

A szkizofrénia spektrum és a traumatikus életesemények összefüggései

Doktori tézisek
Kocsis-Bogár Krisztina

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Perczel Forintos Dóra, PhD, egyetemi docens

Hivatalos bírálók: Dr. Réthelyi János, PhD, egyetemi docens
Dr. Janka Zoltán, PhD, egyetemi tanár,
az MTA doktora

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Bereczki Dániel, PhD,
egyetemi tanár
az MTA doktora

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Tolna Judit, PhD, egyetemi docens
Dr. Tárnok Zsanett, PhD

Budapest
2015

1. BEVEZETÉS

Az elmúlt évtizedek során számos pszichiátriai zavar, így a szkizofrénia esetében is egyre inkább egyre inkább elfogadottá vált a spektrum szemlélet. Sok személyiségpszichológiai, neuropszichológiai és egyre több neurobiológiai adat utal a spektrumon belüli kontinuitásra a diagnosztizált szkizofrénia és a személyiségvonás szintjén mérhető szkizotípiá között. Ez a spektrum szemlélet szolgált itt bemutatott vizsgálataink alapjául.

A pszichotikus zavarok, különösképpen a szkizofrénia spektrumba tartozó kórképek és a gyermekkori traumatizáció összefüggése szintén évtizedek óta kutatott terület. Több kereszt- és hosszmetzeti vizsgálat dose-response jellegű összefüggést állapított meg a traumatizáció és a szkizofrénia tüneteinek súlyossága között. Erősen veszélyeztetett fiatalok szubklinikus pszichotikus tüneteket mutató mintájában vannak arra vonatkozó adatok is, hogy a traumatizáció megszüntetésével a szubklinikus pszichotikus tünetek csökkennek. Egyes kutatások szerint nem annyira az általános traumatikus életesemények (pl. baleset, súlyos betegség vagy természeti katasztrófa), hanem inkább az ártó szándékkal elkövetett cselekmények, a kifejezett gyermekkori bántalmazás áll szorosabb összefüggésben a későbbi pszichotikus tünetekkel. Különböző vizsgálatok mind a gyermekkori fizikai, mind az érzelmi, mind pedig a szexuális bántalmazás pszichotikus tünetekkel való összefüggéseit igazolták.

Az összefüggés hátterében a tartós és ismétlődő traumatizáció következtében tartósan megemelkedett kortizolszint hosszú távú hatásai sejthetők. Számos vizsgálat utal arra, hogy a kortizolszint tartósan emelkedett volta a hippokampuszban található glükokortikoid receptorok fokozott érzékenységéhez, a kortizolválasz egészséges mintázatának megváltozásához, a hippokampusz és az amygdala volumencsökkenéséhez vezet. E két agyi struktúra csökkent térfogata, a prefrontális területek volumencsökkenése, valamint a frontohippokampális összeköttetés zavara szkizofréniában igazolt. Ugyanakkor a tartósan emelkedett kortizolszint a dopaminrendszer túlműködésével is összefügg, ami szkizofréniában szintén kulcsszerepet játszik.

Több szerző is utal hasonlóságokra a poszttraumás stressz zavar és a szkizofrénia tünete között, illetve a kortizolválasz normálistól eltérő, szkizofréniához részben hasonló mintázatát és a hippokampusz érintettségét poszttraumás stressz zavarban is többen leírták.

Számos adat utal arra, hogy szkizofréniában gyakran előfordulnak a disszociáció tünetei, ami egyfelől diagnosztikai problémákat is felvethet, illetve maga a disszociáció a traumatikus életesemények és a pszichotikus tünetek között közvetítő tényezőként is működhet.

Úgy tűnik, a traumatikus élettörténet a szkizofrénia lefolyása szempontjából is jelentős lehet. A korai traumatizáció több kutatás szerint összefügghet a korábbi betegségkezdettel, a pszichotikus epizódok és a hospitalizációk számával, a szkizofréniával élő személyek fokozott szuicid veszélyeztetettségével, illetve a traumatizált pácienseknél a terapeutájuk iránt érzett kisebb bizalommal.

