

Az életesemények pszichoszociális összefüggései és a krónikus betegségekkel való kapcsolata

Doktori értekezés

Szabó Gábor

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Balog Piroska, egyetemi adjunktus, Ph.D.
Prof. Dr. Kopp Mária, egyetemi tanár, M.D., D.Sc. †

Hivatalos bírálók: Dr. Ittész András, egyetemi docens, Ph.D.
Dr. Pék Győző, egyetemi docens, Ph.D.

Szigorlati bizottság elnöke: Prof. Dr. Tringer László, egyetemi tanár, M.D., C.Sc.

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. V. Komlósi Annamária, egyetemi docens, Ph.D.
Dr. Birkás Emma, Ph.D.

BUDAPEST, 2013

TARTALOMJEGYZÉK

1.	RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE.....	4
2.	BEVEZETÉS.....	5
2.1.	<i>Témaválasztás</i>	5
2.2.	<i>Általános modell</i>	6
2.3.	<i>Az életesemények</i>	8
2.4.	<i>Hazai életesemény-listák</i>	12
2.5.	<i>Az életesemények helye a pszichoszomatikus elméletekben</i>	14
	Analitikus megközelítések.....	16
	Szomatizáció, személyiségzavar és kognitív torzítások.....	17
	Pszichofiziológiai megközelítések – a stressz.....	18
	Szociopszichoszomatikus megközelítések.....	19
	Pszichoimmunológia.....	20
2.6.	<i>Az életesemények és a betegségek kapcsolatának legújabb eredményei</i>	21
	Pszichiátriai betegségek.....	21
	Vesebetegség.....	24
	Cukorbetegség.....	25
	Daganatos betegségek.....	26
	Gyomorfekély, nyombélfekély, Crohn-betegség.....	29
	Reumás típusú betegségek.....	31
	Szívbetegség, agyérbetegség, magas vérnyomás.....	33
	Allergiás betegségek, asztma.....	36
2.7.	<i>Stresszkezelés a kötődés tükrében</i>	37
	Fiziológiai kutatások.....	37
	A korai kötődés hazai vizsgálatai.....	38
	A felnőttkori kötődés.....	39
2.8.	<i>Az életeseményekkel való megküzdés</i>	40
	A megküzdés elméleteinek áttekintése.....	40
	A kognitív tranzakcionista coping modellje.....	42
3.	CÉLKITŰZÉSEK.....	44
4.	MÓDSZEREK.....	46
4.1.	<i>A minta leírása</i>	46
4.2.	<i>Alkalmazott mérőeszközök</i>	47
	Életesemények.....	47
	Betegségek.....	49
	Életminőség.....	50
	Kötődés.....	50
	Felnőttkori kötődés.....	50
	Megküzdés.....	51
4.3.	<i>Az életesemények leíró statisztikai</i>	51
4.4.	<i>Szubjektív stresszértékek</i>	52
4.5.	<i>Életesemények összstresszértéke</i>	52
	Életesemények és életminőség.....	53
4.6.	<i>A negatív életesemények és betegségek keresztmetszeti vizsgálata</i>	54
	A drog- és alkoholproblémák kiszűrése.....	54
	A negatív életesemények és a betegségek kapcsolata a komorbiditás meghagyásával.....	55
	Betegségek komorbiditása.....	56
	A negatív életesemények és a betegségek kapcsolata a komorbiditás kiszűrésével.....	57
4.7.	<i>A korai kötődés hatása</i>	57
4.8.	<i>A felnőttkori kötődés hatása</i>	57
4.9.	<i>A megküzdés szerepe</i>	58
5.	EREDMÉNYEK.....	59
5.1.	<i>Az életesemények leíró statisztikai</i>	59
	Az életesemények előfordulási gyakoriságának szubjektív megítélése.....	59
	A visszaemlékezés torzító hatása.....	60
5.2.	<i>Szubjektív stresszértékek</i>	62
5.3.	<i>Életesemények és életminőség</i>	65
5.4.	<i>A negatív életesemények és betegségek keresztmetszeti vizsgálata</i>	66
	A negatív életesemények és a betegségek kapcsolata a komorbiditás meghagyásával.....	66
	Betegségek komorbiditása.....	67

	A negatív életesemények és a betegségek kapcsolata a komorbiditás kiszűrésével.....	68
5.5.	<i>A korai kötődés hatása</i>	69
5.6.	<i>A felnőttkori kötődés hatása</i>	70
5.7.	<i>A megküzdés szerepe</i>	70
6.	MEGBESZÉLÉS.....	72
6.1.	<i>Az életesemények leíró statisztikái</i>	72
	Az életesemények előfordulási gyakoriságának szubjektív megítélése.....	72
	A visszaemlékezés torzító hatása.....	74
6.2.	<i>Szubjektív stresszértékek</i>	75
6.3.	<i>Életesemények és életminőség</i>	77
6.4.	<i>A negatív életesemények és betegségek keresztmetszeti vizsgálata</i>	78
	A negatív életesemények és a betegségek kapcsolata a komorbiditás meghagyásával.....	78
	Betegségek komorbiditása.....	80
	A negatív életesemények és a betegségek kapcsolata a komorbiditás kiszűrésével.....	82
	A korai kötődés, a felnőttkori kötődés és a megküzdési stílus hatása.....	83
	A negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolata.....	84
	1. Pszichiátriai betegségek.....	84
	2. Vesebetegség.....	85
	3. Cukorbetegség.....	85
	4. Daganatos betegségek.....	85
	5. Májbetegség.....	86
	6. Gyomorfekély, nyombélfekély, más gyomor-, bélrendszeri betegség.....	87
	7. Reumás típusú, illetve más izom- és csontrendszeri betegség.....	87
	8. Szívbetegség, agyérbetegség, magas vérnyomás.....	87
	9. Allergiás betegség, asztma, más légzőszervi betegség.....	88
	10. Baleset (közlekedési, üzemi, otthoni).....	89
7.	KÖVETKEZTETÉSEK.....	90
8.	ÖSSZEFOGLALÁS.....	92
9.	IRODALOMJEGYZÉK.....	94
10.	SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE.....	123
	10.1. <i>Az értekezés témájában megjelent közlemények</i>	123
	10.2. <i>Az értekezés témájától független közlemények</i>	125
11.	KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....	126
12.	MELLÉKLETEK.....	128
	1. Az egyes betegségecsoportok komorbiditásának százalékos táblázata.....	128
	2. A korai kötődés szerepe a negatív életesemények és a betegségek közötti kapcsolatban.....	129
	3. A felnőttkori kötődés szerepe a negatív életesemények és a betegségek közötti kapcsolatban.....	130
	4. A megküzdés szerepe a negatív életesemények és a betegségek közötti kapcsolatban.....	134

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. A HS2002-ben és a HEP2006-ban vizsgált életesemények	48
2. táblázat. A különböző életesemények 1998–2002, valamint 2003–2005/2006 időszakra vonatkozó előfordulási gyakoriságai 1 évre vetítve	60
3. táblázat. A 2006 előtti 1, 2, 3, illetve 8 év alatt előforduló életesemények 1 évre vetített átlagértékei ..	61
4. táblázat. A HS2002-ben mért szubjektív stresszértékek és a Holmes–Rahe-féle, különböző kutatásokból származó LCU-értékek összehasonlítása	63
5. táblázat. A HS2002-ben mért szubjektív stresszértékek és a Holmes–Rahe-féle, különböző kutatásokból származó LCU-értékek összehasonlítása a Spearman-féle rangkorrelációs eljárással ..	64
6. táblázat. A különböző módon számított életesemény-mutatók kapcsolata a BDI-vel és a WHO Jólét Indexszel 1998–2002-ben és 2003–2005/2006-ban	65
7. táblázat. Az életesemények és a betegségek kapcsolatának vizsgálata logisztikus regresszióval, a nemmel, a korrall, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás után, ahol a betegségszociális csoportok komorbiditása a modellben megengedett	67
8. táblázat. A vizsgált betegségszociális csoportok hány százalékában fordult elő egyidejűleg más betegség is	68
9. táblázat. Az életesemények és a betegségek kapcsolatának vizsgálata logisztikus regresszióval, a nemmel, a korrall, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás után a betegségszociális csoportok komorbiditásának kiszűrésével	69
10. táblázat. Az egyes betegségszociális csoportok komorbiditásának százalékos táblázata	128
11. táblázat. A korai kötődés szerepe a negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatában logisztikus regresszióval tesztelve, a nemmel, a korrall, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás után	129
12. táblázat. Az Elkerülő dimenzió szerepe a negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatában logisztikus regresszióval tesztelve, a nemmel, a korrall, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás után	130
13. táblázat. A Bizalmatlan dimenzió szerepe a negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatában logisztikus regresszióval tesztelve, a nemmel, a korrall, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás után	131
14. táblázat. Az Aggodalmaskodó dimenzió szerepe a negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatában logisztikus regresszióval tesztelve, a nemmel, a korrall, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás után	132
15. táblázat. A Biztonságos dimenzió szerepe a negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatában logisztikus regresszióval tesztelve, a nemmel, a korrall, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás után	133
16. táblázat. A Kognitív átstrukturálódás dimenzió szerepe a negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatában logisztikus regresszióval tesztelve, a nemmel, a korrall, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás után	134
17. táblázat. A Feszültségredukció dimenzió szerepe a negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatában logisztikus regresszióval tesztelve, a nemmel, a korrall, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás után	135
18. táblázat. A Problémaelemzés dimenzió szerepe a negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatában logisztikus regresszióval tesztelve, a nemmel, a korrall, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás után	136
19. táblázat. A Passzív megküzdés dimenzió szerepe a negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatában logisztikus regresszióval tesztelve, a nemmel, a korrall, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás után	137

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra. Az általános stresszmodell	6
2. ábra. A HS2002 és HEP2006 felmérésekben résztvevő személyek száma és elrendeződése	46
3. ábra. A 2006 előtti 1, 2, 3, illetve 8 év alatt előforduló életesemények 1 évre vetített átlagértékei	62

1. RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

- BDI – Beck Depresszió Kérdőív (Beck Depression Inventory)
- EXP(B) – esélyhányados (exponentiation of the B coefficient)
- FS – fibromialgia szindróma
- GAS – Általános Adaptációs Szindróma (General Adaptation Syndrome)
- HEP2006 – Hungarostudy Egészségi Panel 2006 követéses vizsgálat
- HS2002 – Hungarostudy 2002 epidemiológiai vizsgálat
- IBD – gyulladásos bélbetegség (Irritable Bowel Disease): a Crohn-betegség és a colitis ulcerosa
- IBS – irritábilis bélszindróma (Irritable Bowel Syndrome)
- JCA – fiatalkori krónikus artritisz (Juvenile chronic arthritis)
- KSH – Központi Statisztikai Hivatal
- LCU – életesemény-érték (Life Change Unit)
- MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventory
- OR – esélyhányados (odds ratio)
- PTN – poszttraumás növekedés
- PTSD – poszttraumás stresszavar (Post-Traumatic Stress Disorder)
- RLCQ – Recent Life Changes Questionnaire
- SES – szocioökonómiai státus
- SLE – szisztémás lupus erythematosus (Systemic Lupus Erythematosus)
- SRE – Schedule of Recent Experience
- SRRS – Életesemény Lista (Social Readjustment Rating Scale)

2. BEVEZETÉS

2.1. TÉMAVÁLASZTÁS

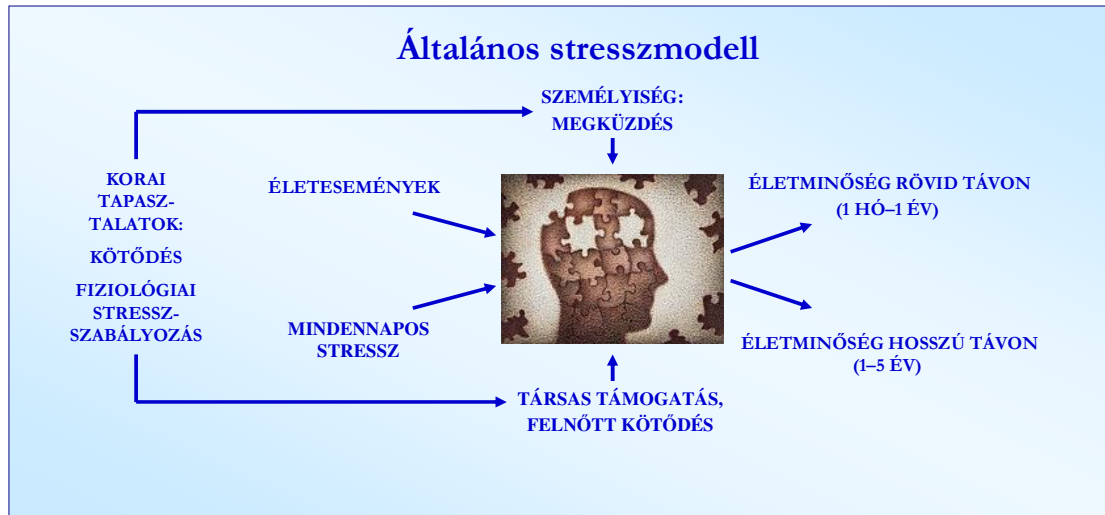
A stressz és a krónikus betegségek bonyolult kapcsolatának kérdéskörét tanulmányaim kezdeteitől különösen érdekes problémának tartottam. Pszichológusként leginkább az a kérdés foglalkoztatott, hogy a különböző életkorokban és helyzetekben keletkezett stressz mint traumatikus esemény miként hat a testi és a lelki működésre. A pszichoterápiás szakirodalomban számos elméleti megközelítés foglalkozik ezzel a rendkívül összetett témával. Így 2004-től a dr. Túry Ferenc vezette Pszichoszomatikus Ambulancián, majd később felnőtt klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológusként érdeklődésem középpontjába került a szomatizáció és a funkcionális stresszbetegségek jelensége, különös tekintettel a testi, illetve lelki megbetegedést megelőző közvetlen kiváltó életeseményekre. Mindezek mellett PhD-tanulmányaim során lehetőségem nyílt részt venni dr. Kopp Mária kutatócsoportjában, ahol a Hungarostudy epidemiológiai vizsgálatsorozat keretében elemezni tudtam a felnőttkori életesemények és a betegségek kapcsolatát.

A nemzetközi, a hazai és a saját felméréseink szerint is különösen megterhelők a halállal kapcsolatos életesemények, így dr. Zana Ágnessel a halállal kapcsolatos félelmek dimenzióinak kutatásán túl (Zana, Hegedűs, Szabó G., 2006, 2007, 2008; Zana, Szabó G., Hegedűs, 2009) dr. Hegedűs Katalinnal (Hegedűs, Zana, Szabó G., 2006, 2007, 2008) vizsgálatsorozatot végeztünk arra vonatkozóan, hogy miként érinti az ápolókat a haldoklással és a halállal való folyamatos szembesülés. Különösen súlyosan érinti ez a probléma a hospice ellátásban foglalkoztatott ápolókat, akik számára a halál jelenségének feldolgozása érdekében tréningeket szerveztek a Magyarországi Hospice-Palliatív Egyesület keretében. Ezeknek a tréningeknek a stresszcsökkentő hatását vizsgáltuk egy longitudinális vizsgálat keretében.

Tekintettel arra, hogy Magyarországon a segítő foglalkozások, különösen az orvosok és ápolók körében a halállal és betegségekkel való találkozás mellett rendkívül magas a kiegészítő és a munkahelyi stressz szintje, amelyet Szabó Nórával (Szabó N., Hegedűs, Szabó G., 2008; Szabó N. és munkatársai, 2008; Szabó N., Szabó G., Hegedűs, 2008) és dr. Hegedűs Katalinnal (Hegedűs és munkatársai, 2008) való kutatásaink is

alátámasztottak, az egzisztenciális problémák és a munkahelyváltás életeseményei különös aktualitással is szolgáltak az életesemények és betegségek kapcsolatának vizsgálatához.

2.2. ÁLTALÁNOS MODELL



1. ábra. Az általános stresszmodell

Kutatásom témája a stresszt kiváltó nagy életesemények és a krónikus betegségek kapcsolata, amelyet egy biopszichoszociális modell keretében szeretnék vizsgálni. A stresszel való megküzdést és betegséget előidéző hatását számos aspektusból lehet megközelíteni.

A Holmes–Rahe-féle életesemény-kérdőív 1967-es publikálását számos tudományos vita követte. Ezeknek a módszertani megfontolásoknak, az életesemény-kérdőívek különböző generációinak, valamint a hazai életesemény-listáknak a története képezi a bevezető első részét.

Annak érdekében, hogy körültekintően tudjunk eljárni egy ilyen összetett jelenség elemzésében, mint az életesemények és a betegségek kapcsolata, érdemes ezt egy tágabb összefüggésrendszerbe, a *pszichoszomatikus elméletek* keretébe helyezni. Ebben a részben kísérletet teszek a pszichoszomatikus zavarok, a konverziós tünetek, a szomatizáció és a funkcionális stresszbetegségek pontos definiálására és elkülönítésére, tekintettel arra, hogy a szakirodalomban ezekkel a jelenségekkel kapcsolatban sok az átfedés és a pontatlanság. A pszichoszomatikus elméletek mentén továbbá lehetőségem nyílik az általam használt Holmes–Rahe-féle életesemény-lista elhelyezésére a

szociopszichoszomatikus megközelítések között, miközben jelezni tudom igen erős kapcsolatát és beágyazottságát a pszichofiziológiai és a pszichoimmunológiai irányzatba.

A következőkben *az életesemények és a betegségek* kapcsolatának legújabb eredményeit tárgyalom. A betegségek felosztása a klasszikus pszichoszomatikus betegségcsoportok szerint történt, amely megegyezik az általam is használt Hungarostudy 2002 és HEP2006 epidemiológiai vizsgálatok kérdőíveinek erre a területre vonatkozó felosztásával. Így megvitatásra kerülnek ebben a részben a pszichiátriai betegségek; a vesebetegség; a cukorbetegség; a daganatos betegségek; a gyomor- és nyombélfekély, valamint a Crohn-betegség; a reumás típusú megbetegedések; a szívbetegségek, az agyérbetegség, illetve a magas vérnyomás; az allergiás betegségek, illetve az asztma életeseményekkel összefüggő modern vizsgálati eredményei.

Végül három olyan terület rövid összefoglalására teszek kísérletet, amely az életesemények és betegségek kapcsolatát döntően módosíthatja, részt vehet kialakulásukban és magukban a folyamatokban is. A *korai fiziológiai és pszichés tapasztalatok* hatása után a *kötődés* szerepét tárgyalom, végül a *megküzdés* irodalmán keresztül a személyiség szerepét vizsgálom meg a betegség kialakulásának és fennmaradásának folyamatában. A legújabb vizsgálatok kimutatták a stresszkezelés kialakulásának csecsemőkori mintázatait. A kutatások egyik területe bebizonyította, hogy kapcsolat van a korai kötődés és a csecsemőkorban alakuló, stresszkezeléssel összefüggésbe hozható fiziológiai folyamatok között. A kutatások másik ága a korai kötődés és a felnőttkori kötődés közötti kapcsolatot vizsgálja. Végül a stressz hatásának és kezelésének elemzésében az egyik legérdekesebb kérdésnek a személyiség szerepe ígérkezik. A megküzdés témája felöleli a belső feszültség tudatos és tudattalan kezelésének analitikus megközelítéseit, a stressz negatív hatásai elleni védőfaktorok és rizikótényezők kutatását, a helyzet és a személy kölcsönhatását is figyelembe vevő tranzakcionista modelleket és a súlyos stressz pozitív következményeit tárgyaló poszttraumás növekedés elméletét.

2.3. AZ ÉLETESEMÉNYEK

Az életesemények kutatása, összefüggésben a stressz okozta egészségi állapot romlásával, az utóbbi évtizedekben folyamatos érdeklődésre tarthatott számot mind a pszichológia, mind a magatartás-tudományok részéről. Az életminőség és a betegségek háttértényezőit kutató vizsgálatok egyaránt jelentős szerepet tulajdonítanak a stresszel kapcsolatos életeseményeknek.

Az életeseményekkel kapcsolatos korai kutatásokban Hawkins, Davies és Holmes (1957) a tuberkulózis pszichoszociális háttértényezőit vizsgálta. Ezt a listát használták később a tuberkulózist, a szívbetegségeket, a bőrbetegségeket, a porckorongsérvet és a terhességet megelőző életesemények vizsgálatára is (Rahe és munkatársai, 1964).

Ez a kezdeti próbálkozás vezetett végül oda, hogy Holmes és Rahe kidolgozta a később közismertté vált Social Readjustment Rating Scale-t (SRRS), az ún. Életesemény Listát. Az eredeti koncepció szerint a személy életében bekövetkező bármilyen változás alkalmazkodást igényel, amely az esemény jellegétől függően eltérő mértékű stresszt okoz, s így az különböző betegségekre hajlamosít. Arra voltak kíváncsiak, hogy a különböző életesemények mekkora súllyal vesznek részt a stressz, illetve az általuk okozott betegségek kialakulásában.

A tételek megpróbálták lefedni mindazokat a pozitív és negatív életeseményeket, amelyek befolyásolhatják a vizsgálati személy fizikai, illetve pszichológiai állapotát. A listába *az életvitel megszokott menetét befolyásoló nagyobb események* kerültek. Ilyennek tekinthetők *az egészségi állapotban, a munkában, a gazdasági helyzetben, az otthonban, a családban, a személyes életvitelben és a szociális kapcsolatokban történő változások*. Ugyanakkor nem tartoznak az életesemények közé azok a mindennapos, állandósult feszültségek, konfliktusok, amelyek mint stresszfaktorok egyébként szintén előidézői lehetnek a stressznek, és így a rosszabb egészségi, illetve pszichológiai állapotnak. Az eredeti Holmes–Rahe-féle Életesemény Lista kiértékelése a vizsgálati személyekkel az elmúlt 1 évben megtörtént életesemények pontértékeinek összeadásával történik. Ezeket a pontértékeket egy 394 fős vizsgálat alapján alakították ki, amelyben a vizsgálati személyeknek súlyozniuk kellett, hogy a különböző negatív és pozitív életesemények mennyire befolyásolták az életüket. Az így kapott eredmények alapján alakították ki azokat a 0 és 100 közötti pontértékeket, amelyek Rahe-féle LCU-értékek (Life Change Unit) néven váltak közismertté (Holmes, Rahe, 1967; Hobson és

munkatársai, 1998). Rahe és munkatársai az életesemények által okozott stresszt egyetlen mérőszámmal, az LCU-értékek összegével jellemezték. 150 pont alatt kismértékű, 150 és 199 pont között enyhén tapasztalható, 200 és 299 pont között mérsékelten tapasztalható, 300 ponttól pedig súlyos stressznek minősítették az életesemények hatását. E szerint az eredeti elképzelés szerint minden életesemény kisebb vagy nagyobb mértékben stresszkeltő – legyen az akár negatív, akár pozitív –, hiszen az új helyzet új megoldásokat, új viszonyulást és így egyfajta magasabb készenléti szintet eredményez.

Az eredeti Holmes–Rahe-féle *Életesemény Listában* 43 tétel szerepelt (Holmes, Rahe, 1967), amelyből 42-t 1970-ben és 1975-ben újraskáláztak és *Schedule of Recent Experience* (SRE) néven közreadták (Rahe, 1975), végül 30 tételt meghagyva és kiegészítve 44 további speciális életeseménnyel jelentették meg a *Recent Life Changes Questionnaire* (RLCQ) néven ismertté vált 74 teteles kérdőívet (Miller, Rahe, 1997).

Holmes és Rahe további munkáikban retrospektív (Holmes, Masuda, 1974) és prospektív vizsgálatokkal (Rahe, Arthur, 1968; Rahe, Mahan, Arthur, 1970) bizonyították, hogy a megelőző életesemények összefüggnek a kialakult betegségekkel. Rahe külön figyelmet szentelt a szívbetegségeknek. Egyik tanulmányában a szívbetegséget megelőző 6 hónap (Rahe, Lind, 1971), egy másikban a miokardiális infarktust megelőző 4 év megemelkedett életesemény-számát mutatta ki (Rahe, Paasikivi, 1971).

Paykel az Életesemény Lista egy másik változatát hozta létre. Az életesemények körüli vitában azt az álláspontot vallotta, hogy a Holmes és Rahe-féle Életesemény Lista kevésbé alkalmazható pszichiátriai betegek esetében. Úgy gondolta, hogy bár a stressz kvantifikációjára a Holmes és Rahe által tett kísérlet rendkívül gyorsan elterjedt és népszerűvé vált, mégis számos módszertani problémát vet fel. Legalapvetőbb bírálata a különböző életesemények egységes pontértékeinek az alkalmazására vonatkozott (Paykel, 2001). Egy szülő elvesztése például szubjektíve sokkal jelentősebb lehet annál, mint ahogyan az az összpontszámokban megjelenik. Paykel az életesemények pontozásával kapcsolatos vizsgálatokat folytatott az USA-ban (Paykel, Prusoff, Unlenhuth, 1971) és Angliában (Paykel, McGuinness, Gomez, 1976). Legfontosabb tanulsága az volt, hogy az életeseményekre vonatkozó információk nem feltétlen megbízhatók. A vizsgálatok tudniillik általában retrospektív jellegűek, s így az

eredményeket befolyásolja a visszaemlékezés torzító hatása. Különösképpen igaz ez a pszichiátriai betegek esetében. Olyan tényezőkkel kell ebben az esetben kalkulálni, mint a büntudat, a depresszió hatása, a paranoid és skizoid látomások, illetve hogy a beteg az életeseményekkel szeretne magyarázatot adni állapotára. Több tanulmány született továbbá abban a témában, hogy az életeseményekre vonatkozó önkítöltős tesztek nem elég megbízhatók (Paykel, 1983; Brown, Harris, 1989). Paykel azon az állásponton van, hogy három alapvető problémával kell szembenézni az életesemények skálázásánál. Egyrészt mind az önkítöltős, mind az interjú formájában végrehajtott tesztfelvétel a maga módján torzít. Másrészt nehéz szétválasztani, hogy mely életesemények előzményei, okozói a betegségnek, és melyek jelennek meg a betegség következtében. Még azok a körültekintő vizsgálatok sem tudják kiszűrni ezt problémát, amelyek csak a betegség megjelenése (pl. első depressziós epizód) előtti életeseményekre fókuszálnak, tudniillik előfordulhat, hogy már korábban elkezdődnek a betegséghez vezető folyamatok, és csak az életeseményekkel együtt létrejövő kumulatív hatást tudjuk mérni. A harmadik fő probléma a stressz kvantifikációjának kérdése. Ebben a tekintetben bírálja a Holmes és Rahe módszerével számított összstresszértéket. Nem gondolja, hogy egyetlen mérőszámmal le lehet fedni egy ilyen összetett jelenséget (Paykel, 2001). Paykel felhívja a figyelmet az életesemények következményeitől függő kontextuális kategorizáció lehetőségére (Paykel, McGuinness, Gomez, 1976). Olyan megoldással is próbálkozik, ahol a legnagyobb szubjektív pontértékű életeseményt veszik csak figyelembe. Ez a módszer tudniillik nem lenne érzékeny annyira az életesemények számára. Paykel maga végül is az életesemények szubjektív megítélésének megoldását választja. Az általa kialakított *Scaling of Life Events* 61 élettörténeti eseményt dolgoz fel. A leglényegesebb változás abban áll, hogy a válaszadónak nemcsak az életesemény bekövetkezését kell megjelölnie, hanem értékelnie kell 0–20-ig, hogy szerinte egy átlagember számára mennyire zavaró, megterhelő, stresszt okozó az illető esemény. Paykel úgy ítéli meg, hogy a Holmes–Rahe-féle – konszenzus révén meghatározott – pontértékek nem elég érzékenyek, a szubjektív értékelésen alapulóak sem tökéletesek azonban, mert az életeseményeket a betegséghez kapcsolják (Paykel, 1983).

Brown és Harris (1978) alakított ki egy ún. *Életesemények és nehézségek kérdőívet*, az ún. *Bedford College Interview*-t, vagy más néven *Bedford College Life Events and*

Difficulties Schedule-t (LEDS), amely a depressziót megelőző veszteségélményekre koncentrált. Vizsgálatukkal bizonyították, hogy a depressziót megelőző életesemények közül a veszteséget jelentő események megnövekedett száma jellemző. Az általuk javasolt megoldásban a válaszadó a bekövetkezett életeseménnyel kapcsolatos fenyegetettség érzését is értékelte.

Surtees és Ingham (1980) kezdeményezett egy újabb, ötletes megoldást. Azt vizsgálták, hogy az életesemények hatása miként hagy alább, hogyan szűnik meg.

A ma legelterjedtebben használt interjútechnikát alkalmazó életesemény-kérdőívek: a Brown és Harris által kidolgozott (1978) *Bedford College Life Events and Difficulties Schedule (LEDS)*, a Paykel által kidolgozott (1983, 1997) *Interview for Recent Life Events* és a Dohrenwend és munkatársai által kidolgozott (1978) *PERI (Psychiatric Epidemiology Research Interview) Life Events Scale*.

Több életkorra és kultúrára adaptálták az eredeti Életesemény Kérdőívet. Serdülőkorra az egyik legismertebb a Swearingen és Cohen nevéhez fűződő *Középiskolás Kérdőív* (Swearing, Cohen, 1985), gyermekekre vonatkozóan a *Coddington-féle életesemény-lista*, amely a súlyosságot is méri (Coddington, 1972), továbbá a *Brown és Harris* által gyermekekre és serdülőkre egyaránt adaptált életesemény-lista (1978).

Számos szerző kritizálta továbbá a pozitív életesemények egyértelműen stresszként való értelmezését (Sarason és munkatársai, 1978; Reich, Zautra, 1988; Zautra és munkatársai, 1990). Ezen kognitív megközelítések szerint a pozitív és a negatív életeseményeknek nem lehet ugyanazt a jelentést tulajdonítani. Azt próbálták bizonyítani, hogy a kognitív kiértékelés miatt a pozitív életesemények által előidézett szubjektív válasz nem jelent valódi stresszt, hosszú távon nem okoz életminőségromlást.

Más tanulmányok, Paykelhez hasonlóan, az életeseményekre való visszaemlékezés torzító hatását feltételezték, és úgy vélték, hogy minél régebbi időpontról kell a vizsgálati személyeknek beszámolniuk, annál kevesebbet tudnak felidézni a valóban megtörtént életesemények közül (Dobson és munkatársai, 2005). Néhány szerző a visszaemlékezés torzító hatását a lelki-, illetve pszichés állapottal hozta összefüggésbe. Azt találták, hogy például a depressziósokkal nem történik feltétlenül több negatív életesemény, csak több ilyenre emlékeznek vissza. Ezzel Paykel korábbi elképzelését támasztották alá (Hammen, 2002).

2.4. HAZAI ÉLETESEMÉNY-LISTÁK

Az eredeti Holmes–Rahe-féle Életesemény Lista és Paykel-féle változatának hazai alkalmazásában többféle rövidítés, kiegészítés, illetve speciális csoportokhoz való illesztés látott napvilágot.

Tringer László és Veér András egy 1977-es vizsgálatban a Paykel-féle változat hazai adaptációját használták. A válaszadóknak az általuk kibővített listában szereplő 64 életesemény közül nemcsak az átlagember szemszögéből kellett 0–7-ig terjedő skálán értékelniük az összes eseményt, hanem az elmúlt egy évben velük megtörtént életesemények szubjektív stresszértékét is meg kellett ítélniük szintén 0–7-ig. Eredményeik szerint a szubjektív stresszértékek általában magasabbak voltak az átlagember szemszögéből feltételezettekéhez képest, kivéve a házastársi hűtlenséggel és az örömet jelentő eseményekkel kapcsolatban. Egy amerikai mintával (Paykel, Prusoff, Myers, 1975) való összevetésben azt találták, hogy a társkapcsolatok terén az amerikai válaszadók a szexuális hűséget, míg a magyarok inkább a házastársi közösséget mint értéket helyezik előtérbe, valamint hogy az amerikai mintában az anyagi nehézségek sokkal magasabb stresszértéket kaptak, mint a magyar mintában. A két nem összehasonlításából az derült ki, hogy a férfiak a terhességgel, gyerek születéssel, vetéléssel kapcsolatos kérdéseket sokkal fontosabbnak, jelentősebb életeseménynek tartják, mint azt a nők gondolják róluk. Az alacsony stresszértékek Paykelnél megfigyelt viszonylag magas szórása a magyar mintán nem mutatkozott, melynek okát a szűkebbre húzott, egyértelműbben értékelhető 0–7-es skálával magyarázták. A szubjektív stresszértékeken végrehajtott faktoranalízis 5 értelmezhető faktort eredményezett, ezek a *konfliktus*, az *öröm*, a *kudarcs*, a *változás* és a *siker* (Tringer, Veér, 1977).

Nagy Judit egészséges populáción szintén az életesemények Paykel-féle listáját használta 0–7-ig terjedő szubjektív értékeléssel egybekötve. Faktoranalízissel a *vesztesség*, a *változások*, a *kudarcsok*, *nehézségek* és az *örömteli események* dimenziókat különített el. Tanulmányából kitűnik, hogy Tringer és Veér 1977-es vizsgálatához képest a magyar lakosság körében megnőtt a munkanélkülivé válás szubjektív stresszértéke (Nagy, 2004).

Csorba és munkatársai a serdülőkori öngyilkossági kísérletek, a negatív életesemények és a megküzdés kapcsolatát vizsgálták. A szerzők magyar populációra adaptálták a Swearingen és Cohen által kidolgozott *Középiszkolás Kérdőívet*, és

vizsgálatukban külön foglalkoztak a negatív és a pozitív életeseményekkel (Csorba és munkatársai, 1994, 2007).

Mayer a gyerekkori életesemények és depresszió összefüggését vizsgálta a szülők által kitöltendő strukturált *Intake General Information Sheet* (IGIS) kérdőívvel (Mayer és munkatársai, 2006a, 2006b).

Danis a *Budapesti Családvizsgálat* keretében a korai anya-gyerek kapcsolat és a szülővé válás folyamatának összefüggéseit elemezve a Gervai és munkatársai által kidolgozott és a magyar csecsemő korosztályú populációra adaptált tematikus életesemény kérdőívét használta. *Danis* előzetes vizsgálatok alapján saját súlyrendszert alakított ki (2006). Elemzéseiben többféle stresszmutatót is használt, az életesemények anyára és családjára, illetve apára és családjára vonatkozó súlyozott összegét, valamint az életesemények számát (*Danis* és munkatársai, 2005).

Kopp és kutatócsoportja a Hungarostudy 2002 és a HEP2006 követéses vizsgálatban az életesemények mint stressz mérésére a Rahe és Tolles-féle *Brief Stress and Coping Inventory*ből a Rózsa és munkatársai (2002) által lerövidített és adaptált *Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívet* használta, és hazai mintán a krónikus stressz betegségkockázat-növelő hatását bizonyította (*Kopp*, *Skrabski*, 2006). A kutatócsoport továbbá az egyes életesemények életminőséget csökkentő hatását külön-külön számos tanulmányban vizsgálta. *Balog* (2006a, 2008) a házastársi stressz, *Kopp* és *Skrabski* (2006) a gyermekvállalás, *Györffy* és munkatársai (2006) a magzatvesztés, *Pilling* (2006, 2008) a gyász, *Szumaska* (2008) a családtag krónikus betegsége, *Lázár* (2006) a munkanélkülivé válás, *Salavecz* (2008) a munkahelyi stressz hatásait, illetve *Hajnal* (2006) a válás serdülőkre gyakorolt hatásait mutatta ki.

Továbbá külön elemezték az egyes betegségek és pszichiátriai kórképek, tünetek következményeit, életminőséget befolyásoló hatását: *Purebl* és *Kovács* (2006), *Purebl* és *Balog* (2008) a depresszióét, *Hajnal* (2006) az öngyilkossági gondolatot, illetve kísérletét, *Balog* (2006b), *Balog* és *Purebl* (2008) a szív- és érrendszeri betegségeket, *Székely* és *Balog* (2008) a szívműtéten átesetteket, *Susánszky* és *Riskó* (2006) és *Dégi* (2008) a daganatos betegségeket, *Novák* és munkatársai (2006b), valamint *Kovács Á.* és munkatársai (2008) a vesebetegeket, *Mucsi* és *Novák* (2008) a cukorbetegségeket, *Seres* és munkatársai (2006) a gyomor- és bélrendszer, illetve IBS hatásait, *Stauder* (2006) az allergiáét és asztmáét, *Smudla* és munkatársai (2006) a csontritkulás és csípőtáji

csonttöréseket, Ress és munkatársai (2006), valamint Berghammer (2008) a krónikus fájdalomét, Novák és munkatársai (2006a), valamint Dunai és munkatársai (2008) az alvászavarokét.

2.5. AZ ÉLETESEMÉNYEK HELYE A PSZICHOSZOMATIKUS ELMÉLETEKBEN

A pszichoszomatika kifejezést először a német gyakorló orvos, Heinroth használja 1818-ban, amikor az álmatlanság okait írja le (Luban-Plozza és munkatársai, 1994, 11.), maga a pszichoszomatika szó azonban eredetileg Samuel T. Coleridge, 19. századi angol költőtől származik, akit rendszeresen rémálmok gyötörtek, ezért nem mert elaludni. Ő fogalmazta meg magáról, hogy benne egy folyamatos harc dül a szómája és a pszichéje között (Williams, 2005).

A hagyományos pszichoszomatikus megközelítések általában négy fő irányzatot különböztetnek meg: a *pszichofiziológiai*, a *pszichodinamikus*, a *rendszerelméleti* és a *szociopszichoszomatikus* irányzatot (Császár, 1980; Luban-Plozza és munkatársai, 1994).

A *pszichofiziológiai* megközelítés a hangsúlyt a fiziológiai folyamatok és a testi reakciók kapcsolatára helyezi. Ennek előfutára volt Pavlov, aki tengerimalacokkal folytatott kísérletében kimutatta, hogy ha előzetesen hangingerrel kapcsolják össze a hisztamin-, illetve antigénbevitelt, akkor hangingerrel mint feltételes ingerrel asztmaroham váltható ki (Császár, 1980, 91–92.). Ebbe az irányzatba tartozik a későbbiekben ismertetésre kerülő Selye-féle stresszkoncepció is. A *pszichodinamikus* megközelítés Freud konverziós modelljével veszi kezdetét, aki a szomatikus tünetek mögött pszichikus erők dinamikáját véli felfedezni. A *rendszerelméleti* megközelítés a családi és közeli kapcsolatok mint rendszer szerepére helyezi a hangsúlyt (Onnis, 1993), míg a *szociopszichoszomatikus* megközelítés a szélesebb társas környezet és események szerepét hangsúlyozza. Ebben a felosztásban ez utóbbi irányzatba sorolható a Rahe-féle életesemény-teória is.

Nehéz helyzetbe kerülünk, ha a *pszichoszomatikus zavarok*, a *konverziós tünetek*, a *szomatizáció* és a *funkcionális stresszbetegségek* pontos definiálására és elkülönítésére teszünk kísérletet. A szakirodalmi hivatkozásokban, összefoglalókban ezek a területek néha összemosódnak és együtt tárgyalják őket.

A DSM-IV *szomatiform zavarok* alatt a szomatizációs zavart, a konverziós zavart és a fájdalomzavart különíti el. *Szomatizációs zavarnak* tekinti azokat a fájdalommal, gastrointestinalis tünetekkel, szexuális zavarral, illetve pszeudoneurológiai kórképpel járó tünetegyütteseket, amelyekben az előforduló fizikai panaszokat nem magyarázza sem az általános fizikai/testi állapot, sem pszichoaktív szer használata. *Konverziós zavarnak* tekinti a motoros és szenzoros tüneteket és deficiteket, rohamokat és konvulziókat, amelyeket ugyancsak nem magyaráz sem az általános fizikai/testi egészségi állapot, sem pszichoaktív szer használata, továbbá nem tekinthető szomatizációs zavarnak. Végül külön tárgyalja a *fájdalomzavarokat*, melyeken belül elkülöníti a csak pszichológiai, valamint a pszichológiai és egészségi állapottal magyarázható típusokat (DSM-IV-TR, 2000, 185–190.).

T. von Uexküll (1963) is elkülöníti az ún. készenlétiállapot-betegséget és a „kifejező” betegségeket. Előbbiek alatt a Cannon vészreakciójához hasonló készenlét megbetegítő hatásáról beszél, amennyiben ez az állapot nem oldódik fel, míg az utóbbiakkal egyértelműen a szimbolikus jelentésű konverziós szindrómákat azonosítja.

A *pszichoszomatikus betegségekről* az egyik legjobban használható, viszonylag egyértelmű felosztást Luban-Plozza és munkatársai (1994, 28.) adják, akik a *konverziós tüneteket*, a *funkcionális szindrómákat* és a *pszichoszomatózisokat* különítik el.

Konverziós tünetnek nevezik a másodlagosan szomatikus válaszban kifejeződő neurotikus konfliktus szimbólumjellegű megjelenését, amely a mozgató- és érzékszervrendszert sújtja. A DSM-IV-ben konverziós zavar alatt tárgyalt kórképek mellett ide sorolják a fájdalmi jelenségeket is (uo.).

Funkcionális szindrómának hívják a kimutatható szöveti sérülés nélküli különböző szervi, szervrendszeri panaszokat. A konverziós tünetektől annyiban különítik el, hogy az egyes tüneteknek itt nincs sajátos, szimbolikus jelentése, csupán a megzavart testi funkciók nonspecifikus következményei (uo.). Briquet leírása alapján 1962-ben Perley-Guze egy ún. Hisztéria Minősítő Listát állított össze azokra a megmagyarázhatatlan etiológiájú testi tünetekre vonatkozóan, amelyek mögött traumatizáló életeseményt feltételeztek. A lista által kimutatott kórképet ezért 1970-ben Briquet-szindrómának nevezte el. A DSM-III-ba végül ez alapján került be a kórkép *szomatizációs zavar*, majd a DSM-III-R-be *differenciálatlan szomatiform zavar* néven. Később a szakorvosok új diagnosztikus kategóriákat hoztak létre, amelyeket összefoglaló néven *funkcionális*

stresszbetegségeknek hívnak és a következőket jelenthetik: atípusos mellkasi fájdalom; kardiális X-szindróma, vagyis a kis koszorúerek szűkülése miatt bekövetkező mellkasi fájdalom; fibromialgia, vagyis az izmok, inak merev, fájdalommal járó gyulladása; krónikus alhasi fájdalom; premenstruális szindróma; irritábilis bélszindróma (IBS); tenziós fejfájás; többszörös kémiai szenzitivitás; krónikus fáradtság szindróma (Kulcsár, Rózsa, 2004).

Végül *pszichoszomatózisnak* tekintik Luban-Plozza és munkatársai (1994, 28.) azokat a szűkebb értelemben vett pszichoszomatikus betegségeket, amelyek kialakulása és fennmaradása mögött „konfliktuózus” élmény áll, de egyben szervi, szöveti elváltozás is kimutatható. A DSM-IV-ben szomatizációs zavar alatt tárgyalt szindrómához ez utóbbi áll legközelebb.

A fenti kiegészítéseket is figyelembe véve a pszichoszomatikus betegségeket a továbbiakban Luban-Plozza osztályozása szerinti értelmezésben használom.

Analitikus megközelítések

A korai analitikus elméletekben a már említett konverziós modell mögött a *hidraulikus elv* dinamikája működik. Freud szerint a feldolgozatlan, elfojtott pszichés feszültség testi tünetek formájában jelentkezik. Megjegyzendő, hogy a hidraulikus elv létezését utóbb Kirmayer és Young (1998) empirikus kutatásai nem támasztották alá.

