozarja, da migrena preprečuje psihotično dezintegracijo osebnosti in depresijo.

Ta raziskava je odprla tudi veliko novih vprašanj. Mislim, da bi se bilo v prihodnje treba osredotočiti predvsem na narcisistično patologijo oseb z migreno in to raziskati tudi s psihometričnimi sredstvi. Zanimivo bi bilo preveriti tudi hipoteze o specifičnih dejavnikih pri migreni: npr. fantazije in impulzi ubiti objekt z napadom na glavo, kar navaja Sperry (1952; 1969). Agresivno zavrtost bi bilo potrebno preveriti tudi s kakšno projekcijsko preizkušnjo in anamnestičnimi podatki, saj nam Vprašalnik agresivnosti Bussa in Durkeea ne more v celoti odgovoriti na to vprašanje. Natančneje bi bilo potrebno raziskati, za kakšne motnje v objektivnih odnosih in za kakšne ego deficite gre pri osebah z migreno; v ta namen bi bilo treba upoštevati tudi podlestvice Bellovega vprašalnika objektivnih odnosov oz. uporabiti kakšen drug vprašalnik, ki ugotavlja tudi posamezne karakteristike objektivnih odnosov. Primerjati bi bilo treba tudi osebe z migreno brez avre in osebe z migreno z avro ter moške in ženske z migreno v značilnostih objektivnih odnosov in agresivnosti, česar sama zaradi premajhnega števila udeležencev z migreno nisem storila.

Zaključek

V raziskavi sem poskušala ugotoviti, kako se osebe z migreno razlikujejo od oseb z migrensko motnjo, nemigrenskimi glavoboli in oseb brez ponavljajočih se glavobolov v značilnostih agresivnosti in objektivnih odnosov. Prva hipoteza je delno potrjena. Skupina oseb z migreno ima statistično pomembno bolj izražen negativizem, posredno agresivnost, razdražljivost, sovražnost, sumničavost in občutke krivde kot skupina brez ponavljajočih se glavobolov, vendar pa v izraženosti telesne in besedne agresivnosti ni statistično pomembnih razlik. Med tremi skupinami s ponavljajočim se glavobolom (migrena, migrenska motnja in nemigrenski glavobol) je manj statistično pomembnih razlik v agresivnosti. Tudi druga hipoteza je v glavnem potrjena. Skupina z migreno in skupina brez ponavljajočih se glavobolov se statistično pomembno razlikujeta v značilnostih objektivnih odnosov, pri čemer so za osebe z migreno značilni bolj patološki objektivni odnosi. Med skupinami z različnimi tipi glavobola ni statistično pomembnih razlik. Zaključim lahko, da gre pri treh skupinah z glavoboli za podoben nivo deficitarnosti objektivnih odnosov, pri čemer ima skupina z migreno najvišjo mero agresivnosti, zaradi česar gre pri migreni za najbolj intenzivne glavobole z vrsto spremljajočih simptomov.