2. CÉLKITŰZÉS

Általános célkitűzések:

A következőkben leírt vizsgálataink során célunk volt egyfelől azoknak a szkizotípiát és disszociációt mérő eszközöknek a pszichometriai vizsgálata, amelyeknek magyar változatáról még nem vagy kevésbé állnak rendelkezésünkre információk.

Célunk volt továbbá a szkizofrénia tünetei és a gyermekkori traumatizáció különféle aspektusai közötti lehetséges összefüggések részletesebb elemzése. Ezen kívül arra a kérdésre is kerestük a választ, hogy a poszttraumás stressz tünetek, illetve a disszociatív jelenségek működhetnek-e mintánkban mediátor tényezőként a traumatikus életesemények és a pszichotikus tünetek között. Célunk volt még annak a kérdéskörnek a vizsgálata is, hogy megállapítható-e összefüggés a szkizofréniával élők korai traumatikus élményei és a betegség lefolyása, esetlegesen szuicid veszélyeztettsége között.

Konkrét célkitűzések:

1. vizsgálat:

Első vizsgálatunkat az Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE, Mason és Claridge, 1996) szkizotípiára kérdőív, valamint a nemzetközi gyakorlatban széles körben használt, azonban magyar nyelvre csak a közelmúltban lefordított és pszichometriai szempontból még nem elemzett Disszociatív Élmények Skála (Carlson és Putnam, 1993) faktorstruktúrájának elemzésére terveztük.

2. vizsgálat:

Második vizsgálatunk célja volt többek között az első vizsgálatban elemzett O-LIFE kérdőív kritérium validitásának, illetve szkizofrénia tünetei és a szkizotípiá dimenziói közötti kontinuitás vizsgálata.

Célul tűztük ki továbbá annak elemzését, hogy a gyermekkori traumatizáció különböző aspektusai (általános traumatizáció, fizikai, érzelmi, szexuális bántalmazás) mennyiben függnek össze a páciensek aktuális tüneteivel, illetve hogy gyermekkori bántalmazás körülményei (gyakoriság, életkor, szubjektív hatás) mennyiben járulnak hozzá a traumatizáció és a pszichotikus tünetek közötti összefüggés megértéséhez.

Szerettük volna vizsgálni, hogy a legtöbb kutatásban a traumatikus életeseményekkel összefüggő jelenségek, vagyis a poszttraumás stressz tünetek, illetve a disszociáció mediátor tényezőkként működhetnek-e közre a traumák és a pszichotikus tünetek között.

Célunk volt továbbá, hogy képet kapjunk arról, hogy a szkizofréniával diagnosztizált pácienseknél milyen összefüggésben áll a gyermekkori traumatizáció a betegség időtartamával, a hospitalizációk számával, az elkövetett szuicid kísérletekkel, illetve a szuicid veszélyeztetettség egyéb mutatóival (depresszió, szuicid gondolatok a múltban és a jelenben).

3. MÓDSZEREK

Személyek

1. vizsgálat:

Első vizsgálatunkba a Semmelweis Egyetem és az Eötvös Loránd Tudományegyetem 406 hallgatóját vontunk be (88,4% nő), az átlagéletkor 26,84 év (sd = 11,6) volt. A résztvevők a nekik e-mailben elküldött felhívás és tájékoztató alapján vállalták a kérdőívek internetes kitöltését.

A kérdőívek időbeli megbízhatóságát egy 38 fős almintán (76,3% nő, átlagéletkor: 23,5 év, sd=2,62 év) ellenőriztük. A személyek tájékozott beegyezést követően vettek részt a vizsgálatban, részvételükért nem részesültek díjazásban.