Alexander megközelítése szerint – aki 1950-ben publikálta a híressé vált *Psychosomatic Medicine* című művének első részét – a speciális személyiség típusok speciális betegségekre hajlamosítanak (1987, 71.). Hét nagy betegségcsoport pszichológiai-etiológiai magyarázatát írja le: 1. az ulcust, vagyis a peptikus gyomor-, illetve nyombélfekélyt; 2. a colitis ulcerosát, illetve Crohn-betegséget, vagyis az idült, fekélyes vastagbélgyulladást; 3. a magasvérnyomás-betegséget; 4. a neurodermatitist, vagyis az ideges bőrgyulladást; 5. az asztmát; 6. a reumás típusú betegséget és a 7. hyperthyreosist, vagyis a pajzsmirigy túltengést (Alexander, 1987).

Miután a későbbiekben némi iróniával a szakirodalomban a pszichoszomatika „hét szentségé”-nek hívtott betegségcsoportra vonatkozó specifikus pszichológiai, személyiségbeli kapcsolatokat nem sikerült vizsgálati eredményekkel bizonyítani, Sifneos (1973) Alexitímia koncepciója vált ismertté a pszichodinamikus megközelítésen belül. Elmélete szerint az Alexitímia – az érzelemértelmezés és -kifejezés képtelensége

– egy olyan személyiségvonás, amely számos pszichoszomatikus megbetegedés *nemspecifikus* háttereként hat.

Végül érdemes megemlíteni Freyberger koncepcióját (1976), aki a pszichoszomatikus betegségek hátterében tárgyvesztéses élményt – ténylegeset vagy annak veszélyét – feltételezi, amelyet a beteg az ingatag önértékelése miatt nem képes feldolgozni, így az szomatikus tünetként jelentkezik.

Szomatizáció, személyiségzavar és kognitív torzítások

Az 1960 és 1990 közötti hagyományos megközelítések a szomatizációt mint primitív reakciót szemlélték és megpróbálták összefüggésbe hozni az antiszociális személyiségzavarral, a téves attribúciókkal, illetve a borderline személyiségzavarral és a PTSD-vel.

A szomatizáció és az *antiszociális személyiségzavar* mögötti közös, genetikailag meghatározott oknak Eysenck a magas neuroticizmus és magas extroverzió gyakori együttes előfordulását tapasztalta, amely férfiaknál pszichopátiára, nőknél hisztériára hajlamosít. Úgy is fogalmazhatnánk tehát, hogy Eysenck szerint a férfi antiszociális személyiség női megfelelője a szomatizáció (1967). Cloninger és Guze (1970) végzett vizsgálatot a hisztéria és a szociopátia családi halmozódásait kutatva. Tekintettel arra, hogy a szomatizációt 2 vagy több betegállományi napként határozták meg, vizsgálatuk nem tekinthető bizonyító erejűnek. A módszertanilag körültekintő Lilienfeld-tanulmány azonban kimutatott családi halmozódást, de azt találták, hogy a hisztionikus személyiség vagy szomatizál, vagy antiszociálissá válik (Lilienfeld és munkatársai 1986; Lilienfeld, 1992).

Néhány kutató a szomatizációt a *borderline* személyiségzavarral (Hudziak és munkatársai, 1996), illetve a PTSD-vel hozta kapcsolatba (Van der Kolk és munkatársai, 1996; Yehuda, McFarlane, 1995). Yehuda és McFarlane a PTSD szomatizáció következményei mögött genetikailag és korai környezeti tapasztalatokkal megalapozott egyfajta *szenzitizációs munkamódot* feltételeztek (uo.).

A szomatizációt egyfajta *téves attribúciónak* felfogó irányzat a *szomatizációt* a testi panasz mögötti *fizikai oktulajdonításnak* tartja. Amennyiben a személy nem fizikai, hanem *pszichológiai okokat* feltételez, akkor *pszichés betegségként* jelennek meg a problémák (Butler és munkatársai, 2001). Az ilyen típusú téves attribúció áll például a

pánikbetegség mögött is, amikor a páciens a testi tüneteit végzetes, kontrollálhatatlan, tőle és a környezettől független, halált vagy megőrülést okozó veszélynek értékeli (Berghammer, 2003). Végül, amennyiben a személy a *környezetet* tartja kiváltó oknak, magát *egészségesnek* címkézi. Az ilyen típusú attribúciót nevezték el *normalizálónak* (Butler és munkatársai, 2001).

Érdeemes megemlíteni továbbá Van der Kolk és munkatársai (1996) eredményeit, akik az Alexitímia mellett a korai sérülés miatti *deklaratív memória* zavarát tartják a szomatizáció fő okának és ezzel megerősítik azokat a kognitív megközelítéseket, amelyek a környezeti hatás lebecsülésén alapuló téves attribúciókat és a katasztrófizálási hajlamot emelik ki. Az újabb, 1990 utáni kutatások alapján annyi állapítható meg, hogy a tehetetlenség érzése fontos tényezője a szomatizációnak. Seligman tanult tehetetlenség elmélete (Comer, 2003; Peterson, Seligman, 1984) adja az egyik alapját a szomatizáció etiológiai hátterének olyan értelemben, hogy a személy megtanulja, tünetei számára kontrollálhatatlanok. Abramson, Seligman és Teasdale (1978) továbbá sajátságos attribúciós, értelmezési stílust tulajdonít a szomatizáló betegeknek, amely a jövővel kapcsolatos elvárásokat, az internalitást, a stabilitást és a globalitást öleli fel. Abramson, Metalsky és Alloy (1989) ezt az elméletet a reménytelenség érzésével egészítik ki, amely azt jelenti, hogy a személy a következményeket is hozzáilleszti az elvárásaihoz.

Pszichofiziológiai megközelítések – a stressz

A pszichoszomatika pszichofiziológiai megközelítéseinek fő témája, a stressz az alexanderi analitikus hagyományokkal szemben mint nonspecifikus betegséget előidéző folyamat jelenik meg.

Kétségtelen, hogy a stressz idegrendszerre és fiziológiai folyamatokra gyakorolt hatását először a magyar származású Selye János fogalmazta meg és bizonyította be (Selye, 1936, 1969, 1983) híressé vált Általános Adaptációs Szindróma (GAS) elméletében, érdemes azonban megemlíteni két előfutárát, Bernardot, aki 1865-ben publikált művében az élet feltételének a belső milió korlátok között tartását fogalmazta meg (Bernard, 1961), valamint Walter Cannont (1928), aki a homeosztázisra vonatkozó elméletével, illetve a nevéhez fűződő vészreakció leírásával (szívritmus növekedése, fokozott légzés, mellékvese adrenalinkiválasztása, vérnyomás és vércukorszint

emelkedése, pupilla kitágulása) megalapozta a szervezet stresszre adott válaszána az egyensúly visszaállítására, a homeosztázis védelmére tett kísérleteként való értelmezését.

Selye úgy találta, hogy a betegségek két összetevőből állnak: egy *specifikus*, betegségre jellemző tünetcsoportból és egy *nemspecifikus*, a betegségtől független, általános, a test integritásának megvédésére létrejövő generalizált válaszból. A stresszt a súlyos kihíváshoz való alkalmazkodás folyamatában a szervezetben lezajló nemspecifikus változások összességéeként határozza meg (Selye, 1956, 1983)

Selye beszél továbbá a stresszről egyrészt mint újszerű, magatartási választ igénylő helyzetről, szűkebb értelemben pedig mint aktivitással kontrollálhatatlan helyzetről. Megkülönbözteti a stressz folyamatában szereplő tényezőket: a *stresszort*, az élettani, illetve pszichológiai *stresszreakciót* és az *egyéni adottságokat*.

Klasszikussá vált, patkányokon végzett kísérlete alapján a stresszre adott reakciók tekintetében három szakaszt különít el: a kezdeti szakaszt az *alarm- vagy vészreakciót*, a másodikat az *ellenállás fázisát*, végül a harmadikat a *kimerülés állapotát*. Hangsúlyozza, hogy az első szakasz kifejezetten adaptív, az életben maradáshoz elengedhetetlen, a fizikai és pszichológiai fejlődéshez szükséges, míg a harmadik, a hosszú távon fennálló stressz hatására létrejövő kimerülés kifejezetten negatív következményekkel jár. Vizsgálatával bebizonyította, hogy a hosszú távon fennálló stressz betegséghez, kimerüléshez, szöveti károsodáshoz, végül az állat pusztulásához vezet (Selye, 1969). Kimutatta továbbá, hogy az adaptációs zavarok hátterében központi szerepet játszik a hipotalamus–hypofízis–mellékvese-tengely.

Szociopszichoszomatikus megközelítések

Ebbe az irányzatba tartozik a Rahe-féle életeseemény-koncepció, amely a társas-környezeti eseményekhez való alkalmazkodás eredményeképpen létrejövő stressz hatását véli felfedezni számos betegség kialakulása mögött. Ebben az értelemben természetesen nem választható el a stressz pszichofiziológiai irányzatának jelenségeitől, csak a fókusza más, az egyén életében előforduló társas, szociális eseményekre helyezi a hangsúlyt. Megjegyzendő továbbá, hogy ez az irányzat a Luban-Plozza-féle osztályozás szerinti – szöveti, szervi károsodást is mutató – szűkebb értelemben vett

pszichoszomatikával és a – szöveti, szervi károsodást nem mutató – *funkcionális stresszbetegségekkel* egyaránt foglalkozik.

A funkcionális stresszbetegségekkel kapcsolatban még erőteljesebben vetődik fel a társas/szociális környezet szerepe. A helyzet és személy közötti tranzakcionista megközelítések egy része a nem megfelelő *orvos-beteg kapcsolatban* látja a szomatizáció súlyosbodását. Az ide tartozó elméletek szerint ugyanis a szomatizálónál megfigyelhető gyakori orvoslátogatás nem következménye és nem is alapismérve ennek a betegcsoportnak, hanem a nem megfelelő orvos-beteg *kommunikáció* eredménye azokban az esetekben, amikor az orvos a testi okok hiánya miatt elutasító a beteg panaszaival kapcsolatban (Kulcsár, Rózsa, 2004, 35–38.).

Kirmayer és Young (1998) a *szomatizáció önrontó köreként* írják le, hogy a szomatizációra hajlamos egyén megemelkedett emocionális arousallal rendelkezik, fokozott figyelmű irányul a testi történésekre, kognitív értékelésével torzított attribúciót, tünetattribúciót végez, vagyis a testi történéseket károsnak minősíti, melyek hatására a tünet felerősödik az élményben, amelyek a társas és tágabb szociális folyamatokba beágyazódnak, és amelyek végül a betegszerep-viselkedéshez vezetnek.

Pszichoimmunológia

A pszichoszomatikus betegségek kialakulásának és stresszel való kapcsolatának legújabb, fiziológiai szintű magyarázatát a pszichoimmunológia szolgáltatja. Ez az irányzat tulajdonképpen összekapcsolja a pszichofiziológiai és a szociopszichomatikus megközelítéseket. Az eredeti Solomon-posztulátumokból kiindulva megkísérli részletes fiziológiai magyarázatokkal kimutatni a stressz hatására létrejövő immunszuppresszió betegségkockázat-növelő hatását éppúgy, mint a pozitív érzelmeknek az immunrendszer erősödése útján létrejövő védőfunkcióját. Ezáltal számos klasszikus pszichoszomatikus és pszichiátriai betegségnek a stresszel és az immunrendszer működésével kapcsolatos magyarázatát alapozza meg (Lázár, 2005). A kutatások alátámasztják továbbá, hogy a korai stresszt okozó életesemények az immunszabályozás sérülése miatt felnőtt korban megnövelik számos krónikus betegség kockázatát (Fagundes, 2013).

2.6. AZ ÉLETESEMÉNYEK ÉS A BETEGSÉGEK KAPCSOLATÁNAK LEGÚJABB EREDMÉNYEI

Pszichiátriai betegségek

A stressz és a pszichiátriai betegségek kapcsolatát a II. világháború óta tanulmányozzák. *Cannon* (1929) és *Selye* (1956) állatkísérleteit, valamint *Hinkle és Wolff* (1958) longitudinális vizsgálatait követően számos tanulmány próbált összefüggést keresni a stressz és a pszichiátriai betegségek között.

Az életesemények és a depresszió összefüggéseit kizárólag néhány széles körű epidemiológiai vizsgálat elemzi, az életesemények depresszióban betöltött szerepe azonban ezek alapján nem teljesen tisztázott. (Cuffe és munkatársai, 2005; Franko és munkatársai, 2004). Mint már az életesemény-listák vitája kapcsán említettem, Holmes és Rahe úttörőmunkáját (1967) követően több módszertani kérdés foglalkoztatta a kutatókat.

Kérdéses, hogy mennyiben kapunk valós eredményeket, ha pszichiátriai betegeket vizsgálunk. A retrospektív jellegű kutatásokban a visszaemlékezés torzító hatását hangsúlyozza Paykel is a pszichiátriai betegségek esetében – főként a büntudat, a depresszív hangulat, a paranoid és skizoid látomások, illetve a betegségmagyarázat miatt. Különösképpen figyelembe kell venni ezeket a tényezőket a depressziónál.

Faravelli és munkatársai (2007) szerint a klinikai populáción végzett kutatások legfőbb problémája, hogy az, aki viszonylag röviddel az életesemény után esik depresszióba, állapotát könnyebben összefüggésbe hozza vele, éppen ezért nem fog orvoshoz fordulni. Másrészt pedig a depressziós személy a közvetlenül a depresszió előtt történt életeseményeket jobban fel tudja idézni és nagyobb jelentőséget tulajdonít nekik. Ezért *Faravelli* és munkatársai a pszichiátriai betegségeket megelőző életeseményeket epidemiológiai kutatások keretében vizsgálták Sesto Fiorentinóban. Kutatásukban azt találták, hogy 4-szer több a megelőző életesemény a pszichiátriai betegek elmúlt 1 évében. Így bár a *Brown és Harris* (1978) által korábban kimutatott 6,4-szeres esélyhányados a depressziót megelőző életesemények tekintetében túlzásnak bizonyult, mindemellett ezeket a klinikai populáción végzett vizsgálatokat *Faravelli* eredményei alapvetően alátámasztották. Számos további kutatás talált összefüggést a depresszió és a megelőző életesemények között. *Chan* és munkatársai (2012) 2630 65

év alatti személyt vizsgálva azt találták, hogy 2, illetve 3 életesemény már kimutathatóan növeli a betegségbeesés kockázatát. Hasonló eredményre jutottak Wichers és munkatársai (2012), akik 281 női ikerpár vizsgálatával támasztották alá a megelőző életesemények és a depresszió közötti összefüggést. Katsumata és munkatársai (2012) úgy találták, hogy ezt az összefüggést a társas és családi kapcsolatok közvetítik, míg Young és munkatársai (2012) az életesemények mellett a kognitív sérülékenység (diszfunkcionális attitűdök, nemadaptív automatikus gondolatok, hezitáló válaszmódus) szerepét emelik ki.

Paykel az általa továbbfejlesztett szubjektív pontozásos kérdőívével vizsgált depressziós személyeknél azt találta, hogy a betegség kitörése előtti egy hónapban a kontrollcsoporthoz képest többször fordult elő házastársak közötti vita, szétköltözés vagy valamely családtag elköltözése, munkahellyel kapcsolatos változások, komoly fizikai betegség és közvetlen családtag súlyos betegsége, illetve halála. A kontrollcsoportnál a pozitív események voltak túlsúlyban, úgymint az eljegyzés, az előléptetés, az iskola befejezése, illetve a gyermek születése (Paykel, 1970).

Paykel (2003) egyetért abban, hogy az orvoshoz fordulási hajlandóság feltétele torzító hatású lehet, ugyanakkor az epidemiológiai kutatások hátrányának látja, hogy a pszichiátriai diagnózis helyett enyhébb tünetegyüttest vizsgálnak, amely nem azonosítható teljes mértékben a pszichiátriai betegséggel. Eredményei szerint a stresszel teli életesemények megelőzik az unipoláris depressziót, főleg a társas kapcsolatok terén. Kisebb az életesemények hatása, ha visszatérő depresszióról van szó, főként amikor súlyos betegség kíséri. Az oksági kapcsolatot vizsgálva azt találja, hogy multifaktoriális és genetikai adottságok befolyásolják. Elegethően hosszú longitudinális vizsgálatokban összefüggést találtak a magatartási, illetve pszichiátriai zavarok és a felnőttkori megnövekedett életesemények között.

Faravelli ugyanakkor úgy gondolja, hogy nem a pszichiátriai betegség vált ki több életeseményt, hanem fordítva, hiszen a már kialakult betegség esetében nem találta több életeseményt, mint a kontrollcsoportban (2007).

A legújabb kutatásokban a depresszió mellett számos pszichiátriai betegség kapott figyelmet. Mind a gyermekeknél (Lewis és munkatársai, 2012), mind a serdülőknél (Moitra és munkatársai, 2011), mind a felnőtt korosztályban (Francis és munkatársai, 2012; Rosso és munkatársai) kimutatták a szorongásos megbetegedések és a megelőző

életesemények közötti összefüggést. Az életesemények kockázatonövelő hatását igazolták továbbá a bulímia nervosa (Grilo és munkatársai, 2012), a bipoláris depresszió (Boland és munkatársai, 2012), a gyerekkori hiperaktivitás (Daviss, Diler, 2012), valamint a borderline és skizotíp személyiségzavar (Gleason és munkatársai, 2012) esetében is.

Néhány hazai vizsgálat is összefüggést keresett a depresszió és az azt megelőző életesemények között. *Mayer* gyerekkori életesemények és a depresszió kapcsolatát vizsgálta. Azt találta, hogy a depressziós csoport tagjai több mint kétszer annyi életeseményt éltek át, mint a normatív csoportba tartozók. Egyik csoportban sem volt szignifikáns azonban a nemi különbség az összéletesemény számában. Kimutatta továbbá, hogy a normál populációban az életkor előrehaladtával az életesemények száma nő, míg a depressziós csoportban ez a növekedés nem volt jellemző (Mayer és munkatársai, 2006a, 2006b).

Pikó és Fitzpatrick (2001) serdülők körében végzett vizsgálatában a szülői bántalmazás depresszióval való összefüggését mutatta ki, míg *Margitics* (2005) főiskolai hallgatók körében vizsgálta és bizonyította a gyerekkorban elszenvedett diszfunkcionális, hiányos szülői gondoskodás és felnőttkori depressziós tünetek kapcsolatát.

Számos cikkben vizsgálták az öngyilkossági kísérlet és a befejezett *öngyilkosság* életeseményekkel való kapcsolatát. Azt találták, hogy a serdülő-, illetve gyerekkori öngyilkosság előtt magasabb arányban fordulnak elő *veszteségek*, rendőrségi vagy bírósági ügyek (Brent és munkatársai, 1993; Brown és munkatársai, 1999; Gould és munkatársai, 1996).

Csorba és munkatársai 1994-es tanulmányukban azt mutatták ki, hogy az öngyilkossági kísérletet elkövetett 15–18 éves serdülők több negatív stresszort éltek meg – főleg a szülői munkanélküliség és a konfliktusokkal terhelt családi élet szerepe volt számottevő –, és súlyosabbnak is ítélték őket, mint az egészséges kontrollcsoport tagjai. Azt találták továbbá, hogy az életkor növekedésével párhuzamosan növekedett az átélt életesemények száma (Csorba és munkatársai, 1994). 2007-es vizsgálatukban az öngyilkossági kísérlet előtti 6 hónap negatív életeseményeiről azt mutatták ki, hogy főleg olyan rizikós konfliktusmegoldási módszerekkel együtt jelentek meg, mint az addikció, a bulímia, illetve a kockázatkereső magatartás (Csorba és munkatársai, 2007).

Hajnal (2006) a válás gyermekekre gyakorolt hatásait vizsgálta. Eredményei szerint a fiúk és a lányok eltérő módon reagálnak. A lányoknál önkárosító magatartásformákat és gyengébb iskolai teljesítményt találtak, a fiúknál azonban nem tudtak kimutatni összefüggést. Ugyanakkor, ha a négy éven belüli és azon túli válást hasonlították össze, a lányoknál gyengébb tanulmányi eredményt, a fiúknál a depressziós tünetek magasabb számát kapták.

Nagy J. tanulmányában (2004) ugyancsak kimutatta, hogy mind a depressziósoknál, mind az alkoholistáknál, mind az öngyilkossági kísérletet elkövetett személyeknél az életeseemények száma egy és két éven belül is magasabbnak bizonyult az egészséges populációnál tapasztaltakénál. A legmagasabb stresszt okozó életeseeményszámot az öngyilkossági kísérletet elkövetett depressziósok körében mérte.

Vesebetegség

Igen kevés szakirodalmi elemzés található a vesebetegségek és az életeseemények közötti kapcsolatról. *Najem* és munkatársai (1997) a *vesekőpanaszok* és a negatív életeseemények feltételezett összefüggését vizsgálta 200 beteg és 200 egészséges személy illesztett mintáján. A tünetek jelentkezését megelőző időszakra vonatkozóan olyan stresszes életeseemények előfordulásáról kérdezték a felmérés résztvevőit, amelyek legalább egy hétig hatást gyakoroltak az alanyok életére. A vizsgálat igazolta, hogy a vesekőpanasszal orvoshoz forduló betegek körében szignifikánsan nagyobb arányban fordultak elő ilyen életeseemények, mint a kontrollszemélyeknél. Hasonló eredményre jutottak csaknem tíz évvel később *Diniz* és munkatársai (2006). *Rounds és Israel* (1985) a krónikus *vesebetegséget önmagában is negatív életeseeménynek* tekintik, amelynek során a betegnek súlyos változásokhoz és veszteségérzéshez kell alkalmazkodnia. Hangsúlyozzák, hogy a megküzdési potenciált nagyban befolyásolja a beteg társas környezete és támogatottsága. Hasonlóképpen közelítik meg a kérdést *Possemato* és munkatársai (2009), akik a *veseátültetést* stresszes életeseeménynek tekintik, melyet követően nem ritka a betegek között a poszttraumás stresszszindróma előfordulása. Más betegségekhez hasonlóan a krónikus vesebetegséggel kapcsolatban is kimutatták, hogy a negatív életeseemények előfordulása rontja a betegség prognózisát (*Ramer* és munkatársai, 2009).

Cukorbetegség

A diabétesz és az életesemények kapcsolatának vizsgálatok a szakirodalom különválasztja egyrészt az I. és II. típusú diabéteszt, másrészt az életeseményeknek a betegség kialakulásában, illetve progressiójában játszott esetleges szerepét.

Worrall-Davies és munkatársai (1999) kimutatták, hogy a negatív életesemények a vércukorszint felborulását eredményezhetik *I. típusú diabéteszes* gyermekeknél. A gyermekekkel készült interjúkból kiderült, hogy lényegében ugyanannyi életesemény történt a beteg és az egészséges gyerekekkel, de a beteg gyerekek kevesebb pozitív életeseménnyel számoltak be, mint az egészséges kontrollszemélyek. A cukorbeteg gyermekek körében ugyanakkor azoknak, akik negatív életeseményt éltek át, nagyobb valószínűséggel volt emelkedett vércukorszintje, mint azoknak a betegtársaiknak, akiknek nem volt részük negatív életeseményben. Noha a korábbi szakirodalomban anekdotikus bizonyítékokat említenek a betegség kialakulása és megelőző életesemények között, a kutatók egy része szerint nem elég meggyőzők ezek a kutatási eredmények, a vizsgálatok nem támasztják alá, hogy az I. típusú diabétesz mellitus kialakulásában a beteg által átélt életeseményeknek szerepük lenne (Cosgrove, 2004). Az elmúlt néhány évben azonban olyan újabb kutatási eredmények láttak napvilágot, amelyek az életesemények és az I. típusú diabétesz kapcsolatát hangsúlyozzák. Sepa és munkatársai (2005) tanulmányukban arra utalnak, hogy a fiatal anyákat sújtó negatív életeseményeknek szerepük lehet 3 év alatti gyermekeik diabétesz jellegű autoimmun betegségének létrejöttében. Egy 105 I. típusú diabéteszes gyermeket vizsgáló tanulmány a betegség kialakulását összefüggésbe hozta a szülők munkahelyi és személyes problémáival, valamint a szülők és a gyerek, továbbá a szülők egymás közötti problémáival (Sipetic és munkatársai, 2007). Más vizsgálat az I. típusú diabéteszt a megelőző egy év alábbi életeseményeivel hozta kapcsolatba: testvér születése vagy adoptálása, valamint olyan veszteségélmények, mint a szülő vagy a testvér betegsége, kórházba kerülése vagy halála (Djarova és munkatársai, 2007). Egy széles körű longitudinális epidemiológiai vizsgálat a terhes anya által átélt életesemények kapcsolatát bizonyította a születendő gyermek későbbi I. típusú diabéteszével kapcsolatban. A tanulmány szerint a terhesség alatt veszélyeztető életeseménynek számítanak, ha az anya elveszíti férjét vagy másik gyermekét (Virk és munkatársai, 2010).

A II. típusú diabétesz tekintetében a szakirodalom még szegényesebb, csak néhány kutatási eredmény hozta összefüggésbe a betegséget az életeseményekkel. Egy 4 éves kínai követéses vizsgálatban a II. típusú diabétesz mellitusban szenvedő vizsgálati személyek több és súlyosabb negatív életeseményről számoltak be, mint az egészséges kontrollcsoport tagjai (Cai és munkatársai, 2002). Más vizsgálatban a diabétesz mellitusban szenvedő felnőttek körében kimutatták, hogy a negatív életesemények a vércukorszint felborulását eredményezhetik (Wrigley, Mayou, 1991). Talán legjelentősebb az a 15 éves közösségi kohortvizsgálat, amelynek keretében az elsősorban középkorú nőket veszélyeztető metabolikus szindróma kialakulásában más pszichoszociális tényezők mellett szintén felismerték az életesemények, különös tekintettel a munkával és pénzügyi helyzettel kapcsolatos negatív életesemények veszélyeztető hatását (Raikkonen és munkatársai, 2007; Pyykkonen és munkatársai, 2010).

Daganatos betegségek

A laikus közvéleményben széles körben elfogadott az a felfogás, hogy a daganatos betegségek kialakulásának hátterében gyakran negatív életesemények állnak. Számos kutatás próbálta ezt az összefüggést bizonyítani vagy cáfolni. Módszertanilag megkérdőjelezhető, hogy a daganatos betegségeket etiopatológiai szempontból együttesen lehetne kezelni. Úgy tűnik, azok a vizsgálatok hoztak egyértelműbb eredményeket, amelyek a különböző típusú daganatos betegségek pszichoszociális háttértényezőit külön-külön elemezték.

Az életesemények szempontjából leggyakrabban vizsgált daganatos betegség a *mellrák*. Kis elemszámú, speciálisan konstruált betegvizsgálatokban kapcsolatot találtak az életesemények és a mellrák között. Geyer (1991, 1993) 92 mellrákgyanúval sebészeti diagnózisra váró nő körében végzett felmérést, amelynek során az alanyok életeseményekről is beszámoltak. A későbbi sebészeti diagnózis a kikérdezettek mintegy kétharmadánál jóindulatú betegséget, egyharmadánál mellrákot állapított meg. Az elemzésben az életkor és a családtagok között előfordult mellrák-megbetegedés kontrollálása után a veszteséggel járó súlyos negatív életesemények gyakorisága szignifikánsan nagyobb volt a mellrákkal diagnosztizált csoportban. Hasonlóan konstruált vizsgálatokban Chen és munkatársai (1995) szintén azt találták, hogy a

fenyegető életeseményekről beszámoló betegek körében nagyobb volt a *mellrákdiagnózis* valószínűsége. *Peled* és munkatársai (2008) szerint a negatív életesemények halmozódása (2 vagy több életesemény) veszélyeztető tényezőt jelent a mellrák kialakulása szempontjából. *Justenhoven* és munkatársai (2010) a mellrák kialakulásának multifaktoriális jellegét hangsúlyozzák. A genetikai háttértényezők mellett kimutatták a válás és a házastárs halálának, valamint kisebb súllyal a munkával és pénzügyi helyzettel kapcsolatos negatív életeseményeknek a szerepét. Egy másik tanulmány (*Kricker* és munkatársai, 2009) 1459 40 és 69 év közötti mellrákos nőt vizsgálva a melldaganat nagyságát összefüggésbe tudta hozni a megelőző 1 év életeseményeinek összpontszámával, valamint a társkapcsolati stresszel. *Tas* és munkatársai (2011) 768 18 és 94 év közötti rákos beteget vizsgálva azt találták, hogy a csak mellrák esetében mutatható ki egyértelműen a megelőző életesemények szerepe.

Több *lakossági követéses vizsgálatban* (*Johansen, Olsen, 1997; Kvikstad és munkatársai, 1994; Li és munkatársai, 2002*) is tanulmányozták a *mellrák* és a negatív életesemények előfordulása közötti összefüggést. *Skandináv* lakossági felmérések vizsgálták két negatív életesemény, a házastárs halála (*Ewertz, 1986; Kvikstad és munkatársai, 1994*) és a válás (*Kvikstad és munkatársai, 1994*) kapcsolatát a mellrák előfordulási gyakoriságával. A házastárs elvesztése nem mutatott összefüggést a mellrák előfordulásával, a válás pedig negatív korrelációban volt a mellrák esélyével. *Bergelt* és munkatársai (2006) az 1976 óta folyó dán longitudinális lakossági kohort-vizsgálat, a *Copenhagen City Heart Study* harmadik hullámában résztvevő 10 135 személy adatainak elemzésekor kontrollálták a daganatos betegségek etiológiájában szerepet játszó életmódfaktorokat, és arra a következtetésre jutottak, hogy a stresszes életesemények gyakorisága és a daganatos betegség kialakulása között nincs közvetlen összefüggés.

A daganatos betegségek és az életesemények közötti kapcsolattal foglalkozó tanulmányok egy kisebb hányada foglalkozik az egyéb daganatos betegségekkel. Ezeknek a kutatásoknak a többsége retrospektív jellegű. Így bár számos vizsgálat talált kapcsolatot a negatív életesemények és a daganatos betegségek között, nem zárható ki, hogy ez éppen a betegek laikus betegségmagyarázatainak következménye. A *Melbourne Colorectal Cancer Study* keretében újonnan diagnosztizált *vastagbél- és végbéldaganatos* betegeket kérdezték a diagnózist megelőző 5 évben előforduló

életeseményekről, illetve az életesemények okozta pszichés stresszről (Kune és munkatársai, 1991). Az egészséges, illetve más betegség miatt kórházban kezelt kontrollszemélyekhez képest a rákbetegek szignifikánsan több, családban előforduló betegséget, illetve halálesetet, valamint súlyos családi és munkahelyi problémát említettek, továbbá az azonos problémákat említő rákbetegek a negatív életeseményeket súlyosabb stresszként élték meg, mint a kontrollszemélyek. *Levav* és munkatársai (2000) a szülői gyász és a daganatos betegség kialakulása közötti összefüggést vizsgálta olyan izraeliek körében, akik felnőtt fiukat veszítették el baleset vagy háborús esemény következtében. A gyászoló szülők körében a kontrollcsoporthoz képest szignifikánsan gyakoribb volt a *nyirokszervek* és a *vérképző szervek* rosszindulatú megbetegedése, valamint a *bőrrák*. A balesetben elhunytak szülei körében a *tüdőrák* gyakorisága is nagyobb volt, mint a kontrollcsoportban. A mortalitás esélyét növelte, ha a gyászesemény a diagnózis után következett be. A Hungarostudy 2002 egyik elemzésében (Dégi és munkatársai, 2010) az elmúlt 5 év életeseményeit összefüggésbe hozták a rákkal. A tanulmány nemi különbségeket is kimutatott: a nők körében magasabb rizikófaktornak számítottak a megelőző életesemények.

Mindemellett a vizsgálatok egy része továbbra sem támasztja alá az életesemények és a daganatos betegségek kialakulása közötti kapcsolatot. *Smith* és munkatársai (1984) olyan egyiptei ikrek életesemény-tapasztalatait elemezték, akiknél az ikerpár egyik tagja *rosszindulatú hematológiai* betegségben szenvedett. Várakozásukkal ellentétben az egészséges és a beteg testvérek között az életesemények tekintetében nem volt különbség. *Brit* (Jones és munkatársai, 1984) és *norvég* (Kvikstad és munkatársai, 1994) vizsgálatok szerint nincs bizonyíték arra, hogy a házastárs halála, illetve a válás növeli a rákbetegség kialakulásának esélyét. Egy *dán* lakossági felmérés (Carlsen és munkatársai, 2007) 46 ezer középkorú rákbeteg követéses vizsgálata alapján megállapította, hogy a *méhnyakrák* kivételével a daganatos betegségek nem növelik a válás előfordulási gyakoriságát a teljes lakossághoz képest. Egy kanadai vizsgálatban (Wheatley-Price és munkatársai, 2010) 1108 *tüdőrákban* szenvedő beteget vizsgáltak. A betegség kialakulását nem tudták összefüggésbe hozni sem a megelőző életeseményekkel, sem az életminőséggel. Nemi különbségeket csak a kezelésre adott reakciókban tudtak kimutatni, a nők több járulékos tünetről: émelygésről, hányingerről számoltak be. *Burgess* és munkatársai (2000) az életesemények és a rák közötti

kapcsolatban a betegmagatartás közvetítő szerepét hangsúlyozzák. Azt feltételezték, hogy a negatív életesemények hatására a fenyegető tünetek jelentkezése ellenére is később keresi fel az egyén az orvost, mint élete problémamentes periódusában tenné. 158 beteget kérdeztek ki a diagnózis megállapítását megelőző egy év negatív életeseményeiről. Eredményeik szerint azonban az életesemények előfordulása és a tünetek miatti orvoshoz fordulás halogatása között nem volt kapcsolat. Újabb szakirodalmi összefoglalók (Schraub és munkatársai, 2009; Chida és munkatársai, 2008; Dalton és munkatársai, 2002; Butowa és munkatársai, 2000; Gerits, 2000) is azt mutatják, hogy nincs meggyőző bizonyíték a negatív életesemények és a daganatos betegség kialakulási gyakorisága közötti kapcsolatra. *Chida* és munkatársainak szakirodalmi elemzése (2008) rámutatott, hogy a negatív életesemények a daganatos betegségek előfordulási gyakoriságát nem befolyásolják, de a daganatos betegek túlélési esélyeit lényegesen rontják.

Gyomorfekély, nyombélfekély, Crohn-betegség

Az eredeti alexanderi pszichoszomatikus megközelítés szerint a gyomorfekély oki tényezői között a szeretetre és függőségre vágyás környezet általi visszautasítása, frusztrálódása áll (Alexander, 1987, 85–131.). Ezt az elképzelést azonban tudományos vizsgálatok nem támasztották alá (Gatchel és munkatársai, 1989).

A szakirodalomban az emésztési rendszer betegségei közül a gyulladós bélbetegségek (IBD: a Crohn-betegség és a colitis ulcerosa, vagyis gyulladós bélbetegség), az IBS (irritábilis bélszindróma), valamint a gyomor- és nyombélfekély etiológiájával, illetve lefolyásával kapcsolatban vetődik fel az életeseményekkel való összefüggés kérdése.

Egyes elméletek szerint az *IBS-es betegekre* általában depressziós, kényszeres és szorongásos vonások jellemzők (Luban-Plozza és munkatársai, 1994, 56–64.). Ezt valószínűsíti, hogy ebben a csoportban a perfekcionizmusnak magasabb, a hatékonyság érzésének alacsonyabb (Tang és munkatársai, 1998) és a depressziótól független szorongásnak magasabb (Fowlie és munkatársai, 1992) szintjét találták, továbbá a IBS-nek a major depresszióval (Gupta és munkatársai, 1997), illetve a – depressziós tüneteket mérő – BDI-értékekkel való magas komorbiditását (Gomborone és munkatársai, 1995) mutatták ki. Közvetett kapcsolatot találtak továbbá a gyerekkorban

elszenvedett szexuális abúzus és a felnőttkori IBS között (Talley és munkatársai, 1998). Seres és munkatársai (2008) kimutatták, hogy az IBS-es betegeknek magasabb a stresszszintje, komolyabb fájdalmakat élnek át, kevésbé adaptív a fájdalommal való megküzdő stratégiájuk és alacsonyabb az életminőségük, mint a CU-s (collitis ulcerosa) betegeknek. Korántsem ilyen egyértelmű azonban az életeseemények szerepe az IBS-sel kapcsolatban: míg Spiller (2007) szerint a kapcsolat bizonyítható, addig Dinan és munkatársai (1991), Jain és munkatársai (1995), valamint Kovács Z. és Kovács F. (2007) szerint nem.

A *Crohn-betegséggel* kapcsolatban a szerzők véleménye ugyancsak megoszlik az életeseemények befolyásoló szerepéről: míg a kutatók egy része nem talált bizonyítékot (Kovács Z., Kovács F., 2007; Vidal és munkatársai, 2006; Von Wietersheim és munkatársai, 1992; North és munkatársai, 1991; Gilat és munkatársai, 1987; Gerbert, 1980), addig mások szerint az összefüggés bizonyítható (Mawdsley, Rampton, 2005, 2007; Bradesi és munkatársai, 2003; Pace és munkatársai, 2003; Paar és munkatársai, 1988). Az elemzők egy harmadik csoportja szerint az eddigi eredmények ellentmondásosak, és további vizsgálatokra lenne szükség (Singh és munkatársai, 2009; Maunder, 2005).

A *gyomor- és nyombélfekély* betegségekkel kapcsolatban Ray és Henke (1991) kimutatta a dopamin és dopaminergaktivitás egyik fő központjának, az amygdalának a védőszerepét az averzív ingerekkel való megküzdésben. Tanaka és munkatársai (1998) azt találták, hogy azok a hidegstressznek kitett patkányok, amelyek kiélhették agresszivitásukat, kevésbé kaptak fekélyt. Grijava és Novin (1990) szerint amikor a krónikus stressz és megküzdés folyamán a dopaminerg rendszer kimerül, felerősödik a váguszaktivitás, és ez vezet a fekélyképződéshez. A kutatások eredményei azonban nem ilyen egyértelműek. A vizsgálatok többsége (Haug és munkatársai, 1995; Jain és munkatársai, 1995; Magni és munkatársai, 1994; Hui és munkatársai, 1992; Levenstein és munkatársai, 1992; Piper és munkatársai, 1981; Thomas és munkatársai, 1980) szerint az életeseeményeknek gyakorlatilag nincs bizonyítható szerepük ezekben a fekélybetegségekben, és a betegség kiújulásában sem (Vidal és munkatársai, 2006). Piper és munkatársai (1981) azt találták, hogy az egyes életeseemények közül kizárólag a lakóhelyváltozás fordult elő gyakrabban a fekélybetegeknél, mint az egészséges kontrollszemélyeknél. Hui és szerzőtársai (1992) szerint nem maguk az életeseemények

vagy azok száma, hanem negatív percepciójuk játszik szerepet a betegség kiújulásában. Hasonló összefüggést találtak a gyomorfekély és a funkcionális emésztési zavar kialakulását megelőző 6 hónapra vonatkozóan mind az életeseményekre, mind az észlelt stressz mértékére vonatkozóan (Kohler és munkatársai, 1998). Haug és munkatársai (1995) arra találtak bizonyítékot, hogy míg az organikus elváltozással járó betegségek esetében az életeseményeknek nincs szerepük, addig az organikus háttérrel nem rendelkező funkcionális emésztési zavarok esetében találtak ilyen összefüggést. Ugyanakkor Banerjee és Vyas (1992), Kumar munkacsoportja (1996), valamint Sugisawa és Uehata (1998) egy széles körű japán vizsgálatban kimutatta az életesemények és a gyomorfekély kapcsolatát. Lerebours és munkatársai (2007) emellett azt találták, hogy a betegséget megelőző 6 hónap életeseményei nagyobb számban fordultak elő a Chron-betegeknél, mint a fekélyes vastagbélgyulladásban szenvedőknél.

A tudományos érdeklődés másik fő iránya az *IBD és az IBS közötti feltételezett különbség*. Az IBD csoportba tartozó betegségeket az orvostudomány elsősorban organikus betegségeknek tekinti, amelyek kialakulásában és progressziójában a stressz és a lelki tényezők szerepe csak másodlagos; ugyanakkor az IBS-t elsősorban funkcionális zavarként írják le, amelynek lényege pszichés természetű, a normális emésztési folyamatok abnormális percepciója. Ennek megfelelően a két betegségcsoportot összehasonlító kutatók várakozásai azt vetítették előre, hogy míg az IBD kialakulásában, illetve progressziójában az életeseményeknek és más pszichoszociális tényezőknek nincs szerepe, az IBS-nél van. A kutatási eredmények azonban nem támasztják alá ezt a különbséget (Bradesi és munkatársai, 2003; Pace és munkatársai, 2003).

Reumás típusú betegségek

Reumás jellegű mozgásszervi betegségek a felnőtt lakosság túlnyomó részénél előfordulnak valamilyen formában. Mivel krónikus fájdalommal, illetve mozgáskorlátozottsággal járnak, erősen rontják az életminőséget, és nagy terhet rónak mind a betegre, mind közvetlen környezetére. A reumatológiai betegségek gyűjtőfogalma alatt tárgyaljuk a gyulladós és a degeneratív eredetű kórképeket is.

Már a 19. században megfogalmazódott az az orvosi vélemény, hogy bizonyos élethelyzetek vagy életesemények, amelyek kimerültséget, szorongást, bánatot vagy haragot okoznak, kiválthatnak reumás típusú betegségeket (Aho, Heliövaara, 1998).

Az analitikus irányultságú Alexander szerint a reumás artritisz kialakulásának hátterében a korai traumatikus szülő-gyermek kapcsolat áll, amelyben a gyermek a szülői korlátozás és túlvédés miatt nem képes fellázadni és később is függő helyzetben marad (1987, 201–209.) Moos és Solomon (1964) az MMPI klinikai diagnosztikai kérdőív segítségével ehhez hasonló – a környezettől, illetve az elismeréstől való függőségnek megfelelő – személyiségprofil mutattak ki a reumás artritiszben szenvedő betegekre, akikre túlkontrolláltság, mazochisztikus tendenciák, munkamánia, perfekcionizmus és merevség volt jellemző.

Az 1980-as évek végén azonban kétely merült fel az életesemények és a reumás típusú betegségek kapcsolatát illetően, mert az összefüggést feltételező tanulmányokból egyrészt hiányoztak a betegek társadalmi-gazdasági helyzetét leíró mutatók, másrészt bizonytalannak ítélték a mérési módszereket (Leichner-Hennig, Vetter, 1988).

Bár Haller és munkatársai (1997) mind a betegség kialakulásában, mind a betegek állapotának rosszabbodásában elvetették az életesemények jelentőségét, a szakirodalomban általában elkülönül az életesemények szerepének tárgyalása a betegség etiológiájában és későbbi alakulásában.

Conway és munkatársai (1994) megkérdőjelezték az életesemények kórokozó szerepét, mivel 60 diagnosztizált artritiszbeteg körében a diagnózist megelőző és azt követő egy év életeseményeinek számában nem találtak eltérést. Carette és munkacsoportja (2000) szintén nem talált összefüggést sem a gyermekkorban, sem a betegség kialakulását megelőző időszakban tapasztalt negatív életesemények száma és a reumás artritisz kialakulása között. Peterson és kollégái (2000) azt vizsgálták, hogy az idős személyeknél tartós mozgásszervi korlátozottságot eredményező esés okozta csípőcsonttörést megelőzték-e stresszes életesemények. Adataik szerint a csonttörést elszenvedő idős emberek több súlyos életeseményt tapasztaltak az esést megelőző egy év során, mint az ugyanolyan korú és élethelyzetű kontrollszemélyek. Herrmann, Schölmerich és Straub (2000) szakirodalmi elemzésükben megkülönböztették a súlyos és kevésbé súlyos életesemények hatását a fiatalkori krónikus artritisz (JCA), a lupus (SLE) és a fibromialgia szindróma (FS) kialakulására vonatkozóan. A JCA esetében

szignifikáns összefüggéseket találtak a betegség megjelenése és a súlyos életesemények között, a másik két betegség kialakulásában azonban a kapcsolat nem volt egyértelmű. Cutolo és Straub (2006) szerint a hosszan tartó hatású életesemények hatására a krónikus stressz gyulladáskeltő következményekkel járhat, tehát okozhat gyulladósos reumatológiai megbetegedést.

