

A poszttraumás stressz zavar konstruktuma és validitása Ruandában

Doktori tézisek

Fodor Kinga Edit
(Kuczora Kinga Edit)

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Bitter István, DSc., egyetemi tanár

Konzulens: Richard Neugebauer, Ph.D., egyetemi docens

Hivatalos bírálók: Pethesné Dávid Beáta, Ph.D., egyetemi tanár

Dr. Herold Róbert, Ph.D., egyetemi docens

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Túry Ferenc, Ph.D. egyetemi tanár

Szigorlati bizottság tagjai: Kőkönyi Gyöngyi, Ph.D. egyetemi adjunktus

Dr. Purebl György, Ph.D., egyetemi docens

Budapest
2016

1. Bevezetés

A ruandai népirtás a 20. század utolsó felének legtöbb emberáldozattal járó vérengzése. 1994 tavaszán, 100 nap leforgása alatt, a 7 milliós népességű Ruandában közel 800 000 tuszi kisebbségi veszítette életét. A népirtást a többségi népcsoport szélsőséges tagjai vezették, akiket hutunak hívnak (Prunier, 2008). A tömeges mészárlás kifejezetten erőszakos és brutális volt, amelynek egyetlen célja a tuszik és a tuszi-barát hutuk kiirtása volt.

Habár a ruandai népirtás több, mint 20 éve zajlott, a történések és azok pszichére gyakorolt hatása azóta is érdekes alapot adnak különböző vizsgálati kérdések kutatására Ruandában, különös tekintettel a pszichés traumatizációra és a poszttraumás stressz zavar (PTSD) vizsgálatára, ebben a nyugati kultúráktól jelentősen eltérő társadalomban. A PTSD becslött prevalenciája az évek során 4,2 és 59,5% között volt (Harbertson et al., 2013; Cohen et al., 2009), attól függően, hogy milyen mintával és mérőeszközzel dolgoztak a kutatók. A két reprezentatív mintás vizsgálatban ez az érték 24,8 és 26,1% volt (Munyandamutsa et al., 2012; Pham et al., 2004).

A ruandai mentális egészséget vizsgáló kutatásokra jellemző – csak úgy, mint más fejlődő országokban végzett vizsgálatokra –, hogy többségük célja a PTSD prevalenciájának megállapítása és a diagnózis felállítása a humanitárius munka segítésére. Ezek a célok a kutatási eredmények validitását tekintve azért problematikusak, mert a *Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyvének*, negyedik kiadásában szereplő PTSD konstruktumot felhasználva kutatnak egy olyan betegséget, amelynek fejlődésére jelentős hatással voltak nyugati kultúrák történései és nyugati országokból nyert kutatási eredmények (Fodor et al., 2014). A PTSD konstruktum univerzalitásának feltételezése a vizsgálatok alapját képezi a

konstruktum validitásának vizsgálata nélkül. A pszichés traumatizáció és a PTSD pontos vizsgálatához szükséges a konstruktum validitásának (faktoriális és kritérium) kiértékelése Ruandában.

2. Célkitűzések

A disszertáció célja kettős. Egyrészt a jelenleg leginkább kutatott DSM-IV alapú faktoriális modellek összehasonlítása megerősítő faktorelemzéssel (CFA). Ezek a modellek a (1) DSM-IV-ben szereplő háromfaktoros (APA, 2000), (2) a négyfaktoros Érzelmi tompultság modell (King et al., 1998), (3) a négyfaktoros Diszfória modell (Simms et al., 2002), (4) a szintén négyfaktoros Aroused intruzió modell (Rasmussen et al., 2007) és (5) az ötfaktoros Diszfóriás arousal modell (Elhai et al., 2011). Feltételezzük, hogy a nyugaton született eredményekhez hasonlóan a Diszfóriás arousal modell nyer megerősítést.