2. vizsgálat

Vizsgálatunkban összesen 65 osztályos és 37 ambuláns formában, atípusos antipszichotikumokkal kezelt, szkizofréniával és szkizoaffektív zavarral diagnosztizált beteget és 29 egészséges kontrollszemélyt vontunk be. A kontrollcsoport és a két vizsgálati csoport nem, kor és iskolai végzettség szerint nem különbözött. A vizsgálati csoportok 58,5, illetve 40,6%-a, a kontrollcsoport 58,6%-a nő volt. A három csoport átlagéletkora rendre: 45,74 (sd=11,87), 48,35 (sd=11,53) és 44,55 (sd=14,67) év volt. A személyeket Budapesten és Szegeden, hét különböző egészségügyi intézményben, kezelőorvosuk megkeresésével és beleegyezésével, vontuk be a vizsgálatba. A személyek tájékozott beleegyezést követően vettek részt a vizsgálatban, részvételükért nem részesültek díjazásban.

A vizsgálati csoportokba, illetve a kontrollcsoportba történő besorolás a SCID-I. interjú (First és mtsai, 1997) és a pszichiátriai dokumentáció alapján történt.

Mérőeszközök

1. vizsgálat:

Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences, rövidített változat (O-LIFE, Mason és mtsai, 2005)

A nem klinikai, vagyis vonás szintű szkizotípiára mérésére szolgál, összesen 43 dichotóm tételt tartalmaz. Négy alskálából áll: Szokatlan Élmények (pozitív szkizotípiára), Kognitív Dezorganizáltság (dezorganizált szkizotípiára), Introvertív Anhedónia (negatív szkizotípiára) és Impulzív Nonkonformitás.

Disszociatív Élmények Skála (Dissociative Experiences Scale, DES, Carlson és Putnam, 1993)

28 tételből álló, önkitöltős kérdőív a disszociatív élmények mérésére tervezték, az emlékezet, az identitás, a tudatosság és a gondolkodás sajátos zavarait méri fel. A disszociációra való hajlamot, mint vonást 10-es fokozatú Likert-skálán méri, a disszociatív zavar diagnózis felállítására nem alkalmazható. A skála a szerzők által elvégzett faktoranalízise szerint a következő 3 faktorból áll: 1. amnézia, 2. elmerülés a fantáziában és álmodozás, 3. derealizáció és deperszonalizáció (Carlson és mtsai, 1991).

2. vizsgálat

Második vizsgálatunkba az első vizsgálatban már ismertetett mérőeszközök mellett a további mérőeszközöket vontuk be:

Negatív Tünetek Becslőskála (Scale for Assessment of Negative Symptoms, SANS, Andreasen, 1983)

A 24 tételes skála a szkizofrénia negatív tüneteinek felmérésére szolgál, azokat az eszköz segítségével a klinikus hatfokú Likert-skálán (0-5) értékeli a következő alskálák mentén: érzelmi elsivárosodás (1-7. tétel), alogia (8-11. tétel), apátia (12-14 tétel), anhedónia (15-18. tétel), figyelemzavar (19-20. tétel).

Pozitív Tünetek Becslőskála (Scale for Assessment of Positive Symptoms, SAPS, Andreasen, 1984)

A 30 ételes skála a szkizofrénia pozitív tüneteinek felmérésére szolgál, a Negatív Tünetek Becslőskálához hasonlóan a klinikus szintén hatfokú Likert-skálán (0-5) értékelheti a tünetek intenzitását. A következő alskálákból áll: hallucinációk (1-6), téveszmék (7-18), bizarr vagy dezorganizált magatartás (19-22), gondolkodási zavarok (23-30).

Korai Trauma Kérdőív (Early Trauma Inventory – Self Report, ETI-SR, Bremner és mtsai, 2007)

62 tételes önkitöltős kérdőív a megrázó életesemények (általános traumák gyermekkorban (pl. haláleset, baleset), általános traumák felnőtt korban, gyermekkori fizikai, érzelmi és szexuális bántalmazás mérésére. A kérdőív mindhárom gyermekkori bántalmazásforma esetén rákérdez az események gyakoriságára, a személy életkorára az esemény idején, az esemény szubjektív hatására a megtörténés idején, az esemény szubjektív hatására a jelenből visszatekintve.