Smedstad és munkatársai (1995) az életeseményeknek a már meglévő reumás típusú betegségekre gyakorolt hatását vizsgálták. Elemzésükben megkülönböztették a pozitív és negatív életesemények hatását a betegek fizikai korlátozottságának alakulása szempontjából. 238 beteg adatai alapján úgy látták, hogy a pozitív életesemények szignifikáns mértékben javították a betegek fizikai aktivitását, ugyanakkor a negatív életesemények nem eredményeztek fokozott korlátozottságot. Koehler és kollégáinak (1998) 1 éves követéses vizsgálatában az életesemények és a tünetek közötti pozitív és negatív korrelációk számában nem volt különbség, továbbá a változatlan és a rosszabbodó állapotú betegek nem tértek el az életesemények gyakoriságában. Így az életeseményeknek a kutatási hipotézisben megfogalmazott kedvezőtlen hatását nem tudták igazolni. Zautra és munkatársai (1999) viszont két empirikus felmérés adatainak elemzése után azt látták bizonyítottan, hogy a betegség rosszabbodása szempontjából az életesemények mint interperszonális stresszorok prediktív szerepet játszanak. Aho és Heliövaara (1998) elfogadták az életesemények és az artritisz közötti összefüggést, de véleményük szerint ebben a kapcsolatban a dohányzás játszik közvetítő szerepet. Herrmann, Schölmerich és Straub (2000) szerint a fiatalkori krónikus artritisz, a lupus és a fibromialgia szindróma súlyosbodásában az irodalmi adatok egyértelműen alátámasztják a kevésbé súlyos életesemények kedvezőtlen hatását, míg a súlyosakat nem. Peralta-Ramírez és munkatársai (2004) 58, illetve 64 lupusbeteg körében végzett vizsgálata hasonló eredményt hozott: azt találták, hogy nem a súlyos életesemények eredményezték a betegség romlását, hanem a kevésbé súlyos események által okozott mindennapi stressz.

Szívbetegség, agyérbetegség, magas vérnyomás

Az életesemények és a keringési megbetegedés kapcsolatát vizsgáló szakirodalomban általában különválasztják az *akut események (infarktus, stroke)* bekövetkezését és a *krónikus keringési betegségek* kialakulását vagy meglétét. Az akut koronáriaesemények

hátterében inkább felismerhető a hirtelen lelki megrázkódtatás, amit negatív életesemény bekövetkezése is okozhat, míg az életesemények és a keringési megbetegedés kapcsolata a korábbi kutatásokban nem volt egyértelmű. Az újabb kutatások azonban ezt az összefüggést is alátámasztották.

Az *infarktust* elszenvedett betegek, illetve azok, akik magukat tévesen keringési betegnek tartják, gyakrabban említenek megelőző negatív életeseményeket, mint az egészséges kontrollszemélyek (Wicks és munkatársai, 2013; Sparrenberger és munkatársai, 2008; Tosevski, Milovancevic, 2006; Rafanelli és munkatársai, 2005), de ezek a vizsgálatok általában retrospektív természetűek, így a betegek szubjektív megítélése az eredményeket befolyásolhatja. Leifheit-Limson és munkatársai (2011) 1413 szívbeteget vizsgálva kimutatták, hogy az életesemények számának és főképpen a közeli hozzátartozó betegségének vagy halálának szerepe van az infarktus kiújulásában. A koronáriabetegség fiziológiai hátterének életeseményekkel való összefüggését is számos kutató vizsgálta. Egy német serdülőket vizsgáló tanulmány (Bosch és munkatársai, 2009) nem talált összefüggést a megelőző 2 év életeseményei, illetve a depresszió és a szinusz aritmia között. Ugyanakkor Ginty és munkatársai (2011) az életesemények és a pulzusszám megnövekedése között összefüggést mutatott ki.

Hasonló összefüggéseket találtak a *stroke-betegeket* vizsgáló kutatók is. House és munkatársai (1990) 113 új stroke-beteget és 109 illesztett egészséges kontrollszemélyt kérdeztek a megelőző évben tapasztalt életeseményekről és nehézségekről. A két csoport tagjai ugyanannyi nehézségről számoltak be. Ha azonban külön vizsgálták a jelentős és a nem jelentős életeseményeket, azt találták, hogy a nem jelentős életesemények a kontrollcsoportban, míg a jelentős, súlyos, hosszan tartó következményekkel járó életesemények a stroke-betegek csoportjában fordultak elő szignifikánsan magasabb számban. Egy kínai vizsgálatban (Tao és munkatársai, 2004) 137 stroke-beteget és ugyanannyi megfelelő paraméterrel rendelkező egészséges személyt kérdeztek a megelőző évben bekövetkezett életeseményekről. A stroke-betegek szignifikánsan több életeseményről számoltak be, mint a kontrollcsoport tagjai. Nemcsak az életesemények teljes száma, hanem külön-külön a pozitív és a negatív életesemények száma és átélésük intenzitása is nagyobb volt a betegcsoportban. Emellett nemi és korosztálybeli különbségeket is találtak, a betegcsoportban nagyobb életesemény-gyakoriságról számoltak be a férfiak, mint a nők, valamint a 60 év alattiak,

mint az idősebbek. Kornerup és munkatársai (2010) is összefüggést találtak az infarktus és a megelőző életesemények között, ugyanakkor az életesemények és a stroke között csak közvetett kapcsolatot mutattak ki, amelyet szerintük a vitális kimerültség közvetít. Gallo és munkatársai (2004) a munkahely elvesztésének hatását vizsgálva hasonló eredményre jutottak: az infarktussal nem találtak kapcsolatot, míg a stroke-kal igen.

A kollektív traumákat (háború, földrengés, terrortámadás) elszenvedő populációkban kimutatták az esemény és a *keringési betegségek* kapcsolatát (Sibai és munkatársai, 1989; Steptoe, Brydon, 2009). Tartós háborús körülmények között nemi különbségeket találtak az életesemények jellege és a keringési betegség kapcsolatában (Sibai és munkatársai, 1989). Ugyanakkor a longitudinális jellegű vizsgálatokban az életesemények és a keringési megbetegedés kapcsolata nem egyértelmű. Egyes tanulmányokban nem találtak ilyen kapcsolatot (Moore és munkatársai, 1999), más elemzések egyes életeseményeket, mint a társ elvesztése vagy a munkanélkülivé válás, hoztak összefüggésbe a megbetegedéssel (Kriegbaum és munkatársai, 2008; Engström és munkatársai, 2004).

Számos vizsgálatban nem maguknak az életeseményeknek, hanem az őket *közvetítő faktoroknak* a hatását igazolták. Twisk és munkatársai (1999, 2000) a megküzdési stratégiáknak, az A típusú személyiségnek, az egyén önértékelésének és az életstílusnak (pl. dohányzás), míg Surtees és Ingham (2007) az életesemények következményeire való adaptáció képességének, illetve a koherenciaérzésnek tulajdonít szerepet. Egy maastrichti kutatócsoport a krónikus stresszt a vitális kimerültséggel mérte. Kimutatták, hogy a vitális kimerültség a depressziótól független jelentős kockázati tényezőnek számít a miokardiális szívinfarktus tekintetében (Appels, Mulder, 1989). A depresszió és a vitális kimerültség hatását a szív- és érrendszeri megbetegedésekre hazai mintán is kimutatták (Balog, Purebl, 2008), egy korábbi mintán pedig azt találták (Kopp és munkatársai, 1998), hogy bár a depresszió és a vitális kimerültség magasan korrelál, a vitális kimerültség szorosabb összefüggésben van a koronáriabetegségekkel és a magas vérnyomással, a depresszív tünetek pedig inkább a maladaptív kognitív sémákon és szerhasználaton keresztül kapcsolódnak a megbetegedéshez. A magas vérnyomás hátterében továbbá olyan kockázati tényezőket találtak, mint a krónikus stressz, a kontrollvesztés érzése és a depresszió (Kopp, 2005, 419.).

Allergiás betegségek, asztma

Számos kutatás bizonyítja, hogy a negatív életesemények befolyásolják az allergiás és asztmás megbetegedések kialakulási gyakoriságát. Az analitikus irányultságú Alexander megfigyelései szerint (1987, 132–141.) az asztmás betegek veszélyhelyzetben önfeladó, segélykérő magatartással reagálnak. Ezt a megfigyelést támasztotta alá Mathe és Knapp (1971) vizsgálata, akik az egészséges kontrollcsoporttal ellentétben asztmás betegeknél nem találtak sem adrenalin-szint-emelkedést, sem intenzívebb haragot stresszhelyzetben.

Bár Wail és munkatársai (1999) 1260 4 és 9 év közötti *gyermeket* vizsgálva nem találtak kapcsolatot az asztma és a betegséget megelőző negatív életesemények között, a későbbi tanulmányok többsége összefüggést mutatott ki. Sandberg és munkatársai (2000) 90 6 és 13 év közötti asztmás gyermeket vizsgálva azt találták, hogy a súlyos életesemények és a krónikus stressz együttesen majdnem háromszorosára emelik az asztma kialakulásának esélyét, amelyet későbbi követéses vizsgálati eredményeik (Sandberg és munkatársai, 2004) is alátámasztottak. Az egyik legmeggyőzőbb kutatássorozat ebben a tárgyban az ún. *LISA Birth Cohort Study*, amelyben gyermekek körében előforduló allergiás megbetegedések és életesemények kapcsolatát vizsgálták epidemiológiai, illetve klinikai követéses módszerekkel (Bockelbrink és munkatársai, 2006). Kapcsolatot találtak az allergiás bőrbetegség és a szülők válása, hozzátartozó halála, illetve a szülő munkanélkülivé válása között. Ugyanebben a vizsgálatban a gyermekek vérmintáiban is kimutattak összefüggést a szervezet immunképességének megváltozása és negatív családi életesemények bekövetkezése között (Herbert és munkatársai, 2008).

Turyk és munkatársai (2008) 2026 chicagói *serdüdővel* folytatott vizsgálatukban kapcsolatot találtak az életesemények száma és az asztmás megbetegedés között, a szülők otthoni cigarettázása, alkoholfogyasztása, valamint egyéb életkörülményekkel való kontrollálás után azonban a kapcsolat szignifikáns, de gyenge lett. Egy finn *egyetemistákkal* végzett felmérés (Kilpelainen és munkatársai, 2002) is összefüggést mutatott ki a szülőkkel és más személyekkel tartósan fennálló konfliktushelyzetek, a súlyos betegség, a szülő vagy partner halála, illetve a negatív életesemények nagyobb száma és egyes allergiás megbetegedések – asztma, szénanátha, allergiás bőrbetegségek – kialakulása között.

Több tanulmány szerint a *felnőtt* asztmabetegek körében az életesemények nem közvetlenül befolyásolták a betegség súlyosbodását, hanem a SES közvetítő szerepén keresztül: a rosszabb körülmények között élő betegek testi állapota jobban ki volt szolgáltatva a negatív életesemények egészségkárosító hatásának, mint a jobb körülmények között élőké (Wright, 2007). Hasonló eredményre vezetett Archea és munkatársai (2007) vizsgálata, amely az életesemények és az asztmás megbetegedések között nem talált direkt kapcsolatot, az életesemények és a SES azonban kapcsolatban voltak az ún. asztmaspecifikus tényezőkkel. Loerbroks és munkatársai (2009) egy 5114 középkorú felnőttel folytatott vizsgálatukban szintén kimutatták a válás és szétköltözés hatását az asztma kialakulására, ugyanakkor a munkahelyi problémákkal kapcsolatban nem találtak összefüggést. Lietzen és munkatársai (2011) a betegséget megelőző 5 év életeseményeit vizsgálva azt találták, hogy a családtag betegsége, a házassági problémák, a válás/különköltözés, valamint a munkahelyi problémák is összefüggésbe hozhatók az asztmás megbetegedéssel.

2.7. STRESSZKEZELÉS A KÖTŐDÉS TÜKRÉBEN

Bowlby (1969), Harlow (1959), Spitz (1945) és Ainsworth (1969) korai tárgyvesztéssel kapcsolatos úttörő munkái rámutattak, hogy a korai tárgyvesztés és egyéb lelki sérülések következményei hozzájárulnak a stresszel való megküzdés problémáihoz.

Fiziológiai kutatások

Újabb kutatások keretében jelentős eredmények születtek a *stresszkezelés fiziológiai alapjainak* kimutatásában. Hofer állatkísérletében (1994, 1996) olyan kölyökpatkányokat figyelt meg, akiknek az anyját egy időre kivették az alomból. Úgy tapasztalta, hogy bár rövid távon az alomtársak képesek helyettesíteni az anyát, hosszabb távon (10-12 óra) azonban nem. Ilyenkor jelenős fiziológiai folyamatok indulnak be. Az új ingerek iránt való érdeklődés beszűkülése, a kisebb étvágy, valamint a szívritmus és a test hőmérsékletének csökkenése az *energia konzerválását* szolgálja, míg a kortikoszteron, a reaktivitás, a szopás és az arousal egyfajta *készenléti aktivitás* érdekében emelkedik a normál szint fölé. Az energiakonzerválás és a készenléti aktivitás együttesen úgy értékelhető, mint *felkészülés a hosszú deprivációra*. Amikor az anyát és az alomtársakat is eltávolították, a kölyök jóval nagyobb fokú distresszt

mutatott, hasonlóan Bowlby és Harlow vizsgálatához, ahol a tiltakozás után az elkerülő magatartás uralkodott el.

Maunder és Hunter (2001) elképzelése szerint a korai kötődés zavara nemcsak a gyermekkori betegségek megnövekedett számában érhető tetten, hanem direkt és – a felnőttkori kötődés szerepén keresztül – indirekt összefüggést mutat a felnőttkori betegségekkel. Megközelítésük szerint a bizonytalan kötődés többféle úton vezethet betegséghez. A korai kötődés sérülésének fiziológia következményei miatt az észlelt stressz magasabb, így kevésbé érzi magát a személy biztonságban, a stresszválasz erőteljesebb, ráadásul az érzelem önszabályozásának elégtelensége miatt gyakran használ *külső szabályzókat*: alkoholt, drogot, gyógyszereket. Hozzájárul még ehhez, hogy a betegség tagadása miatt *egészségviselkedése* is lecsökken.

A korai kötődés hazai vizsgálatai

Hazai viszonylatban jelentős kutatásnak számít az ún. Budapesti Családvizsgálat, melynek keretében egyes genetikai tényezők (D4 dopamin receptor gén), a korai kötődés és a társas-érzelmi fejlődés kapcsolatát mutatták ki (Gervai, 2005; Gervai és munkatársai, 2007).

Szintén érdekes adalékul szolgált Ináncsy-Pap és Máth vizsgálata (2004), amelyben a korai kötődés és az óvodáskori társas kapcsolatok összefüggését bizonyították. A korai kötődés felnőttkorban való vizsgálata érdekében Tóth és Gervai (1999) a Szülői bánásmód kérdőív magyar változatának validálását hajtották végre.

Saját kutatásunkban a felnőttkori rémálmok vizsgálatán keresztül kimutattuk a felnőttkori stressz és stresszfeldolgozás, valamint a korai szeparáció közötti kapcsolatot (Csóka és munkatársai, 2011). Eredményeink szerint azok a személyek, akik 1 éves koruk előtt a szülőikkel kapcsolatban komolyabb szeparációt éltek meg, felnőttkorban több rémálmóról számolnak be. Miközben összefüggést mutattunk ki a felnőttkori életesemények és a rémálmok között, a gyermekkori szeparáció és a felnőttkori rémálmok mint stresszmutató közötti kapcsolat az életeseményekkel való kontrollálás után is megmaradt. Vagyis a korai kötődés sérülésének hatása megjelenik felnőttkorban a stressz kezelésének képességében.

A felnőttkori kötődés

Újabb kutatások keretében a korai kötődés témája mellett számos szerző vizsgálta a felnőttkori kötődést, vagyis a későbbi társas kapcsolati kötődési képességet. *Waters* és munkatársai (2002, 2000) egy 20 éves longitudinális kutatás keretében a korai kötődés és a felnőttkori kötődési mintázatok kapcsolatát mutatták ki. *Wiseman* és munkatársai (2006) összefüggést találtak a korai kötődés és a felnőttkori kötődési stabilitás, a magányosság, valamint az önbizalom között. Vizsgálatuk szerint a nem megfelelő korai kötődés a gyenge felnőttkori kötődésen keresztül kapcsolatban áll a magányossággal, de közvetett hatásként a sérülékenységen keresztül is növeli a magányosság kockázatát. *Kobak és Hazan* (1991) szerint a felnőttkori kötődés kutatási eredményei azért nem elég egyértelműek, mert a későbbi kortárs és párkapcsolati viszonyok átprogramozhatják a korai kötődés belső munkamodelljét. *Blatt* (1990) személyiségmodellje szerint két módon formálódik a személyiség: az *interperszonális kapcsolatok* és az *énmeghatározás* útján. Ő a *függőséget*, az *önkritikát* és a *hatékonyság hiányát* hozza összefüggésbe a depresszióval, illetve az érzelmi sérülékenységgel. A felnőttkori kötődés típusait illetően megoszlanak a vélemények. *Hazan és Shaver* (1987) 3 felnőttkori kötődési típust (*biztonságos*, *elkerülő* és *ambivalens*) különböztetnek meg. *Collins* (1996) is 3 dimenziót különít el, amelyek alapján a felnőttkori kötődés mérhető: a *függőséget*, a *szorongást* és az *elkerülést*. *Hazan és Shaver* felnőttkori kötődési kérdőívének tapasztalatai alapján Blatthoz hasonló gondolatmenetet alakít ki *Bartholomew és Horowitz* (1991) is, akik egy négykategóriás felnőttkori kötődési modellt állítanak fel. A *másokról* és *önmagunkról* kialakított *pozitív* vagy *negatív* kép alapján a *szorongás* és az *elkerülés* dimenziók mérésével *biztonságos*, *aggodalmaskodó*, *elkerülő* és *bizalmatlan* típusokba sorolják a vizsgálati személyeket.

Hazai viszonylatban több felnőttkori kötődési kérdőív adaptálását is elvégezték: saját kutatásunkban (Csóka és munkatársai, 2007) a *Bartholomew-féle Kapcsolati Kérdőív*, míg Nagy L. (2005) a *Közvetlen Kapcsolatok Kérdőív* magyar változatának validálását hajtotta végre. Urbán összefoglaló tanulmányában (1996) kiemeli az intim kapcsolatokat Hatfield-féle *szenvedélyes* és *társszerelem* kategóriáinak (Hatfield, Rapson, 1987) hasonlóságát a Hazan és Zeifman (1994) által kimutatott párkapcsolati fejlődés szakaszaival: a *közelség*, majd később a *biztonságos menedék* keresésével.

2.8. AZ ÉLETESEMÉNYEKEL VALÓ MEGKÜZDÉS

A stressz szempontjából az egyik legizgalmasabb kérdés, hogy miképpen tudunk viszonyulni hozzá. A *személyiség* és a *stressz* kapcsolatát a megküzdés szempontjából vizsgálva láthatjuk, hogy az elméleti megközelítések hosszú utat tettek meg a korai analitikus felfogástól a vonáselméleti megközelítésen keresztül a kognitív modellekig, amelyek a helyzettel való tranzakcionista kapcsolatot, illetve a kontroll fontosságát hangsúlyozzák. Végül szót kell ejteni a legújabb fejleményről, a poszttraumás növekedés jelenségéről, amely a stressz okozta trauma pozitív szerepét hangsúlyozza.

A megküzdés elméleteinek áttekintése

A *korai pszichoanalitikus modellek* a szorongással, illetve stresszel való megküzdésben az ego kormányzó szerepét hangsúlyozzák, amely az id, a szuperego és a külvilág, vagyis a realitás között egyensúlyoz. *Freud* (1936) szétválasztja az ego kétféle működési módját: a belső fenyegetés elleni, többnyire tudattalan folyamatokat, az *elhárítást* és a külső fenyegetés elleni, alapjában véve tudatos *megküzdést*. Ilyen értelemben akkor kerül sor elhárításra, ha a megküzdés kudarcos. *Anna Freud* (1994) annyiban egészíti ki ezt azt álláspontot, hogy a védekezés nem feltétlenül patológiás, az érzelm feletti kontroll az egészséges személyiség működéséhez hozzátartozik. Miután kidolgozza és leírja az elhárítások különböző típusait, az elhárítások kutatása alapvetően két irányban halad tovább. *Fejlődési szempontból* közelíti meg a témát *Cramer* (1991), valamint a tárgykapcsolat-elméletek, mint például *Kernberg* (1990), az elhárítások *alkalmazkodási hatékonysági* szerepére helyezi a hangsúlyt *Lazarus* (1966) és *Haan* (1977), míg *Vaillant* (1977, 1992) rendszerében ez a két felfogás keveredik.

A *megküzdés vonáselméleti megközelítését* támogató elméletek azokat a személyiségvonásokat keresik, amelyek megfelelő alapot biztosítanak a sikeres copinghoz és védelmet nyújtanak a stresszel teli helyzet káros következményeivel szemben. *Byrne* (1961) a *represszió* fontosságát hangsúlyozza a szenzitizációval szemben, *Miller* (1990) a *monitorozó* típusú személyt tartja jó megküzdőnek a „homály” (blunting) állapotában levővel szemben, *Krohne* (1993) a *vigiláns* személyt az elkerülővel szemben. A kezdeti vonáselméleti megközelítések tehát egy-egy szélsőséges viszonyulási módot tartottak előnyösnek. Az 1980-as évektől kezdődően azonban az

elméletek többsége arra az álláspontra helyezkedett, hogy mindkét szélsőség helyzettől függően lehet adaptív is (Schwarzer R., Schwarzer C., 1996).

A *poszttraumatikus növekedés* megközelítésének kutatói megfigyelték, hogy a stresszel teli életesemények, a traumatikus epizódok nem feltétlen okoznak közép-, illetve hosszú távon rosszabb életminőséget, amennyiben az kognitív átstrukturálódást eredményez (Kulcsár, 2005). Bizonyos esetekben a személyiség a traumatikus esemény után magasabb szinten integrálódik. Ez az ún. poszttraumatikus növekedés ráadásul nemcsak a – szakirodalomban hatását tekintve vitatott – pozitív életesemények eredményeként jöhet létre, hanem a személyt megterhelő súlyos, negatív életesemények után is. A poszttraumás növekedés témája már megjelenik Frankl holokauszt túlélőkről szóló munkáiban (1963), de ezzel kapcsolatos széles körű empirikus vizsgálatok csak az 1990-es években kezdődtek el. Az irányzat lényege, hogy a stresszel teli, traumatikus életesemények némely esetben olyan súlyosan terhelik meg a személy lelki kapacitását, hogy az meggingatja teljes addigi hiedelemrendszerét és a létezés értelmébe vetett hitét (Park, Folkman, 1997). Az ilyen típusú traumákat Tedeschi és Calhoun „szeizmikus események”-nek nevezte el (2004). Ebben a megközelítésben a megküzdést folyamatnak, míg a poszttraumás növekedést eredménynek értelmezik. A jelenség érdekessége, hogy éppen azoknál a személyeknél tapasztalhatunk közép-, illetve hosszú távon növekedést, akik nem jó megküzdők. A magas koherenciaérzéssel rendelkezőknél, illetve a jó megküzdőknél nem jön létre poszttraumás növekedés, mert eddigi hiedelemrendszerükkel, viszonyulásukkal, megküzdési lehetőségeikkel kezelni tudják a problémát (uo.). A Tedeschi és Calhoun által kifejlesztett PTN-kérdőív azokat a változásokat teszteli, amelyeket a poszttraumás növekedés következményeként tart számon az idevágó szakirodalom: a megváltozott prioritásokat, a kapcsolatokban erősödő intimitást, a személyes erő tapasztalását, az új lehetőségek és életpályák kialakítását és a spirituális fejlődést (Tedeschi, Calhoun, 1996). További adalékokkal szolgált Frank J. D. és Frank J. B. (1996), akik azt találták, hogy a *helyreállító narratívummal* élőknel kevésbé jön létre poszttraumás növekedés, míg az ún. *kereső narratívumot* használók képesek lemondani a kontrollról, s így lehetőségük van a későbbi magasabb szinten való újrastrukturálódásra és növekedésre.

A kognitív tranzakcionista coping modellje

A helyzeti adottságokat is figyelembe vevő megközelítésekhez képest szélesebb kontextusba helyezik a megküzdést azok a tranzakcionista modellek, amelyek a személyt mint a környezetét és helyzetét választó és alakító tényezőt szemlélik. *Lazarus és Folkman* alakította ki az ún. Megküzdési Mód Preferencia Kérdőívet, amelyben a megküzdés mint a személy és a környezet közötti folyamat szerepel (Folkman, Lazarus, 1980; Lazarus, Folkman, 1984). Az általuk definiált *probléma-* és *érzelemfókuszú* megküzdés közül egyik sem értékesebb a másinál, a helyzettől függően mindkettő lehet adaptív. Amennyiben a helyzetet kárnak, veszteségnek értékeljük, illetve ha kívülről irányítottnak, megváltoztathatatlannak tartjuk, akkor jellemzően érzelemfókuszú megküzdést alkalmazunk. Abban az esetben azonban, ha a helyzetet kihívásként értelmezzük, illetve azt gondoljuk, hogy megváltoztatható, gyakrabban választjuk a problémafókuszú megküzdési módot.

Míg Folkman és Lazarus 1984-es, 100 fős mintán végzett faktoranalízise 7 független – 1 probléma- és 6 érzelemfókuszú – faktort különített el (Lazarus, Folkman, 1984), addig későbbi munkáikban 8 (Folkman és munkatársai, 1986), illetve 6 faktort találtak (Folkman, Lazarus, 1988). Problémafókuszú megküzdésnek tartották a tervszerű *problémamegoldást* és a *konfrontatív megküzdést*, míg érzelemfókuszúnak a *távolítást*, az *önkontrollt*, a *felelősségvállalást* és a *menekülés-elkerülést*.

Hazai mintán az 1988-as 66 tételes Konfliktusmegoldó Kérdőív Frecska Ede által adaptált változata 8 dimenziót eredményezett, míg az ezek alapján rövidített 22 tételes változat 7 faktorba rendeződött (Kopp, Skrabski, 1992). A kérdőív további 16 tételes rövidített változata a HS2002 12 668 fős mintáján tesztelve 4 értelmezhető faktort eredményezett: a *kognitív átstrukturálódást*, a *feszültségredukciót*, a *problémaelemzést* és a *passzív megküzdést* (Rózsa és munkatársai, 2008).

Saját kutatásunkban (Szabó G. és munkatársai, 2010) a megküzdés nemi különbségeit vizsgáltuk. Azt találtuk, hogy bár a nők összességében nem találkoznak több negatív életeseménnyel, fokozottabb stresszválaszokat adnak, valamint szubjektíve nehezebben élik meg ezeket. Ez a sérülékenység érhető tetten abban a jelenségben is, hogy stressz hatására a nőknél jobban megnő számos krónikus betegség kockázata (pszichiátriai betegségek, OR=3,1; daganatos betegségek, OR=2,1), továbbá a nők az érzelemfókuszú

megküzdésen belül más módokat preferálnak. Megdőlni látszik azonban az a sztereotip kép, hogy a férfiak inkább élnek a racionális, problémafókuszú copinggal.

3. CÉLKITŰZÉSEK

A dolgozat alapvetően a nagy változást okozó életesemények és a betegségek kapcsolatának feltárását tűzte ki célul egy olyan pszichoszociális elméleti keretbe ágyazva, amelyben a korai és a felnőttkori kötődési mintázat, valamint a megküzdés segítségével vizsgálni lehetett a személyiség közvetítő szerepét is. A mintát egy magyarországi követéses epidemiológiai felmérés szolgáltatta. A klinikai vizsgálatokkal ellentétben nem egy betegsége vagy betegségcsoportra irányítottam a figyelmet, hanem a komorbiditások kiszűrése mellett az életesemények okozta stressz és az ismert krónikus betegségek kapcsolatát együttesen elemeztem. Módszertani szempontból elengedhetetlennek tűnt továbbá egyrészt az életesemények jelenlegi magyarországi előfordulási gyakoriságáról és szubjektív megítéléséről készült helyzetjelentés bemutatása, valamint az életesemények értékelése, stresszmutatóként való értelmezése körüli vitában való állásfoglalás.

Dolgozatomban a következő célokat tűzöm ki:

1. Számot szeretnék adni azokról a magyarországi jellegzetességekről, amelyek az egyes életesemények szubjektív megítéléséhez társulnak.
2. A stresszt okozó életesemények használatát megalapozandó módszertani okokból értékelni szeretném a különböző módon képzett életesemény-mutatók megfelelő felhasználási módjait.
3. Vizsgálni szeretném az életesemények és a betegségek kapcsolatában a krónikus stressz általános betegségkockázat-növelő hatását, valamint áttekintést szeretnék nyújtani arról, hogy egyes krónikus betegségek kockázatát mennyiben befolyásolják az életesemények.
4. Végül vizsgálni szeretném, hogy az életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatában a személyiségbeli tényezők mint a korai kötődés sérülése, a felnőttkori kötődési mintázat és a megküzdési stílusok milyen súllyal vesznek részt.

Hipotézisek:

1. Feltételezem, hogy az életeseményekhez társuló hagyományos, Rahe és kutatócsoportja által kifejlesztett és számos változatban újraértékelt

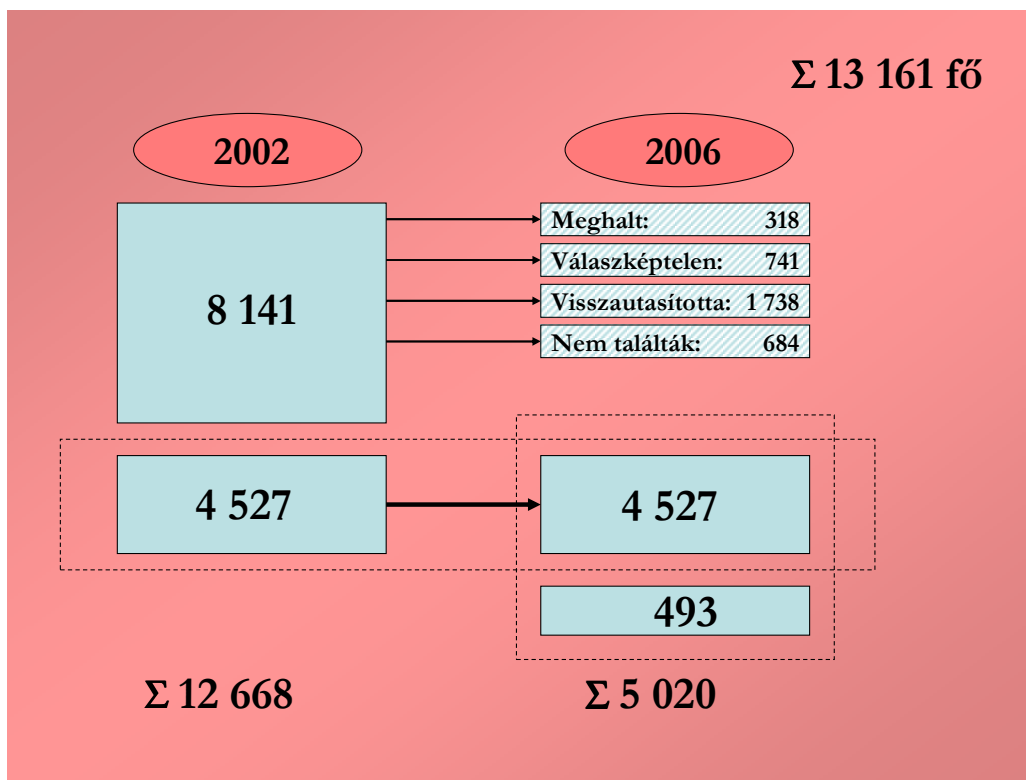
- súlyrendszerek (LCU-értékek) nem adnak megbízható eredményeket.
2. Bizonyítani szeretném, hogy a negatív életesemények darabszámával képzett életesemény-mutatók, főképpen akkor, ha kevés számú életeseményt vizsgálunk, ugyanolyan megbízhatók, mint a Paykel által javasolt, egyedi szubjektív súlyokkal képzett mutatók.
 3. Hipotézisem szerint alapvetően csak a negatív életesemények okoznak hosszú távon stresszt és életminőség-csökkenést.
 4. Az életeseményekre való visszaemlékezés torzító hatását vizsgálva feltételezem, hogy az elmúlt 1 évben és az azelőtt történt életesemények felidézése között találok jelentős különbséget.
 5. Feltételezem, hogy az életesemények és a betegségek kapcsolatában a krónikus stressz általános, minden krónikus betegségre érvényes betegségkockázat-növelő tényező.
 6. Feltételezem, hogy az életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatában a személyes és környezeti tényezők, mint a korai és a felnőttkori kötődési mintázat, valamint a megküzdési stílusok fontos szerepet játszanak.

4. MÓDSZEREK

4.1. A MINTA LEÍRÁSA

A minta a Hungarostudy 2002 epidemiológiai, valamint a Hungarostudy Egészség Panel (HEP2006) követéses vizsgálat folyamán felvett széles körű hazai adatbázison alapul, amelyet a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének kutatócsoportja Kopp Mária vezetésével hozott létre (2. ábra).

A *Hungarostudy 2002*-es országos felmérés célja a magyar felnőtt lakosság testi és lelki egészségi állapotának felmérése, valamint a különböző egészségi mutatók szociális, gazdasági és pszichológiai háttértényezőkkel való összevetése volt. A felmérés a 18 év feletti magyar lakosságot vizsgálta. A 12 668 fős minta nem, kor, végzettség és lakóhely szerint reprezentatív. A visszautasítási ráta 17,6%-os mértéke a hasonló nemzetközi reprezentatív lakossági felmérésekhez viszonyítva alacsonynak mondható. A résztvevők 63,2%-a, 8008 fő utánkövetéses vizsgálatra is vállalkozott (Rózsa és munkatársai, 2003).



2. ábra. A HS2002 és HEP2006 felmérésekben résztvevő személyek száma és elrendeződése

A *Hungarostudy Egészség Panel (HEP2006)* követéses vizsgálatot két fázisban: 2005 és 2006 folyamán hajtották végre. A 2002-ben beleegyezésüket adók összesen 91,5%-át találták meg. A megtalált személyekhez viszonyított visszautasítási arány 23,7% volt, amely bár magasabb a 2002-es felmérés során tapasztalt értéknél, még mindig kedvezőnek számított mind a hazai, mind a nemzetközi lakossági vizsgálatokhoz képest. A HEP2006-os vizsgálatban részt vett továbbá 493 olyan személy, aki a 2002-es vizsgálatban nem szerepelt. Az így létrejött 5020 fős minta nem, kor és végzettség szerint reprezentatív (Susánszky és munkatársai, 2007).

4.2. ALKALMAZOTT MÉRŐESZKÖZÖK

Életesemények

Az eredeti Holmes–Rahe-féle *Életesemény Listában* (SRRS) szereplő 43 tételből (Holmes, Rahe, 1967) 30 tételt meghagyva és kiegészítve 44 további speciális életeseménnyel jelent meg a 74 tételes, *Recent Life Changes Questionnaire* (RLCQ) néven ismertté vált (Miller, Rahe, 1997), majd a későbbiekben 56 tételesre szűkített – a *Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívben* szereplő – *Életesemény Lista*, amelyet Rózsa és munkatársai (2005) lefordítottak, hazai populációra adaptáltak és tovább rövidítettek. Így végül a HS2002-be az életesemények 27 tételes listája került. A megmaradt életesemények továbbra is megpróbálták lefedni mindazokat az életvitel megszokott menetét befolyásoló pozitív és negatív életeseményeket, amelyek befolyásolhatják a vizsgálati személy fizikai, illetve pszichológiai állapotát. A HEP2006-os vizsgálatba a 2002-es eredmények alapján hatásukat tekintve legfontosabbnak ítélt 16 életesemény került, amelyek közül 15 megegyezett a HS2002-ben szereplő tételekkel. Így a HS2002 elemzésére 27, míg a HS2002 és HEP2006 együttes vizsgálatára 15 életesemény volt alkalmas (*1. táblázat*).

1. táblázat. A HS2002-ben és a HEP2006-ban vizsgált életesemények
(Szürke háttérrel a mindkét felmérésben szereplő tételek lettek megjelölve.)

Életesemények	HS2002	HEP2006
Beleegség, halál, születés		
Spontán vetélés vagy abortusz	✓	–
Terhesség, gyermekáldás	✓	✓
Nagyobb baleset vagy betegség	✓	✓
Házastárs vagy élettárs halála	✓	✓
Házastárs vagy élettárs súlyos betegsége	–	✓
Közeli hozzátartozó egészségének romlása	✓	–
Közeli hozzátartozó (nem házastárs) halála	✓	–
Közeli barátja meghalt	✓	✓
Társas kapcsolatok		
Válás	✓	–
Házastárs vagy élettárs elköltözése	✓	–
Külön élt házas- vagy élettársától	✓	✓
Házasságkötés	✓	✓
Változás következett be a házas- vagy élettársával való kapcsolatában	✓	–
Gyermeke elköltözött otthonról	✓	–
Új, közeli, személyes kapcsolata alakult ki	✓	–
Anyagi helyzet		
Anyagi helyzet romlása	✓	✓
Anyagi helyzet javulása	✓	✓
Személyes tulajdonának elvesztése vagy károsodása	✓	–
Hitel(törlesztési) gondjai voltak	✓	✓
Munka		
Elveszítette munkáját	✓	✓
Nyugdíjba vonult	✓	–
Munkahelyi, üzleti, vállalkozási gondok	✓	✓
Iskolát vagy munkahelyet változtatott	✓	✓
Lényeges változás történt a munkakörülményeiben	✓	–
Belső változás		
Nagy jelentőségű döntést hozott a jövőjére vonatkozóan	✓	–
Nagy dolgot ért el	✓	✓
Politikai nézetében változás történt	✓	✓
Vallási nézeteiben változás történt	✓	✓

A 2002-es felmérésben a vizsgálati személyeknek arra a kérdésre kellett válaszolniuk, hogy az elmúlt 5 évben megtörtént-e velük az adott életesemény. Amennyiben igen, egy 1–10-ig terjedő skálán súlyozniuk kellett, hogy ez mennyire érintette őket érzelmileg, ahol 1 jelentette, hogy nagyon negatívan, 10, hogy nagyon pozitívan. Ezek alapján HS2002-ben résztvevő 12 668 személynél 27 életeseménnyel kapcsolatban lehetett vizsgálni a szubjektív stresszértékeket.

A HEP2006 felmérésben a vizsgálati személyeknek arra a kérdésre kellett válaszolniuk, hogy az elmúlt 3 évben megtörtént-e velük az adott életesemény, valamint

meg kellett jelölniük, hogy *pontosan melyik évben*. Így a HEP2006 vizsgálatban résztvevő 5020 személynél ismertük, hogy az elmúlt 1, 2, illetve 3 évben, továbbá az 5020 személy közül előzményekkel is rendelkező 4527 személynél ismertük, hogy az elmúlt 8 évben mely életesemények történtek meg velük.

Betegségek

A HEP2006-ban 16 betegségre kérdeztünk rá. A vizsgálati személyeknek válaszolniuk kellett arra, hogy *kezelték-e* őket az elmúlt 3 évben, illetve az *elmúlt 1 évben járóbetegként vagy kórházban*. Tekintettel arra, hogy az életesemények és a betegségek egymást kölcsönösen befolyásoló hatását nem tudjuk teljes mértékben szétválasztani, törekedtem arra, hogy a betegségek életeseményekre gyakorolt hatását a lehetőségekhez képest minél jobban kiszűrjem, így a betegségekkel kapcsolatban csak az elmúlt 1 évre vonatkozó adatokat elemeztem.

3 betegségcsoport: a szív- és érrendszeri betegségek, a daganatos betegségek és a pszichiátriai betegségek részletesen is lekérdezésre kerültek. Az egyes alkategóriák alacsony elemszáma miatt azonban csak a szív- és érrendszeri betegségekre vonatkozó részletes elemzések hoztak statisztikailag megbízható eredményeket. Így a továbbiakban a daganatos betegségek és a pszichiátriai betegségek részletes az eredményeitől eltekintek, ezeknek a betegcsoportoknak az összetételére vonatkozó információkat azonban a megbeszélésben felhasználom.

Hasonló megfontolásból néhány betegségcsoport előfordulását együtt tárgyalom. Így végül 10 betegségcsoport elemzésére szorítkozom, amelyek a következők:

1. pszichiátriai betegségek,
2. vesebetegség,
3. cukorbetegség,
4. daganatos betegségek,
5. májbetegség,
6. gyomorfekély, nyombélfekély, más gyomor-, bélrendszeri betegség,
7. reumás típusú, illetve más izom- és csontrendszeri betegség,
8. szívbetegség, agyérbetegség, magas vérnyomás, (részletesen is)
9. allergiás betegség, asztma, más légzőszervi betegség,
10. baleset (közlekedési, üzemi, otthoni).

Végül a betegségekre adott válaszok alapján egy összesített csoportot is létrehoztam: azokat a személyeket, akikkel bármilyen *betegség előfordult* a 10 betegségcsoport közül.

Életminőség

Az életminőség mérésére a Beck Depresszió Kérdőív és a WHO Jólét Index HS2002-ben és HEP2006-ban felvett rövidített változatait használtam fel. A rövidített változatok magyar populáción be lettek mérve, pszichometriai mutatóik: megbízhatóságuk és érvényességük alapján jól használhatónak bizonyultak (Beck A., Beck R., 1972; Rózsa és munkatársai, 2001, 2006).

Kötődés

Tekintettel arra, hogy a vizsgálatban résztvevő személyek a 18 év feletti magyar lakosságból kerültek ki, a korai kötődés mértékére és minőségére csak retrospektív adatok alapján tudtam következtetni. A korai kötődés vizsgálatánál jól használhatónak bizonyult a következő kérdés: „Egyéves kora előtt volt-e tartós távollét a családtól (legalább 1 hónap) kórház, intézet miatt?”. Az epidemiológiai vizsgálatok előnye a nagy vizsgálati minta, míg gyengéje éppen az, hogy egy-egy témát kevés kérdéssel tudunk körbejárni. A korai kötődés összetett jelenségének vizsgálata természetesen nem mérhető egyetlen itemmel, kutatásaimban azonban ez a kérdés jó mérőeszköznek bizonyult. Egy korábbi tanulmányban sikerült összefüggést kimutatni az ilyen módon mért korai kötődés sérülése és a felnőttkori rémálmok előfordulása között (Csóka és munkatársai, 2011), ezért a korai kötődés mérésére ezt a dichotóm változót használtam.

Felnőttkori kötődés

A felnőttkori kötődés mérésére kialakított Bartholomew-féle Kapcsolati Kérdőív (Relationship Scale Questionnaire) 30 tételéből a szerző 17 tételt szánt a 4 felnőttkori kötődési stílus: az *Elkerülő*, a *Bizalmatlan*, az *Aggodalmaskodó* és a *Biztonságos* stílusok mérésére. A kérdőív 304 személlyel végzett magyarországi adaptációja után (Csóka és munkatársai, 2007) a HEP2006 vizsgálatba a 17 tétel további rövidítése került.