Másodsorban cél, a PTSD, major depresszió (MDD) és az elhúzódó gyász tünetek (PG) mintázatának vizsgálata, különös tekintettel arra vonatkozóan, hogy ezek a tünetek elkülönülnek-e vagy a résztvevők többsége a tünetek mindegyikéről beszámol más súlyossági fokkal. Látens profilelemzéssel (LPA) vizsgáljuk azt, hogy a vizsgálati mintában résztvevő súlyosan traumatizált és veszteséget is átélő személyek milyen csoportokra különülnek el. Korábbi kutatási adatokra támaszkodva feltételezzük, hogy inkább a tünetek súlyosságában, mint típusában lesz különbség a vizsgálati személyek között (Armour et al., 2015; Au et al., 2013; Contractor et al., 2015). Ezen felül, feltételezzük, hogy a csoportok szignifikánsan különböznek majd a demográfiai jellemzőik (nem, kor, iskolázottság) és a traumatikus élmények mennyisége tekintetében (Roberts and Browne, 2011).

3. Módszer

Eljárás

Az adatgyűjtés 2011 tavaszán történt Ruanda déli részén. A kérdőív battriát az amerikai kutatócsoport által kiképzett helyiek vették fel interjú formában (Fodor et al., 2015). Népszámlálási adatok alapján rétegzett mintavétellel 50 falu került kiválasztásra Huye körzetből, amely a népirtás során kifejezetten érintett terület volt. A falvakon belül a háztartásokat „random séták” módszerrel választották ki (Coghlan et al., 2009; Patel et al., 2007), összesen 500 személy lekérdezése volt a cél. Saját feladatim a kutatás tervezése, az adatgyűjtés koordinálása, az adattisztítás és az adatelemzés során volt.

A vizsgálat etikai engedélyeztetése a NYS Pszichiátriai Intézet és a Ruandai Nemzeti Etikai Bizottságon keresztül történt. Utóbbi ajánlására a résztvevők 10 USD kompenzációs díjban részesültek (Fodor et al., 2015; Pozen et al., 2015).

Mérőeszközök

A népirtással összefüggő traumatikus eseményeket egy 7 ítemes erre a célra kialakított kérdéssorral mértük fel (Pham et al., 2004).

A PTSD-t a Poszttraumás Sztressz Zavar Leltár civileknek szánt ruandai nyelvre fordított változatával mértük (Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version, PCL-C, Blanchard et al., 1996). A PCL-C egy 17 ítemes kérdőív, amelynek tételei pontosan illeszkednek a DSM-IV-ben felsorolt PTSD tünetekhez. Minden tünet 5-fokú Likert-skálán osztályozható, így a pontszámok 17 és 85 pont között helyezkednek el. A PTSD diagnózis felállításához a standard 44-pontos cutoff-ot használtuk (Blanchard et al.,

1996). Az angol verzió kiváló pszichometriai mutatókkal rendelkezik (McDonald and Calhoun, 2010; Ruggiero et al., 2003) és más nyelvre fordítva számos vizsgálatban használták már sikerrel nem nyugati kultúrában is (pl. Thapa és Hauff, 2005; Peltzer et al., 2013; Vera-Villarroel et al., 2011; Wu et al. 2008). Jelen vizsgálatban a Cronbach alfa értéke 0,96.

A depresszív tüneteket a M.I.N.I. Depresszió moduljával mértük (Lecrubier et al., 1997). Ebben a DSM-IV-ben felsorolt 9 depressziós tünetet kerül lekérdezésre dichotóm válaszolási lehetőséggel. A tünetek az elmúlt két hétre vonatkoznak. A mérőeszköznek szintén jó pszichometriai mutatói vannak (Lecrubier et al., 1997; Sheehan et al., 1997), vizsgálatunkban a Cronbach alfa értéke 0,88.