Események Hatása Kérdőív (Impact of Event Scale, IES, Horowitz és mtsai, 1979)

A megrázó életesemények hatására kialakuló szubjektív stressz, szenvedés és kognitív folyamatok mérésére gyakran használt mérőeszköz (Horowitz és mtsai, 1979). A poszttraumás stressz zavar (PTSD) diagnosztizálására nem alkalmas, annak csak bizonyos tüneteit méri. 15 tételt tartalmaz, az emlékbetörések és az elkerülés faktorokból áll. A személyek a tégeket négyfokú Likert-skálán értékelik.

Beck Depresszió Kérdőív, rövidített (Beck és Beck, 1972, Kopp és Főrizzs, 1993)

A depresszió olyan jelenségeinek mérésére dolgozták ki, mint az örömkészség hiánya, a társas ingerek kerülése, a döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, a testi tünetekkel kapcsolatos túlzott mértékű aggodás, pesszimizmus, önvádlás. 9 tételből áll, a tételek a tüneteket állítások formájában fogalmazzák meg, ezeket a vizsgálati személyek 4 fokozatú Likert-skálán értékelik.

Statisztika

1. vizsgálat

Az O-LIFE kérdőív eredeti négy faktorának megerősítésére, illetve a DES skála egyfaktoros faktorstruktúrájának ellenőrzésére Mplus 7.3 programcsomaggal (Muthén & Muthén, 1998-2014) megerősítő faktorelemzést végeztünk. A faktorszerkezet mutatóit robusztus eljárással, a weighted least squares estimator (WLSMV) módszerrel ellenőriztük. A modell illeszkedését több mutató figyelembevételével, vagyis a CFI (Comparative fit index) és TLI (Tucker-Lewis index) 0,9-nél magasabb, valamint az RMSEA (Root mean square error approximation) 0,05-nél alacsonyabb értékének segítségével határoztuk meg.

A DES kérdőív faktorelemzéséhez mintánkat random módon ketté osztottuk, és az eredeti minta egyik felén feltáró, másik felén megerősítő faktoranalízist végeztünk, az előbbit IBM SPSS 21, az utóbbit Mplus 7.3 programcsomag segítségével.

A feltárt faktorokat tovább elemeztük IBM SPSS 21 segítségével. A hiányzó értékeket nem helyettesítettük. A csoportközi különbségeket t-próbával, a szóráshomogenitás hiánya esetén Welch-tesztel vizsgáltuk. Két változó kapcsolatát Pearson-féle korrelációs koefficiens számításával teszteltük. Az elfogadható szignifikancia szintet $p < 0,05$ -nél határoztuk meg.

2. vizsgálat

Második vizsgálatunk adatait ismét IBM SPSS 21 programmal elemeztük. A hiányzó értékeket nem helyettesítettük. Adataink eloszlásának normalitását a Kolmogorov-Smirnov és Shapiro-Wilk teszttel ellenőriztük. Annak ellenére, hogy a legtöbb skála nem a normál eloszlást követte, a mivel mintánk mérete lehetővé tette elsődlegesen parametrikus próbákat alkalmaztunk. A nemek szerinti megoszlásra vonatkozó csoportok közötti összehasonlítást χ^2 próbával végeztük el, majd mivel ennek feltételei az iskolázottság esetén nem teljesültek, a Fisher Exact tesztet alkalmaztuk. A csoportközi különbségeket a csoportok számától függően t-teszt (a szóráshomogenitás hiányában Welch-teszt), illetve egyszempontos ANOVA alkalmazásával (post hoc tesztként a Bonferroni tesztet választva) teszteltük. Két változó kapcsolatának elemzését intervallumskálák, illetve jól kidolgozott (legalább öt válaszlehetőséget tartalmazó) ordinális skálák esetén Pearson-féle korrelációs koefficiens, véleményeket, érzéseket, attitűdöket kifejező skálák esetén Spearman-féle rangkorreláció számításával végeztük el. Két változó korrelációja esetén egy harmadik változó esetleges hatását parciális korreláció alkalmazásával szűrtük ki. Ezt megelőzően a nem normál eloszlású skálákra z-transzformációt hajtottunk végre. Azt, hogy egy változó előrejelzi-e a másikat, regresszióelemzéssel vizsgáltuk. A mediációs elemzést a regresszió elemzés keretein belül a Hayes-féle PROCESS alkalmazással folytattuk le. Az elfogadható szignifikancia szintet $p < 0,05$ -nél határoztuk meg.