Az egymásnak megfeleltetett rövidített és az eredeti faktorok a 304 fős mintában magas, 0,75 feletti korrelációkat mutattak. A rövidített faktorok függetlenségét a

HEP2006 5020 fős mintáján teszteltem, és azt találtam, hogy korrelációik alacsonyak, többségében 0,15 alattiak. Csak az Aggodalmaskodó felnőttkori kötődési stílus mutatott kicsit magasabb korrelációkat a Bizalmatlannal ($r=0,26$) és az Elkerülővel ($r=0,32$). Ezek alapján a rövidített kérdőív faktorait megbízhatónak és érvényesnek fogadtam el, amellyel a továbbiakban megfelelő módon lehetett a felnőttkori kötődési stílusokat mérni. A HEP2006 minta alapján a mediánok felhasználásával létrehoztam a 4 felnőttkori kötődési stílus dichotomizált változóit, és a továbbiakban ezekkel dolgoztam.

Megküzdés

A megküzdés Folkman és Lazarus által kidolgozott (1980), 66 tételes, Ways of coping, magyarul Megküzdési Módkok Preferenciája néven közismertté vált kérdőívének Kopp és Skrabski (1992) által hazai mintára adaptált és lerövidített 22 tételes változata a HS2002 felmérésben is felvételre került. Tekintettel arra, hogy inkább az előzményekre voltam kíváncsi, ezért a 2002-es adatokból indultam ki. A kérdőív előzetes főkomponens-analízise (Rózsa és munkatársai, 2008) alapján kidolgozott 4 faktort: a *Kognitív átstrukturálódást*, a *Feszültségredukciót*, a *Problémaelemzést* és a *Passzív megküzdést* a vizsgált minta mediánértékei alapján alacsony és magas övezetekre bontottam. A későbbiekben az így kialakított dichotóm változók hatását elemeztem az életesemények és a betegségek kapcsolatában.

4.3. AZ ÉLETESEMÉNYEK LEÍRÓ STATISZTIKÁI

Első lépésként bemutatom a HS2002-ben és a HEP2006-ban lekérdezett 27, illetve 16 életesemény magyarországi előfordulási gyakoriságait. Megjegyzendő, hogy a gyakoriságok változásának vizsgálatánál a kor hatásával, vagyis az eltelt 3 évvel nem kellett külön foglalkozni, mert nem csak az utánkövetett személyeket vontam be az elemzésbe (tehát nem ugyanazokat a személyeket vizsgáltam 3 évvel később), hanem a HS2002-es vizsgálat teljes, 12 668 és a HEP2006 teljes, 5020 fős mintáját hasonlítottam össze. Tekintettel azonban arra, hogy a HS2002 az elmúlt 5, míg a HS2006 az elmúlt 3 év életeseményeit mérte fel, mindkét gyakoriságot 1 évre vetítve számítottam ki.

A visszaemlékezés torzító hatásának elemzése érdekében az utánkövetett személyekre kiszámítottam, hogy a mindkét felmérésben szereplő 15 életesemény milyen gyakorisággal fordult elő a 2006 előtti 1, 2, 3, illetve 8 évben. A gyakoriságok 1 évre

vetített átlagértékeinek összetartozó mintás elrendezését *MANOVA*-val, a General Linear Modell Repeated Measures típusa segítségével hasonlítottam össze. Az eltelt idő mint főhatások összehasonlítására *Pillai's Trace-tesztet*, míg a főhatások páronkénti összevetésére *Bonferroni*- és *Sidak*-tesztet használtam.

4.4. SZUBJEKTÍV STRESSZÉRTÉKEK

A HS2002-ben lekérdezett, a vizsgált személyek által 1–10-ig megítélt szubjektív stresszértékek magyarországi átlagértékeit egy összefoglaló táblázatban jelenítettem meg. Az LCU-értékekkel való összevetés érdekében az eredményeket egy 0–100-ig terjedő skálára transzformáltam. A szubjektív stresszértékek mellett megjelenítettem az eredeti Holmes és Rahe-féle 1967-es (Holmes, Rahe, 1967, 216.), valamint a szerzőpáros által újraskálázott 1977-es és 1995-ös (Mille, Rahe, 1997, 282.) LCU-értékeket is.

Összehasonlítottam ezeket a különböző kutatásokból származtatott LCU-súlyokat. Az életesemények súlyosságának szempontjából a HS2002-ben szereplő 27 tételből azt a 22 életeseményt vettem alapul, amely a Rahe-féle kérdőívben is megfeleltethető súllyal szerepelt. Tekintettel arra, hogy a 22 életesemény különböző kérdőívekben mért súlyosságának *abszolút nagysága* nehezen összemérhető, a súlyok *sorrendisége* azonban használható információkat hordoz, összehasonlításukhoz Spearman-féle rangkorrelációs eljárást alkalmaztam.

4.5. ÉLETESEMÉNYEK ÖSSZSTRESSZÉRTÉKE

Az életesemények összstresszértékét többféle módon is kiszámítottam. Az első számításban az *életesemények súlyozott összértékét* használtam, ahol az életeseményeket a Rahe és munkatársai által megadott *1967-es*, *1977-es* és *1995-ös* LCU-értékekkel súlyoztam. Az LCU-értékekhez hasonlóan súlyoztam továbbá az életeseményeket a HS2002-es vizsgálatból nyert szubjektív súlyok átlagértékeivel – méghozzá az 1–10-ig kapott válaszok 0–100-as listára történt transzformáltjaival. Ezeket az átlagértékeket tekinthetjük tudniillik a *2002-es* magyar mintából származtatott LCU-értékeknek.

A Paykel által javasolt szubjektív stresszértékekhez hasonlóan képeztem továbbá az életesemények *egyéni szubjektív értékekkel súlyozott összegét*, azaz itt minden vizsgálati személy összstresszértékét az ő egyéni stresszértékeinek összeadásával nyertem. Vagyis

ebben az esetben, ha két személlyel ugyanazok az életesemények történtek meg, de nem egyformán értékelték ennek súlyosságát, más összstresszértéket kaptak. Természetesen itt is transzformáltam az értékeket a 0–100-as intervallumra.

Végül a súlyrendszereket figyelmen kívül hagyva kiszámítottam a felmérésben felsorolt életesemények közül a vizsgálati személlyel megtörténtek *darabszámát*.

Mindezek után vizsgálat tárgyává tettem azt a hipotézisemet, miszerint hosszú távú stresszkeltő hatásuk elsődlegesen a negatív életeseményeknek van. Ezért minden a fenti módon képzett életesemény-mutatónak létrehoztam egy olyan változatát is, amelyben *csak a negatív életesemények* szerepeltek. Egyértelműen negatív életeseménynek tekintettem a következő 8 életeseményt: elveszítette munkáját; nagyobb baleset vagy betegség; házastárs vagy élettárs halála; külön élt házas- vagy élettársától; közeli barátja meghalt; anyagi helyzet romlása; munkahelyi, üzleti, vállalkozási gondok; hitel(törlesztési) gondjai voltak.

Az összes képzett mutatónak kiszámítottam az 1998–2002-es és a 2003–2005/2006-os felmérésből nyert változatát, kivéve az életesemények *egyéni szubjektív értékekkel súlyozott* összegét. (Mivel az életeseményekkel kapcsolatos érzelmi érintettséget a vizsgálati személyek csak a HS2002-es vizsgálatban jelölték meg, így nem rendelkeztem egyénre szabott súlyokkal mindazokra az életeseményekre, amelyek egy személlyel csak 2002–2005/2006-ban történtek meg, de 1998–2002-ben nem.)

Életesemények és életminőség

Az életesemények különböző összstresszértékének tesztelésére a HS2002-ben 5 évre, míg a HEP2006-ban 3 évre visszamenőleg mért életesemények különböző, összesen 12-féle módon számított életesemény-mutatóinak 1 évre vetített értékeit vettem össze az életminőség mérésére szolgáló WHO Jólét Indexszel, valamint a Beck Depresszió értékekkel. Tekintettel arra, hogy ezek az életesemények darabszámára érzékeny mutatók képzésük természeténél fogva nem normális eloszlásúak, ezért az életesemények és az életminőség-mutatók közötti kapcsolatot Kendall-tau béta-próbával teszteltem.

4.6. A NEGATÍV ÉLETESEMÉNYEK ÉS BETEGSÉGEK KERESZTMETSZETI VIZSGÁLATA

A drog- és alkoholproblémák kiszűrése

Kiszűrtem a mintából azokat a személyeket, akiknek a HS2002-es felmérés szerint *drog- vagy komolyabb alkoholproblémájuk* volt. Erre azért volt szükség, mert ezek az önkárosító magatartások jelentősen befolyásolják a stressz és betegségek kapcsolatát. Ugyanezen okokból definiálja kizáró oknak a DSM-IV is a különböző pszichoszomatikus betegségek osztályozásánál a pszichoaktív szerek használatát.

A drog használatát a „Használt-e élete során valamilyen drogot?” kérdéscsoporttal teszteltem. Amennyiben a válaszadó igennel válaszolt, meg kellett jelölnie, hogy a túlzott mértékű gyógyszer (nyugtató, Coderit, Noxyron); marihuána (vadkender), hasis, „szipu”; máktea (ópium); LSD, speed, ecstasy; heroin; kokain; illetve egyéb drog közül melyiket *próbálta ki*, használja *alkalmanként* vagy *rendszeresen*. Az utánkövetett 4527 személyből így azt a 12 személyt zártam ki, aki valamelyik drogot legalább alkalmanként használta.

A komolyabb alkoholproblémával jellemezhetőek kiszűrését kétféle szempont szerint is meg lehetett közelíteni. Az *ún. kockázati ivók kiszűrésére* alkalmasnak tűnt a „Milyen gyakran iszik egy alkalommal több mint öt (nőknél négy) alkoholtartalmú italt [pl. 5 (4) üveg sört vagy 5 (4) pohár bort, vagy 5 (4) fél deci töményitalt?]" kérdés. Ebben a megközelítésben a 0 – soha, 1 – havonta vagy kevesebbszer, 2 – havonta kétszer-négyszer, 3 – hetente kétszer-háromszor, 4 – hetente négyszer vagy többször válaszlehetőségek közül azokat a személyeket volt érdemes kizárni, akik erre a kérdésre legalább a *havonta kétszer-négyszer* gyakoriságot jelölték be. Az egy alkalommal nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztás káros fiziológiai hatását és betegségnövelő kockázatát emeli ki több nemzetközi vizsgálat is (Van del Wiel és munkatársai, 2001; Rehm és munkatársai, 2003), ezzel szemben a rendszeres kis mennyiségű alkoholfogyasztás kedvező hatásáról számolnak be (Mukamal, 2003).

A másik megközelítés magukat az *alkoholbetegségben szenvedőket* próbálná kiszűrni. Itt egyrészt azokat a személyeket érdemes kiszűrni, akik a 2002 előtti 1 éven belül *alkohol okozta betegség* miatt *kórházban* vagy *járóbetegként* kezelés alatt álltak. Másrészt azokat, akik „Az elmúlt év folyamán milyen gyakran fordult elő, hogy *reggel*

kellett igyon egy italt, hogy elkezdhesse a napját?” kérdésre legalább a „*hetente kétszer-háromszor*” választ adták.

Ez utóbbi szempont a dolgozat kérdésfeltevése szempontjából helyesebb megoldásnak tűnt, így azonban összesen 15 személyt tudtam kizárni, ami jelzi, hogy a kérdésre adott válaszok nem elég megbízhatók. Ez összecseng azokkal a tapasztalatokkal, amelyek szerint az alkoholizmus mérésére használt bizonyos kérdésekre a válaszadók nem válaszolnak őszintén. Az alkoholproblémák *krízisívókat* elkülönítő első szempontja ugyanakkor a korábbi tanulmányok tapasztalatai alapján (Balog, 2006b) megfelelő mérőeszköznek bizonyult a komolyabb alkoholproblémával rendelkezők kiszűrésére, ezért végül mindkét feltételt figyelembe véve alkoholproblémák miatt az utánkövetett 4527 személyből 262 személyt zártam ki.

A drog- és alkoholproblémák miatt így végül az utánkövetett 4527 fős mintából 272 főt szűrtem ki, így ezeknél az elemzéseknél a vizsgálati minta 4255 fő lett.

A negatív életesemények és a betegségek kapcsolata a komorbiditás meghagyásával

Amint azt az életesemények összstresszértékére vonatkozó eredmények a későbbiekben alátámasztják (*1. Eredmények. Életesemények és életminőség*), a negatív életesemények száma a személy által megélt stressz megfelelő mérőeszközének bizonyult. Ezért a betegségekkel való összevetésben csak a negatív életeseményeket használtam fel. A tautológia kiszűrése érdekében azonban kihagytam a vizsgálati személyre vonatkozó betegséget: a *nagyobb baleset vagy betegség* életeseményt. Így végül a megmaradt, a HS2002-es és a HEP2006-os vizsgálatban is felvett 7 negatív életeseményt használtam fel, méghozzá az elmúlt 1, 2, 3 és 8 évre visszamenőleg előfordult életesemények 1 évre vetített értékeivel dolgoztam. A részletes elemzések során több változatot is teszteltem: a negatív életesemények *számát*, a negatív életesemények *2002-es LCU-értékekkel súlyozott összegét*, a csak *társas viszonyokat* érintő negatív életesemények *számát*, a csak *egzisztenciális viszonyokat* érintő negatív életesemények *számát*, végül a negatív életesemények előfordulási gyakoriságából származtatott, mediánok alapján *dichotomizált* változatát.

Tekintettel arra, hogy ezek a változatok mind ugyanazokra a szignifikáns eredményekre vezettek, ezért csak a legutolsó, legkönnyebben interpretálható, dichotomizált változat alapján számított eredményeket közlöm. Ugyanis a folytonos

változóként használt megoldásoknál a logisztikus regresszióban $\text{Exp}(B)$ -vel jelölt – a 7 életeseményhez viszonyítva – 1 életeseménnyel magasabb érték esélynövelő hatása kevésbé kézenfekvően értelmezhető és hasonlítható össze más kutatások esetleg nagyobb életesemény-repertoárt használó elemzéseivel. Ezzel szemben az életesemények alacsony számához viszonyított magas értékek esélynövelő hatása beszédesebbnek tűnik. A mediánokkal történő dichotomizálás a vizsgált negatív életesemények alacsony száma miatt az elmúlt 1, 2 és 3 évre vonatkozóan azokat a személyeket választotta szét, akikkel nem történt negatív életesemény, azoktól, akikkel legalább 1 történt, míg az elmúlt 8 évre a legfeljebb 1 negatív életeseményt átélteket a legalább 2-t átéltektől.

A betegségcsoportoknál azokat a személyeket vizsgáltam, akik az elmúlt 1 év során betegek voltak (járóbetegként vagy kórházban kezelték őket). A betegcsoportokkal való összehasonlítás érdekében *kontrollcsoportként* minden esetben azokat a személyeket válogattam le, akik egyik betegséget sem jelölték meg az elmúlt 1 évre vonatkozóan.

A betegségek 2006-hoz képest 1 éven belüli előfordulásait a fent leírt módon 1, 2, 3 és 8 éven belül megtörtént negatív életesemények *alacsony*, illetve *magas értékeivel* vettem össze. A kapcsolatot logisztikus regresszióval teszteltem, ahol a függő változó az adott *betegség előfordulásának dichotóm változója* volt. A logisztikus regresszió számításakor *a nemmel, a korrall, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás* érdekében minden esetben először ezeket a változókat, majd végül a megtörtént negatív életesemények dichotomizált változóját vontam be a modellbe. Az eredmények bemutatásánál csak a kontrollálás után megmaradt, az életesemények magas számának alacsonyhoz viszonyított esélyhányadosait és szignifikanciájukat jelenítettem meg.

Az elmúlt 1, 2, 3 és 8 évben megtörtént negatív életesemények és az előzőekben leírt 10 betegségcsoport (valamint a szív- és érrendszeri betegségek részletes adatai), illetve az összes betegség közötti kapcsolatot vizsgáltam.

Betegségek komorbiditása

Számos módszertani problémát vet fel a betegségek együtt járásának hatása. Ezért a komorbiditások megjelenítésére kiszámítottam, hogy egy-egy betegség előfordulásának

hány százalékában fordul elő más betegség is. Az adatokat itt is a betegségek 2006-hoz képest 1 éven belüli előfordulásai szolgáltatták.

A negatív életesemények és a betegségek kapcsolata a kormorbiditás kiszűrésével

Az elmúlt 1, 2, 3 és 8 évben megtörtént negatív életesemények és az előzőekben leírt 10 betegségcsoport (valamint a szív- és érrendszeri betegségek részletes adatai) közötti kapcsolatot a kormorbiditások kiszűrésével is megvizsgáltam.

A betegségek 2006-hoz képest 1 éven belüli előfordulásait az előzőkkel megegyezően az 1, 2, 3 és 8 éven belül megtörtént negatív életesemények *alacsony*, illetve *magas értékeivel* vettem össze. Ebben az esetben azonban a *nem*, a *kor*, a *végzettség* és a *szocioökonómiai státus* után az egyéb betegségekkel való kontrollálás érdekében *az adott betegségen kívül más betegséggel kezelték-e* általam képzett változóját szerepeltettem a logisztikus regresszióban. Utoljára megint a megtörtént *negatív életesemények* dichotomizált változóját vontam be a modellbe. Ezekben az esetekben az egyes betegcsoportokkal szemben az egyéb szűrőfeltételek után megmaradt 4255 fős minta többi vizsgálati személye volt a kontrollcsoport.

Az eredmények bemutatásánál itt is csak a kontrollálás után megmaradt, az életesemények magas számának alacsonyhoz viszonyított esélyhányadosait és szignifikanciájukat jelenítettem meg.

4.7. A KORAI KÖTŐDÉS HATÁSA

A korai kötődés hatásának tesztelésére az előzőekben leírt kérdést használtam, vagyis hogy 1 éves kora előtt volt-e tartós távolléte a családtól (legalább 1 hónap) kórház, intézet miatt. Azt vizsgáltam, hogy a negatív életesemény okozta stressz és a már vizsgált *krónikus betegségek*, illetve az *összes betegség* kapcsolatát befolyásolja-e a *korai kötődés sérülése*. Ennek érdekében az életesemények és a betegség kapcsolatának vizsgálatánál leírt logisztikus regressziókba utolsó független változóként bevontam a korai kötődés mutatóját.

4.8. A FELNŐTTKORI KÖTŐDÉS HATÁSA

A felnőttkori kötődés közvetítő szerepének tesztelésekor hasonló módon jártam el. Az életesemények és a vizsgált *krónikus betegségek*, illetve az *összes betegség*

kapcsolatának vizsgálatánál leírt logisztikus regressziókba utolsó független változóként bevontam az előzőkben leírt *Elkerülő*, *Bizalmatlan*, *Aggodalmaskodó* és *Biztonságos* felnőttkori kötődési stílusok dichotomizált változóit.

4.9. A MEGKÜZDÉS SZEREPE

Végül ugyanilyen módon teszteltem a megküzdés közvetítő szerepét is. Ez esetben a *Kognitív átstrukturálódást*, a *Feszültségredukciót*, a *Problémaelemzést* és a *Passzív megküzdést* külön-külön vontam be utolsó változóként az életesemények és a betegségeket vizsgáló logisztikus regressziókba.

5. EREDMÉNYEK

5.1. AZ ÉLETESEMÉNYEK LEÍRÓ STATISZTIKÁI

Az életesemények előfordulási gyakoriságának szubjektív megítélése

A különböző életesemények magyarországi előfordulási gyakoriságait a 2. táblázatban foglaltam össze. Az 1998–2002-ig tartó 5 év, valamint a 2003–2005/2006-ig tartó 3 év életeseményeinek 1 évre vetített átlagértékeit össze tudjuk hasonlítani. Bár a különböző időszak alapján számított átlagértékek összehasonlítása módszertani szempontból nem teljesen pontos, mindenképpen jelzésértékű. Megjegyzendő továbbá, hogy ezek az értékek a vizsgálati személyek szubjektív, visszaemlékezés által befolyásolt értékei.

Láthatjuk, hogy 1998 és 2002 között a leggyakrabban, 7%-kal magasabb arányban előforduló életesemények: a közeli hozzátartozó egészségének romlása, a lényeges változás a munkakörülményekben, az anyagi helyzet romlása, valamint a közeli hozzátartozó (nem házastárs) halála, míg az egyébként egyik legsúlyosabbnak tartott életesemény, a spontán vetélés vagy abortusz előfordulási gyakorisága a legalacsonyabb, 0,55%-os. Az általam a későbbiekben részletesen tanulmányozott nagyobb baleset vagy betegség majdnem 4%-ban fordult elő ebben az időszakban a magyar populációban.

A két időszak összehasonlításánál arra a 15 életeseményre kellett szorítkozzak, amelyek mind a két felmérésben szerepeltek. A legdrasztikusabb, több mint 60%-os csökkenést a politikai és vallási nézetekben történt változások mutatták. Több mint 40%-ban csökkentek továbbá a *házasságkötés*, az *anyagi helyzet javulása* és a *nagy dolgot ért el* életesemények. 37%-os csökkenést mutatott a *terhesség és gyermekáldás* életesemény a két időszak között. Enyhe, 13, illetve 19%-os növekedést mutattak a *munka elvesztésének* és a *nagyobb baleset vagy betegség* előfordulásának szubjektív megítélései. A legerőteljesebben, több mint kétszeresére nőtt a *közeli barát halálának* gyakorisága. Az *anyagi helyzet romlása* 12%-kal, míg az *anyagi helyzet javulása* 44%-kal csökkent.

Az 1998–2002-es és a 2003–2005/2006-os időszakot összehasonlítva láthatjuk, hogy növekedés csak a negatív életeseményeknél mutatkozik. Összességében a csökkenő

tendenciát mutató életesemények kicsit többen voltak, találtam azonban olyan életeseményeket is, amelyek gyakorisága a két időszak között nőtt.

2. táblázat. A különböző életesemények 1998–2002, valamint 2003–2005/2006 időszakra vonatkozó előfordulási gyakoriságai 1 évre vetítve

Életesemények	Százalékos előfordulás átlagosan 1 év alatt	
	1998–2002	2003–2005/2006
Belegség, halál, születés		
Spontán vetélés vagy abortusz	0,55	–
Terhesség, gyermekáldás	2,95	1,86
Nagyobb baleset vagy betegség	3,56	4,24
Házastárs vagy élettárs halála	0,90	0,89
Házastárs vagy élettárs súlyos betegsége	–	1,78
Közeli hozzátartozó egészségének romlása	7,30	–
Közeli hozzátartozó (nem házastárs) halála	7,03	–
Közeli barátja meghalt	2,10	4,32
Társas kapcsolatok		
Válás	0,64	–
Házastárs vagy élettárs elköltözése	0,94	–
Külön élt házas- vagy élettársától	0,84	0,87
Házasságkötés	1,42	0,77
Változás következett be a házas- vagy élettársával való kapcsolatában	1,86	–
Gyermeke elköltözött otthonról	2,13	–
Új, közeli, személyes kapcsolata alakult ki	4,51	–
Anyagi helyzet		
Anyagi helyzet romlása	7,11	6,21
Anyagi helyzet javulása	5,29	2,94
Személyes tulajdonának elvesztése vagy károsodása	2,00	–
Hitel(törlesztési) gondjai voltak	1,99	1,69
Munka		
Elveszítette munkáját	2,90	3,27
Nyugdíjba vonult	1,94	–
Munkahelyi, üzleti, vállalkozási gondok	2,74	1,74
Iskolát vagy munkahelyet változtatott	3,66	2,54
Lényeges változás történt a munkakörülményeiben	7,30	–
Belső változás		
Nagy jelentőségű döntést hozott jövőjére vonatkozóan	5,36	–
Nagy dolgot ért el	4,29	2,39
Politikai nézetében változás történt	1,72	0,65
Vallási nézeteiben változás történt	0,66	0,23
N	12668	5020

A visszaemlékezés torzító hatása

A visszaemlékezés torzító hatásának elemzésére a HS2002-es és HEP2006-os vizsgálatban felmért életesemények 2006 előtti 1, 2, 3, illetve 8 évben való előfordulási gyakoriságait a 3. táblázatban jelenítettem meg. Arra voltam kíváncsi, hogy a visszaemlékezés mennyiben torzítja az életesemények felidézési gyakoriságát.

Természetesen nem lehet különválasztani a visszaemlékezés torzító hatását attól, hogy bizonyos életesemények ténylegesen ritkábban fordultak elő. Az 1998–2002 és a 2003–2005/2006 közötti időszak *2. táblázatban* megjelenített összehasonlítása azonban alátámasztja, hogy a vizsgált életesemények összességét tekintve nincs egyértelmű csökkenés vagy növekedés.

Érdeemes tehát a 2006 előtti 1, 2, 3, illetve 8 év alatt előforduló életesemények 1 évre vetített átlagértékeit a *2. táblázat* tendenciáival együtt vizsgálni. A *közeli barát halálának* gyakorisága a 4 időintervallumban csökken, de ez adódhat az életesemény gyakoriságának tényleges csökkenéséből. Hasonló a helyzet az *elveszítette munkáját* életeseménynél. Másrészről találunk azonban például az *iskola vagy munkahely változtatásánál*, ahol a 2003–2005/2006-os időszakban alacsonyabb gyakoriságot állapítottunk meg, évekre bontva átlagosan mégis egyre kevesebb ilyen életeseményre emlékeztek a vizsgálati személyek. Ugyanez a helyzet a *munkahelyi, üzleti, vállalkozási gondokkal*, valamint a *nagy dolgot ért el* életeseménnyel, míg találunk néhány olyan tételt, amelyek átlagai a négy időintervallumban hullámzó gyakoriságot mutatnak.

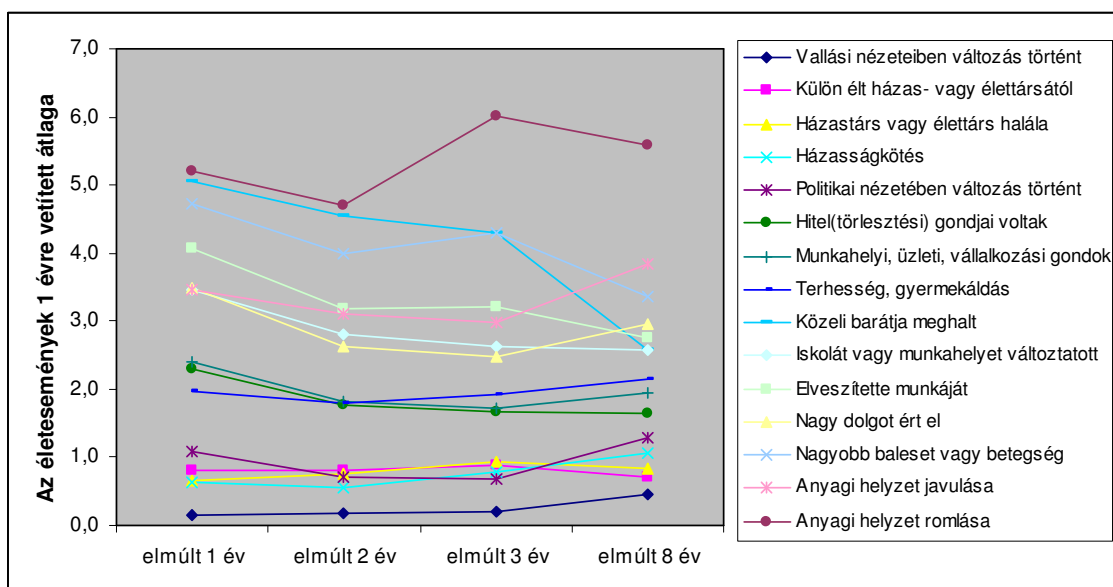
3. táblázat. A 2006 előtti 1, 2, 3, illetve 8 év alatt előforduló életesemények 1 évre vetített átlagértékei

Életesemények	Százalékos előfordulás 1 évre vetítve a 2006 előtti			
	1 évben	2 évben	3 évben	8 évben
Belegség, halál, születés				
Terhesség, gyermekáldás	1,98	1,80	1,93	2,14
Nagyobb baleset vagy betegség	4,71	4,00	4,29	3,36
Házastárs vagy élettárs halála	0,67	0,77	0,94	0,82
Közeli barátja meghalt	5,05	4,56	4,30	2,58
Társas kapcsolatok				
Külön élt házas- vagy élettársától	0,80	0,81	0,88	0,70
Házasságkötés	0,64	0,57	0,78	1,05
Anyagi helyzet				
Anyagi helyzet romlása	5,21	4,71	6,02	5,59
Anyagi helyzet javulása	3,45	3,12	2,98	3,85
Hitel(törlesztési) gondjai voltak	2,30	1,77	1,66	1,65
Munka				
Elveszítette munkáját	4,07	3,20	3,22	2,75
Munkahelyi, üzleti, vállalkozási gondok	2,40	1,82	1,71	1,95
Iskolát vagy munkahelyet változtatott	3,47	2,81	2,64	2,59
Belső változás				
Nagy dolgot ért el	3,48	2,62	2,47	2,96
Politikai nézetében változás történt	1,09	0,71	0,67	1,30
Vallási nézeteiben változás történt	0,16	0,18	0,21	0,47

N

4527

A 4 időszak összehasonlítására elvégzett MANOVA (General Linear Modell Repeated Measures) Pillai's Trace-tesztje szignifikáns ($F=7,604$; $p=0,004$) különbséget mutatott az időszakok között. A főhatások páronkénti összehasonlítására elvégzett Bonferroni- és Sidak-tesztje is csak az 1 és a 2 évre való visszaemlékezés között talált szignifikáns (mindkét esetben $p=0,001$) különbséget. A különböző életesemények előfordulási gyakoriságának kiszűrése után tehát az 1 és a 2 évre való visszaemlékezés között találtunk csökkenő gyakoriságot. A különböző életesemények gyakoriságainak grafikus megjelenítését a 3. ábra mutatja.



3. ábra. A 2006 előtti 1, 2, 3, illetve 8 év alatt előforduló életesemények 1 évre vetített átlagértékei

5.2. SZUBJEKTÍV STRESSZÉRTÉKEK

A HS2002-ben vizsgált életesemények vizsgálati személyek által 1–10-ig megítélt stresszértékeinek 0–100-as skálára transzformált értékei megfelelő alapot adtak annak elemzésére, hogy a magyar lakosság a különböző életeseményeket milyen súlyosnak ítéli meg, mind pedig ahhoz, hogy összehasonlítsam ezeket a szubjektív stresszértékeket az eredeti Holmes–Rahe-féle, különböző kutatásokból származó LCU-értékekkel (4. táblázat).

A magyarországi 1998–2002-es mintában a legsúlyosabbnak a spontán vetélést vagy abortuszt jelölték meg, amelyet súlyosságban közvetlenül a házastárs vagy élettárs halála követett. Hasonlóan magas súlyt kaptak a különböző *halállal* vagy *betegséggel* kapcsolatos tételek. A listát az *egzisztenciális helyzettel* kapcsolatos életesemények követték: a személyes tulajdon, illetve a munka elvesztése, az anyagi helyzet romlása és

a hiteltörlesztési, munkahelyi, üzleti, vállalkozási gondok. Azok az életesemények, amelyek a *társas viszonyokban bekövetkezett változásokat* testesítették meg, súlyosságukat tekintve csak a harmadik csoportban foglaltak helyet. Az eredeti 1–10-ig való skálázásban az instrukció szerint az 5-ös jelölte a semlegesnek ítélt életeseményt, amely a transzformálás után az 55,6-es értéket vette fel. Így a 4. táblázatban az 55,6-nál kisebb szubjektív értéket kapott tételek jelölik a pozitívnak ítélt életeseményeket. A legpozitívabb életeseménynek a *terhesség, gyermekáldást* tartották. Ezt követte sorrendben a *házasságkötés, az új, közeli, személyes kapcsolat kialakulása, a nagy dolog elérése és az anyagi helyzet javulása*.

A 4. táblázat tartalmazza a magyarországi felmérésben vizsgált különböző életesemények szubjektív értékelésének szórásait is, amelyből az állapítható meg, hogy bár a közepen elhelyezkedő tételek szórása kicsit magasabb, nagy eltérések nem mutatkoznak sem a pozitív, sem a negatív megítélés alá került tételeknél.

4. táblázat. A HS2002-ben mért szubjektív stresszértékek és a Holmes–Rahe-féle, különböző kutatásokból származó LCU-értékek összehasonlítása

Életesemények	Szubjektív stressz- érték 0–100-ra transzformálva		Holmes–Rahe- féle LCU-értékek (0–100) 1967	Holmes–Rahe- féle LCU-értékek 1977	Holmes–Rahe- féle LCU-értékek 1995
	átlag	szórás			
Spontán vetélés vagy abortusz	90,9	21,25			
Házastárs vagy élettárs halála	90,8	26,41	100	119	119
Közeli hozzátartozó (nem házastárs) halála	89,5	23,10	63	73	73
Nagyobb baleset vagy betegség	88,2	20,60	53	42	77
Közeli barátja meghalt	88,1	22,84	37	46	70
Közeli hozzátartozó egészségének romlása	88,0	21,81	44	52	56
Személyes tulajdonának elvesztése vagy károsodása	87,5	21,17			
Elvesztette munkáját	84,7	25,14	47	64	79
Anyagi helyzet romlása	83,6	21,99			
Hitel(törlesztési) gondjai voltak	83,4	21,91	30	57	61
Munkahelyi, üzleti, vállalkozási gondok	77,0	23,10	38	48	56
Külön élt házas- vagy élettársától	74,5	32,17	65	52	79
Válás	73,0	33,92	73	62	98
Házastárs vagy élettárs elköltözése	72,9	34,42	65	52	79
Gyermeke elköltözött otthonról	63,0	33,87	29	29	44
Politikai nézetében változás történt	59,2	30,48	18	28	27
Nyugdíjba vonult	57,2	39,64	45	49	54
Változás következett be a házas- vagy élettársával való kapcsolatában	55,9	40,54	35	34	51
Lényeges változás történt a munkakörülményeiben	51,1	38,30	36	38	51
Vallási nézeteiben változás történt	45,6	31,16	19	29	22
Iskolát vagy munkahelyet változtatott	35,8	34,46	20	28	35
Anyagi helyzet javulása	34,7	26,86	39	38	62
Nagy jelentőségű döntést hozott jövőjére vonatkozóan	24,1	30,42			
Nagy dolgot ért el	20,4	26,24	28	33	37
Új, közeli, személyes kapcsolata alakult ki	19,8	26,83			
Házasságkötés	11,4	26,92	50	50	50
Terhesség, gyermekáldás	8,7	25,77	40	60	66

A Holmes–Rahe-féle, különböző vizsgálatok alapján kialakított LCU-értékek *abszolút nagysága* nehezen összemérhető a magyarországi mintából vett szubjektív stresszértékekkel. A HS2002-ben tudniillik a vizsgálati személyeknek azt kellett megítélniük, hogy a velük megtörtént életesemények mennyire érintették őket érzelmiileg negatívan, illetve pozitívan, míg a Holmes–Rahe-féle LCU-értékek kialakításánál a házasságkötés rögzített 50-es értékéhez képest kellett megítélniük, hogy az egyes életesemények mennyire befolyásolták az életüket.

Az életesemények *sorrendiségében mutatkozó különbségek* azonban jól értelmezhetők. A HS2002-es szubjektív stresszértékek és a különböző vizsgálatok alapján kialakított LCU-értékek között két nagy különbség fedezhető fel. A magyarországi mintában a *házas- vagy élettárs különélése, elköltözése*, illetve a *válás* súlyosságát tekintve lényegesen *hátrébb került*, mint a Holmes–Rahe-féle mintákban. Ugyanez mondható el a *házasságkötésről*, valamint a *terhesség, gyermekáldás* életeseményekről, amelyek a magyarországi mintában sokkal *inkább pozitív*, mintsem közepes súlyosságú vagy semleges életeseménynek minősültek.

A magyarországi mintából származó szubjektív stresszértékek és a 3 különböző vizsgálatból származó Holmes–Rahe-féle LCU-értékek sorrendjének összehasonlítására alkalmazott Spearman-korreláció azt mutatja, hogy mind a 4 minta mutat hasonlóságot.

5. táblázat. A HS2002-ben mért szubjektív stresszértékek és a Holmes–Rahe-féle, különböző kutatásokból származó LCU-értékek összehasonlítása a Spearman-féle rangkorrelációs eljárással

	LCU-érték, 1967 (Rahe)		LCU-érték, 1977 (Rahe)		LCU-érték, 1995 (Miller, Rahe)	
	rho (p)	szign. (p)	rho (p)	szign. (p)	rho (p)	szign. (p)
Szubjektív stresszérték, 2002 (HS2002)	0,46	0,031	0,51	0,016	0,61	0,002
LCU-érték 1967 (Rahe)			0,81	0,000	0,87	0,000
LCU-érték, 1977 (Rahe)					0,82	0,000

A részletes adatokat elemezve megállapítható, hogy a hasonló módszerrel kidolgozott LCU-értékek jobban hasonlítanak egymásra, mint a HS2002-es mintából származó szubjektív stresszértékekre. Ugyanakkor az is megfigyelhető, hogy az 1998–2002-es időszakra vonatkozó magyarországi minta az időben legközelebbi, 1995-ös LCU-értékekhez hasonlít leginkább, míg az időben legtávolabbi 1967-es értékekre a legkevésbé.

5.3. ÉLETESEMÉNYEK ÉS ÉLETMINŐSÉG

Az életesemények különböző össztstresszértékének tesztelésére a HS2002-ben 5 évre, míg a HEP2006-ban 3 évre visszamenőleg mért életesemények különböző módon számított életesemény-mutatóinak 1 évre vetített értékét vettem össze az életminőség mérésére szolgáló WHO Jóllet Indexszel, valamint a Beck Depresszió értékekkel (6. táblázat).

6. táblázat. A különböző módon számított életesemény-mutatók kapcsolata a BDI-vel és a WHO Jóllet Indexszel 1998–2002-ben és 2003–2005/2006-ban (Minden megjelenített korrelációs koefficiens $p < 0,001$ szinten szignifikáns; NS=nem szignifikáns)

Életesemény-mutatók 1 évre vetített átlagai	1998–2002		2003–2005/2006	
	BDI	WHO	BDI	WHO
	Korrelációs koefficiens (Kenadall-tau b)			
Életesemények súlyozva (1967-es súlyok)	0,05	NS	0,07	–0,05
Életesemények súlyozva (1977-es súlyok)	0,04	NS	0,06	–0,04
Életesemények súlyozva (1995-ös súlyok)	0,05	NS	0,06	–0,04
Életesemények súlyozva szubjektív értékek átlagával (2002-es súlyok)	0,17	–0,09	0,13	–0,09
Életesemények súlyozva egyéni szubjektív értékekkel (2002-es súlyok)	0,19	–0,12	–	–
Életesemények száma	0,07	NS	0,09	–0,06
Negatív életesemények súlyozva (1967-es súlyok)	0,19	–0,12	0,14	–0,13
Negatív életesemények súlyozva (1977-es súlyok)	0,17	–0,11	0,12	–0,12
Negatív életesemények súlyozva (1995-ös súlyok)	0,18	–0,12	0,12	–0,12
Negatív életesemények súlyozva szubjektív értékek átlagával (2002-es súlyok)	0,23	–0,16	0,17	–0,15
Negatív életesemények súlyozva egyéni szubjektív értékekkel (2002-es súlyok)	0,23	–0,17	–	–
Negatív életesemények száma	0,24	–0,16	0,17	–0,14

Előzetes elvárásomnak megfelelően az életesemény-mutatók a BDI-vel pozitív, míg a WHO Jóllet Indexszel negatív kapcsolatban álltak. A táblázatból kiolvasható legfontosabb eredmény, hogy az *összes életeseménnyel* számoló mutatók rendre gyengébb kapcsolatokat mutattak az életminőség-mutatókkal, mint a *csak negatív életeseményeket* beszámítók. Látható továbbá, hogy a más módszerrel és *régebbi mintákból*, 1967-ből, 1977-ből és 1995-ből nyert LCU-értékekkel számított életesemény-mutatók kevésbé jártak együtt a BDI-vel és a WHO Jóllet Indexszel, mint a *2002-es minta* alapján nyertek. Bár a 2002-es – HS2002-ből nyert – LCU-értékekkel, valamint az egyéni értékelésekből származó szubjektív értékekkel mért mutatók az összes életeseményre vonatkozóan is megfelelő összefüggést mutattak az életminőség-mutatókkal, a csak negatív életeseményeket figyelembe vevő változataik azonban itt is erősebbnek bizonyultak.

Az eredményekből egyértelműen látszik, hogy a legerősebb kapcsolatokat 3 olyan mutató szolgáltatta, amely csak a negatív életeseményeket vette figyelembe: a 2002-es LCU-értékekkel számított, a 2002-es egyéni értékeket figyelembe vevő és az életesemények egyszerű darabszámát tartalmazó mutatók.

5.4. A NEGATÍV ÉLETESEMÉNYEK ÉS BETEGSÉGEK KERESZTMETSZETI VIZSGÁLATA

A negatív életesemények és a betegségek kapcsolata a komorbiditás meghagyásával

A különböző *betegségek* 2006-hoz képest 1 éven belüli előfordulásainak és az 1, 2, 3 és 8 éven belül megtörtént *negatív életesemények* alacsony, illetve magas értékeinek kapcsolatát – minden betegségcsoportra külön-külön – logisztikus regressziókkal teszteltem, amelyben a nemmel, a korrallal, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal kontrolláltam az eredményeket. A logisztikus regressziókba utolsó tételként bevont életesemények kontrollálás után megmaradt szignifikanciáit és esélyhányadosait a 7. táblázat tartalmazza.

Az életesemények és a betegségek kapcsolatát megtestesítő 7. táblázat alapján láthatjuk, hogy az elmúlt 3, illetve 8 évben előforduló magasabb számú negatív életesemény minden betegségcsoportra nézve a megbetegedések magasabb számával jár együtt. Az esélyhányadosok 1,4 és 3,3 közötti értékeket vettek fel. A legmagasabb, 3,346-os esélyhányadost a pszichiátriai betegségeknél kaptam. Két betegségcsoportnál, a daganatos megbetegedéseknél és a cukorbetegségnél láthatjuk, hogy csak hosszabb, legalább 2, illetve 3 éves időtávon mért negatív életesemények számával mutattak összefüggést.

Érdemes továbbá megfigyelni, hogy minél hosszabb időtávon mértük a negatív életesemények 1 évre átlagolt értékét, az összefüggés nemhogy csökkent vagy eltűnt volna, hanem annál erősebb lett szinte minden betegségcsoportban.

Végül megvizsgáltam a negatív életesemények logisztikus regresszióval tesztelt kapcsolatát a betegségek összesített mutatójával: a *bármilyen betegséggel*, ahol az esélyhányadosok 1,4 és 1,6 körüli értékeket vettek fel.

7. táblázat. Az életesemények és a betegségek kapcsolatának vizsgálata logisztikus regresszióval, a nemmel, a korrall, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás után, ahol a betegségcsoportok komorbiditása a modellben megengedett. (Betegségcsoportonként a logisztikus regresszióba utolsó tételként bevont negatív életesemények szignifikanciáit és esélyhányasait láthatjuk. A szignifikáns kapcsolatok pirossal vannak megjelölve.)