Literatura

- Adamović, V. (1983). *Emocije i telesne bolesti [Emotions and bodily diseases]*. Beograd: Nolit.
- Adams, H.E., Feuerstein, M. in Fowler, J.L. (1980). Migraine headache: Review of parameters, etiology, and intervention. *Psychological bulletin*, 87 (2), 217-237.
- Alexander, F. (1952). *Psychosomatic medicine: its principles and applications*. London: George Allen & Unwin Ltd.
- Arena, J.G., Blanchard, E.B., Andrasik, F. in Applebaum, K. (1986). Obsessions and compulsions in three kinds of headache sufferers: Analysis of the Maudsley questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 24 (2), 127-132.
- Beck, D. (1980). Psychoanalytische Aspekte der Migräne. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 26 (1), 47-56.
- Beck, D. in Frank, V. (1977). Die Migräne als Selbstheilungsversuch: eine psychosomatische Studie. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 121 (1), 63-66.
- Bell, M.D. (1995). *Bell object relations and reality testing inventory (BORRTI): manual*. Los Angeles: Western psychological services.
- Blaszczynski, A.P. (1984). Personality factors in classical migraine and tension headache. *Headache*, 24 (5), 238-244.
- Bonner, J.S. in Bonner, J.J. (1990). *The little black book of neurology*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Bott, C. (1978). Ich-strukturelle Untersuchungen bei Migräne-Patienten - Ein Beitrag zur Theorie der Psychosomatik im Rahmen der Dynamischen Psychiatrie. *Dynamische Psychiatrie*, 11 (5-6), 473-483.
- Bregant, L. (1986). Psihodinamična teorija nevroz [Psychodynamic theory of neuroses]. V *Psihoterapija 14 [Psychotherapy 14]* (str. 13-92). Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete in Univerzitetna psihiatrična klinika.
- Fromm-Reichmann, F. (1937). Contribution to the psychogenesis of migraine. *The psychoanalytic review*, 24, 26-33.
- Geißler, P. (1981). Zur psychosomatik der Migräne. *Ärztliche Praxis und Psychotherapie*, 4, 19-23.
- Haas, J.P. (1985). Die Migräne im Spiegel psychodynamischer Forschungsbeiträge: eine Literaturübersicht. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 31 (1), 14-24.
- Köhler, T. in Kosanic, S. (1992). Are persons with migraine characterized by a high degree of ambition, orderliness, and rigidity? *Pain*, 48 (3), 321-323.
- Kris, E. (1987). Beleške o razvoju i nekim tekućim pitanjima psihoanalitičke dečje psihologije [Notes on the development and on some current problems of psychoanalytic child psychology]. V K. Kondić. *Psihologija Ja: Psihoanalitička razvojna psihologija [The psychology of Self: Psychoanalytical developmental psychology]* (str. 180-206). Beograd: Nolit.
- Lamovec, T. (1988). *Priručnik za psihologijo motivacije in emocij [Handbook of psychology of motivation and emotions]*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Matjan, P. (1996). Tehnike razvojne analitične psihoterapije [Techniques of developmental analytic psychotherapy]. *Psihološka obzorja*, 5 (3), 69-79.

- Petz, B. (1981). *Osnovne statističke metode za nematematičare [Basic statistical methods for non-mathematicians]*. Zagreb: SNL.
- Pogačnik, T. (1999). Migrena: diagnostični kriteriji, klinična slika in zdravljenje [Migraine: diagnostic criteria, clinical picture and therapy]. *Medicinski razgledi*, 38 (4), 19-33.
- Praper, P. (1992). Dinamično interpretativna ali tudi razvojna diagnoza v tretmanu nepsihотиčnih pacientov? [Dynamic-interpretative or also developmental diagnosis in treatment of non-psychotic patients?] *Psihološka obzorja*, 1 (1), 73-77.
- Praper, P. (1993). Libido, aggression and aggressiveness. *Psihološka obzorja*, 2 (1), 81-88.
- Praper, P. (1999). *Razvojna analitična psihoterapija [Developmental analytic psychotherapy]*. Ljubljana: Inštitut za klinično psihologijo.
- Prosnik, A. (1997). *Značilnosti objektivnega odnosa pri bolnicah z motnjami hranjenja: diplomsko delo [Characteristics of object-relations in female patients with eating disorders: unpublished BA diploma]*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Prosnik, A. (1998). Značilnosti objektivnega odnosa pri bolnicah z motnjami hranjenja [Characteristics of object-relations in female patients with eating disorders]. *Psihološka obzorja*, 7 (1), 71-88.
- Rakovec-Felser, Z. (1997). *Bolečina kot kompleksen biopsihosocialni pojav: doktorska disertacija [Pain as complex biopsychosocial phenomenon: doctoral dissertation]*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Rees, W.L. (1974). Personality and psychodynamic mechanisms in migraine. *Psychotherapy and psychosomatics*, 23 (1-6), 111-121.
- Selič, P. (1994). *Psihološki dejavniki pri psihosomatskih težavah - doktorska disertacija [Psychological factors in psychosomatic diseases - PhD thesis]*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Sperling, M. (1952). A psychoanalytic study of migraine and psychogenic headache. *The psychoanalytic review*, 39 (2), 152-163.
- Sperling, M. (1969). A further contribution to the psycho-analytic study of migraine and psychogenic headache. *International journal of psychoanalysis*, 45, 549-557.
- Škrila, D. (2000). *Agresivnost in značilnosti objektivnih odnosov pri študentih z rizikom migrenskih glavobolov: diplomsko delo [Aggressiveness and characteristics of object-relations in students at risk of migrainous headaches: unpublished BA diploma]*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Tom, T., Brody, M., Valabhji, A., Turner, L., Molgaard, C. in Rothrock, J. (1994). Validation of a new instrument for determining migraine prevalence: The UCSD migraine questionnaire. *Neurology*, 44 (5), 925-928.

Prispelo/Received: 03.10.2000

Sprejeto/Accepted: 28.01.2000