4. EREDMÉNYEK

1. vizsgálat

1. Az O-LIFE kérdőív négyfaktoros struktúrájának illeszkedését a 7 legalacsonyabb faktorsúllyal rendelkező tétel kizárásával optimalizáltuk. Az így megmaradt 36 tétel 0,20 feletti faktorsúllyal töltött a megfelelő faktoron és négyfaktoros modellünk illeszkedési mutatói is megfelelőek voltak: $\chi^2(588)=688,589$, $p < 0,05$, RMSEA=0,028, CFI=0,931, TLI=0,926. A standard faktorsúlyok 0,302 és 0,779 közé estek a Szokatlan Élmények, 0,372 és 0,710 közé a Kognitív Dezorganizáltság, 0,265 és 0,829 közé az Introvertív Anhedónia, valamint 0,206 és 0,766 közé az Impulzív Nonkonformitás alskála esetében. A négy alskála szignifikánsan korrelált egymással, a korrelációs értékek $r=0,202$ ($p < 0,001$) és $r=0,844$ ($p < 0,001$) között váltakoztak.

2. A DES skála egyfaktoros struktúráját vizsgálata során lefuttatott megerősítő faktoranalízis illeszkedési mutatói nem voltak megfelelőek: $\chi^2(324)=802,473$, $p < 0,001$; RMSEA = 0,060, CFI = 0,766, TLI = 0,747. Mintánkat random módon ketté osztottuk, és az eredeti minta egyik felén Maximum Likelihood módszerrel feltáró főkomponens elemzést végeztünk, a lehetséges faktorok számát háromban határoztuk meg. A kapott három faktor az adatok varianciájának mindössze 39,36%-át magyarázta, a modell illeszkedése azonban elfogadható volt: $\chi^2(273)=872,738$, $p < 0,001$. A faktorstruktúra pontosabb leírása érdekében a továbbiakban mintánk másik felén a háromfaktoros modell megerősítő faktorelemzését végeztük el. A modellt modifikációs indexeket követve módosítottuk. Így a végső faktorstruktúra elfogadható illeszkedési mutatókkal rendelkezett: $\chi^2(310)=403,882$, $p < 0,001$; RMSEA=0,039, CFI=0,908, TLI=0,896. Elemzésünk a következő három stabil faktort eredményezett: deperszonalizáció, derealizáció (faktorsúlyok: 0,348-1,610), fantáziában való elmerülés (faktorsúlyok: 0,366-1,122), disszociatív amnézia (0,319-0,650), amelyek azonban igen szorosan együttjártak ($r=0,777-0,781$, $p < 0,001$).

2. vizsgálat

3. Az ambuláns és az osztályos páciensek tüneteit összehasonlítva nem találtunk szignifikáns különbséget (minden tünetcsoport esetén $p > 0,1$), ezért a továbbiakban a két pácienscsoportot összevontuk.

4. A szkizotípiás vonások mértékét összehasonlítva a páciens- és a kontrollcsoportban, azt találtuk, hogy a páciensek a szkizotípia valamennyi dimenziója mentén szignifikánsan magasabb pontszámot értek el a kontrollcsoportnál (p minden esetben $< 0,001$).

5-6. A szkizotípia dimenzióinak és a szkizofrénia tünetcsoportjainak összefüggését a páciensek összevont mintáján belül vizsgáltuk. Az eredmények szerint a pozitív szkizotípia szignifikánsan összefüggött a SAPS skála hallucinációk és téveszmék alskáláinak összevonásával képezett skálával ($r=0,338$, $p < 0,01$), valamint a negatív szkizotípia dimenzió is szignifikánsan összefüggött a SANS skála összpontszámával ($r=0,232$, $p < 0,05$). A dezorganizált szkizotípia és a SAPS gondolkodási zavarok alskálája között nem találtunk szignifikáns összefüggést ($r=0,053$, $p > 0,1$), azonban a gondolkodási zavarok a pozitív szkizotípiával szintén pozitívan korreláltak ($r=0,343$, $p < 0,01$).