Betegségcsoportok – több betegségcsoport egyidejű előfordulása megengedett	N	Negatív életesemények alacsony vs. magas száma átlagosan 1 évre az							
		elmúlt 1 évben		elmúlt 2 évben		elmúlt 3 évben		elmúlt 8 évben	
		Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)
Bármilyen betegség	2472	0,000	1,420	0,000	1,397	0,000	1,504	0,000	1,576
Pszichiátriai betegség	242	0,000	2,172	0,000	2,019	0,000	2,727	0,000	3,346
Vesebetegség	153	0,008	1,840	0,006	1,696	0,001	1,794	0,000	2,425
Cukorbetegség	369	0,158	1,337	0,161	1,255	0,011	1,433	0,001	1,606
Daganatos betegség	131	0,066	1,617	0,012	1,716	0,001	1,881	0,000	2,127
Májbetegség	75	0,001	2,646	0,001	2,407	0,000	2,447	0,001	2,278
Gyomorfekély, nyombélfekély, más gyomor-, bélrendszeri betegség	336	0,000	2,008	0,000	1,908	0,000	1,900	0,000	2,508
Reumás típusú, illetve más izom- és csontrendszeri betegség	1057	0,000	1,641	0,000	1,630	0,000	1,859	0,000	1,966
Szívbetegség, agyérbetegség, magas vérnyomás	1495	0,001	1,507	0,000	1,456	0,000	1,488	0,000	1,708
Magas vérnyomás	1230	0,000	1,539	0,003	1,328	0,000	1,380	0,000	1,484
Szívinfarktus	633	0,336	1,146	0,111	1,198	0,004	1,339	0,000	1,624
Agyérbetegség	136	0,524	1,180	0,684	0,914	0,283	1,222	0,030	1,513
Allergiás betegség, asztma, más légzőszervi betegség	507	0,004	1,507	0,003	1,435	0,000	1,672	0,000	1,795
Baleset	220	0,011	1,649	0,000	1,815	0,001	1,667	0,000	1,949
Kontrollcsoport	1783								

Betegségek komorbiditása

A különböző betegségcsoportok és a kontrollcsoport negatív életeseményekkel való kapcsolatának eltéréseinél tapasztalt általános hatás finomabb elemzéséhez elengedhetetlennek tűnt, hogy megvizsgáljam a vizsgált betegségek komorbiditásának mértékét.

A 8. táblázatban jelenítettem meg az arányokat, amelyek jelzik, hogy egyes betegségcsoportok hány százalékában fordult elő más betegség is.

8. táblázat. A vizsgált betegségcsoportok hány százalékában fordult elő egyidejűleg más betegség is

Betegségcsoportok	N	Hány százalékot kezeltek más betegséggel is?
Pszichiátriai betegség	242	81,4
Vesebetegség	153	88,2
Cukorbetegség	369	87,5
Daganatos betegség	131	77,9
Májbetegség	75	81,3
Gyomorfekély, nyombélfekély, más gyomor-, bélrendszeri betegség	336	83,0
Reumás típusú, illetve más izom- és csontrendszeri betegség	1057	76,3
Szívbetegség, agyérbetegség, magas vérnyomás	1495	67,6
Allergiás betegség, asztma, más légzőszervi betegség	507	65,1
Baleset	220	65,0

Azt láthatjuk, hogy a betegségcsoportok közötti komorbiditás igen magas. Némely betegségcsoportnál több mint 85%-ban fordul elő, hogy egy másik betegséggel együtt jelentkezik, de ez az arány mindegyik vizsgált betegségcsoportnál meghaladja a 65%-ot.

A betegségcsoportok ilyen nagyfokú komorbiditása mellett érdemes megvizsgálni a betegségek komorbiditásának részletesebb táblázatát is (1. melléklet, 10. táblázat), amelyből azt láthatjuk, hogy bár minden betegség számos más betegséggel jár együtt, a különböző betegségcsoportokhoz leggyakrabban, több mint 35%-ban társuló betegségek a szív- és érrendszeri betegségek, valamint a reumás típusú, illetve más izom- és csontrendszeri megbetegedések.

A negatív életesemények és a betegségek kapcsolata a komorbiditás kiszűrésével

A különböző betegségek 2006-hoz képest 1 éven belüli előfordulásai és az 1, 2, 3 és 8 éven belül megtörtént negatív életesemények alacsony, illetve magas értékei közötti nemmel, korrallal, végzettséggel és szocioökonómiai státussal kontrollált kapcsolatát úgy is kiszámítottam, hogy utolsó előtti tételként az adott betegségen kívül más betegséggel kezelték-e általam képzett változóját is szerepeltettem a logisztikus regressziókban. A komorbiditások kiszűrése után a logisztikus regressziókba utolsó tételként bevont életesemények szignifikanciáit és esélyhányadosait a 9. táblázata tartalmazza.

Amint látható, a komorbiditások kiszűrés után a pszichiátriai megbetegedések, a májbetegség, a gyomorfekély, nyombélfekély, illetve más gyomor- és bélrendszeri betegség, valamint a reumás típusú, illetve más izom- és csontrendszeri betegség a negatív életesemények megemelkedett számával rövid és hosszú távon továbbra is szignifikáns kapcsolatot mutattak. A vesebetegség, a daganatos megbetegedések, a

szívinfarktus és az allergiás megbetegedések csak hosszabb távon, míg a magasvérnyomás-betegség csak rövid távon, 1 éves időtartamban álltak kapcsolatban a negatív életeseményekkel.

9. táblázat. Az életesemények és a betegségek kapcsolatának vizsgálata logisztikus regresszióval, a nemmel, a korrall, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás után a betegségcsoportok komorbiditásának kiszűrésével. (Betegségcsoportonként a logisztikus regresszióba utolsó tételként bevont negatív életesemények szignifikanciáit és esélyhányasait láthatjuk. A szignifikáns kapcsolatok pirossal vannak megjelölve.)

Betegségcsoportok – egyéb krónikus betegségekkel kontrollálva	N	Negatív életesemények alacsony vs. magas száma átlagosan 1 évre az							
		elmúlt 1 évben		elmúlt 2 évben		elmúlt 3 évben		elmúlt 8 évben	
		Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)
Pszichiátriai betegség	242	0,005	1,610	0,004	1,525	0,000	1,963	0,000	2,440
Vesebetegség	153	0,135	1,379	0,094	1,357	0,087	1,337	0,004	1,643
Cukorbetegség	369	0,396	0,862	0,557	0,922	0,949	1,008	0,791	0,967
Daganatos betegség	131	0,300	1,284	0,117	1,364	0,090	1,363	0,046	1,452
Májbetegség	75	0,010	2,053	0,005	1,995	0,009	1,873	0,059	1,588
Gyomorfekély, nyombélfekély, más gyomor-, bélrendszeri betegség	336	0,000	1,680	0,000	1,581	0,002	1,447	0,000	1,796
Reumás típusú, illetve más izom- és csontrendszeri betegség	1057	0,005	1,351	0,001	1,339	0,000	1,463	0,000	1,519
Szívbetegség, agyérbetegség, magas vérnyomás	1495	0,083	1,205	0,055	1,185	0,036	1,179	0,003	1,268
Magas vérnyomás	1230	0,025	1,275	0,148	1,138	0,097	1,142	0,101	1,144
Szívinfarktus	633	0,847	1,027	0,332	1,113	0,072	1,194	0,002	1,379
Agyérbetegség	136	0,660	1,120	0,576	0,884	0,487	1,138	0,135	1,332
Allergiás betegség, asztma, más légzőszervi betegség	507	0,109	1,231	0,129	1,180	0,006	1,310	0,001	1,414
Baleset	220	0,127	1,325	0,006	1,522	0,066	1,303	0,008	1,475

N=4255

5.5. A KORAI KÖTŐDÉS HATÁSA

A korai kötődés sérülése és vizsgált krónikus betegségek közötti kapcsolatok részletes táblázatát a 2. melléklet 11. táblázata tartalmazza. Az alábbiakban csak a szignifikáns eredményeket emelem ki. A korai kötődés sérülése a daganatos betegségekkel mutatott szignifikáns, 2,1–2,4 esélyhányadossal jellemezhető összefüggést. A korai kötődés sérülésének bevonása a logisztikus regresszióba a negatív életesemények és a krónikus betegségek közötti kapcsolatot némileg gyengítette (2. melléklet, 11. táblázat).

5.6. A FELNŐTTKORI KÖTŐDÉS HATÁSA

A Bartholomew-féle kötődési stílusok és vizsgált krónikus betegségek közötti kapcsolatok részletes táblázatát a 3. melléklet 12–15. táblázatai tartalmazzák. Az alábbiakban csak a szignifikáns eredményeket emelem ki.

A Bartholomew-féle kötődési stílusok *Elkerülő* dimenziója a vizsgált krónikus betegségek közül csak a *vesebetegséggel*, illetve a *gyomorfekély*, *nyombélfekély*, *más gyomor-, bélrendszeri betegséggel* volt, még hozzá negatív kapcsolatban. Ez az összefüggés azonban a negatív életesemények és a felsorolt betegségek kapcsolatát nem befolyásolta (3. melléklet, 12. táblázat).

A *Bizalmatlan* dimenzió számos krónikus betegséggel – a *pszichiátriai betegségekkel*, a *cukorbetegséggel*, a *daganatos betegségekkel*, a *májbetegséggel*, a *reumás típusú, illetve más izom- és csontrendszeri betegséggel*, valamint a *szívbetegségekkel* – pozitív kapcsolatban állt. Ez az összefüggés azonban a negatív életesemények és a felsorolt krónikus betegségek kapcsolatát alapvetően nem befolyásolta (3. melléklet, 13. táblázat).

Az *Aggodalmaskodó* dimenzió a *pszichiátriai betegségekkel* volt pozitív kapcsolatban. Ez az összefüggés azonban a negatív életesemények és a pszichiátriai betegségek kapcsolatát döntően nem befolyásolta (3. melléklet, 14. táblázat).

A *Biztonságos* dimenzió a *szívbetegség*, *agyérbetegség*, *magas vérnyomás betegségekkel* volt, még hozzá negatív kapcsolatban. Ez az összefüggés azonban a negatív életesemények és a betegség kapcsolatát döntően nem befolyásolta (3. melléklet, 15. táblázat).

5.7. A MEGKÜZDÉS SZEREPE

A megküzdési stílusok és vizsgált krónikus betegségek közötti kapcsolatok részletes táblázatát a 4. melléklet 16–19. táblázatai tartalmazzák. Az alábbiakban csak a szignifikáns eredményeket emelem ki.

A megküzdési stílusok *Kognitív átstrukturálódás* dimenziója a vizsgált krónikus betegségek közül csak a *szívbetegség*, az *agyérbetegség* és a *magas vérnyomás betegséggel* volt, még hozzá negatív kapcsolatban. Ez az összefüggés azonban a negatív életesemények és a szívbetegségek kapcsolatát nem befolyásolta (4. melléklet, 16. táblázat).

A *Feszültségredukció* dimenzió a *pszichiátriai betegségekkel* erősebb, a *vesebetegséggel* és a *reumás típusú, illetve más izom- és csontrendszeri betegséggel* gyengébb pozitív kapcsolatban állt. Ez az összefüggés azonban a negatív életesemények és a vesebetegség, valamint a reumás típusú, illetve más izom- és csontrendszeri betegség kapcsolatát nem befolyásolta. A Feszültségredukció modellben való szerepeltetése a negatív életesemények pszichiátriai betegségek vonatkozó esélyhányadosait azonban némileg csökkentette (4. melléklet, 17. táblázat).

A *Problémaelemzés* dimenzió a *pszichiátriai betegségekkel* és a *vesebetegséggel* erősebb, pozitív kapcsolatban állt. Ez az összefüggés azonban a negatív életesemények és a betegségek kapcsolatát döntően nem befolyásolta (4. melléklet, 18. táblázat).

A *Passzív megküzdés* – a májbetegségen és a daganatos betegségeken kívül – *szinte minden krónikus betegséggel* gyenge pozitív kapcsolatban állt, amely azonban a negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatát döntően nem befolyásolta (4. melléklet, 19. táblázat).

6. MEGBESZÉLÉS

6.1. AZ ÉLETESEMÉNYEK LEÍRÓ STATISZTIKÁI

Az életesemények előfordulási gyakoriságának szubjektív megítélése

Tekintettel arra, hogy más-más időtartam alatt előforduló életeseményekre kérdeztünk rá, az életesemények gyakoriságainak összehasonlítása érdekében adatainkat 1 évre vetítettem. Ahogy a korábbiakban már említettem, nem található egyértelmű tendencia arra vonatkozóan, hogy az 1998–2002-es átlagok rendre alacsonyabbak vagy magasabbak lennének, mint a 2002–2005/2006-os értékek, ezért az 1 évre vetített átlagot megfelelő alapnak tartottam akár a két időszak összehasonlításához is.

A *közeli barát halála*, illetve a *nagyobb baleset vagy betegség* előfordulási arányának növekedését érdemes összehasonlítani a valóságos demográfiai adatokkal. Magyarországon a 2002-es időszakot megelőző ezer lakosra jutó évi 13 000 halálesethez képest a 2003–2005-ös időszakban 13 300 haláleset történt, amely enyhe növekedést jelent (KSH 2002, 2007a, 2007b). A betegségek elemzésére több lehetőségünk is adódik. Hozzáférhető adatok állnak rendelkezésünkre például az 1998–2004-es időszak járóbeteg-gyógykezelési eseteinek számáról, amelyek folyamatosan növekedtek. A 100 lakosra jutó esetek száma ezen időszak alatt átlagosan évi 6,6%-kal, míg a két időszak között az összes balesetben bekövetkezett személyi sérülés 10,2%-kal nőtt (KSH, 2007b). Ez indokolhatja azt a jelenséget, hogy a lakosság szubjektív megítélése szerint növekedett a nagyobb baleset vagy betegség és a közeli barát halála életesemények előfordulási aránya. Természetesen nem zárható ki, hogy a lakosság általános hangulati beállítódása befolyásolja az életeseményekre való visszaemlékezést.

A *terhesség és gyermekáldás* 1998–2002 és 2003–2005/2006 közötti csökkenését a hivatalos statisztikai adatok nem támasztják alá, ugyanis mindkét időszakban nagyjából 95 élve születés jutott 10 000 emberre (KSH, 2007b). Amennyiben a magzati veszteségek (magzati halálozások és terhességmegszakítások) 100 elveszülésre jutó 75,2-ről 70,0-re történő csökkenését is mint sikertelen terhességet beszámítjuk, összességében akkor is csak 2,3%-os csökkenés mutatható ki, szemben az életesemény-

listával mért 36,8%-os csökkenéssel (uo.). Bár a statisztikai adatok nem teljesen pontosak, mert az 1998–2002-es időszakból csak 2001-ről és 2002-ről rendelkezünk információval, a KSH és az életesemény-listával mért értékek közötti ilyen nagyságrendű eltérést ez nem indokol.

A *politikai nézetekben történő változás* csökkenő tendenciája utalhat arra, hogy a Magyarországon 1989 óta fennálló többpárti demokratikus rendszer a politikai szavazótáborok tekintetében az 1990-es évek második felétől stabilabb képet mutatott, mint a kialakulás első néhány évében. A politikai váltógazdaság megszilárdulását jelzi az is, hogy míg az 1990-es, 1994-es és 1998-as választások eredményeit összehasonlítva jelentős arányeltolódásokat tapasztalhattunk, addig az 1998-as választásoktól kezdve a pártok közötti szavazati arányok viszonylag állandónak tűntek.

Érdekességnek számít, hogy mind az *anyagi helyzet romlásának*, mind az *anyagi helyzet javulásának* szubjektív megítélése csökkenő tendenciát mutatott. Ugyanakkor látható, hogy az anyagi helyzet romlása csak 13%-ban, míg a javulása 44%-ban csökkent. Tehát a lakosság úgy ítélte meg, hogy összességében romlott az anyagi helyzete, és kevesebben érezték, hogy a két időszak között megváltozott volna anyagi helyzetük, szocioökonómiai státusuk. Az anyagi helyzet két időszak közötti romlását hivatalos statisztikai adatok nem támasztják alá, a nettó reálkereseti indexekből kiindulva (KSH, 2009) a két időszak között a reáljövedelem átlagosan 31%-kal nőtt.

Disszertációmban nem tértem ki külön az életesemények előfordulási gyakoriságának nemi és korosztálybeli különbségeire. A témát egy korábbi, Rózsával készített tanulmányomban (2006) elemezve a nemek között nem találtam jelentős különbségeket, míg a korosztályok közötti összehasonlítás a különböző életszakaszokhoz tartozó életesemények várható előfordulását mutatta. A fiatalabb felnőtteknél (18–39 éves) lényegesen gyakoribb a *gyermekvállalással kapcsolatos* (gyermekáldás, illetve abortusz) életesemények mellett a *nagy jelentőségű döntések*, a *személyes és társas kapcsolatok* kialakítása, valamint az *anyagi helyzet* és a *vallási nézetek* változása. Mind a fiatalabb felnőtteknél, mind a idősebb felnőtteknél (40–59 éves) a *munkahelyi és anyagi gondok*, valamint a *válás* gyakrabban fordulnak elő, mint az *időskorúaknál* (60 éves vagy több). Kifejezetten a idősebb felnőttek korosztályára jellemző a *gyermekük otthonról való elköltözése*. Végül, ahogy várható is volt, az időskorúaknál legjellemzőbb *házastársuk vagy élettársuk halála*. (Megjegyzés: A fent idézett 2006-os, A magyar

népesség életminősége az ezredfordulón című tanulmánykötetben megjelent fejezetemben a korosztályokat a tanulmánykötet többi vizsgálatával való összehasonlítás érdekében eredetileg a *fiatalkorúak*, a *fiatal felnőttek* és az *időskorúak* csoportjára egységesen a 18–44 éves, a 45–64 éves és a 65 vagy afeletti kategóriáiban határoztuk meg. Az itt közölt összehasonlítás a KSH (2007c) által használt *fiatalabb felnőttek*, *idősebb felnőttek* és *időskorúak* 15–39 éves, 40–59 éves és 60 vagy afeletti kategóriáira is elvégzett számításokon alapulnak. A kétféle számítás eredményei hasonlóak voltak, a fő tendenciák megegyeztek.)

A visszaemlékezés torzító hatása

A visszaemlékezés torzító hatásának vizsgálata régóta kutatott módszertani kérdése az életesemény-listák problémakörének. A HS2002-es és HEP2006-os vizsgálatban felmért életesemények 2006 előtti 1, 2, 3, illetve 8 évben való előfordulási gyakoriságainak elemzésében nehéz különválasztani a *visszaemlékezés torzító hatását* attól, hogy bizonyos életesemények *ténylegesen ritkábban fordultak elő*, vagy esetleg az *általános hangulat*, *életszemlélet* pozitív vagy negatív elmozdulása befolyásolja a megítélést, az életeseményekre való visszaemlékezést.

Az 1998–2002-es és 2002–2005/2006-os időszakot összehasonlítva azt láthatjuk, hogy néhány negatív életesemény növekedő tendenciája mellett vannak csökkenő tendenciát mutató tételek, még a negatív életesemények között is, mint a *munkahelyi, üzleti, vállalkozási gondok*, és stagnálók is, mint a *közeli hozzátartozó halála*, vagy a *külön élt házaspár- vagy élettársától*.

A Központi Statisztikai Hivatal által mért adatokkal történt összevetésénél láthattuk, hogy bár a vizsgált életesemények tekintetében történtek elmozdulások, ezek nem olyan nagyságrendűek, amelyek indokolnák az életesemények előfordulási gyakoriságának nagymértékű változását. A különböző életesemények eltérő irányú elmozdulása pedig azt valószínűsíti, hogy itt nem a hangulat vagy az életszemlélet általános változása befolyásolja az emlékezést.

Ezért a HS2002-es és a HEP2006-os vizsgálatban felmért, a 2006 előtti 1, 2, 3, illetve 8 évre vonatkozó életesemény-gyakoriságok összevetése hű képet mutat a visszaemlékezés általános torzító hatásáról. Az egyes életesemények átlagos szintjének MANOVA-val való kiszűrése után azt kaptam, hogy az életeseményekre való

visszaemlékezés döntően az első év után csökken. A 2, 3, illetve 8 évre való visszaemlékezések között nem volt szignifikáns különbség. Ez azt jelenti, hogy az 1 évnél régebbi életesemények egy részére nem emlékezünk. Eredményem összecseng számos, az életesemény kutatásának módszertanával foglalkozó tanulmánnyal. Megerősíti azt az elképzelést, amely alapján Holmes és Rahe is eredeti Életesemény Listájukban 1 évre visszamenőleg vizsgálták az életeseményeket. Paykel és munkatársai (1971, 1976) és Dobson és munkatársai (2005) is úgy ítélték meg, hogy minél régebbi időpontról kell a vizsgálati személyeknek beszámolniuk, annál kevesebbet tudnak felidézni a valóban megtörtént életesemények közül. Jelen eredményem annyival tud hozzájárulni ezekhez az elképzelésekhez, hogy éles határt húz az 1 éven belüli, illetve az annál régebbi életesemények között. Módszertani szempontból az 1 éven belüli életesemények lekérdezése biztosabb alapot nyújt a további elemzésekhez, mint ha csak azt tudnánk, hogy az életesemény valamikor az elmúlt 3 vagy 5 évben történt meg.

Ez a megállapítás az általános populációra, normatív mintára vonatkozik. Abban az esetben, ha betegcsoportot és főképpen, ha pszichiátriai betegségben szenvedők csoportját vizsgáljuk, az elmúlt 1 év életeseményeinek vizsgálata nem elegendő. Itt ugyanis továbbra sem szűrhető ki a büntudat, a depresszió hatása, a paranoid és skizoid látomások, illetve hogy a beteg az életeseményekkel szeretne magyarázatot adni állapotára. Óvatosságra int nemcsak Paykel idevonatkozó kritikája, hanem azok az elemzések is, amelyek kimutatták, hogy a depressziós személyekkel nem feltétlen történik több negatív életesemény, csak többre emlékeznek vissza (Hammen, 2002). A szubjektív torzítás problémáját a hosszabb időtáv – a jelen dolgozatban vizsgált 2, 3, illetve 8 év – sem oldja meg, feltételezhetjük azonban, hogy az általános mintára jellemző, 1 évnél régebbi eseményekre való visszaemlékezés csökkenése itt is tovább torzítja eredményeinket. Tehát, bár a betegségek és az életesemények egymásra hatását nem tudjuk szétválasztani, az utolsó 1 év életeseményeinek vizsgálata tűnik a legfontosabbnak.

6.2. SZUBJEKTÍV STRESSZÉRTÉKEK

A HS2002-es vizsgálatban a legsúlyosabbnak a *betegséggel* és *halállal* kapcsolatos életeseményeket tartották. Első helyen a *spontán vetélés* vagy *abortusz*, valamint a *házastárs* vagy *élettárs halála* szerepelt. Ez összevág Tringer László és Veér András

(1977) eredményeivel, akik az átlagember számára a házastárs, a gyermek vagy a közeli hozzátartozó halálát találták a 3 leginkább stresszkeltő életeseeménynek. Az 1977-es vizsgálatban a magzat elvetélése és a művi vetélés szubjektív stresszértékei, ha nem is az első helyen álltak, de szintén nagyon magas pontértékeket kaptak. A Paykel és munkatársai által közölt amerikai mintában (1975) a vetélés szubjektív stresszértéke még magasabb súlyossági fokot kapott. A Holmes és Rahe vizsgálataiból származó 1967-es, 1977-es és 1995-ös LCU-értékek alapján azt állapíthatjuk meg, hogy a betegséggel és halállal kapcsolatos tételek szintén a legsúlyosabb életeseemények közé tartoztak.

Nem ugyanez a helyzet azonban az életeseemény-lista másik végén elhelyezkedő *terhesség és gyermekáldás* tételével kapcsolatban. Mind a Paykel-féle mintában, mind Holmes és Rahe LCU-értékei alapján ez a tétel a magasan stresszkeltő életeseemények közé tartozik, míg saját mintánkban a legpozitívabb, de Tringer László és Veér András vizsgálatában is az átlagember számára kevésbé stresszkeltő életeseemények közé sorolódott be. Gyanítható tehát, hogy a különböző vizsgálatok módszertani eltérésein túl a terhesség és gyermekáldás kihívásként, mintsem súlyos stresszt okozó életeseeményként való értékelése kultúrspecifikus, a magyar életszemlélet és gondolkodásmód sajátosságának tekinthető.

A HS2002-es és a Holmes és Rahe vizsgálatából származó LCU-értékek összehasonításánál szembeűnő még, hogy a magyar mintában a *házasságkötés* inkább pozitív, mintsem stresszkeltő vagy semlegesnek mondható tételként szerepel, és a *házas- vagy élettárs különélése, elköltözése*, illetve a *válás* súlyosságát tekintve lényegesen *hátrébb került*, mint a Holmes–Rahe-féle mintákban.

Módszertani szempontból érdekességnek számít, hogy az életeseemények szubjektív értékelésének szórásai hasonló mintázatot mutattak a *Tringer László és Veér András* (1977) vizsgálatában tapasztalt értékekhez. Ott 0–7-ig, míg esetünkben 1–10-ig kellett megítélni az életeseemények szubjektív hatását. Egyetértésben Tringer és Veér értelmezésével úgy tűnik, hogy a Paykel és munkatársai (1975) vizsgálatában az alacsony stresszértékű életeseeményeknél tapasztalható extrém mértékű szórás valóban a túl széles 0–20-ig terjedő skálázás eredménye volt.

A magyarországi mintából származó szubjektív stresszértékek és a 3 különböző vizsgálatból származó Holmes–Rahe-féle LCU-értékek sorrendjének összehasonlítása

azt az eredményt mutatta, miszerint az LCU-értékek jobban hasonlítanak egymásra, mint a szubjektív stresszértékekre. Valószínűsíthetően ez abból adódik, hogy az LCU-értékeket nemcsak más módszerrel, hanem más kultúrkörnyezetben és más időpontban vették fel. Az időpont szerepének fontosságát támasztotta alá, hogy az 1998–2002-ben mért szubjektív stresszértékek leginkább az időben legközelebbi 1995-ös értékekre hasonlítottak, míg legkevésbé az időben legtávolabbi 1967-es értékekre. Ez arra hívja fel a figyelmet, hogy amennyiben az életeseményekhez olyan súlyokat szeretnénk rendelni, amelyeket az összes vizsgálati személyre vonatkoztatunk, körültekintően kell eljárunk. Az ilyen súlyrendszerek rendkívül érzékenyek mutatkoznak az adott időpont és kulturális berendezkedés által meghatározott társadalmi értékeknek, normáknak, elvárásoknak.

6.3. ÉLETESEMÉNYEK ÉS ÉLETMINŐSÉG

Az életesemények 12 különböző módon számított mutatóját több szempontból is érdemes volt összevetni az életminőség mérésére szolgáló BDI-vel és a WHO Jólét Indexszel.

Bizonyítani szerettem volna azt a Holmes–Rahe-féle elképzeléssel ellentétes, de a kurrens szakirodalomban népszerűvé vált elképzelést, miszerint csak a negatív életesemények okoznak hosszú távon életminőség-romlást. Az eredeti Holmes–Rahe-féle elképzelés szerint ugyanis minden olyan életesemény – lehet az negatív vagy pozitív –, amely a személy életében alapvető változást okoz, alkalmazkodást igényel, és így megnöveli a stresszszintet. Ezzel ellentétben a kognitív irányultságú szerzők különös hangsúlyt fektetnek a helyzet és a rendelkezésre álló erőforrások értékelésére, amelyek következtében a pozitívnak és tervezhetőnek, kontrollálhatónak tartott életeseményeket inkább kihívásként, mintsem stressznövelő, hosszú távon életminőséget rontó hatású történéseknek tartják. Az életminőségre érzékeny BDI-vel és a WHO Jólét Indexszel elvégzett statisztikai elemzések megmutatták, hogy hosszú távon valóban jelentős életminőség-romlást a negatív életesemények okoznak. Bár az összes életesemény figyelembevételével képzett 2002-es mutatók is jól korreláltak az életminőség-mutatókkal, a pozitív vagy semleges életesemények az egyébként valószínűleg a vizsgálati személyek által alacsonyra értékelt stresszhatását elhagyva erősebb kapcsolatokat találtunk, amely továbbra is a negatív életesemények hosszú távú

stresszkeltő hatását támasztja alá. Meg kell említeni, hogy a jelen értelmezésben hallgatólagosan felhasználtam egy olyan korábbi eredményt (Szabó, 2008), amely a követéses vizsgálatra alapuló keresztkorrelációs elrendezés segítségével bizonyítékul szolgál az életesemények és az életminőség-mutatók kapcsolatának ok-okozati irányára. Az elemzés szerint az életminőség romlása 3 éves távlatban nem okoz növekedést a negatív életesemények számában, míg a negatív életesemények megnövekedett száma kimutatható életminőség-romlást okoz.

Vizsgálni szerettem volna továbbá az életeseményekhez kapcsolt súlyok jelentőségét. Tekintettel arra, hogy a súlyrendszerek érzékenyek az adott kulturális környezetre, életszemléletre és értékrendszerre, nem is vártam, hogy az 1967-es, 1977-es vagy 1995-ös súlyokkal kapjuk a legmegbízhatóbb eredményeket. Kézenfekvőbbnek tűnt, hogy a saját vizsgálatból származó szubjektív stresszértékekkel pontosabb képet kapunk. Az eredmények azonban azt támasztották alá, hogy ilyen kevés számú életesemény felhasználásánál a súlyok túl finom beállításai nem eredményeznek megbízhatóbb mutatókat, mint a negatív életesemények egyszerű darabszámával képzett életesemény-mutatók. Az egyéni értékekkel nyert életminőség-mutatók a Paykel által javasolt szubjektív irányvonal további elemzéséhez lennének megfelelőek, de tekintettel arra, hogy ezek 2003–2005/2006-ra vonatkozó értékeivel nem rendelkezünk, a továbbiakban ezt az irány nem tudjuk vizsgálni.

E negatív életesemények egyszerű darabszámával nyert mutatók használata azért is szerencsésebb, mert viszonylag kultúrfüggetlenek, könnyebben összevethetők a különböző kultúrákból és időszakokból nyert elemzésekkel, tudniillik függetlenek a magyarországi súlyrendszertől. A további elemzésekben ezért is támaszkodtam erre az életesemény-mutatóra.

6.4. A NEGATÍV ÉLETESEMÉNYEK ÉS BETEGSÉGEK KERESZTMETSZETI VIZSGÁLATA

A negatív életesemények és a betegségek kapcsolata a komorbiditás meghagyásával

A különböző betegségek 2006-hoz képest 1 éven belüli előfordulásai és az 1, 2, 3, illetve 8 éven belül megtörtént életesemények kapcsolatát vizsgálva azt találtam, hogy bár különböző mértékben, de minden betegségcsoportra nézve szignifikáns pozitív kapcsolat áll fenn.

Az ok-okozat irányára vonatkozó kérdést – vagyis hogy a megemelkedett stresszszint növeli-e a betegség kockázatát vagy a betegség, illetve annak kialakulási folyamata okoz-e több stresszt okozó életeseményt – a jelen vizsgálatból annak ellenére nem tudjuk eldönteni, hogy az életesemények az elmúlt 1, 2, 3, 8 évre vonatkoznak, míg a betegség meglétét csak az elmúlt 1 évre vizsgáltuk. Tudniillik abból, hogy az elmúlt 1 évben kezelés alatt állt, nem tudjuk, hogy mióta beteg, és hogy mikor jelentkeztek először a tünetek. Az ok-okozat irányát még a cukorbetegségnél és a daganatos megbetegedéseknél sem tudjuk eldönteni, ahol az elmúlt 2, illetve 1 év megemelkedett életeseményszáma még nem mutat együtt járást az 1 éven belüli betegséggel. A kézenfekvő értelmezés mellett, miszerint az életesemények okozta stressz csak hosszabb, 2-3 éves távon növeli e betegségek kockázatát, több magyarázat is lehetséges. Először is előfordulhat a fenti megoldás, miszerint a vizsgálati személyt már régóta kezelik, csak mi éppen most kérdeztük meg ezzel kapcsolatban. Ha még sikerülne is kiszűrni azonban azokat a személyeket, akiket régebb óta kezelnek, akkor sem tudnánk az ok-okozat irányára biztos állítást megfogalmazni, hiszen előfordulhat, hogy ezeknek a betegségeknek a kialakulása lassúbb folyamat, és a betegség korai stádiumában akár orvosi értelemben nem jelentkező tünetek okozzák a negatív életesemények megnövekedett számát. Végül nem zárható ki egyik esetben sem, hogy a betegség kialakulása és a negatív életesemények megnövekedett száma egymást kölcsönösen erősítő folyamatok, valamint hogy mindkét tényező egy nem vizsgált 3. változó hatása alatt áll.

Bár a fenti eredmények ismeretében nem lehet eldönteni, hogy melyik interpretáció a helyes, az egyik lehetséges magyarázat, miszerint *a megnövekedett stressz növeli a betegség kockázatát*, egybecseng a stresszkutatás számos korábbi elméletével. Selye János (1956, 1983) stresszkonceptiója különválasztja a stresszre adott, betegségre jellemző specifikus válaszokat egy ún. nonspecifikus generalizált választól. Elmélete szerint a hosszan tartó, krónikus stressz számos betegség kialakulásának kockáztnövelő faktora lehet. Annak alapján, hogy minden betegségcsoportnál szignifikáns összefüggést kaptam, úgy tűnik, hogy a stressz egyfajta generalizált betegségkockázati faktorként működik. Ugyanennek a magyarázatnak találjuk meg a fiziológiai hátterét a pszichoimmunológiai megközelítésben, amely a krónikus stressz egyik legalapvetőbb hatását az immunrendszer kimerülésében látja. Ennek következtében a szervezet

védekezőrendszere legyengül és a személyt sérülékenyebbé teszi számos, a klasszikus pszichoszomatikus kórkép közé tartozó krónikus betegségre. Ebben az elméleti megközelítésben a betegségek összesített mutatójával kapott eredmények szintén azt jelezhetik, hogy a negatív életeseményekben mért krónikus *stressz általánosan növeli minden betegség kockázatát*, főképpen a pszichiátriai betegségekét. Mindemellett a pszichiátriai betegségek esetében kapott magasabb esélyhányadosokat óvatosan kell értelmeznünk, mert éppen ez az a betegségcsoport, amelyik Paykel kutatásai szerint is a visszaemlékezés torzító hatása miatt a legérzékenyebb az életesemények szubjektív megítélésére. Ha a stressz általános betegségekockázat-növelő, sérülékenységet okozó koncepcióját el is fogadjuk, annak a mechanizmusnak a gyökerét, hogy konkrétan milyen betegség alakul ki, máshol kell keressük. Akár a biomedikális szemlélet alapján a testi/fizikai adottságokban, akár analitikus keretben a korai feldolgozatlan traumákban, illetve a korai kötődés sérülésében, akár a pszichoszociális elméleti kereten belül a felnőtt kötődéssel összefüggő társas támogatás hiányában vagy a megküzdési stílusban keressük a konkrét betegségre hajlamosító tényezőket, azt látjuk, hogy a krónikus stressz megléte önmagában nem dönti el, hogy egy-egy konkrét esetben melyik betegség fog kialakulni.

Ha a jelen keresztmetszeti vizsgálati modellel a stressz és a krónikus betegségek ok-okozati viszonyainak nem igazolt, azonban több elméleti megfontolás alapján kézenfekvő megközelítést is fogadjuk el, számolnunk kell egy olyan mechanizmussal, amely nemcsak a krónikus stressz és a betegségek kapcsolatának eredményeit befolyásolja, hanem számos erre vonatkozó elemzés ellentmondásos következtetéseinek is alapját szolgáltathatja. Amikor az előbbieken a negatív életesemények és a krónikus betegségek közötti hatásmechanizmust teszteltük, nem vettük figyelembe a betegségek komorbiditását és ezzel elkerültük annak kérdését, hogy egy kialakult vagy kialakulóban levő betegség is – akár a stresszel együtt, akár a stressz nélkül – növelheti egy másik betegség kockázatát.

Betegségek komorbiditása

Definíció szerint a komorbiditás a vizsgált vagy kezelt primer betegséggel egy időben meglévő, attól független egy vagy több krónikus betegség. A komorbiditás általában növekszik az életkor előrehaladtával, vagyis az idősebb betegeknél gyakoribb. Több

kísérlet is történt az egy időben meglévő betegségek relatív súlyának megállapítására a gyógyulás, a visszaesés vagy a halálozás előrejelzése céljából. Az egyik legismertebb módszer a Charlson-féle komorbiditásindex (Charlson Co-morbidity Index, CCI) alkalmazása, amely a komorbid betegségekben szenvedő betegek egyéves túlélési esélyeinek becslésére szolgál (Charlson és munkatársai, 1987). Charlson és munkatársai egy későbbi tanulmányukban (1994) arra az eredményre jutottak, hogy a komorbiditásindex egy ponttal való növekedése hasonló mértékben növeli a halálozás esélyét, mint az életkor egy évtizeddel való emelkedése.

A vizsgált magyarországi mintán is azt az egyébként ismert eredményt kaptam, hogy a betegcsoportok közötti komorbiditás igen magas. Minden betegcsoportnál az esetek legalább kétharmadában más krónikus betegségek is egyidejűleg fennállnak. Ez a tény önmagában is azt sugallja, hogy a betegségek etiológiai hátterében meghúzódó összefüggések módszertanilag megalapozottabban elemezhetők, ha a szervezetet mint homeosztatisztikus rendszert egyfajta holisztikus szemlélettel vizsgáljuk.

A komorbiditások tapasztalt magas arányának hátterében több lehetséges, egymástól eltérő magyarázat képzelhető el.

A *hagyományos biomedikális* elméleti keretben genetikai vagy szerzett, fiziológiai, szöveti, testi folyamatokat tesznek felelőssé a betegségek kialakulásáért. Ebben a szemléletben a komorbiditások magas foka mögött több tényező is szerepet játszhat. Egyrészt mint *közös okok* felelősek lehetnek a betegségek együtt járásáért olyan öröklött vagy szerzett, fizikai/testi folyamatok, adottságok, amelyek több betegség kialakulásában is egyidejűleg vesznek részt. Másrészt a krónikus degeneratív betegség következtében vagy a szükséges, néha életmentő kezelés mellékhatásaként olyan fiziológiai, testi, szöveti elváltozások jöhetnek létre, amelyek önmaguk is *okozhatnak további betegségeket*.

Egyfajta *pszichoszociális sérülékenységi elmélet* keretében tárgyalva a betegségek komorbiditását, azt a hipotézist fogalmazhatjuk meg, hogy a betegségek mögött olyan közös társas, kapcsolati, szociális tényezők állnak, amelyek megnövelik számos betegség kialakulásának a kockázatát. Ebbe az elméleti keretbe lehet elhelyezni az életeseményeket, amelyek következtében létrejövő krónikus stressz nonspecifikus hatása az immunrendszer legyengülése folytán általános sérülékenységet okoz.

Végül a betegségek komorbiditásának hátterében egy olyan *pszichoszociális önrontó kör* is állhat, amely szerint egy fennálló betegség a megváltozott személyes attitűdök, életszemlélet, társas viszonyok, életlehetőségek, egzisztenciális státus romlása következtében növeli a további betegségek kockázatát.

Természetesen figyelembe kell venni, hogy adataink nem a betegségek kialakulására vonatkoznak, hanem a kezelésre, amely előfeltételezi az orvoshoz fordulást. Az orvoshoz fordulást pedig számos olyan tényező befolyásolja, amelyet jelen vizsgálatban nem tudunk kontrollálni. Azoknál a betegségeknel, amelyeknél a tünetek gyorsan alakulnak ki és fájdalmasak, valószínűleg hamarabb kezdik el a kezelést, mint amelyeknél lassú és kevésbé fájdalmas a betegség kialakulásának korai stádiuma, amely például a cukorbetegsége, valamint számos daganatos betegsége jellemző. Vizsgálatok bizonyítják továbbá, hogy a társas kapcsolatban élők hamarabb kapnak visszajelzést arról, hogy betegek, ezért általában korábban keresnek szakellátást (Susánszky, 2006, 83–84.). Szintén befolyásoló tényező lehet, hogy bizonyos betegségek, mint például a pszichiátriai betegségek, stigmatizáló hatásúak, ezért előfordulhat, hogy ezeknél a betegségeknel a betegség korai stádiumában kevésbé fordulnak orvoshoz.

Mindezek mellett valószínűsíthető, hogy mindhárom folyamat – a *hagyományos biomedikális*, a *pszichoszociális sérülékenysége* és a *pszichoszociális önrontó kör* mechanizmusa – néha egyidejűleg is részt vesz a betegségek észlelt komorbiditásának kialakulásában. Egy-egy betegség típus esetében a hatásmechanizmusok szétválasztására és az etiológiai háttér pontos feltérképezésére nem vállalkozhatunk. A kérdés mélyebb elemzéséhez olyan széles körű, biopszichoszociális szemléletű, a klinikai és a pszichoszociális folyamatokat is nyomon követő vizsgálatok lennének szükségesek, amelyek túlmutatnak a jelen dolgozat keretein.

A negatív életesemények és a betegségek kapcsolata a komorbiditás kiszűrésével

A komorbiditások kiszűrés után a *pszichiátriai megbetegedések*, a *májbetegség*, a *gyomorfekély*, *nyombélfekély*, illetve más *gyomor- és bélrendszeri betegség*, valamint a *reumás típusú*, illetve más *izom- és csontrendszeri betegség* a negatív életesemények megemelkedett számával rövid és hosszú távon továbbra is szignifikáns kapcsolatot mutattak. Bár ezekben a betegségcsoportokban csökkentek az esélyhányadosok, továbbra is szignifikáns kapcsolat mutatkozott az életesemények okozta stressz és a

krónikus betegségek előfordulása között. A komorbiditások kiszűrése után a *vesebetegség*, a *daganatos megbetegedések*, a *szívinfarktus* és az *allergiás megbetegedés* csak hosszabb távon, míg a *magasvérnyomás-betegség* csak rövid távon, 1 éves időtartamban álltak kapcsolatban a negatív életeseményekkel. A *cukorbetegségnek* a megelőző 3–8 éves, míg az *agyérbetegségnek* a megelőző 8 éves időtartamra vonatkozó negatív életesemények okozta stresszel való kapcsolata a komorbiditások figyelembevételével eltűnt. A komorbiditások kiszűrése előtti és utáni eredményeket a továbbiakban a betegségek komorbiditásának előzőkben elemzett mechanizmusaival együtt fogom értelmezni.

A korai kötődés, a felnőttkori kötődés és a megküzdési stílus hatása

Az eredmények szerint úgy tűnik, hogy a korai kötődés sérülése, a felnőttkori kötődés és a megküzdési stílus kapcsolatba hozhatók számos krónikus betegség kockázatával. A keresztmetszeti elrendezés miatt az ok-okozat irányáról előzetes információk nélkül csak óvatosan tudunk nyilatkozni. Tekintetbe kell azonban venni, hogy a *korai kötődés sérülése időben megelőzi* a vizsgált összefüggéseket. Természetesen előfordulhat, hogy a visszaemlékezést az életesemények okozta stressz vagy a betegség megléte befolyásolja, de jelen esetben ez nem valószínű. Szintén figyelembe kell venni, hogy a szakirodalmi adatok alapján mind a *felnőttkori kötődési stílusok*, mind a *megküzdési stílusok stabil mintázatot mutatnak*. Így valószínűsíthető, hogy az eredményekben a korai kötődés sérülésének, a felnőttkori kötődési stílusnak és a megküzdési stílusnak a hatását látjuk a különböző krónikus betegségek kockázatára nézve, és nem fordítva.

A negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatát befolyásoló, általam vizsgált pszichoszociális háttértényezőkről általánosságban megállapítható, hogy a Megküzdés dimenzió közül a *Passzív megküzdés* a legtöbb krónikus betegség kockázatát 1,3–1,6 közötti (a pszichiátriai betegségeknel 2,7 körüli) esélyhányadossal jellemezhetően növeli (4. melléklet, 19. táblázat). Vagyis a *nyugtatók, gyógyszerek szedésének*, illetve az *imádkozásnak* betegségkockázat-növelő hatása van.

Szintén általános betegségkockázat-növelő tényezőnek számít a Felnőttkori kötődési stílusok közül a *Bizalmatlan* típus (esélyhányados: 1,4–1,8, a pszichiátriai betegségeknel 2,3 körül; 3. melléklet, 13. táblázat). Ez azt jelenti, hogy ha valaki számára *kényelmetlen, aggodalommal tölti el, ha túl közel kerül másokhoz*, ezt a típusú

bizalmatlan kötődési stílust a krónikus betegségekre vonatkozóan önálló kockázati tényezőként figyelembe kell venni.

A negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolata

1. Pszichiátriai betegségek

A pszichiátriai betegségek esetében a komorbiditás meghagyásával jelentős, 2,0–3,3-szoros esélyhányadosokat kaptam az elmúlt 1, 2, 3 és 8 év negatív életeseményeire vonatkozóan, de a komorbiditások kiszűrése után is 1,5–2,4-szeres kockázatnövelő hatás maradt. Ez megerősíti Faravelli és munkatársai (2007) pszichiátriai betegek körében végzett részletes epidemiológiai eredményeit, aki 4-szer több életeseményt mutatott ki a betegek utolsó 1 évében. Ő is úgy találta, hogy Brown és Harris (1978) az általuk közölt több mint 6-szoros értékkel túlbecsülték az életesemények jelentőségét. Faravelli igazolta továbbá (uo.), hogy az életesemények megemelkedett száma előzménye és nem következménye a pszichiátriai betegségeknek.

Számtalan kritika érte éppen a pszichiátriai betegek körében végzett felméréseket. A betegcsoportra vonatkozó eredményeket sokszor torzítja az orvoshoz fordulási hajlandóság feltétele, amely a jelen vizsgálatnak is gyengéje. Ugyanakkor Paykel (2003) azokat az epidemiológiai kutatásokat is bírálja, ahol a klinikai diagnózis helyett tünetlistákkal szűrik ki a pszichiátriai betegeket.

Meg kell említeni továbbá, hogy ez az a betegcsoport, ahol a visszaemlékezés torzító hatásával a leginkább számolnunk kell. Mindezen kritikák mellett mégis úgy tűnik, hogy a negatív életesemények stresszkeltő hatása nagymértékben hozzájárul a pszichiátriai betegségek kialakulásához.

A Felnőttkori kötődési stílus mint személyiségbeli háttértényező vizsgálatánál kiderült, hogy mind az Aggodalmaskodó, mind a Bizalmatlan kötődés kockázati tényezőnek számít a pszichiátriai betegségekre vonatkozóan. Ez egybevág azzal az elképzeléssel, hogy a szorongásos és paranoid kórképek gyökerei tetten érhetők a kötődés fejlődésében és felnőttkori alakulásában. A Megküzdési stílusok közül csak a Kognitív átstrukturálódás nem volt pozitív kapcsolatban a pszichiátriai betegségekkel. Ez az eredmény azt sejteti, hogy a kognitív sémák megváltoztatása, illetve az erre irányuló kognitív terápia lehet az egyik hatásos eszköz a lelki egészség megőrzéséhez.

2. Vesebetegség

Jelen vizsgálatban a stressz és a vesebetegség között igazolt kapcsolat a komorbiditás kiszűrése után csak hosszú távon, a megelőző 8 éves időtartamra vonatkozóan volt kimutatható. Tekintettel azonban arra, hogy ennek a betegségnek más betegségekkel való komorbiditása nem túl magas, ezt inkább a minta alacsony számának lehet tulajdonítani. A szakirodalom leginkább a vesekőpanaszokat hozza összefüggésbe a megelőző stresszes életeseményekkel (Najem és munkatársai, 1997; Diniz és munkatársai, 2006). Mintánkból ennek az alcsoportnak a kiszűrésére nem volt lehetőség. Előfordulhat azonban, hogy az az eredmény, miszerint a vesebetegséget követő 3 évben 20%-nál gyakoribb a szív- és érrendszeri és a reumás típusú megbetegedések száma, összefüggésben van Rounds és Israel (1985) eredményeivel, akik a vesebetegséget önmagában is súlyos stresszes életeseménynek tekintik.

3. Cukorbetegség

Eredményeink alapján úgy tűnik, hogy a stresszes életesemények hosszú távú, legalább 3-8 éves időszak alatti megemelkedett száma kapcsolatban van a cukorbetegség gyakoriságával. A cukorbetegség és az életesemények kapcsolatát vizsgáló kutatások legújabb eredményei mind az I. típusú (Sepa és munkatársai, 2005; Sipetic és munkatársai, 2007; Djarova és munkatársai, 2007; Virk és munkatársai, 2010), mind a II. típusú (Cai és munkatársai, 2002; Raikkonen és munkatársai, 2007; Pyykkonen és munkatársai, 2010) diabétesz mellitusra vonatkozóan szignifikáns eredményeket hoztak. Jelen kutatásban ugyanakkor a negatív életeseményekkel kapcsolatban kapott 1,5–1,6-szoros esélynövekedés az egyéb krónikus betegségekkel való kontrollálás után nem volt kimutatható, amely az egyéb krónikus betegségek közvetítő szerepét jelzi.

4. Daganatos betegségek

Az általam vizsgált mintában a különböző típusú rákos megbetegedések részletes tesztelésére az egyes esetek alacsony száma miatt nem volt lehetőség, e betegségcsoport összetételét azonban figyelembe vettem.

A komorbiditás kiszűrése nélkül a daganatos megbetegedések negyede mellrák volt, míg körülbelül nyolcadra tehető mind a bélrák, mind a méhrák, mind a prosztatarák eseteinek száma. A többi típusú rák néhány előfordulását lehetett csak regisztrálni.

A szakirodalomban is a mellrákkal kapcsolatos vizsgálatok uralják a stresszel összefüggésbe hozható megbetegedéseket és ennél a típusú daganatos betegségnél voltak a vizsgálatok a legmeggyőzőbbek. Míg Peled és munkatársai (2008) a 2 vagy több életesemény előfordulásának veszélyeztető szerepét igazolták, Justenhoven és munkatársai (2010) pedig a mellrák multifaktoriális jellegének bizonyításában a válás és a házastárs halálának, valamint kisebb súllyal a munkával és pénzügyi helyzettel kapcsolatos negatív életeseményeknek a szerepét hangsúlyozták, addig a *Copenhagen City Heart Study* (Bergelt és munkatársai, 2006) az életmódfaktoroknak tulajdonította az életesemények és a mellrák közötti látszólagos kapcsolatot.

Jelen vizsgálatban sikerült összefüggést találni a daganatos megbetegedések és a negatív életesemények között, bár a komorbiditások kiszűrése után csak hosszú távon, a megelőző 8 éves időtartamra vonatkozóan találtam kapcsolatot. A személyiségváltozók közül a korai kötődés sérülésével kapcsolatban találtam a rákos megbetegedésre vonatkozóan igen magas, 2,3–2,4-szeres esélyhányadossal jellemző kapcsolatot (2. melléklet, 11. táblázat). Ez az eredmény arra hívja fel a figyelmet, hogy a daganatos megbetegedések hátterében továbbra is érdemes olyan személyiségbeli tényezőket vizsgálni, amelyek a fejlődés legkorábbi időszakában alapozódnak meg.

Egy ilyen típusú epidemiológia vizsgálat keretében nehéz választ adni arra, hogy a stressz és a rákos, többségében mellrákos megbetegedések közötti kapcsolatot az életesemények betegségkockázat-növelő szerepe szolgáltatja vagy az életesemények csak az életmódon keresztül fejtik ki hatásukat. Annyi bizonyos azonban, hogy az életesemények megnövekedett száma hosszú távon figyelmeztető jelként szolgálhat a daganatos betegségek kialakulására vonatkozóan is.

5. Májbetegség

A májbetegségek és az életesemények kapcsolatára vonatkozó szakirodalom rendkívül szegényes. A betegség etiológiáját kutató vizsgálatok a májbetegséget alapvetően a fertőzésekkel, mérgezésekkel és életmóddal, alkoholizmussal hozzák kapcsolatba. Annak ellenére, hogy jelen vizsgálatban kísérletet tettem a krízisvők és az alkoholbetegek kiszűrésére, továbbra is jelentős összefüggést kaptam a stressz és a májbetegség között. Ez az eredmény azt támasztja alá, hogy a májbetegség etiológiájában a fertőzésekkel és mérgezésekkel szembeni ellenállás területén érdemes figyelembe venni a stressz szerepét is.

6. Gyomorfekély, nyombélfekély, más gyomor-, bélrendszeri betegség

A többi krónikus betegségcsoporthoz hasonlóan itt is az okozza a problémát, hogy a különböző típusú gyomorbetegségeket az esetek alacsony száma miatt külön-külön nem lehetett vizsgálni. Abban a vitában azonban, amelyben számos szerző a gyomorbetegségek és az életesemények kapcsolatot megkérdőjelezi, egyértelműen állást tudok foglalni. Jelen kutatásban sikerült kimutatni a negatív életesemények és a gyomorbetegségek közötti kapcsolatot a többi krónikus betegséggel való kontrollálás után is. Továbbá Gupta és munkatársai (1997), valamint Gomborone és munkatársai (1995) eredményeit, akik szerint a gyomorbetegségek és a depresszió, illetve a depressziós tünetek összefüggést mutatnak, saját vizsgálatomban a gyomorbetegségek és a pszichiátriai betegségek komorbiditásának alacsony foka nem támasztotta alá. A gyomorbetegségek és a pszichiátriai betegségek alacsony komorbiditása inkább Fowlie és munkatársai (1992) álláspontját igazolta, akik szerint a gyomorbeteg esetében a depressziótól független szorongás megnövekedett szintje jellemző.

7. Reumás típusú, illetve más izom- és csontrendszeri betegség

A korai, 19. századi elképzeléseket (Aho, Heliövaara, 1998), miszerint a reumás típusú megbetegedések összefüggésbe hozhatók az életeseményekkel, az 1980-as évek végén kezdték el módszeresen kutatni. Conway és munkatársai (1994), valamint Crette és munkatársai (2000) cáfolatával szemben Peterson és munkatársai (2000) az időskori, esés következtében elszenvedett csípőcsonttörés okozta mozgáskorlátozottság, míg Herrmann, Schölmerich és Straub (2000) a fiatalkori krónikus artritisz (JCA) hátterében mutattak ki megemelkedett számú életeseményt. Jelen kutatás alátámasztja az életesemények okozta stressz reumás típusú, illetve más izom- és csontrendszeri betegséggel való kapcsolatát. Eredményeink szerint a krónikus stressz a komorbiditások kiszűrése után is összefüggésbe hozható a reumás típusú megbetegedésekkel.

8. Szívbetegség, agyérbetegség, magas vérnyomás

Az akut eseményekkel (*infarktus, stroke*) kapcsolatos kutatások nagy része összefüggést talált a megelőző, súlyos életeseményekkel (Leifheit-Limson és munkatársai, 2011; Kornerup és munkatársai, 2010; Sparrenberger és munkatársai, 2008; Tosevski, Milovancevic, 2006; Rafanelli és munkatársai, 2005; Tao és munkatársai, 2004; House és munkatársai, 1990), de az újabb kutatások a *krónikus keringési betegségek* és a

negatív életesemények kapcsolatát is alátámasztották (Steptoe és munkatársai, 2009; Kriegbaum, Brydon, 2008; Engstrom és munkatársai, 2004).

Jelen kutatásban a különböző szív- és érrendszeri betegségeket külön-külön is vizsgáltam. A betegek többsége 83%-át kezelték magasvérnyomás-betegséggel, 42%-át szívinfarkttal és 9%-át agyérbetegséggel. A negatív életesemények és a különböző típusú szív- és érrendszeri betegségek között – a szakirodalmi adatokhoz hasonlóan – sikerült kapcsolatot találni mindhárom típusban (7. táblázat), bár a többi krónikus betegséggel való kontrollálás után a magasvérnyomás-betegség csak a megelőző 1 év, míg a szívinfarktus a megelőző 8 év megemelkedett életeseményszámával volt összefüggésben (9. táblázat).

Számos kutatás a közvetítő faktorok szerepét hangsúlyozza. Eredményeim szerint a Biztonságos felnőttkori kötődés és a Kognitív átstrukturálódás megküzdési mód csökkentik a szív- és érrendszeri betegségek kockázatát (3. melléklet, 15. táblázat, 4. melléklet, 16. táblázat), míg a Bizalmatlan felnőttkori kötődés és a Passzív megküzdési mód rizikófaktoroknak számít e betegségekre nézve (3. melléklet, 13. táblázat, 4. melléklet, 19. táblázat).

9. Allergiás betegség, asztma, más légzőszervi betegség

Az allergiás megbetegedéseket elemző kutatások a gyermekek (Herbert és munkatársai, 2008; Bockelbrink és munkatársai, 2006; Sandberg és munkatársai, 2004) és a serdülők, illetve fiatal felnőttek (Turyk és munkatársai, 2008; Kilpelainen és munkatársai, 2002) körében előforduló betegségek háttérben találtak jelentős negatív családi életeseményeket. A felnőtt asztmabetegeknél a vizsgálatok egy része igazolta a kapcsolatot a negatív életesemények és az asztma között (Lietzen és munkatársai, 2011; Loerbroks és munkatársai, 2009), míg néhány kutatás az életesemények hatásában az életkörülmények közvetítő szerepét hangsúlyozza (Archea és munkatársai, 2007; Wright, 2007). Jelen kutatásban a felnőttek körében igazolható összefüggést találtam a negatív életesemények és a felnőttkori asztmabetegség között, bár az asztmabetegséget a többi krónikus betegséggel való kontrollálás után csak a megelőző 3-8 év megemelkedett életeseményszámával tudtam kapcsolatba hozni. Tekintettel arra, hogy a logisztikus regresszióban a negatív életesemények és az asztma kapcsolatát a nem, a kor és a végzettség mellett a *szocioökonómiai státussal* is kontrolláltam, ezért a negatív

életesemények asztmára vonatkozó betegség-növelő kockázata az életkörülményektől függetlenül is bizonyíthatóan jelen van.

10. Baleset (közlekedési, üzemi, otthoni)

Külön kutatás tárgyát képezte a különböző balesetek és a negatív életesemények kapcsolata. Úgy találtam, hogy a krónikus stressz egyértelmű összefüggésbe hozható a különböző balesetekkel. A többi krónikus betegséggel való kontrollálás után ez az összefüggés hosszabb távon, 2, illetve 8 éves intervallumra vonatkozóan alátámasztott.

7. KÖVETKEZTETÉSEK

Az életesemény-kérdőívekre adott válaszok olyan szubjektív élményminőséget tükröznek, amelyek nem mindig állnak összhangban a valóban megtörtént életeseményekkel, keverednek bennük az érzelmi állapot és a visszaemlékezés torzító hatásai. Ugyanakkor megbízhatóan mérik a személy által átélt szubjektív stresszt.

Eredményeim szerint, amennyiben a visszaemlékezés torzító hatását szeretnénk kiszűrni, érdemes az elmúlt 1 éven belül és 1 évnél régebbi életeseményeket is vizsgálni, mert a felidezésében a jelentős különbségek ezek között mutatkoznak. Az életesemények egyéni, szubjektív megítélésének vizsgálatakor módszertanilag ajánlatos egy minimum 5, maximum 10 fokú skálán értékelteni az tételeket, mert az eredeti Paykel-féle 20 fokú skála kevésbé megbízható.

Kimutattam, hogy hosszú távon csak a negatív életesemények okoznak életminőségromlást, a pozitív életeseményeket a vizsgálati személyek valószínűleg inkább kihívásnak tekintik. Ezért az egyén által átélt stressz mérésére az eredeti Rahe-féle elképzeléssel ellentétben a csak a negatív életeseményekből származtatott mutatók a leginkább érzékenyek.

Az életeseményekhez kifejlesztett különböző súlyrendszerek (LCU-értékek) rendkívül érzékenyek mutatkoztak az adott társadalmi és gazdasági viszonyokra, értékrendre, szemléletre, ezért más időbe és kultúrába való átvételük módszertanilag megkérdőjelezhető. Emellett, főleg ha kevés számú életeseményt vizsgálunk, a negatív életesemények darabszámával képzett életesemény-mutatók ugyanolyan megbízhatók, mint a Paykel által javasolt, egyedi szubjektív súlyokkal képzett mutatók.

Az életesemények és a különböző betegségek kapcsolatára nézve számos vizsgálat született, a legtöbb betegségcsoportnál azonban azt találtam, hogy az eredmények rendkívül ellentmondásosak. Ezeknek az ellentmondásoknak valószínűleg az egyik jelentős tényezője, hogy a betegségek komorbiditása igen magas, és a különböző vizsgálati elrendezések ezt nem egyformán veszik figyelembe, illetve szűrik ki.

A negatív életesemények az elmúlt 1, 2, 3 és 8 évre vonatkozó megemelkedett száma közvetlen vagy közvetett úton összefüggést mutat mind a 10 általam vizsgált betegségcsoporttal: a pszichiátriai betegségekkel; a vesebetegséggel; a

cukorbetegséggel; a daganatos betegségekkel; a májbetegséggel; a gyomorfekéllyel; nyombélfekéllyel, illetve más gyomor-, bélrendszeri betegséggel; a reumás típusú, illetve más izom- és csontrendszeri betegséggel; a szívbetegséggel, az agyérbetegséggel és a magas vérnyomással; az allergiás betegségekkel, az asztmával és más légzőszervi betegségekkel; valamint a közlekedési, üzemi és otthoni balesetekkel. A legerősebb, 2,0–3,3-szoros esélyhányadossal mért kapcsolatot a pszichiátriai betegségekkel igazoltam, mivel azonban éppen ennél a betegségcsoportnál a legkevésbé kiszűrhető, hogy milyen mértékű az életeseményekre való emlékezés torzulása, ezért ezekkel az eredményekkel óvatosan kell bánni.

A betegségek magas komorbiditásának magyarázata egy olyan összetett modell keretében képzelhető el, amelyben egyaránt részt vesznek a *hagyományos biomedikális* fiziológiai, testi hatásmechanizmusok, a stressz nemspecifikus hatására az immunrendszer legyengülése folytán létrejövő *pszichoszociális sérülékenység* és a társas/szociális viszonyokon és betegség szerepen alapuló *pszichoszociális önrontó kör*.

A *korai kötődés* sérülését csak a daganatos megbetegedésekkel tudtam kapcsolatba hozni. A krónikus betegségek többségénél esélynövelő tényezőként szerepel a *felnőttkori kötődési stílusok* közül a *Bizalmatlan* kötődési stílus. Eszerint az a személy, aki kényelmetlennek, terhesnek érzi mások közelségét, nagyobb eséllyel lesz beteg. Számos krónikus betegség kialakulásának további esélynövelő tényezője a *megküzdési stílusok* közül a *Passzív megküzdési mód*, mint a nyugtatók szedése vagy az imádkozás, amely a legtöbb krónikus betegségre nézve növelik a betegségbe esés kockázatát.

Mindezeket figyelembe véve az életesemények okozta stressz és a krónikus betegségek kapcsolatának vizsgálata olyan biopszichoszociális szemléleti keretben képzelhető el eredményesen, amelyben a személyt mint bonyolult, önmagával és szűkebb, illetve tágabb társas környezetével kapcsolatban levő holisztikus rendszert tudjuk elemezni. Ezen a magatartás-tudományi alapokon nyugvó szemléleti bázison alapulhat minden olyan hatékony terápia is, amely a krónikus stressz negatív következményeivel próbálja felvenni a harcot.

8. ÖSSZEFOGLALÁS

Az értekezés az életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatát vizsgálja. Az életesemények eredeti, a stressz mérésére használt, Holmes és Rahe által 1967-ben közrebocsátott Életesemény Listát (SRRS) számos kritika érte.

Az életesemények és a betegségek kapcsolatát vizsgáló szakirodalom eredményei is rendkívül ellentmondásosak. A különböző fiziológiai és pszichológiai alapokon nyugvó elméletek kapcsolatot találtak a stresszkezelés, a korai kötődés sérülése, a felnőttkori kötődési stílus és a megküzdési módok között.

Jelen dolgozat eredményei a Hungarostudy 2002 és a Hungarostudy Egészségügyi Panel (HEP2006) epidemiológiai követéses vizsgálatokon alapulnak.

Eredményeim szerint az életesemények közül csak a negatív életesemények hordoznak valódi, hosszú távú stresszhatást, amely életminőség-romláshoz vezet. Az életeseményekkel képzett mutatók súlyrendszere kultúrspecifikus, ezek más időbe és kultúrába való átültetése módszertani problémákat vet fel. A negatív életesemények darabszámával képzett mutatók azonban, főleg ha kevés számú életeseményt vizsgálunk, a stressz mérésére megfelelő eszköznek bizonyultak. A visszaemlékezés torzító hatása alapvetően az 1 éven belüli és annál korábbi életeseményekre való visszaemlékezés közötti különbségben érhető tetten.

A negatív életesemények okozta stressz a legszorosabb kapcsolatot a pszichiátriai betegségekkel mutatta, de minden vizsgált krónikus betegséggel összefüggésbe hozható volt: a vesebetegséggel, a cukorbetegséggel, a daganatos betegségekkel, a májbetegséggel, a gyomor- és bélrendszeri betegségekkel, a reumás típusú betegségekkel, a szív- és érrendszeri betegségekkel, az allergiás betegségekkel, illetve asztmával és egyéb légzőszervi betegségekkel, valamint a balesetekkel.

A krónikus betegségekkel kapcsolatban a felnőttkori kötődés Bizalmatlan típusának és a megküzdési stílus Passzív megküzdés dimenziójának szerepét sikerült kimutatni, míg a korai kötődés sérülése a daganatos betegségekkel mutatott szoros összefüggést.

The dissertation analyzes the relationship between life events and chronic diseases. The original Social Readjustment Rating Scale (SRRS), developed by Holmes and Rahe in 1967 to identify major stressful life events has been criticized several times.

The literature on the relationship between life events and chronic diseases is extremely controversial. Theories founded on different physiological and psychological bases show relationship between types of stress management, early attachment problems, adult attachment styles, and coping styles.

The results described in this work are based on the Hungarostudy 2002 (HS2002) epidemiologic and Hungarostudy Epidemiological Panel (HEP2006) follow-up studies.

According to my results, among life events only the negative ones have chronic stress effect leading to deterioration in the quality of life. The weight-system of scores based on life events is culture-specific; their adjustment to different temporal or cultural contexts raises methodological problems. The scores based on the number of negative life events, especially when a low number of life events is studied, proved appropriate for stress measurement. The distorting effect of recalling can basically be identified in the difference between recalling events that occurred within one year and those that occurred earlier.

The stress caused by negative life events showed the closest relationship with psychiatric disorders, but it could be associated with all the studied chronic diseases: kidney disease, diabetes, tumors, liver disease, gastric and duodenal ulcers, other disease of the digestive system, rheumatic disorders, cardiovascular and cerebrovascular diseases, allergy, asthma and other respiratory disease, and accidents.

The role of Mistrustful type as adult attachment and Passive Coping dimensions as coping styles have been shown in chronic diseases. The damage of Early Attachment have been related with tumors.

9. IRODALOMJEGYZÉK

1. A *DSM-IV-TR diagnosztikai kritériumai*. (2000) Zsebkönyv. Animula, Budapest. 2000: 185–192.
2. Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD (1978) Learned helplessness in human: Critique and reformulation, *J Abnorm Psychol*, 87: 49–74.
3. Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB (1989) Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychol Rev*, 96: 358–372.
4. Aho K, Heliövaara M (1998) Stressful life events and rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*, 57: 263.
5. Ainsworth MDS (1969) Object Relations, Dependency, and Attachment: A Theoretical Review of the Infant-Mother Relationship. *Child Dev*, 40: 969–1025.
6. Alexander F (1987) *Psychosomatic Medicine*. W. W. Norton & Company, New York, London: 71, 85–131, 132–141, 201–209.
7. Appels A, Mulder P (1989) Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. *Eur Heart J*, 9(7): 758–764.
8. Archea C, Yen IH, Chen H, Eisner MD, Katz PP, Masharani U, Yelin EH, Earnest G, Blanc PD (2007) Negative life events and quality of life in adults with asthma. *Thorax*, 62: 139–146.
9. Balog P (2006a) Házasság és életminőség: házasság, házastársi stressz, válás. In: Kopp M, Kovács ME (szerk.) (2006) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 233–244.
10. Balog P (2006b) A szív- és érrendszeri betegek életminősége. In: Kopp M, Kovács ME (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 444–465.
11. Balog P (2008) A házassági/élettársi kapcsolat szerepe az esélyteremtésben. In: Kopp M (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 240–249.
12. Balog P, Purebl Gy (2008) Pszichoszociális tényezők a szív- és érrendszeri betegek esélyteremtésében (Hungarostudy egészség panel 2006). In: Kopp M

- (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 544–550.
13. Banerjee S, Vyas JN (1992) A study of alexithymia and life events in patients of peptic ulcer. *J Pers Clin Stud*, 8(1–2): 63–66.
 14. Bartholomew K, Horowitz LM (1991) Attachment styles among young adults: A test of a model. *J Pers Soc Psychol*, 61: 226–244.
 15. Beck AT, Beck RW (1972) Shortened version of BDI. *Postgrad Med*, 52: 81–85.
 16. Bergelt C, Prescott E, Grønbaek M, Koch U, Johansen C (2006) Stressful life events and cancer risk. *Br J Cancer*, 95: 1579–1581.
 17. Berghammer R (2003) *Pánikbeteg vagyok!* B+V Lap- és Könyvkiadó, Budapest: 1–115.
 18. Berghammer R (2008) A fájdalom szerepe az életminőség alakulásában. In: Kopp M (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 599–605.
 19. Bernard C (1961) *An introduction to the Study of Experimental Medicine* (H. C. Greence, Trans.). New York: Collier. [Original work published in 1865.]: 31–52.
 20. Blatt SJ (1990) Interpersonal relatedness and self definition: Two personality configurations and their implication for psychopathology and psychotherapy. In: Singer J (szerk.) *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology and health*. University of Chicago Press, Chicago: 299–335.
 21. Bockelbrink A, Heinrich J, Schaefer I, Zutavern A, Borte M, Herbarth O, Schaaf B, von Berg A, Schaefer T (LISA Study Group) (2006) Atopic eczema in children: another harmful sequel of divorce. *Allergy*, 61(12): 1397–1402.
 22. Boland EM, Bender RE, Alloy LB, Conner BT, Labelle DR, Abramson LY (2012) Life events and social rhythms in bipolar spectrum disorders: an examination of social rhythm sensitivity. *J Affect Disord*, 139(3): 264–272.
 23. Bosch NM, Riese H, Ormel J, Verhulst F, Oldehinkel AJ (2009) Stressful life events and depressive symptoms in young adolescents: Modulation by respiratory sinus arrhythmia? The TRAILS study. *Biol Psychol*, 81: 40–47.

24. Bowlby J (1969) *Attachment and loss. Attachment (Vol. 1). Attachment behaviour*. New York: Basic Books. 177–264.
25. Bradesi S, Mcroberts JA, Anton PA, Mayer EA (2003) Inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome: separate or unified? *Curr Opin Psychiatry*, 19: 336–342.
26. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Roth C, Schweers J (1993) Psychiatric risk for adolescent suicide: a case-control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32: 521–529.
27. Brown GW, Harris TO (1978) *Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorder in Women. The provoking agents. Symptom-formation factors*. Tavistock Publications, London. 63–172., 205–232.
28. Brown GW, Harris TO (1989, szerk.) *Life Events and Illness*. Unwin Hyman, London.
29. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM (1999) Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38: 1490–1496.
30. Burgess CC, Ramirez AJ, Smith P, Richards MA (2000) Do adverse life events and mood disorders influence delayed presentation of breast cancer? *J Psychosom Res*, 48: 171–175.
31. Butler JA, Chadler T, Wessely S (2001) Causal attributions for somatic sensations in patients with chronic fatigue syndrome and their partners. *Psychol Med*, 31(1): 97–105.
32. Butowa PN, Hillerb JE, Pricea MA, Thackwayc SV, Krickerc A, Tennanta CC (2000) Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer. *J Psychosom Res*, 49: 169–181.
33. Byrne D (1961) The repression-senzitisation Scale: Rationale, reliability and validity. *J Pers*, 29: 334–349.
34. Cai T, Gong Y, Gao B, Dai X, Yao S, Chen M, Luo W, Tang W (2002) The role of life events in the onset of type 2 diabetes mellitus: The outcomes of 4-year follow-up survey. *Chin J Clin Psychol*, 10(4): 249–251.

35. Cannon WB (1928) The mechanism of emotional disturbance of bodily functions. *N Engl J Med*, 198: 165–172.
36. Cannon WB (1929) Organization for physiological homeostasis. *Physiol Rev*, 9: 399–431.
37. Carette S, Surtees PG, Wainwright NW, Khaw KT, Symmons DP, Silman AJ (2000) The role of life events and childhood experiences in the development of rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*, 27(9): 2123–2130.
38. Carlsen K, Dalton SO, Frederiksen K, Diderichsen F, Johansen C (2007) Are cancer survivors at an increased risk of divorce? A Danish cohort study. *Eur J Cancer*, 43(14): 2093–2099.
39. Chan D, Kwok A, Leung J, Yuen K, Choy D, Leung PC (2012) Association between life events and change in depressive symptoms in Hong Kong Chinese elderly. *J Affect Disord*, 136(3): 963–970.
40. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, McKenzie CR (1987) A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*, 40(5): 373–383.
41. Charlson M, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J (1994) Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol*, 47(11): 1245–1251.
42. Chen CC, David AS, Nunnerley H, Michell M, Dawson JL, Berry H, Dobbs J, Fahy T (1995) Adverse life events and breast cancer: case-control study. *Br Med J*, 311(7019): 1527–1530.
43. Chida Y, Hamer M, Wardle J, Steptoe A (2008) Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nature Clinical Practice Oncology*, 5(8): 466–475.
44. Cloninger CR, Guze SB (1970) Psychiatric illness and female criminality: The role of sociopathy and hysteria in antisocial women. *Am J Psychiatry*, 127: 303–311.
45. Coddington RD (1972) The significance of life events as etiologic factors in the disease of children. A study of a normal population. *J Psychosom Res*, 16: 205–213.
46. Collins NL (1996) Working model of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *J Pers Soc Psychol*, 71: 810–832.

47. Comer RJ (2003) Kognitív-behaviorista magyarázat: Tanult tehetetlenség. In: Comer RJ: *A lélek betegségei. Pszichopatológia*. Osiris Kiadó, Budapest: 243–247.
48. Conway SC, Creed FH, Symmons DP (1994) Life events and the onset of rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res*, 38: 837–847.
49. Cosgrove M (2004) Do stressful life events cause type 1 diabetes?. *Occup Med*, 54(4): 250–254.
50. Cramer P (1991) *The Development of Defense Mechanisms: Theory, Research, and Assessment. The Concept of Defense Mechanism Development*. New York, Springer-Verlag. 15–34.
51. Cuffe SP, McKeown RE, Addy CL, Garrison CZ (2005) Family and psychosocial risk factors in a longitudinal epidemiological study of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44: 121–129.
52. Cutolo M, Straub RH (2006) Stress as a Risk Factor in the Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *Neuroimmunomodulation*, 13: 277–282.
53. Császár Gy (1980) *Pszichoszomatikus orvoslás*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
54. Csóka Sz, Szabó G, Sáfrány E, Rochlitz R, Bódizs R (2007) Kísérlet a felnőttkori kötődés mérésére – A Kapcsolati Kérdőív (Relationship Scale Questionnaire) magyar változata. *Pszichológia*, 2007 (27), 4: 333–335.
55. Csóka Sz, Simor P, Szabó G, Kopp M, Bódizs R (2011) Early maternal separation, nightmares and bad dreams: Results from the Hungarostudy Epidemiological Panel. *Attach Hum Dev*, 13(2): 125–140.
56. Csorba J, Dinya E, Huszár I (1994) Öngyilkossági kísérlet és negatív életesemények serdülőkorban. *Psychiatr Hung*, IX/5., október: 483–493.
57. Csorba J, Sörfőző Zs, Steiner P, Ficsor B, Harkány É, Babrik Zs, Páli E, Solymossy M (2007) Maladaptív stratégiák, diszfunkcionális attitűdök, megküzdés és negatív életesemények „öngyilkos magatartás” diagnózissal kezelt serdülő betegeknél. *Psychiatr Hung*, 22(3): 200–211.
58. Dalton SO, Boesen EH, Ross L, Schapiro IR, Johansen C (2002) Mind and cancer: do psychological factors cause cancer? *Eur J Cancer*, 38(10): 1313–1323.

59. Danis I, Lakatos K, Ney K, Tóth I, Gervai J (2005) A szülői és a tágabb családi környezet kérdőíves felmérése a Budapesti Családvizsgálatban. *Alkalmazott Pszichológia*, VII/4: 59–74.
60. Danis I, Szilvási T, Gervai J (2006) Jelentős életesemények megítélése kisgyermekeket nevelő magyar anyák körében. *Psychiatr Hung*, 21: 184–209.
61. Daviss WB, Diler R (2012) Does comorbid depression predict subsequent adverse life events in youth with attention-deficit/hyperactivity disorders? *J Child Adol Psychop*, 22(1): 65–71.
62. Dégi LCs. (2008) Pszichoszociális kockázati tényezők szerepe a daganatos megbetegedésekben. In: Kopp M (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 557–568.
63. Dégi CL, Balog P, Kopp M, Kállay E, Thayer JF, Csikai EL (2010) Depressive symptoms, negative life events and incidence of lifetime treatment of cancer in the hungarian population. *JCBPR*, 10: 39–57.
64. Dinan TG, O’Keane V, O’Boyle C, Chua A, Keeling PWN (1991) A comparison of the mental status, personality profiles and life events of patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer disease. *Acta Psychiatr Scand*, 84(1): 26–28.
65. Diniz DH, Schor N, Blay SL (2006) Stressful life events and painful recurrent colic of renal lithiasis. *J Urol*, 176(6): 2483–2487.
66. Djarova T, Dube S, Tivchev G, Chivengo A (2007) Frequency of stressful life events as risk indicating factors for the onset of type 1 diabetes in African children. *S Afr J Sci*, 103: 7–8.
67. Dobson A, Smith N, Panchana N (2005) Some problems with life event lists and health outcomes. *Int J Behav Med*, 12(3): 199–205.
68. Dohrenwend BS, Krasnoff L, Askenasy AR, Dohrenwend BP (1978) Exemplification of a method for scaling life events: the PERI life events scale. *J Health Soc Behav*, 19: 205– 229.
69. Dunai A, Szentkirályi A, Molnár MZs, Keszei A, Mucsi I, Novák M (2008) Alvászavarok és egészségi állapot. In: Kopp M (szerk.) *Magyar lelkiállapot*

2008. *Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 606–614.
70. Engstrom G, Khan FA, Zia E, Jerntorp I, Pessah-Rasmussen H, Norrving B, Janzon L (2004) Marital dissolution is followed by an increased incidence of stroke. *Cerebrovasc Dis*, 18: 318–324.
 71. Ewertz M (1986) Bereavement and breast cancer. *Br J Cancer*, 53, 701–703.
 72. Eysenck HJ (1967) *The biological basis of personality*. Springfield, IL, Charles C. Thomas.
 73. Fagundes CP, Glaser R, Kiecolt-Glaser JK (2013) Stressful early life experiences and immune dysregulation across the lifespan. *Brain Behav Immun*, 27: 8–27.
 74. Faravelli C, Catena M, Scarpato A, Ricca V (2007) Epidemiology of Life Events: Life Events and Psychiatric Disorders in the Sesto Fiorentino Study. *Psychother Psychosom*, 76: 361–368.
 75. Folkman S, Lazarus R (1980) An analysis of coping in a middle aged community sample. *J Health Soc Behav*, 21(3): 219–239.
 76. Folkman S, Lazarus R (1988) *Manual for the Ways of Coping questionnaire* [Research Edition]. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.
 77. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ (1986) Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol*, 50 (5): 992–1003.
 78. Fowlie S, Eastwood MA, Ford MJ (1992) Irritable bowel syndrome: The influence of psychological factors on the symptom complex. *J Psychosom Res*, 36(2), Feb.: 169–173.
 79. Francis JL, Moitra E, Dyck I, Keller MB (2012) The impact of stressful life events on relapse of generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety*, 29(5): 386–391.
 80. Frank JD, Frank JB (1996) Demoralization and Unexplained Illness in Two Cohort of American Soldiers Overseas. *J Nerv Ment Dis*, 184: 445–446.
 81. Frankl VE (1963) *Man's search for meaning. Experiences in a concentration camp*. Pocket Books, New York. 15–100.

82. Franko DL, Striegel-Moore RH, Broxton KM, Barton BA, McMahon RP, Schreiber GB, Crawford PB, Daniels SR (2004) Expanding our understanding of the relationship between negative life events and depressive symptoms in black and white adolescent girls. *Psychol Med*, 34: 1319–1330.
83. Freud S (1936) *The ego and the mechanism of defense*. New York, International University Press.
84. Freud A (1994) *Az én és az elhárító mechanizmusok*. Animula, Budapest.
85. Freyberger H (1976) „Symptom”, „Konflikt” und „Persönlichkeit” in der Behandlung psychosomatischer Patienten. *Psychol Prax*, 3: 121–131.
86. Gallo WT, Bradley EH, Falba TA, Dubin JA, Cramer LD, Bogardus ST Jr, Kasl SV (2004) Involuntary job loss as a risk factor for subsequent myocardial infarction and stroke: Findings from the Health and Retirement Survey. *Am J Ind Med*, 45: 408–416.
87. Gatchel RJ, Baum A, Krantz DS (1989) *Health Psychology*. McGraw-Hill Inc., New York.
88. Gerbert B (1980) Psychological aspects of Crohn's disease. *J Behav Med*, 3(1): 41–58.
89. Gerits P (2000) Life events, coping and breast cancer: state of the art. *Biomed Pharmacother*, 54: 229–233.
90. Gervai J (2005) A Budapesti Családvizsgálata. *Alkalmazott Pszichológia*, 7: 5–13.
91. Gervai J, Novak A, Lakatos K, Toth I, Danis I, Ronai Z, Némoda Z, Sasvari-Szekely M, Bureau JF, Bronfman E, Lyons-Ruth K (2007) Infant genotype may moderate sensitivity to maternal affective communications: Attachment disorganization, quality of care, and the DRD4 polymorphism. *Soc Neurosci*, 2007, 2 (3): 1–13.
92. Geyer S (1991) Life events prior to manifestation of breast cancer: a limited prospective study covering eight years before diagnosis. *J Psychosom Res*, 35 (2–3): 355–363.
93. Geyer S (1993) Life events, chronic difficulties, and vulnerability factors preceding breast cancer. *Soc Sci Med*, 37(12): 1545–1555.

94. Gilat T, Hacoheh D, Lilos P, Langman MJ (1987) Childhood factors in ulcerative colitis and Crohn's disease. An international cooperative study. *Scand J Gastroenterol*, 22(8): 1009–1024.
95. Ginty AT, Conklin SM (2011) High perceived stress in relation to life events is associated with blunted cardiac reactivity. *Biol Psychol*, 86: 383–385.
96. Gleason ME, Powers AD, Oltmanns TF (2012) The enduring impact of borderline personality pathology: risk for threatening life events in later middle-age. *J Abnorm Psychol*, 121(2): 447–457.
97. Gomborone J, Dewsnap P, Libby G, Farthing M (1995) Abnormal illness attitudes in patients with irritable bowel syndrome. *J Psychosom Res*, 39(2): 227–230.
98. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D (1996) Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 53: 1155–1162.
99. Grijalva CV, Novin D (1990) The role of the hypothalamus and dorsal vagal complex in gastrointestinal function and pathophysiology. *Ann N Y Acad Sci*, 597: 207–222.
100. Grilo CM, Pagano ME, Stout RL, Markowitz JC, Ansell EB, Pinto A, Zanarini MC, Yen S, Skodol AE (2012) Stressful life events predict eating disorder relapse following remission: six-year prospective outcomes. *Int J Eat Disorder*, 45(2): 185–192.
101. Gupta S, Masand PS, Kaplan D, Bhandary A, Hendricks S (1997) The relationship between schizophrenia and irritable bowel syndrome (IBS). *Schizophr Res*, 23(3): 265–268.
102. Győrffy Zs, Lőrincz J, Ádám Sz, Kopp M (2006) Gyermekvállalás, magzatvesztés és életminőség. In: Kopp M, Kovács ME (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 263–272.
103. Hajnal Á (2006) A szülők válásának hatása a gyermekek életminőségére serdülőkorban. In: Kopp M, Kovács ME (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 245–252.

104. Hajnal Á, Susánszky É, Szántó Zs (2006) Öngyilkossági gondolat, kísérlet és életminőség felnőttek és serdülők között. In: Kopp M, Kovács ME (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 181–193.
105. Haller C, Holzner B, Mur E, Günther V (1997) The impact of life events on patients with rheumatoid arthritis: a psychological myth? *Clin Exp Rheumatol*, 15(2): 175–179.
106. Hammen, C. (2002): Context of stress in families of children with depressed parents. In: Goodman, S. H., Gotlib, I. H. (szerk.): *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment*. American Psychological Association, Washington, DC: 175–199.
107. Hann N (1977) *Coping and defending*. New York: Academic Press.
108. Harlow HF (1959) Love in infant monkeys. *Sci Am*, 200(6): 68–74.
109. Hatfield E, Rapson PR (1987) Passionate love: New direction in research. In: Jones WH, Perlman D (szerk.) *Advances in Personal Relationships*, 1, Greenwich: 109–139.
110. Haug TT, Wilhelmsen I, Berstad A, Ursin H (1995) Life events and stress in patients with functional dyspepsia compared with patients with duodenal ulcer and healthy controls. *Scand J Gastroenterol*, 30(6): 524–530.
111. Hawkins NG, Davies R, Holmes TH (1957) Evidence of psychosocial factors in development of pulmonary tuberculosis. *Am Rev Tuberculosis Pulmon Dis*, 75: 768–780.
112. Hazan C, Shaver PR (1987) Conceptualizing romantic love as an attachment process. *J Pers Soc Psychol*, 52: 511–524.
113. Hazan C, Zeifman D (1994) Sex and the psychological tether. In: Bartholomew K, Perlman D (szerk.) *Attachment processes in adulthood*. Jessica Kingsley, London: 151–180.
114. Hegedűs K, Zana Á, Szabó G (2006) Medikusok halálképe és a halállal, haldoklással foglalkozó kurzusok hatásai. *Kharón*, 10(3–4): 46–58.
115. Hegedűs K, Zana Á, Szabó G (2007) Az élet végi ismeretek oktatásának hatása a orvosok és az egészségügyi dolgozók halállal kapcsolatos attitűdjére. *LAM*, 17(2): 165–170.

116. Hegedűs K, Zana Á, Szabó G (2008) Effect of end of life education on medical students' and health care workers' death attitude. *Palliat Med*, 22(3): 264–269.
117. Hegedűs K, Szabó N, Szabó G, Kopp M (2008) Egészségesebbek-e az egészségügyben dolgozók? Összehasonlító vizsgálat (2002–2006). *Nővér*, 21(1): 3–8.
118. Herbert G, Weber A, Roeder S, Elvers HD, Kraemer U, Schins RPF, Diez U, Borte M, Heinrich J, Schaefer T, Herbath O, Lehman I (LISApplus Study Group) (2008) Relation between stressful life events, neuropeptides and cytokines: results from the LISA birth cohort study. *Pediatr Allergy Immunol*, 19(8): 722–729.
119. Herrmann M, Schölmerich J, Straub RH (2000) Stress and rheumatic diseases. *Rheum Dis Clin North Am*, 26(4): 737–763.
120. Hinkle LE Jr, Wolff HG (1958) Ecologic investigations of the relationship between illness, life experiences and the social environment. *Ann Intern Med*, 49: 1373–1388.
121. Hobson CJ, Kamen J, Szostek J, Nethercut CM, Tiedmann JW, Wojnarowicz S (1998) Stressful Life Events: A Revision and Update of the Social Readjustment Rating Scale. *Int J Stress Manag*, 5/1: 1–23.
122. Hofer MA (1994) Hidden regulators mediating early attachment, separation and loss. In: Fox NA (szerk.) *The Development of emotion Regulation*. Monogr Soc Res Child Dev 59 (Serial No. 2040, Nos. 2–3): 192–207.
123. Hofer MA (1996) On the nature and consequences of early loss. *Psychosom Med*, 58: 570–581.
124. Holmes TH, Masuda M (1974) Life change and illness susceptibility. In: Dohrenwend BP (szerk.) *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*. John Wiley, New York: 45–72.
125. Holmes TH, Rahe RH (1967) The social adjustment rating scale. *J Psychosom Res*, 11: 213–218.
126. House A, Dennis M, Mogridge L, Hawton K, Warlow C (1990) Life events and difficulties preceding stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 53(12): 1024–1028.