7-8. A gyermek- és felnőtt kori traumatizáció felmérésére használt Korai Trauma Kérdőív (Bremner és mtsai, 2007) esetében először azt a nemzetközi szakirodalomban olvasható megállapítást ellenőriztük, miszerint a gyermekkori bántalmazás körülményeire (gyakoriság, életkor a trauma elszenvedésekor, szubjektív hatása a trauma elszenvedésekor, szubjektív hatása retrospektíve) nem jelent további információt a traumatikus események előfordulásának egyszerű összeadásához képest. Az egyes alskálák korrelációinak kiszámítása után kizártuk azokat az alskálákat, amelyek az egyes bántalmazásformák (fizikai és érzelmi) előfordulásának összegével 0,8-nál magasabban korreláltak. A Korai Trauma Kérdőív így megmaradó és a további elemzésbe bevonható alskálái a következők voltak: fizikai bántalmazás előfordulása, fizikai bántalmazás hatása az eseménnyel egy időben, fizikai bántalmazás hatása visszatekintve, érzelmi bántalmazás előfordulása, érzelmi bántalmazás hatása visszatekintve. Az itt felsorolt öt alskála, valamint az általános gyermekkori, általános felnőtt kori és az általános traumák hatása mentén hasonlítottuk össze a páciens- és a kontrollcsoportot. A páciens csoport szignifikánsan több általános gyermekkori traumáról ($p < 0,001$) összességében több gyermekkori bántalmazásról ($p < 0,05$) és több gyermekkori érzelmi bántalmazásról ($p < 0,001$) számolt be a kontrollszemélyekhez képest. A bántalmazás szubjektív megélését tekintve azonban a két csoport nem különbözött.

9-10. A páciens- és a kontrollcsoport a poszttraumás stressz tünetek tekintetében nem, különbözött a disszociáció pontszám azonban a pácienseknél szignifikánsan magasabb volt ($< 0,01$).

11. Korrelációs vizsgálatunk eredményei szerint, a pozitív tünetek összessége ($r = 0,323$, $p < 0,1$), illetve a hallucinációk ($r = 0,230$, $p < 0,05$) és a téveszmék ($r = 0,279$, $p < 0,05$) valóban szignifikánsan együtt jártak a gyermekkori általános traumákkal, míg a traumatikus életesemények és a negatív tünetek között nem mutatkozott szignifikáns összefüggés. A gyermekkori bántalmazás mutatói azonban sem a pozitív, sem pedig a negatív tünetekkel nem korreláltak. A poszttraumás stressz tünetek szintén nem mutattak összefüggést sem a pozitív, sem pedig a negatív pszichotikus tünetekkel. A disszociáció kizárólag a pozitív pszichotikus tünetekkel járt együtt szignifikánsan ($r = 0,259$, $p < 0,05$).

12. Annak vizsgálatára, hogy a különböző típusú gyermekkori traumák előfordulása milyen mértékben jelzik előre a szkizofrénia tüneti dimenzióit, lineáris regresszió elemzéseket végeztünk, melyekben függő változóként a szkizofrénia tünetcsoportjai (pozitív tünetek összessége, hallucinációk, téveszmék, gondolkodási zavarok), független változóként pedig az általános gyermekkori traumák, a gyermekkori fizikai és érzelmi bántalmazás szerepeltek.