127. Hudziak JJ, Boffeli TJ, Kreisman JJ, Battalgia MM, Stanger C, Guze SB (1996) Clinical study of the relation of borderline personality disorder to Briquet's syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder, and substance abuse disorders. *Am J Psychiatry*, 153: 1598–1606.
128. Hui WM, Shiu LP, Lok AS, Lam SK (1992) Life events and daily stress in duodenal ulcer disease. A prospective study of patients with active disease and in remission. *Digestion*, 52(3–4): 165–172.
129. Inántszy-Pap J, Máth J (2004) A szülőkhöz való kötődés és az óvodai társas kapcsolatok. *MPSzle*, LIX. 2004/2: 215–229.
130. Jain AK, Gupta JP, Gupta S, Rao KP, Bahre PB (1995) Neuroticism and stressful life events in patients with non-ulcer dyspepsia. *J Assoc Physicians India*, 43(2): 90–91.
131. Johansen C, Olsen JH (1997) Psychological stress, cancer incidence and mortality from non-malignant diseases. *Br J Cancer*, 75: 144–148.
132. Jones DR, Goldblatt PO, Leon DA (1984) Bereavement and cancer: Some data on deaths of spouses from the longitudinal study of Office of Population Censuses and Surveys. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 289: 461–464.
133. Justenhoven C, Winter S, Dunnebie T, Hamann U, Baisch C, Rabstein S, Spickenheuer A, Harth V, Pesch B, Bruning T, Ko YD, Brauch H (2010) Combined UGT1A1 and UGT1A6 genotypes together with a stressful life event increase breast cancer risk. *Breast Cancer Res Treat*, 124: 289–292.
134. Katsumata Y, Arai A, Ishida K, Tomimori M, Lee RB, Tamashiro H (2012) Which categories of social and lifestyle activities moderate the association between negative life events and depressive symptoms among community-dwelling older adults in Japan? *Int Psychogeriatr*, 24(2): 307–315.
135. Kernberg OF (1990) *Borderline szindróma és patológiás nárcizmus*. Kapocs Kiadó, Budapest.
136. Kilpelainen M, Koskenvuo M, Helenius H, Terho EO (2002) Stressful life events promote the manifestation of asthma. *Clin Exp Allergy*, 2002 Feb, 32(2): 256–263.
137. Kirmayer LJ, Young A (1998) Culture and somatization: Clinical epidemiological and ethnographic perspectives. *Psychosom Med*, 60: 420–430.

138. Kobak RR, Hazan C (1991) Attachment in marriage: effects of security and accuracy of working models. *J Pers Soc Psychol*, 60: 861–869.
139. Koehler T, Verthein U (1998) The influence of life event stress on the course of rheumatoid arthritis – a longitudinal study. *Stress Medicine*, 9(2): 105–110.
140. Kohler T, Kuhnt K, Richter R (1998) The role of life event stress in the pathogenesis of duodenal ulcer. *Stress Med*, 14(2): 121–124.
141. Kopp M (2005) Szív-érrendszeri megbetegedések. In: Kopp M, Berghammer R (szerk.) *Orvosi pszichológia*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest: 414–420.
142. Kopp M, Skrabski Á (1992) *Magyar lelkiállapot*. Végeken Alapítvány, Budapest.
143. Kopp M, Skrabski Á (2006) Gyermekvállalás és életminőség. In: Kopp M, Kovács ME (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 253–262.
144. Kopp M, Falger P, Appels A, Szedmák S (1998) Depressive Symptomatology and Vital Exhaustion Are Differentially Related to Behavioral Risk Factors for Coronary Artery Disease. *Psychosom Med*, 60: 752–758.
145. Kornerup H, Osler M, Boysen G, Barefoot J, Schnohr P, Prescott E (2010) Major life events increase the risk of stroke but not of myocardial infarction: results from the Copenhagen City Heart Study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 17(1): 113–118.
146. Kovács Á, Polner K, Molnár MZs, Novák M, Mucsi I (2008) Az egészséggel kapcsolatos életminőség mérése krónikus vesebetegek körében. In: Kopp M (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 569–575.
147. Kovács Z, Kovács F (2007) Depressive and anxiety symptoms, dysfunctional attitudes and social aspects in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Int J Psychiatry Med*, 37(3): 245–255.
148. Kricker A, Price M, Butow P, Goumas C, Armes JE, Armstrong BK (2009) Effects of life event stress and social support on the odds of a ≥ 2 cm breast cancer. *Cancer Causes Control*, 20: 437–477.

149. Kriegbaum M, Christensen U, Lund R, Prescott E, Osler M (2008) Job loss and broken partnerships: do the number of stressful life events influence the risk of ischemic heart disease in men? *Ann Epidemiol*, 18: 743–745.
150. Krohne HW (1993) Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. In: Krohne HW (szerk.) *Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness*. Hogrefe & Huber, Toronto: 19–50.
151. KSH (2002) *Népmozgalom 2001. január–december*.
152. KSH (2007a) *Népmozgalom 2007. január–június*.
153. KSH (2007b) *Népesség, népmozgalom*. http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/tab11_01ia.html (letöltés ideje: 2007. 08. 25.); *Egészségügy, baleset*. http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/tab12_05_08ia.html (letöltés ideje: 2007. 08. 25.).
154. KSH (2007c) *Módszertani dokumentáció/fogalmak. Korcsoport*. http://portal.ksh.hu/pls/ksh/ksh_web.meta.objektum?p_lang=HU&p_menu_id=120&p_almenu_id=201&p_ot_id=200&p_level=1&p_session_id=93166419&p_obj_id=3521 (letöltés ideje: 2009. 07. 26.).
155. KSH (2009) *Reálkeresetek alakulása (1992–)*. http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/tab12_01_41i.html (letöltés ideje: 2009. 07. 26.).
156. Kulcsár Zs, Rózsa S (2004) Hisztéria, szomatizáció és funkcionális stresszbetegségek. In: Kulcsár Zs, Rózsa S, Kökönyei Gy (szerk.) *Megmagyarázhatatlan testi tünetek*. ELTE, Eötvös Kiadó, Budapest: 11–47.
157. Kulcsár Zs (2005) Társas tényezők szerepe a traumafeldolgozásban. In: Kulcsár Zs (szerk.) *Teher alatt ... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Trefort Kiadó, Budapest: 9–33.
158. Kumar R, Rastogi CK, Nigam P (1996) A study of life events in cases of peptic ulcer and controls with special reference to their temporal relationship to the onset of illness. *Indian J Clin Psychol*, 23(2): 129–134.
159. Kune S, Kune GA, Watson LF, Rahe RH (1991) Recent life change and large bowel cancer. Data from the Melbourne Colorectal Cancer Study. *J Clin Epidemiol*, 44(1): 57–68.
160. Kvikstad A, Vatten LJ, Tretli S, Kvinnsland S (1994) Death of a husband or marital divorce related to risk of breast cancer in middle-aged women. A

- nested case-control study among Norwegian women born 1935–1954. *Eur J Cancer*, 30A(4): 473–477.
161. Lázár I (2005) A gyakorlati pszichoimmunológia. Immunrendszeri megbetegedések. In: Kopp M, Berghammer R (szerk.) *Orvosi pszichológia*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest: 388–413.
162. Lázár I (2006) Munkanélküliek életminősége. In: Kopp M, Kovács ME (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 350–362.
163. Lazarus RS (1966) *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill, New York.
164. Lazarus RS, Folkman S (1984) *Stress, appraisal, and coping. The Coping Process: An Alternative to Traditional Formulations*. Springer, New York. 141–180.
165. Leichner-Hennig R, Vetter G (1988) [Personality, stress and rheumatism: methodologic considerations]. [German]. *Z Rheumatol*, 47(5): 337–341.
166. Leifheit-Limson EC, Li Y, Reid KJ, Kasl SV, Lichtman JH (2011) Major life events prior to hospitalization for acute myocardial infarction are associated with worse outcomes at 1 year. *Circulation*, 124 Suppl 1.
167. Lerebours E, Gower-Rousseau C, Merle V, Brazier F, Debeugny S, Marti R, Salomez JL, Hellot MF, Dupas JL, Colombel JF, Cortot A, Benichou J (2007) Stressful life events as a risk factor for inflammatory bowel disease onset: A population-based case-control study. *Am J Gastroenterol*, 102(1): 122–131.
168. Levav I, Kohn R, Iscovich J, Abramson JH, Tsai WY, Vigdorovich D (2000) Cancer incidence and survival following bereavement. *Am J Public Health*, 90(10): 1601–1607.
169. Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Spinella S, Arca M, Bassi O (1992) Life events, personality, and physical risk factors in recent-onset duodenal ulcer. A preliminary study. *J Clin Gastroenterol*, 14(3): 203–210.
170. Lewis KM, Byrd DA, Ollendick TH (2012) Anxiety symptoms in African-American and Caucasian youth: relations to negative life events, social support, and coping. *J Anxiety Disord*, 26(1): 32–39.

171. Li J, Johansen C, Hansen D, Olsen J (2002) Cancer incidence in parents who lost a child: a nationwide study in Denmark. *Cancer*, 95: 2237–2242.
172. Lietzen R, Virtanen P, Kivimaki M, Sillanmaki L, Vahtera J, Koskenvuo M (2011) Stressful life events and the onset of asthma. *Eur Respir J*, 37: 1360–1365.
173. Lilienfeld SO (1992) The association between antisocial personality and somatization disorders: A review and integration of theoretical models, *Clin Psychol Rev*, 12(6): 641–662.
174. Lilienfeld SO, van Volkenburg C, Larntz K, Akiskal HS (1986) The relationship of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatization disorders. *Am J Psychiatry*, 143(6): 718–722.
175. Loerbroks A, Apfelbacher CJ, Thayer JF, Debling D, Sturmer T (2009): Neuroticism, extraversion, stressful life events and asthma: a cohort study of middle-aged adults. *Allergy*, 64: 1444–1450.
176. Luban-Plozza B, Pöldinger W, Kröger F (1994) *Pszichoszomatikus betegek az orvosi gyakorlatban*. Animula, Budapest.
177. Magni G, Borgherini G, Zennaro A, Muscara A, di Mario F (1994) The role of stressful life events in duodenal ulcer recurrence: a prospective study. *J Clin Psychol*, 50(5): 711–714.
178. Margitics F (2005) A prediszponáló tényezők kapcsolata szubklinikus depressziós tünetegyüttesel főiskolai hallgatóknál. *Psychiatria Hungarica*, 3: 211–223.
179. Mathe AA, Knapp PH (1971) Emotional and adrenal reactions to stress in bronchial asthma. *Psychosom Med*, 33(4) Jul: 323–340.
180. Maunder RG (2005) Evidence that stress contributes to Inflammatory Bowel Disease: Evaluation, Synthesis, and Future Directions. *Inflammatory Bowel Diseases*, 11: 600–608.
181. Maunder RG, Hunter JJ (2001) Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosom Med*, 63: 556–567.
182. Mawdsley JE, Rampton DS (2005) Psychological stress in IBD: new insights into pathogenic and therapeutic implications. *Gut*, 54(10): 1481–1491.

183. Mawdsley JE, Rampton DS (2007) The role of psychological stress in inflammatory bowel disease. *Neuroimmunomodulation*, 13(5-6): 327–336.
184. Mayer L, Kiss E, Baji I, Skultéti D, Vetró Á (2006a) Depressziós tünetek és az életesemények összefüggésének vizsgálata általános iskolás populációban. *Psychiatr Hung*, 3: 210–218.
185. Mayer L, Kiss E, Baji I, Skultéti D, Vetró Á (2006b) Életesemények minőségi elemzése és kapcsolata a depressziós tünetekkel általános iskolás populációban. *Psychiatr Hung*, 5: 360–370.
186. Miller MA, Rahe RH (1997) Life changes scaling for the 1990s. *J Psychosom Res*, Vol 43(3) Sep: 279–292.
187. Miller SM (1990) To see or not to see: Cognitive informational styles in the coping process. In: Rosenbaum M (szerk.) *Learned resourcefulness: On coping skills, self-control and adaptive behavior*. Springer, New York.
188. Moitra E, Dyck I, Beard C, Bjornsson AS, Sibrava NJ, Weisberg RB, Keller MB (2011) Impact of stressful life events on the course of panic disorder in adults. *J Affect Disord*, 134: 373–376.
189. Moore L, Meyer F, Perusse M, Cantin B, Dagenais GR, Bairati I, Savard J (1999) Psychological stress and incidence of ischaemic heart disease. *Int J Epidemiol*, 28: 652–658.
190. Moos RH, Solomon GF (1964) Minnesota Multiphasic Personality Inventory response patterns in patients with rheumatoid arthritis. *J J Psychosom Res*, 26: 17–28.
191. Mucsi I, Novák M (2008) Cukorbetegség életminősége. In: Kopp M (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 576–583.
192. Mukamal KJ (2003) Alcohol use and prognosis in patient with coronary heart disease. *Prev Cardiol*, 6(2): 93–98.
193. Nagy J (2004) Életesemények vizsgálata Magyarországon. *LAM*, 14(10): 690–692.
194. Nagy L (2005) A felnőtt kötődés mérésének új lehetősége: a közvetlen kapcsolatok élményei kérdőív. *Pszichológia*, 2005, 3: 223–245.

195. Najem R, Seebode JJ, Samady AJ, Feuerman M, Friedman L (1997) Stressful life events and risk of symptomatic kidney stones. *Int J Epidemiol*, 26(5): 1017–1023.
196. North CS, Alpers DH, Helzer JE, Spitznagel EL, Clouse RE (1991) Do life events or depression exacerbate inflammatory bowel disease? A prospective study. *Ann Intern Med*, 114(5): 381–386.
197. Novák M, Dunai A, Mucsi I (2006a) Az alvászavarok hatása az életminőségre. In: Kopp M, Kovács ME (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 532–537.
198. Novák M, Molnár ZsM, Kovács Zs, Mucsi I (2006b) Krónikus vesebetegségben szenvedő, dializált és vesetranszplantáción átesett betegek életminősége. In: Kopp M, Kovács ME (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 466–476.
199. Onnis L (1993) *A pszichoszomatikus zavarok rendszerszemlélete*. Családtérapiás olvasókönyv sorozat III. Animula, Budapest.
200. Paar GH, Bezenberger U, Lorenz-Meyer H (1988) [The correlation of psychosocial stress and disease activity in patients with Crohn disease and ulcerative colitis]. [German]. *Z Gastroenterol*, 26(10): 648–657.
201. Pace F, Molteni P, Bollani S, Sarzi-Puttini P, Stockbrugger R, Porro BG, Drossman DA (2003) Inflammatory Bowel Disease versus Irritable Bowel Syndrome: A Hospital-based, Case-Control Study of Disease Impact on Quality of Life. *Scand J Gastroenterol*, 38: 1031–1038.
202. Park CL, Folkman S (1997) Meaning in the Context of Stress and Coping. *Rev Gen Psychol*, 1: 115–144.
203. Paykel ES (1970) Stress and life events. In: Davidson L, Linnoila M (1991, szerk.) *Risk factors for youth suicide*. Hemisphere, New York.
204. Paykel ES (1983) Methodological aspects of life events research. *J Psychosom Res*, 27: 341–352.
205. Paykel ES (1997) The Interview for Recent Life Events. *Psychol Med*, 27: 301–310.
206. Paykel ES (2001) The evolution of life events research in psychiatry. *J Affect Disord*, 62, 3: 141–149.

207. Paykel ES (2003) Life events and affective disorders, *Acta Psychiatr Scand*, 108 Suppl 418: 61–66.
208. Paykel ES, Prusoff BA, Uhlenhuth EH (1971) Scaling of life events. *Arch Gen Psychiatry*, 25: 340–347.
209. Paykel ES, Prusoff BA, Myers JK (1975) Suicide attempts and recent life events – controlled comparison. *Arch Gen Psychiatry*, 32: 327–333.
210. Paykel ES, McGuinness BM, Gomez J (1976) An Anglo-American comparison of the scaling of life events. *Br J Med Psychol*, 49: 237–247.
211. Peled R, Carmil D, Siboni-Samocho O, Shoham-Vardi I (2008) Breast cancer, psychological distress and life events among young women. *BMC Cancer*, 8, 245: 1–6.
212. Peralta-Ramírez MI, Jiménez-Alonso JF, Godoy-García J, Pérez-García M (2004) The effects of daily stress and stressful life events on the clinical symptomatology of patients with lupus erythematosus. *Psychosom Med*, 66: 788–794.
213. Peterson C, Seligman MEP (1984) Causal Explanations as a Risk Factor for Depression: Theory and Evidence. *Psychol Rev*, 91(3): 347–374.
214. Peterson MG, Allegrante JP, Augurt A, Robbins L, MacKenzie CR, Cornell CN (2000) Major life events as antecedents to hip fracture. *J Trauma*, 48(6): 1096–1100.
215. Pikó B, Fitzpatrick KM (2001) A rizikó és protektív elmélet alkalmazása a serdülőkorú depressziós tünetegyüttes magatartás-epidemiológiai vizsgálatában. *Mentálhigiéné és pszichoszomatika*, 3: 41–47.
216. Pilling J. (2006): A gyász hatása az életminőségre. In: Kopp M., Kovács M. E. (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 337–349.
217. Pilling J (2008) A gyász kettős arca: veszélyek és esélyek. In: Kopp M (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 469–476.
218. Piper DW, Mcintosh JH, Ariotti DE, Calogiuri JV, Brown RW, Shy CM (1981) Life events and chronic duodenal ulcer: a case control study. *Gut*, 22: 1011–1017.

219. Possemato K, Geller PA, Ouimette P (2009) Posttraumatic Stress and Quality of Life in Kidney Transplantation Recipients. *Traumatology online*, <http://tmt.sagepub.com/cgi/content/abstract/1534765609333782v1> (letöltés: 2009. 06. 18.).
220. Purebl Gy, Balog P (2008) A depressziós tünetegyüttes jelentősége az esélyteremtés szempontjából. In: Kopp M (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 584–591.
221. Purebl Gy, Kovács M (2006) A depressziós tünetegyüttes kapcsolata a testi betegségekkel, hatása az életminőségre. In: Kopp M, Kovács ME (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 420–429.
222. Pyykkonen AJ, Raikkonen K, Tuomi T, Eriksson JG, Groop L, Isomaa B (2010) Stressful life events and the metabolic syndrome: the prevalence, prediction and prevention of diabetes (PPP)–Botnia Study. *Diabetes Care*, 33(2): 378–384.
223. Rafanelli C, Roncuzzi R, Milaneschi Y, Tomba E, Colistro MC, Pancaldi LG, di Pasquale G (2005) Stressful life events, depression and demoralization as risk factors for acute coronary heart disease. *Psychother Psychosom*, 74(3): 179–184.
224. Rahe RH (1975) Epidemiological studies of life change and illness, *Int J Pscyhiatric Med*, 6: 133–146.
225. Rahe RH, Lind E (1971) Psychosocial factors and sudden cardiac death: A pilot study. *J Psychosom Res*, Vol. 15(1) Mar: 19–24.
226. Rahe RH, Paasikivi J (1971) Psychosocial factors and myocardial infarction: II. An outpatient study in Sweden. *J Psychosom Res*, Vol. 15(1) Mar 1971: 33–39.
227. Rahe RH, Tolles RL (2002) The Brief Stress and Coping Inventory: A Useful Stress Management Instrument. *Int J Stress Manag*, 9/2: 61–70.
228. Rahe RH, Meyer M, Smith M, Kjaer G, Holmes TH (1964) Social stress and illness onset. *J Psychosom Res*, 8(1): 35–44.

229. Rahe RH, Arthur RJ (1968) Life-change patterns surrounding illness experience. *J Psychosom Res*, 11(4): 341–345.
230. Rahe RH, Mahan JL, Arthur RJ (1970) Prediction of near-future health change from subjects' preceding life changes. *J Psychosom Res*, Vol. 14(4) Dec: 401–406.
231. Raikkonen K, Matthews KA, Kuller LH (2007) Depressive symptoms and stressful life events predict metabolic syndrome among middle-aged women: a comparison of World Health Organization, Adult Treatment Panel III, and International Diabetes Foundation definitions. *Diabetes Care*, 30(4): 872–877.
232. Ramer S, Germain A, Dohar S, Unruh M (2009) *Event-related distress in kidney disease patients*. National Kidney Foundation, Spring Clinical Meetings 2009. (Published abstract: http://www.kidney.org/news/meetings/abstracts/review/embed/Ramer_Event.pdf (letöltés: 2009. 06. 18.).
233. Ray A, Henke PG (1991) The basolateral amygdala, dopamine and gastric stress-ulcer formation in rats. *Brain Res*, 558(2): 335–338.
234. Reich JW, Zautra AJ (1988) Direct and stress-moderating effects of positive life experiences. In: Cohen LH (szerk.). *Life events and psychological functioning: Theoretical and methodological issues*. Newbury Park. CA: Sage: 149–181.
235. Rehm J, Sempos CT, Trevisan M (2003) Alcohol and cardiovascular disease—more than one paradox to consider. Average volume of alcohol consumption, patterns of drinking and risk of coronary heart disease—a review. *J Cardiovasc Risc*, 10(1): 15–20.
236. Ress K, Berghammer R, Túry F (2006) A krónikus fájdalom és az életminőség. In: Kopp M, Kovács ME (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 516–531.
237. Rosso G, Albert U, Asinari GF, Bogetto F, Maina G (2012) Stressful life events and obsessive-compulsive disorder: clinical features and symptom dimensions. *Psychiat Res*, 197: 259–264.
238. Rounds KA, Israel BA (1985) Social networks and social support: living with chronic renal disease. *Patient Educ Couns*, 7(3): 227–247.

239. Rózsa S, Szádóczky E, Füredi J (2001) A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői a hazai mintán. *Psychiatr Hung*, 16(4): 384–402.
240. Rózsa S, Réthelyi J, Stauder A, Susánszky É, Mészáros E, Skrabski Á, Kopp M (2003) A HUNGAROSTUDY 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbattéria pszichometriai jellemzői. *Psychiatr Hung*, 18(2): 83–94.
241. Rózsa S, Kő N, Csoboth Cs, Purebl Gy, Beöthy-Molnár A, Szebik I, Berghammer R, Réthelyi J, Skrabski Á, Kopp M (2005) Stressz és megküzdés. A Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívvel szerzett hazai eredmények ismertetése. *Mental*, 6(4): 275–294.
242. Rózsa S, Réthelyi J, Stauder A, Susánszky É, Mészáros E, Skrabski Á, Kopp M (2006) A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés tervezése, statisztikai módszerei, a minta leíró jellemzői és az alkalmazott kérdőívek. In: Kopp M, Kovács M (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 70–82.
243. Rózsa S, Purebl Gy, Susánszky É, Kő N, Szádóczky E, Réthelyi J, Danis I, Skrabski Á, Kopp M (2008) A megküzdés dimenziói: a konfliktusmegoldó kérdőív hazai adaptációja. *Mental*, 9(3): 217–241.
244. Salavecz Gy (2008) Munkahelyi stressz és egészség. In: Kopp M (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 288–297.
245. Sandberg S, Paton JY, Ahola S, McCann DC, McGuinness D, Hillary CR, Oja H (2000) The role of acute and chronic stress in asthma attacks in children. *Lancet*, 356: 982–987.
246. Sandberg S, Järvenpää S, Penttinen A, Paton JY, McCann DC (2004) Asthma exacerbations in children immediately following stressful life events: a Cox's hierarchical regression. *Thorax*, 59: 1046–1051.
247. Sarason IG, Johnson JH, Siegel JM (1978) Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey. *J Consult Clin Psychol*, 46: 932–946.

248. Schraub S, Sancho-Garnier H, Velten M (2009) Should psychological events be considered cancer risk factors? *Rev Epidemiol Sante Publique*, 57(2): 113–123.
249. Schwarzer R, Schwarzer C (1996) A critical survey of coping instruments. In: Zeidner M, Endler NS (szerk.) *Handbook of Coping*. Wiley, New York.
250. Selye H (1936) A syndrome produced by diverse noxious agent. *Nature*, 138: 32–45.
251. Selye H (1956) *The Stress of Life. How does one dissect a biologic mechanism? Result of the dissection*. McGraw-Hill, New York. 75–96.
252. Selye J (1969) *Életünk és a stressz*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 102–123.
253. Selye J (1983) *Stressz distressz nélkül*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 25–30.
254. Sepa A, Frodi A, Ludvigsson J (2005) Mothers' experiences of serious life events increase the risk of diabetes-related autoimmunity in their children. *Diabetes Care*, 28(10): 2394–2399.
255. Seres G, Túry F, Murányi I, Bárdos Gy (2006) Gyomor-bélrendszer betegségek, különös tekintettel az irritábilis bélszindrómára. In: Kopp M, Kovács ME (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 485–493.
256. Seres G, Kovacs Z, Kovacs A, Kerekgyarto O, Sardi K, Demeter P, Meszaros E, Tury F (2008) Different associations of health related quality of life with pain, psychological distress and coping strategies in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disorder. *J Clin Psychol Med Settings*, 15(4) Dec: 287–295.
257. Sibai AM, Armenian HK, Alam S (1989) Wartime determinants of arteriographically confirmed coronary artery disease in Beirut. *Am J Epidemiol*, 130: 623–631.
258. Sifneos PE (1973) The prevalence of „alexithimic” characteristic in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*, 22: 255–262.
259. Singh S, Graff LA, Bernstein CN (2009) Do NSAIDs, Antibiotics, Infections, or Stress Trigger Flares in IBD? *Am J Gastroenterol*, 104(5): 1298–1313.

260. Sipetic S, Vlajinac H, Marinkovi J, Kocev N, Milan B, Ratkov I, Sajic S (2007) Stressful life events and psychological dysfunctions before the onset of type 1 diabetes mellitus. *J Pediatr Endocrinol*, 20(4): 527–534.
261. Smedstad LM, Kvien TK, Moum T, Vaglum P (1995) Life events, psychosocial factors, and demographic variables in early rheumatoid arthritis: relations to one-year changes in functional disability. *J Rheumatol*, 22(12): 2218–2225.
262. Smith CK, Harrison SD, Ashworth C, Montano D, Davis A, Fefer A (1984) Life change and onset of cancer in identical twins. *J Psychosom Res*, 28(6): 525–532.
263. Smudla A, Nyiri P, Somogyi P (2006) A csontritkulás és a csípőtáji törések hatása az életminőségre. In: Kopp M, Kovács ME (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 507–515.
264. Sparrenberger F, Fuchs SC, Moreira LB, Fuchs FD (2008) Stressful life events and current psychological distress are associated with self-reported hypertension but not with true hypertension: results from a cross-sectional population-based study. *BMC Public Health*, 8: 357.
265. Spiller R (2007) Serotonin, inflammation, and IBS: fitting the jigsaw together? *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 45, Suppl 2: 115–119.
266. Spitz RA (1945) Hospitalism – An Inquiry Into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. *Psychoanal Study Child*, 1: 53–74.
267. Stauder A (2006) Allergia, asztma és életminőség. In: Kopp M, Kovács ME (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 494–506.
268. Steptoe A, Brydon L (2009) Emotional triggering of cardiac events. *Neurosci Biobehav Rev*, 33: 63–70.
269. Sugisawa A, Uehata T (1998) Onset of peptic ulcer and its relation to work-related factors and life events: A prospective study. *J Occup Health*, 40: 22–31.
270. Surtees PG, Ingham JG (1980) Life stress and depressive outcome: application of a dissipation model to life events. *Soc Psychiatry*, 15: 21–31.

271. Surtees PG, Wainwright NWJ, Luben RL, Wareham NJ, Bingham SA, Khaw KT (2007) Adaptation to social adversity is associated with stroke incidence. Evidence from the EPIC-Norfolk Prospective Cohort Study. *Stroke*, 38: 1447–1453.
272. Susánszky É (2006) A betegviselkedés. In: Szántó Zs, Susánszky É (szerk.) *Orvosi szociológia*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 73–85.
273. Susánszky É, Riskó Á (2006) „Élet a betegség után.” Sikeresen kezelt rosszindulatú daganatos betegek életminőségének vizsgálata. In: Kopp M, Kovács ME (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 447–484.
274. Susánszky É, Székely A, Szabó G, Szántó Zs, Konkoly ThB, Kopp M (2007) A Hungarostudy Egészség Panel (HEP) felmérés módszertani leírása. *Mental*, 8(4): 259–276.
275. Swearingen EM, Cohen LH (1985) Life events and Psychological distress: A prospective study of young adolescent. *Dev Psychol*, 21/6: 1045–1054.
276. Szabó G (2008) Az esélyteremtés szintjei – életesemények, stressz és egészségi állapot. In: Kopp M (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 477–485.
277. Szabó G, Rózsa S (2006) Az életesemények hatása az életminőségre. In: Kopp M, Kovács ME (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 324–336.
278. Szabó G, Szántó Zs, Balog P, Kopp M (2010) Az életesemények, a stressz és a megküzdés nemi különbségei. *Mental*, 11(4): 349–369.
279. Szabó N, Hegedűs K, Szabó G (2008) Munkahelyi stressz az egészségügyi dolgozók körében. In: Kopp M (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 341–346.
280. Szabó N, Hegedűs K, Szabó G, Kopp M (2008) Egészségügyi dolgozók munkahelyi stressz-állapota és társas támogatottsága. *Nővér*, 21(1): 10–17.
281. Szabó N, Szabó G, Hegedűs K (2008) Interdiszciplinaritás, munkahelyi stressz, holisztikus szemléletű ellátás. *LAM*, 18(3): 243–249.

282. Székely A, Balog P (2008) Nyitott szívűműtéten átesett betegek életésélyeit növelő tényezők. In: Kopp M (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 551–556.
283. Szumska I (2008) Krónikus beteg a családban. In: Kopp M (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 273–279.
284. Talley NJ, Boyce PM, Jones M (1998) Is the association between irritable bowel syndrome and abuse explained by neuroticism? A populatin based study. *Gut*, 42(1): 47–53.
285. Tanaka T, Yoshida M, Yokoo H, Tomita M, Tanaka M (1998) Expression of aggression attenuates both stress-induced gastric ulcer formation and increases in noradrenaline release in the rat amygdala assessed by intracerebral microdialysis. *Pharmacol Biochem Behav*, 59 (1) Jan: 27–31.
286. Tang TN, Toner BB, Stuckless N, Dion KL, Kaplan AS, Ali A (1998) Features of eating disorders in patients with irritable bowel syndrome. *J Psychosom Res*, 45(2): 171–178.
287. Tao JS, Han MF, He OY (2004) Correlation of cerebral ischemic stroke with life events. *Chin J Clin Rehabil*, 8(4): 606–607.
288. Tas F, Karalar U, Aliustaoglu M, Keskin S, Can G, Cinar FE (2012) The major stressful life events and cancer: stress history and cancer. *Med Oncol*, 29(2): 1371–1377.
289. Tedeschi RG, Calhoun LG (1996) The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*, 9(3): 455–471.
290. Tedeschi RG, Calhoun LG (2004) Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1): 1–18.
291. Thomas J, Greig M, Piper DW (1980) Chronic gastric ulcer and life events. *Gastroenterology*, 78(5): 905–911.
292. Tosevski DL, Milovancevic MP (2006) Stressful life events and physical health. *Curr Opin Gastroenterol*, 19: 184–189.
293. Tóth I, Gervai J (1999) Szülői bánásmód kérdőív (H-PBI): A Parental Bonding Instrument magyar változata. *MPSzle*, LIV/4: 551–556.

294. Tringer L, Veér A (1977) Egyes élethelyzetek stressz-hatásának elemzése. *Ideggyógyászati Szemle*, 30: 23–33.
295. Turyk ME, Hernandez E, Wright RJ, Freels S, Slezak J, Contraras A, Piorkowski J, Persky VW (2008) Stressful life events and asthma in adolescents. *Pediatr Allergy Immunol*, 19(3): 255–263.
296. Twisk JWR, Snel J, Kemper HCG, van Mechelen W (1999) Changes in daily hassles and life events and the relationship with coronary heart disease risk factors: a 2-year longitudinal study in 27–29-year-old males and females. *J Psychosom Res*, 46(3): 229–240.
297. Twisk JWR, Snel J, de Vente W, Han CG, Kemper HCG, van Mechelen W (2000) Positive and negative life events: the relationship with coronary heart disease risk factors in young adults. *J Psychosom Res*, 49: 35–42.
298. von Uexküll T (1963) *Grundfragen der psychosomatischen Medizin*. Rowohlt, Reinbek, Hamburg.
299. Urbán R (1996) Felnőttkötődés és intim kapcsolatok. *MPSzle*, LII. kötet (Új sorozat 36.) 1996/4–6: 347–361.
300. Vaillant GE (1977) *Adaptation to life. Basic Styles of Adaptation*. Boston: Little Brown. 73–192.
301. Vaillant GE (1994) Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *J Abnorm Psychol*, 103(1): 44–50.
302. van del Wiel A, van Golde PM, Kraaijenhagen RJ, von dem Borne PA, Bouma BN, Hart HC (2001) Acute inhibitory effect of alcohol on fibrinolysis. *Eur J Clin Invest*, 31(2): 164–170.
303. van der Kolk BA, Percovitz D, Roth S, Mandel F, McFarlane A, Herman J (1996) Dissociation, Somatization and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *Am J Psychiatry*, 153(7S) Suppl: 83–93.
304. Vidal A, Gómez-Gil E, Sans M, Portella M, Salamero M, Piqué J, Panés J (2006) Life events and Inflammatory Bowel Disease relapse: A prospective study of patientse in remission. *Am J Gastroenterol*, 101(4): 775–781.
305. Virk J, Li J, Vestergaard M, Obel C, Lu M, Olsen J (2010) Early Life Disease Programming during the preconception and prenatal period: making the link between stressful life events and type-1 diabetes. *Plos One*, 5(7): e11523.

306. von Wietersheim J, Kohler T, Feiereis H (1992) Relapse-precipitating life events and feelings in patients with inflammatory bowel disease. *Psychother Psychosom*, 58(2): 103–112.
307. Wail CM, Wade SL, Baumann LJ, Lynn H, Mitchell H, Lavigne J (1999) The relationship between psychosocial factors and asthma morbidity in inner-city children with asthma. *Pediatrics*, 104: 1247–1280.
308. Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J, Alberstein L (2000) Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Dev*, 71: 684–689.
309. Waters E, Crowell J, Elliott M, Corcoran D, Treboux D (2002) Bowlby's secure base theory and the social/personality psychology of attachment style: work(s) in progress. *Attach Hum Dev*, 4: 230–242.
310. Wheatley-Price P, Le M, Ding KY, Leigh N, Hirsh V, Seymour L, Bezjak A, Shepherd FA (2010) The influence of sex on efficacy, adverse events, quality of life, and delivery of treatment in National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group non-small cell lung cancer chemotherapy trials. *J Thorac Oncol*, 5(5): 640–648.
311. Wichers M, Maes HH, Jacobs N, Derom C, Thiery E, Kendler KS (2012) Disentangling the causal inter-relationship between negative life events and depressive symptoms in women: a longitudinal twin study. *Psychol Med*, 42(9): 1801–1814.
312. Wicks AF, Lumley T, Lemaitre RN, Sotoodehnia N, Rea TD, McKnight B, Stroger DS, Bovbjerg VE, Siscovick DS (2012) Major life events as potential triggers of sudden cardiac arrest. *Epidemiology*, 23(3): 482–485.
313. Williams SJ (2005) *Sleep and society. Sociological Ventures into the (Un)known. Changing theories and explanations of sleep: from ancient to modern times*. Routledge, London. 9–36.
314. Wiseman H, Maysless O, Sharabany R (2006) Why are they lonely? Perceived quality of early relationships with parents, attachment, personality predispositions and loneliness in first-year university students. *Pers Individ Dif*, 40(2): 237–248.

315. Worrall-Davies A, Holland P, Berg I, Goodyer I (1999) The effect of adverse life events on glycaemic control in children with insulin dependent diabetes mellitus. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 8: 11–16.
316. Wright RJ (2007) Further evidence that the wealthier are healthier: negative life events and asthma-specific quality of life. *Thorax*, 62: 106–108.
317. Wrigley M, Mayou R (1991) Psycho-social factors and admission for poor glycaemic control: A study of psychological and social factors in poorly controlled insulin dependent diabetic patients. *J Psychosom Res*, 35: 335–343.
318. Yehuda R, McFarlane AC (1995) Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *Am J Psychiatry*, 152: 1705–1713.
319. Young CC, LaMontagne LL, Dietrich MS, Wells N (2012) Cognitive vulnerabilities, negative life events, and depressive symptoms in young adolescents. *Arch Psychiat Nurs*, 26(1): 9–20.
320. Zana Á, Hegedűs K, Szabó G (2006) A Neimeyer és Moore-féle Mutidimenzionális Halálfélelem Skála validálása magyar populáción. *Mental*, 7(3): 257–266.
321. Zana Á, Hegedűs K, Szabó G (2007) Rítusok és szokások változásainak szerepe a társas kapcsolatok alakulásában. A mai magyar lakosság halálképe. In: Kopp M (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 382–389.
322. Zana Á, Hegedűs K, Szabó G (2008) A halálfélelem, a halál iránti attitűd és a mentális egészség kapcsolatának korosztályos összehasonlító vizsgálata. *Lege Artis Medicinae*, 18(4): 319–320.
323. Zana Á, Szabó G, Hegedűs K (2009) Attitudes toward death in Hungary using the multidimensional fear of death scale. *CEMED*, 3(2): 327–335.
324. Zautra AJ, Reich JW, Guamaccia CA (1990) Some every-day life consequences of disability and bereavement for older adults. *J Pers Soc Psychol*, 59: 550–561.
325. Zautra AJ, Hamilton NA, Potter P, Smith B (1999) Field research on the relationship between stress and disease activity in rheumatoid arthritis. *Ann N Y Acad Sci*, 876: 397–412.

10. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

10.1. AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN MEGJELENT KÖZLEMÉNYEK

Hazai tudományos közlemények

Könyvfejezetek, önálló tanulmányok (7)

1. **Szabó G**, Rózsa S (2008) Negatív életesemények és személyiség. In: Kopp M (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 66–72.
2. **Szabó G** (2008) Az esélyteremtés szintjei – életesemények, stressz és egészségi állapot. In: Kopp M (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 477–485.
3. **Szabó G**, Rózsa S (2006) Az életesemények hatása az életminőségre. In: Kopp M, Kovács ME (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 324–336.
4. Hegedűs K, Szabó N, **Szabó G** (2008) Az egészségügyi dolgozók életminősége, testi és lelki állapota. In: Kopp M (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 335–340.
5. Hegedűs K, Zana Á, **Szabó G** (2008) Stresszkezelő módszerek az egészségügyi dolgozók halállal, haldoklással kapcsolatos attitűdjeinek javítására. A tanfolyamok hatásvizsgálata. In: Kopp M (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 114–120.
6. Szabó N, Hegedűs K, **Szabó G** (2008) Munkahelyi stressz az egészségügyi dolgozók körében. In: Kopp M (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 341–346.

7. Zana Á, Hegedűs K, **Szabó G** (2007) Rítusok és szokások változásainak szerepe a társas kapcsolatok alakulásában. A mai magyar lakosság halálképe. In: Kopp M (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest: 382–389.

Folyóiratok (7)

1. **Szabó G**, Szántó Zs, Balog P, Kopp M (2010) Az életesemények, a stressz és a megküzdés nemi különbségei. *Mental*, 11(4): 349–369.
2. Balog P, Székely A, **Szabó G**, Kopp M (2006) A Rövidített Házastársi Stressz Skála pszichometriai jellemzői. *Mental*, 2006, 7(3): 193–202.
3. Balog P, Dégi LCs, **Szabó G**, Susánszky A, Stauder A, Székely A, Falger P, Kopp M (2010) Magas vérnyomás vagy depresszió? Rossz házasságban másképp betegek a férfiak és másképp a nők. *Mental*, 11(4): 313–333.
4. Hegedűs K, Zana Á, **Szabó G** (2007) Az élet végi ismeretek oktatásának hatása a orvosok és az egészségügyi dolgozók halállal kapcsolatos attitűdjére. *LAM*, 17(2): 165–170.
5. Hegedűs K, Zana Á, **Szabó G** (2006) Orvosok halálképe és a halállal, haldoklással foglalkozó kurzusok hatásai. *Kharón*, 10(3–4): 46–58.
6. Szabó N, **Szabó G**, Hegedűs K (2008) Interdiszciplinaritás, munkahelyi stressz, holisztikus szemléletű ellátás. *LAM*, 18(3): 243–249.
7. Zana Á, Hegedűs K, **Szabó G** (2008) A halálfélelem, a halál iránti attitűd és a mentális egészség kapcsolatának korosztályos összehasonlító vizsgálata. *LAM*, 18(4): 319–320.

Nemzetközi tudományos közlemények

Folyóiratok (1)

1. Hegedűs K, Zana Á, **Szabó G** (2008) Effect of end of life education on medical students' and health care workers' death attitude. *Palliat Med*, 22(3): 264–269. (IF: 1,874)

10.2. AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁTÓL FÜGGETLEN KÖZLEMÉNYEK

Hazai tudományos közlemények

Könyvfejezetek, önálló tanulmányok (1)

1. Németh E, Kopp M, **Szabó G**, Székely A (2011) TV-használat és internetelérés: micsoda különbség! In: Gabos E (szerk.): *A média hatása a gyermekekre és fiatalokra V., Balatonalmádi, 2009*, Nemzetközi Gyermekmentő Szolgálat Magyar Egyesület, Balatonalmádi: 222–229.

Folyóiratok (6)

1. Csóka Sz, **Szabó G**, Sáfrány E, Rochlitz R, Bódizs R (2007) Kísérlet a felnőttkori kötődés mérésére – a Kapcsolati Kérdőív (Relationship Scale Questionnaire) magyar változata. *Pszichológia*, 27(4): 333–355.
2. Martos T, Szabó G, Rózsa S (2006) Az Aspirációs Index rövidített változatának pszichometriai jellemzői hazai mintán. *Mental*, 7(3): 171–191.
3. Németh E, **Szabó G**, Székely A, Kopp M (2009) Az internetelérés, a tévéhasználat és társas támogatás összefüggései. *Magyar Fogyasztó*, 2009/1: 8–13.
4. Susánszky É, Székely A, **Szabó G**, Szántó Zs, Klinger A, Konkoly ThB, Kopp M (2007) A Hungarostudy Egészség Panel (HEP) felmérés módszertani leírása. *Mental*, 8(4): 259–276.
5. Vincze K, **Szabó G** (2008) Örökbefogadó családok mentálhigiénés szolgáltatások iránti igényei. *Család Gyermek Ifjúság*, 17(2): 42–52.
6. Zana Á, Hegedüs K, **Szabó G** (2006) A Neimeyer és Moore-féle Multidimenzionális Halálfélelem Skála validálása magyar populáción. *Mental*, 7(3): 257–266.

Nemzetközi tudományos közlemények

Folyóiratok (1)

1. Csóka S, Simor P, **Szabó G**, Kopp M, Bódizs R (2011) Early maternal separation, nightmares and bad dreams: Results from the Hungarostudy Epidemiological Panel. *Attach Hum Dev*, 13(2): 125–140. (IF: 1,426)

11. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Mindenekelőtt meg kell emlékezni témavezetőmről, dr. Kopp Mária professzor asszonyról, aki az évek folyamán nemcsak mindvégig türelmesen és segítőkészen támogatott kutatásomban, hanem segítségével egyrészt tevékenyen részt vehettem a vezetésével és szervezésével létrehozott, nemzetközileg elismert epidemiológia kutatássorozatban, a Hungarostudy 2002-ben és a HEP2006-ban, másrészt egy olyan tudományos munkacsoport életében lehettem jelen, amelyen keresztül számtalan elméleti és gyakorlati nézőpontot ismerhettem meg.

Köszönetet szeretnék mondani témavezetőmnek, dr. Balog Piroskának, hogy értékes tanácsaival mindvégig támogatott, valamint hogy vele együtt részt vehettem a házastársi stressz és a szív- és érrendszeri megbetegedések kapcsolatának vizsgálatában

Köszönetet szeretnék mondani dr. Túry Ferenc professzor úrnak, hogy 2005-ben bekapcsolódhattam a Magatartástudományi Intézet Pszichoszomatikus Szakambulanciájának munkájába, ahol az egyéni terápiák révén kutatási témám gyakorlati oldalát is megtapasztalhattam.

Köszönetet mondok a Hungarostudy 2002 és a HEP2006 munkacsoport tagjainak is. A felmérések az Országos Tudományos Kutatási Alapprogramok (TS-049785, K73754 és TS-040889/2002), valamint a Nemzeti Kutatás-Fejlesztési Program (NKFP-01/002/2001) keretében történtek.

Köszönetemet fejezem ki dr. Szántó Zsuzsának, akivel nemcsak számos elméleti kérdést tudtam az évek folyamán megvitatni, hanem kitartó biztatásával és segítségével sikerült túljutnom a kutatás nehezebb periódusain is, és dr. Susánszky Évának a módszertani problémákban való segítségével és a számtalan módszertani vitánk keretében kapott ötletért.

Köszönetet mondok Rózsa Sándornak, aki jelentős szerepet vállalt a Hungarostudy 2002 módszertani alapjainak kidolgozásában és egyben az életesemények hazai adaptációjában, valamint segített egy az ELTE Pszichológiai Intézetében végrehajtott, az életesemények és a személyiség kapcsolatát kutató pilotvizsgálat lebonyolításában.

Köszönetet szeretnék mondani dr. Hegedűs Katalinnak, Zana Ágnesnek, Szabó Nórának és Smudla Anikónak, akikkel együtt a halál és haldoklás témájában vehettem

részt, valamint Csóka Szilviának, akivel a korai és felnőttkori kötődéssel kapcsolatos kutatásában dolgozhattam együtt.

Köszönöm dr. Szirtes Máriának, hogy orvosi szempontokkal segítette a dolgozat elkészülését.

Köszönetet szeretnék mondani Jónás Zsoltnak, aki a folyamatosan felmerülő számítástechnikai, informatikai problémák megoldásában segített és Somorjai Noémi könyvtárosnak, aki az évek folyamán számtalan elérhetetlennek tűnő könyvet és folyóiratot szerzett meg számomra.

Köszönetet mondok Mandler Judit korrektornak, aki folyamatosan és fáradhatatlanul részt vett a korrektori és a szerkesztési munkákban.

Végül köszönetet szeretnék mondani családomnak: édesanyámnak és testvéremnek türelmükért és folyamatos támogatásukért.

12. MELLÉKLETEK

1. Az egyes betegségcsoportok komorbiditásának százalékos táblázata

10. táblázat. Az egyes betegségcsoportok komorbiditásának százalékos táblázata
(A 20% feletti komorbiditást kiemelve szerepelnek)

<p>E betegségben szenvedők hány százalékának van más betegsége is?</p>		Pszichiátriai betegség	Vesebetegség	Cukorbetegség	Daganatos betegség	Májbetegség	Gyomorfekély, nyombélfekély, más gyomor-, bérendszeri betegség	Reuma, más izom- és csontrendszeri betegség	Szívbetegség, agyérbetegség, magas vérnyomás	Allergiás betegség, asztma, más légzőszervi betegség	Baleset
Pszichiátriai betegség	242	-	11,6	11,2	6,2	3,7	21,9	47,1	55,4	21,1	7,4
Vesebetegség	153	18,3	-	20,9	6,5	8,5	21,6	52,3	63,4	18,3	6,5
Cukorbetegség	369	7,3	8,7	-	5,1	5,1	11,4	38,2	73,7	11,9	5,4
Daganatos betegség	131	11,5	7,6	14,5	-	6,9	19,8	44,3	50,4	21,4	3,1
Májbetegség	75	12,0	17,3	25,3	12,0	-	25,3	38,7	58,7	10,7	9,3
Gyomorfekély, nyombélfekély, más gyomor-, bérendszeri betegség	336	15,8	9,8	12,5	7,7	5,7	-	51,5	57,1	19,6	9,2
Reuma, más izom- és csontrendszeri betegség	1057	10,8	7,6	13,3	5,5	2,7	16,4	-	58,5	18,7	7,6
Szívbetegség, agyérbetegség, magas vérnyomás	1495	9,0	6,5	18,2	4,4	2,9	12,8	41,3	-	15,5	6,6
Allergiás betegség, asztma, más légzőszervi betegség	507	10,1	5,5	8,7	5,5	1,6	13,0	39,1	45,8	-	5,7
Baleset	220	8,2	4,5	9,1	1,8	3,2	14,1	36,4	44,5	13,2	-

2. A korai kötődés szerepe a negatív életesemények és a betegségek közötti kapcsolatban

11. táblázat. A korai kötődés szerepe a negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatában logisztikus regresszióval tesztelve, a nemmel, a korrall, a végzettséggel és a szocioökonómiai státusszal való kontrollálás után. (Betegségcsoportonként az első sorok a logisztikus regresszióba utolsó tételként bevont negatív életesemények szignifikanciáit és esélyhányadosait mutatják a korai kötődés bevonása nélkül, a második és a harmadik sorok a negatív életesemények és a korai kötődés sérülésének szignifikanciáit és esélyhányadosait mutatják a korai kötődés sérülésének bevonása után. Sárga háttérrel azok a betegségcsoportok lettek megjelölve, amelyek szignifikáns összefüggést mutattak a korai kötődés sérülésével.)

Betegségcsoportok – több betegségcsoport egyidejű előfordulása megengedett	N	A logisztikus regresszióba bevont fő változók	Negatív életesemények alacsony vs. magas száma átlagosan 1 évre az							
			elmúlt 1 évben		elmúlt 2 évben		elmúlt 3 évben		elmúlt 8 évben	
			Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)
Bármilyen betegség	2472	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,420	0,000	1,397	0,000	1,504	0,000	1,576
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,002	1,370	0,000	1,347	0,000	1,494	0,000	1,571
		Korai kötődés sérülése	0,884	1,028	0,882	1,029	0,994	1,001	0,997	1,001
Pszichiátriai betegség	242	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,172	0,000	2,019	0,000	2,727	0,000	3,346
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,102	0,000	1,960	0,000	2,723	0,000	3,401
		Korai kötődés sérülése	0,786	1,109	0,731	1,141	0,902	1,048	0,898	1,050
Vesebetegség	153	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,008	1,840	0,006	1,696	0,001	1,794	0,000	2,425
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,023	1,705	0,015	1,613	0,002	1,771	0,000	2,396
		Korai kötődés sérülése	0,627	1,246	0,630	1,244	0,684	1,203	0,730	1,170
Cukorbetegség	369	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,158	1,337	0,161	1,255	0,011	1,433	0,001	1,606
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,598	1,123	0,554	1,106	0,039	1,349	0,004	1,536
		Korai kötődés sérülése	0,588	0,792	0,588	0,792	0,568	0,782	0,512	0,754
Daganatos betegség	131	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,066	1,617	0,012	1,716	0,001	1,881	0,000	2,127
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,186	1,435	0,024	1,638	0,003	1,810	0,000	2,076
		Korai kötődés sérülése	0,029	2,374	0,030	2,373	0,035	2,315	0,054	2,161
Májbetegség	75	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	2,646	0,001	2,407	0,000	2,447	0,001	2,278
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,016	2,129	0,006	2,065	0,002	2,201	0,006	2,062
		Korai kötődés sérülése	0,606	1,383	0,555	1,447	0,597	1,392	0,658	1,320
Gyomorfekély, nyombélfekély, más gyomor-, bélrendszeri betegség	336	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,008	0,000	1,908	0,000	1,900	0,000	2,508
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,849	0,000	1,742	0,000	1,808	0,000	2,492
		Korai kötődés sérülése	0,956	1,020	0,908	1,043	0,991	1,004	0,925	0,966
Reuma, más izom- és csontrendszeri betegség	1057	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,641	0,000	1,630	0,000	1,859	0,000	1,966
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,593	0,000	1,567	0,000	1,847	0,000	1,988
		Korai kötődés sérülése	0,945	0,982	0,945	0,983	0,827	0,946	0,862	0,956
Szívbetegség, agyérbetegség, magas vérnyomás	1495	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	1,507	0,000	1,456	0,000	1,488	0,000	1,708
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,002	1,474	0,001	1,428	0,000	1,496	0,000	1,726
		Korai kötődés sérülése	0,979	0,994	0,978	0,993	0,898	0,969	0,875	0,962
Allergiás betegség, asztma, más légzőszervi betegség	507	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,004	1,507	0,003	1,435	0,000	1,672	0,000	1,795
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,006	1,496	0,006	1,401	0,000	1,681	0,000	1,775
		Korai kötődés sérülése	0,703	1,112	0,683	1,120	0,801	1,073	0,817	1,067
Baleset	220	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,011	1,649	0,000	1,815	0,001	1,667	0,000	1,949
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,032	1,547	0,002	1,689	0,003	1,583	0,000	1,898
		Korai kötődés sérülése	0,107	1,715	0,119	1,688	0,127	1,667	0,152	1,621
Kontrollcsoport	1783									

3. A felnőttkori kötődés szerepe a negatív életesemények és a betegségek közötti kapcsolatban

12. táblázat. Az Elkerülő dimenzió szerepe a negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatában logisztikus regresszióval tesztelve, a nemmel, a korrallal, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás után. (Betegségcsoportonként az első sorok a logisztikus regresszióba utolsó tételeként bevont negatív életesemények szignifikanciáit és esélyhányadosait mutatják az Elkerülő dimenzió bevonása nélkül, a második és a harmadik sorok a negatív életesemények és az Elkerülő dimenzió szignifikanciáit és esélyhányadosait mutatják az Elkerülő dimenzió bevonása után. Sárga háttérrel azok a betegségcsoportok lettek megjelölve, amelyek szignifikáns összefüggést mutattak az Elkerülő dimenzióval.)

Betegségcsoportok – több betegségcsoport egyidejű előfordulása megengedett	N	A logisztikus regresszióba bevont fő változók	Negatív életesemények alacsony vs. magas száma átlagosan 1 évre az							
			elmúlt 1 évben		elmúlt 2 évben		elmúlt 3 évben		elmúlt 8 évben	
			Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)
Bármilyen betegség	2472	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,420	0,000	1,397	0,000	1,504	0,000	1,576
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,444	0,000	1,421	0,000	1,524	0,000	1,573
		Elkerülő	0,553	1,042	0,669	1,030	0,704	1,027	0,525	1,045
Pszichiatríai betegség	242	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,172	0,000	2,019	0,000	2,727	0,000	3,346
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,222	0,000	2,089	0,000	2,849	0,000	3,410
		Elkerülő	0,606	0,926	0,565	0,918	0,524	0,909	0,585	0,921
Vesebetegség	153	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,008	1,840	0,006	1,696	0,001	1,794	0,000	2,425
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,007	1,873	0,004	1,743	0,001	1,838	0,000	2,420
		Elkerülő	0,044	0,696	0,039	0,689	0,034	0,682	0,041	0,692
Cukorbetegség	369	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,158	1,337	0,161	1,255	0,011	1,433	0,001	1,606
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,122	1,382	0,100	1,311	0,006	1,479	0,001	1,626
		Elkerülő	0,701	0,949	0,658	0,942	0,607	0,932	0,646	0,939
Daganatos betegség	131	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,066	1,617	0,012	1,716	0,001	1,881	0,000	2,127
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,068	1,629	0,009	1,771	0,001	1,946	0,000	2,086
		Elkerülő	0,479	0,870	0,429	0,856	0,414	0,852	0,453	0,863
Májbetegség	75	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	2,646	0,001	2,407	0,000	2,447	0,001	2,278
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	2,740	0,000	2,484	0,000	2,499	0,001	2,288
		Elkerülő	0,642	0,891	0,594	0,876	0,588	0,874	0,659	0,897
Gyomorfekély, nyombélfekély, más gyomor-, bélrendszeri betegség	336	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,008	0,000	1,908	0,000	1,900	0,000	2,508
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,122	0,000	2,016	0,000	1,970	0,000	2,509
		Elkerülő	0,037	0,760	0,036	0,758	0,040	0,763	0,054	0,776
Reuma, más izom- és csontrendszeri betegség	1057	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,641	0,000	1,630	0,000	1,859	0,000	1,966
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,680	0,000	1,671	0,000	1,893	0,000	1,951
		Elkerülő	0,930	1,008	0,947	0,994	0,874	0,985	0,914	1,010
Szívbetegség, agyérbetegség, magas vérnyomás	1495	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	1,507	0,000	1,456	0,000	1,488	0,000	1,708
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	1,538	0,000	1,482	0,000	1,502	0,000	1,705
		Elkerülő	0,163	1,128	0,214	1,114	0,210	1,115	0,133	1,140
Allergiás betegség, asztma, más légzőszervi betegség	507	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,004	1,507	0,003	1,435	0,000	1,672	0,000	1,795
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,004	1,511	0,003	1,440	0,000	1,675	0,000	1,789
		Elkerülő	0,704	1,041	0,784	1,030	0,868	1,018	0,765	1,032
Baleset	220	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,011	1,649	0,000	1,815	0,001	1,667	0,000	1,949
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,008	1,690	0,000	1,856	0,001	1,693	0,000	1,953
		Elkerülő	0,966	1,006	0,956	0,992	0,999	1,000	0,951	1,009
Kontrollcsoport	1783									

13. táblázat. A Bizalmatlan dimenzió szerepe a negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatában logisztikus regresszióval tesztelve, a nemmel, a korrallal, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás után. (Betegségcsoportonként az első sorok a logisztikus regresszióba utolsó tételeként bevont negatív életesemények szignifikanciáit és esélyhányadosait mutatják a Bizalmatlan dimenzió bevonása nélkül, a második és a harmadik sorok a negatív életesemények és a Bizalmatlan dimenzió szignifikanciáit és esélyhányadosait mutatják a Bizalmatlan dimenzió bevonása után. Sárga háttérrel azok a betegségcsoportok lettek megjelölve, amelyek szignifikáns összefüggést mutattak a Bizalmatlan dimenzióval.)

Betegségcsoportok – több betegségcsoport egyidejű előfordulása megengedett	N	A logisztikus regresszióba bevont fő változók	Negatív életesemények alacsony vs. magas száma átlagosan 1 évre az							
			elmúlt 1 évben		elmúlt 2 évben		elmúlt 3 évben		elmúlt 8 évben	
			Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)
Bármilyen betegség	2472	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,420	0,000	1,397	0,000	1,504	0,000	1,576
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,450	0,000	1,410	0,000	1,507	0,000	1,564
		Bizalmatlan	0,000	1,342	0,000	1,333	0,000	1,326	0,000	1,325
Pszichiai betegség	242	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,172	0,000	2,019	0,000	2,727	0,000	3,346
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,226	0,000	2,040	0,000	2,738	0,000	3,259
		Bizalmatlan	0,000	2,421	0,000	2,377	0,000	2,346	0,000	2,256
Vesebetegség	153	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,008	1,840	0,006	1,696	0,001	1,794	0,000	2,425
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,010	1,813	0,009	1,667	0,001	1,768	0,000	2,329
		Bizalmatlan	0,101	1,337	0,113	1,324	0,116	1,321	0,187	1,265
Cukorbetegség	369	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,158	1,337	0,161	1,255	0,011	1,433	0,001	1,606
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,096	1,416	0,109	1,302	0,008	1,464	0,001	1,620
		Bizalmatlan	0,000	1,646	0,000	1,633	0,000	1,618	0,001	1,600
Daganatos betegség	131	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,066	1,617	0,012	1,716	0,001	1,881	0,000	2,127
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,053	1,680	0,008	1,776	0,001	1,946	0,000	2,072
		Bizalmatlan	0,005	1,751	0,006	1,730	0,007	1,707	0,008	1,701
Májbetegség	75	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	2,646	0,001	2,407	0,000	2,447	0,001	2,278
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	2,725	0,001	2,428	0,000	2,462	0,003	2,174
		Bizalmatlan	0,025	1,759	0,029	1,736	0,029	1,738	0,047	1,650
Gyomorfekély, nyombélfekély, más gyomor-, bérendszeri betegség	336	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,008	0,000	1,908	0,000	1,900	0,000	2,508
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,049	0,000	1,943	0,000	1,904	0,000	2,471
		Bizalmatlan	0,075	1,260	0,086	1,251	0,106	1,235	0,138	1,214
Reuma, más izom- és csontrendszeri betegség	1057	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,641	0,000	1,630	0,000	1,859	0,000	1,966
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,674	0,000	1,647	0,000	1,863	0,000	1,934
		Bizalmatlan	0,002	1,334	0,003	1,318	0,004	1,305	0,005	1,299
Szívbetegség, agyérbetegség, magas vérnyomás	1495	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	1,507	0,000	1,456	0,000	1,488	0,000	1,708
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,563	0,000	1,492	0,000	1,500	0,000	1,693
		Bizalmatlan	0,000	1,420	0,000	1,410	0,000	1,399	0,000	1,394
Allergiás betegség, asztma, más légzőszervi betegség	507	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,004	1,507	0,003	1,435	0,000	1,672	0,000	1,795
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,004	1,522	0,003	1,427	0,000	1,662	0,000	1,781
		Bizalmatlan	0,105	1,188	0,120	1,180	0,152	1,165	0,156	1,164
Baleset	220	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,011	1,649	0,000	1,815	0,001	1,667	0,000	1,949
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,009	1,675	0,000	1,831	0,001	1,674	0,000	1,921
		Bizalmatlan	0,159	1,234	0,194	1,215	0,204	1,210	0,250	1,188

Kontrollcsoport

1783

14. táblázat. Az Aggodalmaskodó dimenzió szerepe a negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatában logisztikus regresszióval tesztelve, a nemmel, a korrall, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás után. (Betegségcsoportonként az első sorok a logisztikus regreszióba utolsó tételként bevont negatív életesemények szignifikanciáit és esélyhányadosait mutatják az Aggodalmaskodó dimenzió bevonása nélkül, a második és a harmadik sorok a negatív életesemények és az Aggodalmaskodó dimenzió szignifikanciáit és esélyhányadosait mutatják az Aggodalmaskodó dimenzió bevonása után. Sárga háttérrel azok a betegségcsoportok lettek megjelölve, amelyek szignifikáns összefüggést mutattak az Aggodalmaskodó dimenzióval.)

Betegségcsoportok – több betegségcsoport egyidejű előfordulása megengedett	N	A logisztikus regresszióba bevont fő változók	Negatív életesemények alacsony vs. magas száma átlagosan 1 évre az							
			elmúlt 1 évben		elmúlt 2 évben		elmúlt 3 évben		elmúlt 8 évben	
			Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)
Bármilyen betegség	2472	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,420	0,000	1,397	0,000	1,504	0,000	1,576
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,446	0,000	1,421	0,000	1,515	0,000	1,575
		Aggodalmaskodó	0,202	1,097	0,214	1,095	0,217	1,094	0,269	1,084
Pszichiátriai betegség	242	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,172	0,000	2,019	0,000	2,727	0,000	3,346
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,261	0,000	2,057	0,000	2,811	0,000	3,308
		Aggodalmaskodó	0,002	1,605	0,002	1,587	0,002	1,586	0,010	1,477
Vesebetegség	153	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,008	1,840	0,006	1,696	0,001	1,794	0,000	2,425
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,010	1,817	0,007	1,687	0,001	1,788	0,000	2,399
		Aggodalmaskodó	0,729	0,938	0,708	0,933	0,659	0,921	0,553	0,895
Cukorbetegség	369	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,158	1,337	0,161	1,255	0,011	1,433	0,001	1,606
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,092	1,417	0,086	1,323	0,007	1,464	0,001	1,624
		Aggodalmaskodó	0,623	1,071	0,632	1,069	0,664	1,062	0,694	1,056
Daganatos betegség	131	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,066	1,617	0,012	1,716	0,001	1,881	0,000	2,127
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,065	1,639	0,009	1,766	0,001	1,884	0,000	2,099
		Aggodalmaskodó	0,572	1,121	0,603	1,111	0,609	1,109	0,738	1,070
Májbetegség	75	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	2,646	0,001	2,407	0,000	2,447	0,001	2,278
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	2,742	0,000	2,469	0,000	2,472	0,001	2,260
		Aggodalmaskodó	0,438	1,215	0,457	1,205	0,536	1,168	0,648	1,121
Gyomorékély, nyombélékély, más gyomor-, bérendszeri betegség	336	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,008	0,000	1,908	0,000	1,900	0,000	2,508
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,085	0,000	1,976	0,000	1,932	0,000	2,508
		Aggodalmaskodó	0,374	1,127	0,422	1,114	0,457	1,105	0,665	1,060
Reuma, más izom- és csontrendszeri betegség	1057	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,641	0,000	1,630	0,000	1,859	0,000	1,966
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,689	0,000	1,662	0,000	1,869	0,000	1,952
		Aggodalmaskodó	0,130	1,154	0,153	1,145	0,162	1,142	0,259	1,113
Szívbetegség, agyérbetegség, magas vérnyomás	1495	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	1,507	0,000	1,456	0,000	1,488	0,000	1,708
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,547	0,000	1,488	0,000	1,495	0,000	1,700
		Aggodalmaskodó	0,087	1,165	0,089	1,164	0,093	1,162	0,122	1,148
Allergiás betegség, asztma, más légzőszervi betegség	507	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,004	1,507	0,003	1,435	0,000	1,672	0,000	1,795
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,003	1,529	0,002	1,444	0,000	1,667	0,000	1,788
		Aggodalmaskodó	0,781	0,969	0,736	0,963	0,716	0,960	0,596	0,942
Baleset	220	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,011	1,649	0,000	1,815	0,001	1,667	0,000	1,949
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,007	1,705	0,000	1,866	0,000	1,699	0,000	1,959
		Aggodalmaskodó	0,268	1,186	0,295	1,176	0,337	1,160	0,396	1,140
Kontrollcsoport	1783									

15. táblázat. A Biztonságos dimenzió szerepe a negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatában logisztikus regresszióval tesztelve, a nemmel, a korrall, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás után. (Betegségcsoportonként az első sorok a logisztikus regresszióba utolsó tételeként bevont negatív életesemények szignifikanciáit és esélyhányadosait mutatják a Biztonságos dimenzió bevonása nélkül, a második és a harmadik sorok a negatív életesemények és a Biztonságos dimenzió szignifikanciáit és esélyhányadosait mutatják a Biztonságos dimenzió bevonása után. Sárga háttérrel azok a betegségcsoportok lettek megjelölve, amelyek szignifikáns összefüggést mutattak a Biztonságos dimenzióval.)

Betegségcsoportok – több betegségcsoport egyidejű előfordulása megengedett	N	A logisztikus regresszióba bevont fő változók	Negatív életesemények alacsony vs. magas száma átlagosan 1 évre az							
			elmúlt 1 évben		elmúlt 2 évben		elmúlt 3 évben		elmúlt 8 évben	
			Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)
Bármilyen betegség	2472	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,420	0,000	1,397	0,000	1,504	0,000	1,576
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	1,417	0,000	1,401	0,000	1,492	0,000	1,558
		Biztonságos	0,162	0,907	0,159	0,906	0,175	0,909	0,207	0,915
Pszichiátriai betegség	242	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,172	0,000	2,019	0,000	2,727	0,000	3,346
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,173	0,000	2,048	0,000	2,833	0,000	3,352
		Biztonságos	0,101	0,783	0,117	0,792	0,099	0,780	0,099	0,779
Vesebetegség	153	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,008	1,840	0,006	1,696	0,001	1,794	0,000	2,425
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,027	1,694	0,015	1,613	0,002	1,723	0,000	2,315
		Biztonságos	0,839	1,037	0,860	1,032	0,905	1,022	0,862	1,032
Cukorbetegség	369	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,158	1,337	0,161	1,255	0,011	1,433	0,001	1,606
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,120	1,381	0,109	1,301	0,007	1,468	0,001	1,632
		Biztonságos	0,640	0,938	0,624	0,935	0,625	0,935	0,641	0,938
Daganatos betegség	131	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,066	1,617	0,012	1,716	0,001	1,881	0,000	2,127
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,112	1,543	0,022	1,661	0,003	1,812	0,000	2,091
		Biztonságos	0,168	0,761	0,166	0,760	0,154	0,754	0,181	0,767
Májbetegség	75	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	2,646	0,001	2,407	0,000	2,447	0,001	2,278
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,003	2,491	0,001	2,340	0,001	2,262	0,001	2,330
		Biztonságos	0,715	1,097	0,781	1,073	0,838	1,054	0,805	1,064
Gyomorfekély, nyombélfekély, más gyomor-, bérendszeri betegség	336	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,008	0,000	1,908	0,000	1,900	0,000	2,508
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,982	0,000	1,878	0,000	1,859	0,000	2,426
		Biztonságos	0,180	0,840	0,184	0,841	0,163	0,834	0,181	0,839
Reuma, más izom- és csontrendszeri betegség	1057	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,641	0,000	1,630	0,000	1,859	0,000	1,966
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,631	0,000	1,629	0,000	1,842	0,000	1,942
		Biztonságos	0,205	0,890	0,202	0,889	0,244	0,897	0,260	0,901
Szívbetegség, agyérbetegség, magas vérnyomás	1495	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	1,507	0,000	1,456	0,000	1,488	0,000	1,708
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	1,532	0,000	1,486	0,000	1,481	0,000	1,681
		Biztonságos	0,009	0,797	0,009	0,796	0,010	0,801	0,013	0,806
Allergiás betegség, asztma, más légzőszervi betegség	507	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,004	1,507	0,003	1,435	0,000	1,672	0,000	1,795
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,006	1,494	0,003	1,434	0,000	1,644	0,000	1,779
		Biztonságos	0,912	0,988	0,900	0,987	0,903	0,987	0,965	1,005
Baleset	220	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,011	1,649	0,000	1,815	0,001	1,667	0,000	1,949
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,010	1,667	0,000	1,858	0,000	1,701	0,000	1,967
		Biztonságos	0,911	1,017	0,916	1,016	0,968	1,006	0,943	1,011
Kontrollcsoport	1783									

4. A megküzdés szerepe a negatív életesemények és a betegségek közötti kapcsolatban

16. táblázat. A Kognitív átstrukturálódás dimenzió szerepe a negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatában logisztikus regresszióval tesztelve, a nemmel, a korrallal, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás után. (Betegségcsoportonként az első sorok a logisztikus regresszióba utolsó tételként bevont negatív életesemények szignifikanciáit és esélyhányadosait mutatják a Kognitív átstrukturálódás dimenzió bevonása nélkül, a második és a harmadik sorok a negatív életesemények és a Kognitív átstrukturálódás dimenzió szignifikanciáit és esélyhányadosait mutatják a Kognitív átstrukturálódás dimenzió bevonása után. Sárga háttérrel azok a betegségcsoportok lettek megjelölve, amelyek szignifikáns összefüggést mutattak a Kognitív átstrukturálódás dimenzióval.)

Betegségcsoportok – több betegségcsoport egyidejű előfordulása megengedett	N	A logisztikus regresszióba bevont fő változók	Negatív életesemények alacsony vs. magas száma átlagosan 1 évre az							
			elmúlt 1 évben		elmúlt 2 évben		elmúlt 3 évben		elmúlt 8 évben	
			Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)
Bármilyen betegség	2472	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,420	0,000	1,397	0,000	1,504	0,000	1,576
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,449	0,000	1,451	0,000	1,567	0,000	1,589
		Kognitív átstrukturálódás	0,183	0,909	0,166	0,905	0,164	0,905	0,176	0,907
Pszichiai betegség	242	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,172	0,000	2,019	0,000	2,727	0,000	3,346
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,168	0,000	2,014	0,000	2,732	0,000	3,202
		Kognitív átstrukturálódás	0,271	0,844	0,259	0,840	0,225	0,828	0,204	0,820
Vesebetegség	153	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,008	1,840	0,006	1,696	0,001	1,794	0,000	2,425
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,003	1,976	0,004	1,759	0,000	1,926	0,000	2,477
		Kognitív átstrukturálódás	0,841	1,037	0,875	1,029	0,927	1,017	0,945	1,013
Cukorbetegség	369	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,158	1,337	0,161	1,255	0,011	1,433	0,001	1,606
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,336	1,232	0,323	1,183	0,009	1,465	0,001	1,644
		Kognitív átstrukturálódás	0,091	0,787	0,092	0,788	0,092	0,788	0,083	0,782
Daganatos betegség	131	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,066	1,617	0,012	1,716	0,001	1,881	0,000	2,127
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,040	1,720	0,013	1,723	0,002	1,884	0,001	2,051
		Kognitív átstrukturálódás	0,093	0,714	0,091	0,713	0,088	0,710	0,089	0,711
Májbetegség	75	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	2,646	0,001	2,407	0,000	2,447	0,001	2,278
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	2,763	0,000	2,562	0,000	2,602	0,001	2,312
		Kognitív átstrukturálódás	0,297	0,766	0,291	0,764	0,268	0,754	0,230	0,736
Gyomorfekély, nyombélfekély, más gyomor-, bélrendszeri betegség	336	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,008	0,000	1,908	0,000	1,900	0,000	2,508
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,026	0,000	1,959	0,000	1,956	0,000	2,437
		Kognitív átstrukturálódás	0,534	0,921	0,490	0,912	0,479	0,910	0,398	0,893
Reuma, más izom- és csontrendszeri betegség	1057	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,641	0,000	1,630	0,000	1,859	0,000	1,966
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,672	0,000	1,708	0,000	1,943	0,000	1,937
		Kognitív átstrukturálódás	0,140	0,869	0,127	0,865	0,132	0,866	0,124	0,863
Szívbetegség, agyérbetegség, magas vérnyomás	1495	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	1,507	0,000	1,456	0,000	1,488	0,000	1,708
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,002	1,495	0,000	1,470	0,000	1,530	0,000	1,700
		Kognitív átstrukturálódás	0,014	0,803	0,016	0,806	0,017	0,808	0,011	0,797
Allergiás betegség, asztma, más légzőszervi betegség	507	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,004	1,507	0,003	1,435	0,000	1,672	0,000	1,795
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,003	1,548	0,001	1,521	0,000	1,766	0,000	1,766
		Kognitív átstrukturálódás	0,924	0,990	0,929	0,990	0,873	0,983	0,927	0,990
Baleset	220	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,011	1,649	0,000	1,815	0,001	1,667	0,000	1,949
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,023	1,593	0,000	1,833	0,002	1,645	0,000	1,854
		Kognitív átstrukturálódás	0,544	0,910	0,535	0,908	0,529	0,906	0,518	0,904

Kontrollcsoport

1783

17. táblázat. A Feszültségredukció dimenzió szerepe a negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatában logisztikus regresszióval tesztelve, a nemmel, a korrall, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás után. (Betegségcsoportonként az első sorok a logisztikus regresszióba utolsó tételként bevont negatív életesemények szignifikanciáit és esélyhányadosait mutatják a Feszültségredukció dimenzió bevonása nélkül, a második és a harmadik sorok a negatív életesemények és a Feszültségredukció dimenzió szignifikanciáit és esélyhányadosait mutatják a Feszültségredukció dimenzió bevonása után. Sárga háttérrel azok a betegségcsoportok lettek megjelölve, amelyek szignifikáns összefüggést mutattak a Feszültségredukció dimenzióval.)

Betegségcsoportok – több betegségcsoport egyidejű előfordulása megengedett	N	A logisztikus regresszióba bevont fő változók	Negatív életesemények alacsony vs. magas száma átlagosan 1 évre az							
			elmúlt 1 évben		elmúlt 2 évben		elmúlt 3 évben		elmúlt 8 évben	
			Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)
Bármilyen betegség	2472	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,420	0,000	1,397	0,000	1,504	0,000	1,576
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	1,413	0,000	1,414	0,000	1,532	0,000	1,559
		Feszültségredukció	0,001	1,270	0,002	1,259	0,002	1,251	0,005	1,229
Pszichiátriai betegség	242	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,172	0,000	2,019	0,000	2,727	0,000	3,346
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,142	0,000	1,969	0,000	2,586	0,000	3,002
		Feszültségredukció	0,000	2,259	0,000	2,219	0,000	2,124	0,000	2,031
Vesebetegség	153	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,008	1,840	0,006	1,696	0,001	1,794	0,000	2,425
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,005	1,904	0,007	1,712	0,001	1,841	0,000	2,452
		Feszültségredukció	0,046	1,449	0,047	1,446	0,057	1,424	0,093	1,369
Cukorbetegség	369	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,158	1,337	0,161	1,255	0,011	1,433	0,001	1,606
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,326	1,234	0,286	1,197	0,013	1,438	0,001	1,641
		Feszültségredukció	0,931	0,987	0,905	0,983	0,809	0,965	0,699	0,945
Daganatos betegség	131	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,066	1,617	0,012	1,716	0,001	1,881	0,000	2,127
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,063	1,632	0,023	1,645	0,003	1,807	0,000	2,060
		Feszültségredukció	0,150	1,336	0,166	1,323	0,200	1,296	0,252	1,261
Májbetegség	75	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	2,646	0,001	2,407	0,000	2,447	0,001	2,278
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	2,721	0,000	2,550	0,000	2,545	0,002	2,276
		Feszültségredukció	0,999	1,000	0,940	0,981	0,838	0,948	0,755	0,922
Gyomorfekély, nyombélfekély, más gyomor-, bérendszeri betegség	336	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,008	0,000	1,908	0,000	1,900	0,000	2,508
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,946	0,000	1,907	0,000	1,886	0,000	2,384
		Feszültségredukció	0,092	1,255	0,115	1,237	0,159	1,210	0,194	1,194
Reuma, más izom- és csontrendszeri betegség	1057	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,641	0,000	1,630	0,000	1,859	0,000	1,966
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,641	0,000	1,675	0,000	1,916	0,000	1,935
		Feszültségredukció	0,030	1,233	0,043	1,217	0,059	1,202	0,074	1,190
Szívbetegség, agyérbetegség, magas vérnyomás	1495	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	1,507	0,000	1,456	0,000	1,488	0,000	1,708
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,002	1,471	0,000	1,451	0,000	1,506	0,000	1,680
		Feszültségredukció	0,084	1,171	0,101	1,162	0,111	1,157	0,182	1,130
Allergiás betegség, asztma, más légzőszervi betegség	507	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,004	1,507	0,003	1,435	0,000	1,672	0,000	1,795
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,002	1,560	0,001	1,510	0,000	1,729	0,000	1,767
		Feszültségredukció	0,114	1,191	0,138	1,178	0,182	1,160	0,293	1,124
Baleset	220	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,011	1,649	0,000	1,815	0,001	1,667	0,000	1,949
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,026	1,569	0,000	1,827	0,001	1,681	0,000	1,857
		Feszültségredukció	0,107	1,287	0,135	1,265	0,145	1,257	0,212	1,217
Kontrollcsoport	1783									

18. táblázat. A Problémaelemzés dimenzió szerepe a negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatában logisztikus regresszióval tesztelve, a nemmel, a korrrel, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás után. (Betegségcsoportonként az első sorok a logisztikus regreszióba utolsó tételként bevont negatív életesemények szignifikanciáit és esélyhányadosait mutatják a Problémaelemzés dimenzió bevonása nélkül, a második és a harmadik sorok a negatív életesemények és a Problémaelemzés dimenzió szignifikanciáit és esélyhányadosait mutatják a Problémaelemzés dimenzió bevonása után. Sárga háttérrel azok a betegségcsoportok lettek megjelölve, amelyek szignifikáns összefüggést mutattak a Problémaelemzés dimenzióval.)

Betegségcsoportok – több betegségcsoport egyidejű előfordulása megengedett	N	A logisztikus regresszióba bevont fő változók	Negatív életesemények alacsony vs. magas száma átlagosan 1 évre az							
			elmúlt 1 évben		elmúlt 2 évben		elmúlt 3 évben		elmúlt 8 évben	
			Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)
Bármilyen betegség	2472	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,420	0,000	1,397	0,000	1,504	0,000	1,576
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,457	0,000	1,445	0,000	1,566	0,000	1,594
		Problémaelemzés	0,081	1,144	0,084	1,143	0,111	1,131	0,152	1,118
Pszichiátriai betegség	242	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,172	0,000	2,019	0,000	2,727	0,000	3,346
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,222	0,000	2,031	0,000	2,698	0,000	3,172
		Problémaelemzés	0,005	1,574	0,006	1,567	0,012	1,507	0,013	1,507
Vesebetegség	153	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,008	1,840	0,006	1,696	0,001	1,794	0,000	2,425
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,004	1,936	0,006	1,733	0,001	1,849	0,000	2,548
		Problémaelemzés	0,008	1,664	0,007	1,679	0,011	1,627	0,009	1,649
Cukorbetegség	369	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,158	1,337	0,161	1,255	0,011	1,433	0,001	1,606
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,265	1,271	0,282	1,200	0,009	1,464	0,001	1,661
		Problémaelemzés	0,502	1,112	0,497	1,114	0,532	1,105	0,571	1,095
Daganatos betegség	131	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,066	1,617	0,012	1,716	0,001	1,881	0,000	2,127
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,041	1,718	0,015	1,706	0,002	1,860	0,000	2,105
		Problémaelemzés	0,892	0,970	0,901	0,973	0,826	0,952	0,832	0,954
Májbetegség	75	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	2,646	0,001	2,407	0,000	2,447	0,001	2,278
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	2,754	0,000	2,548	0,000	2,633	0,001	2,303
		Problémaelemzés	0,198	0,674	0,205	0,677	0,144	0,638	0,159	0,649
Gyomorfekély, nyombélfekély, más gyomor-, bélrendszeri betegség	336	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,008	0,000	1,908	0,000	1,900	0,000	2,508
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,040	0,000	1,955	0,000	1,937	0,000	2,418
		Problémaelemzés	0,229	1,191	0,229	1,191	0,292	1,166	0,426	1,124
Reuma, más izom- és csontrendszeri betegség	1057	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,641	0,000	1,630	0,000	1,859	0,000	1,966
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,713	0,000	1,724	0,000	1,967	0,000	1,968
		Problémaelemzés	0,222	1,135	0,221	1,136	0,294	1,116	0,303	1,114
Szívbetegség, agyérbetegség, magas vérnyomás	1495	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	1,507	0,000	1,456	0,000	1,488	0,000	1,708
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	1,513	0,000	1,476	0,000	1,546	0,000	1,711
		Problémaelemzés	0,357	1,094	0,347	1,096	0,409	1,084	0,466	1,074
Allergiás betegség, asztma, más légzőszervi betegség	507	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,004	1,507	0,003	1,435	0,000	1,672	0,000	1,795
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,002	1,587	0,000	1,534	0,000	1,757	0,000	1,778
		Problémaelemzés	0,298	1,128	0,303	1,127	0,383	1,107	0,424	1,098
Baleset	220	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,011	1,649	0,000	1,815	0,001	1,667	0,000	1,949
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,019	1,606	0,000	1,832	0,001	1,702	0,000	1,876
		Problémaelemzés	0,295	1,189	0,302	1,186	0,359	1,164	0,398	1,151
Kontrollcsoport	1783									

19. táblázat. A Passzív megküzdés dimenzió szerepe a negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatában logisztikus regresszióval tesztelve, a nemmel, a korrall, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás után. (Betegségcsoportonként az első sorok a logisztikus regreszióba utolsó tételként bevont negatív életesemények szignifikanciáit és esélyhányadosait mutatják a Passzív megküzdés dimenzió bevonása nélkül, a második és a harmadik sorok a negatív életesemények és a Passzív megküzdés dimenzió szignifikanciáit és esélyhányadosait mutatják a Passzív megküzdés dimenzió bevonása után. Sárga háttérrel azok a betegségcsoportok lettek megjelölve, amelyek szignifikáns összefüggést mutattak a Passzív megküzdés dimenzióval.)

Betegségcsoportok – több betegségcsoport egyidejű előfordulása megengedett	N	A logisztikus regresszióba bevont fő változók	Negatív életesemények alacsony vs. magas száma átlagosan 1 évre az							
			elmúlt 1 évben		elmúlt 2 évben		elmúlt 3 évben		elmúlt 8 évben	
			Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)
Bármilyen betegség	2472	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,420	0,000	1,397	0,000	1,504	0,000	1,576
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,427	0,000	1,424	0,000	1,547	0,000	1,580
		Passzív megküzdés	0,000	1,367	0,000	1,366	0,000	1,370	0,000	1,350
Pszichiátriai betegség	242	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,172	0,000	2,019	0,000	2,727	0,000	3,346
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,228	0,000	2,050	0,000	2,673	0,000	3,137
		Passzív megküzdés	0,000	2,738	0,000	2,736	0,000	2,707	0,000	2,594
Vesebetegség	153	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,008	1,840	0,006	1,696	0,001	1,794	0,000	2,425
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,004	1,953	0,006	1,723	0,001	1,882	0,000	2,470
		Passzív megküzdés	0,001	1,922	0,001	1,912	0,001	1,934	0,001	1,866
Cukorbetegség	369	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,158	1,337	0,161	1,255	0,011	1,433	0,001	1,606
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,310	1,243	0,302	1,190	0,014	1,433	0,001	1,612
		Passzív megküzdés	0,031	1,376	0,030	1,377	0,029	1,382	0,043	1,350
Daganatos betegség	131	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,066	1,617	0,012	1,716	0,001	1,881	0,000	2,127
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,063	1,635	0,024	1,636	0,003	1,811	0,000	2,075
		Passzív megküzdés	0,152	1,345	0,154	1,343	0,158	1,340	0,196	1,307
Májbetegség	75	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	2,646	0,001	2,407	0,000	2,447	0,001	2,278
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	2,749	0,000	2,526	0,000	2,518	0,002	2,224
		Passzív megküzdés	0,339	1,295	0,386	1,264	0,377	1,271	0,466	1,218
Gyomorfekély, nyombélfekély, más gyomor-, bélrendszeri betegség	336	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	2,008	0,000	1,908	0,000	1,900	0,000	2,508
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,936	0,000	1,888	0,000	1,885	0,000	2,335
		Passzív megküzdés	0,000	1,695	0,000	1,689	0,000	1,692	0,001	1,613
Reuma, más izom- és csontrendszeri betegség	1057	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,641	0,000	1,630	0,000	1,859	0,000	1,966
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,000	1,658	0,000	1,690	0,000	1,936	0,000	1,937
		Passzív megküzdés	0,000	1,646	0,000	1,652	0,000	1,652	0,000	1,618
Szívbetegség, agyérbetegség, magas vérnyomás	1495	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,001	1,507	0,000	1,456	0,000	1,488	0,000	1,708
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,002	1,485	0,000	1,453	0,000	1,515	0,000	1,679
		Passzív megküzdés	0,000	1,413	0,000	1,415	0,000	1,419	0,000	1,391
Allergiás betegség, asztma, más légzőszervi betegség	507	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,004	1,507	0,003	1,435	0,000	1,672	0,000	1,795
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,003	1,548	0,001	1,502	0,000	1,727	0,000	1,754
		Passzív megküzdés	0,000	1,494	0,000	1,497	0,000	1,494	0,001	1,462
Baleset	220	Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,011	1,649	0,000	1,815	0,001	1,667	0,000	1,949
		Negatív életesemények száma átlagosan 1 évre	0,023	1,583	0,000	1,842	0,001	1,704	0,000	1,886
		Passzív megküzdés	0,077	1,335	0,075	1,340	0,069	1,348	0,087	1,325
Kontrollcsoport	1783									