Elemzésünket nem, kor, iskolai végzettség és a szkizofrénia szempontjából való családi érintettség tekintetében korrigáltuk. Eredményeink szerint az általános gyermekkori traumák előfordulása előre jelezte a pozitív tüneteket ($p < 0,05$) és a hallucinációkat, ez utóbbi azonban nem volt független a nemtől ($p < 0,05$). Az általános traumák előre jelezték a téveszméket is ($p < 0,01$), bár ez a kapcsolat nem volt független az iskolázottságtól. A traumatikus életesemények és pozitív pszichotikus tünetek nemekre jellemző összefüggéseinek jobb megértése érdekében a regressziós elemzést a férfiak és a nők csoportjában külön-külön is lefuttattuk. A férfiaknál az általános gyermekkori traumák a pozitív tünetek összességét ($p < 0,05$), és a téveszméket ($p < 0,05$) is szignifikánsan bejósolták, bár ez utóbbi kapcsolat nem volt független az iskolázottság hatásától, illetve a regressziós modell csak a pozitív tünetek esetében volt szignifikáns. A férfiak csoportjában semmi sem utalt a gyermekkori bántalmazás és a pozitív tünetek összefüggésére. A nőknél ezzel szemben, a gyermekkori fizikai bántalmazás a gondolkodási zavarok prediktor tényezőjének bizonyult ($p < 0,01$), a kor és az iskolai végzettség hatásától függetlenül, bár regressziós modellünk nem volt szignifikáns. Regressziós eredményeink inkább tendenciaszerű hatásokat jeleznek. A két nem nem különbözött szignifikánsan sem szociodemográfiai mutatóik, sem a pozitív tünetek erőssége, sem pedig az átélt traumatikus események szempontjából. Kizárólag a negatív tünetek voltak súlyosabbak a férfiaknál ($p < 0,01$).

13. Az anya, illetve közeli hozzátartozójuk által fizikai vagy érzelmi értelemben bántalmazott személyek nem szenvedtek szignifikánsan súlyosabb tünetektől, mint azok, akiket csak a családon kívüli személyek bántalmaztak, sem pedig mint azok, akiket egyáltalán nem bántalmaztak.

14-15. Sem a poszttraumás stressz tünetek, sem pedig a disszociáció nem bizonyult a korai traumatikus élmények és a pszichotikus tünetek közötti közvetítő tényezőnek.

16. Sem a fizikai, sem pedig az érzelmi értelemben bántalmazott páciensek nem kíséreltek meg nagyobb eséllyel öngyilkosságot, mint a nem bántalmazott páciensek.

17. Eredményeink szerint a jelen szuicid gondolatok szignifikánsan összefüggtek a gyermekkori érzelmi bántalmazással ($rS=0,281$, $p < 0,05$), illetve a múltbeli szuicid gondolatok szignifikánsan együttjártak a gyermekkori érzelmi bántalmazás előfordulásával ($rS=0,268$, $p < 0,05$) és annak szubjektív hatásával ($rS=0,272$, $p < 0,05$). Ez utóbbi két korreláció független volt a depresszió hatásától, míg a múltbeli szuicid gondolatok és az érzelmi bántalmazás összefüggésében a depresszió is szerepet játszott.

18. Eredményeink szerint a gyermekkori bántalmazás összessége ($r=-0,265$, $p<0,05$) és az érzelmi bántalmazás utólagos negatívabb értékelése ($rS=-0,389$, $p<0,01$) szignifikánsan összefüggött a korábbi betegségkezdettel.

19. A korai traumatikus események semmilyen összefüggésben sem álltak a hospitalizációk számával.

5. KÖVETKEZTETÉSEK

1. vizsgálat

Vizsgálatunk során sikerült igazolnunk az O-LIFE kérdőív négyfaktoros (szokatlan élmények, kognitív dezorganizáltság, introvertív anhedónia és impulzív nonkonformitás) és a DES skála háromfaktoros (disszociatív amnézia, fantáziában való elmerülés, deperszonalizáció) struktúráját. A faktorstruktúra illeszkedése mindkét kérdőív esetében stabilnak mondható, bár az O-LIFE esetében a stabil factorszerkezet eléréséhez a hét legalacsonyabb töltésű tétel kizárására volt szükség.

2. vizsgálat

A szkizotípiá vonás szkizofréniával élő pácienscsoportokon történő felmérése alapján levonhatjuk egyfelől azt a következtetést, hogy ez a mérőeszköz nagyban alkalmas a szkizofréniá jellemzőinek vonás szinten történő leképezésére, különösen a pozitív és a negatív tüneti dimenziók esetén. Ugyanakkor, mintánkban is sikerült alátámasztani a szkizofréniá-szkizotípiá kontinuitását.

A gyermekkori traumatizáció mindenképpen fontos tényezőnek tekinthető a szkizofréniával élő páciensek pozitív tüneteinek szempontjából, azonban a konkrét traumatikus események és az egyes tünetcsoportok összefüggéseinek vizsgálatában jelentős szerepet kell tulajdonítanunk a nemek szerinti megoszlásnak. Mintánkban a férfiak esetében az általános gyermekkori traumatizációnak, a nőknél azonban a gyermekkori fizikai bántalmazásnak volt közvetlen szerepe a pszichotikus tüneteinek szempontjából. Vizsgálatunk szerint mindkét nem esetében a közvetlen összefüggés volt igazolható az életesemények és a tünetek között, amelyben sem a poszttraumás stressz, sem pedig a disszociáció nem játszott közvetítő szerepet.

Eredményeink alapján arra következtethetünk, hogy a disszociáció feltehetően a pozitív pszichotikus tünetekhez, esetlegesen az azok kialakulására való fokozott hajlamhoz, illetve bizonyos személyiségzavarokhoz (pl. borderline személyiségzavar) kapcsolódhat szorosabban, mint a traumatizációhoz, ezért a traumatizáció és a pszichopatológia közötti közvetítő szerepe nem tekinthető általános érvényűnek. Eredményeink nem erősítették meg, hogy a bántalmazó személye releváns lenne a felnőtt kori pszichotikus tünetek erőssége szempontjából.

Vizsgálatunk kétségtelenül megerősítette a gyermekkori bántalmazás és a kedvezőtlenebb betegségefolyás összefüggéseit, különösképpen arra vonatkozóan, hogy a bántalmazott személyek tünetei – a családi érintettségtől függetlenül – korábbi életkorban jelentkeznek; valamint arra vonatkozóan, hogy a gyermekkori érzelmi és fizikai bántalmazást elszenvedett személyek szuicid veszélyeztetettsége – részben a komorbid depresszióval összefüggésben vagy attól függetlenül is – nagyobb.

6. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

Az értekezés témájához kapcsolódó közlemények:

Kocsis-Bogár K, Nemes Zs, Perczel Forintos D. (2016) Factorial structure of the Hungarian version of Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences and its applicability on the schizophrenia-schizotypy continuum. *Pers Individ Dif*, 90: 130-136.

Kocsis-Bogár K, Perczel Forintos D. (2014) The relevance of traumatic life events in schizophrenia spectrum disorders. *Ideggyogy Sz*, 67(9-10): 301-308.

Kocsis-Bogár K, Miklósi M, Perczel Forintos D. (2013) Impact of adverse life events on individuals with low and high schizotypy in a nonpatient sample. *J Nerv Ment Dis*, 201(3): 208-215.

Kocsis-Bogár K, Miklósi M, Perczel Forintos D. (2012) Az Események Hatása kérdőív (Impact of Event Scale, Horowitz és mtsai, 1979) magyar változatának pszichometriai vizsgálata. *Psychiatr Hung*, 27(4): 245-254.

Kocsis-Bogár K, Kiss Zs. (2010) Különös élmények – különös logika. A pszichotikus zavarok kognitív-viselkedésterápiás szemlélete, *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(1): 169-183.

Az értekezés témájához nem kapcsolódó közlemények:

Miklósi M, Martos T, Szabó M, **Kocsis-Bogár K**, Perczel Forintos D. (2014) Cognitive emotion regulation and stress: a multiple mediation approach. *Transl Neurosci*, 5(1): 64-71.

Miklósi M, Martos T, **Kocsis-Bogár K**, Perczel Forintos D. (2011) A Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzői. *Psychiatr Hung*, 26(2): 102-111.

Kocsis-Bogár K. (2010) Mágikus kapcsolat a tárgyakkal.: Egy kényszerbeteg nő esetének viselkedésdiagnosztikai leírása. In: Perczel Forintos, D, Kiss Zs. (szerk.) *Higgyünk a szemünknek! Kognitív viselkedésterápiás esettanulmányok* Budapest: ELTE Eötvös Kiadó, 77-90.