Az elhúzódó gyászreakcióra vonatkozó tüneteket 10 tétellel mértük, amelyeket a Prolonged Grief-13 mérőeszközből vontunk ki és megítélésünk szerint a ruandai környezetben is kellő relevanciával bírnak (Prigerson et al., 2009). A tétéleket 5-pontos Liekrt-skálán kérdeztük le. A kérdések előtt a következő szűrő kérdések voltak: “Az 1994-es konfliktuskor és azt követően elvesztette-e valamelyik családtagját erőszakos tett, betegség vagy bármi más következtében? Ha igen, ki volt ez a személy?” A gyással kapcsolatos kérdések a megjelölt személyre vonatkoztak. A tíz tétel Cronbach alfája 0,92.

A PCL-C-t és a M.I.N.I.-D korábbi vizsgálatokban is felhasználták már Ruandában, ezeket a fordításokat felhasználtuk és újabb nyelvi áttekintés és oda-vissza fordítás során pontosítottunk (Munyandamutsa et al., 2012; Pham et al., 2004).

Minta

Ötszáznégy személy vett részt a vizsgálatban, a válaszadási arány igen magas, 96%-os. Az átlag életkor 41 év ($SD = 15.1$). A minta 75%-a nő, amely megfelel a régióban jelenlévő aktuális nemi aránynak korábbi reprezentatív vizsgálatok eredményei alapján (Pham et al., 2004). A résztvevők 70%-a alapfokú iskolai végzettségű, 45%-nak nem volt jövedelme az elmúlt egy évben. 20% özvegy, 60% katolikus vallású. Egyharmaduk közkútból nyerte az ivóvizet és 20%-nak nem volt otthonában semmilyen toalett.

Adatelemzés

A bevezetőben felsorolt öt modellt megerősítő faktorelemzéssel hasonlítottuk össze Mplus 6.2-es szoftverrel (Muthén and Muthén, 1998-2011). A modellek felépítését az 1. táblázat tartalmazza. A CFA-t un. robust maximum likelihood becsléssel (MLR) végeztük. Az elemzésbe csak azokat vontuk be, akik legalább egy traumatikus eseményről beszámoltak az 1994-es időszakból, $n = 465$. Az illeszkedést a következő mutatók figyelembevételével ítéltük meg: CFI (összehasonlító illeszkedési mutató), TLI (Tucker-Lewis index), SRMR (standardizált reziduális négyzetes középérték), RMSEA (megközelítési négyzetes középérték hiba). Az egymásba ágyazott modellek összehasonlítását a Santorra-Bentler skálázott khi-négyzet különbség próbával ($S-B\chi^2$ -diff, Santorra and Bentler, 2001), míg a nem egybeágyazott modellek összehasonlítását a Bayesian információs kritériummal végeztük. A kritérium validitás megítéléséhez, az elsődleges elemzést követően a leginkább illeszkedő modellekhez hozzáadtunk egy depresszió faktort és weighted least squares means és variance adjusted becsléssel (WLSMV) újabb CFA-t végeztünk. Végül a nemi különbségek feltárását MIMIC modellezéssel hajtottuk végre (Fodor et al., 2015).

A látens profilelemzést azokon végeztük el, akik a gyászra vonatkozó kérdésekkor beszámoltak veszteségről, $n = 403$. Az LPA-t szintén Mplus 6.2 szoftverrel végeztük, full-information maximum likelihood becsléssel (Muthén and Muthén, 1998-2011). Egy-öt osztályszámú megoldást teszteltünk, az illeszkedést az Akaike információs kritérium (AIC; Akaike, 1987), a Bayesian információs kritérium (BIC; Schwartz, 1978), a mintaszámhoz illesztett Bayesian információs kritérium (ssaBIC; Sclove, 1987), a Lo-Mendell-Rubins teszt (LRT; Lo et al., 2001), és az entrópia érték (Ramaswamy et al., 1993) alapján ítéltük meg. A megfelelő megoldás kiválasztása után a vizsgálati személyeket a látens osztályukba soroltuk és ANOVA elemzéssel és χ^2 próbával összehasonlításokat végeztünk.

1. táblázat. A DSM-IV szerinti PTSD tünetek faktoriális modelljei

Modellek	DSM-IV	Érzelmi tompultság	Diszfória	Aroused intrúzió	Diszfóriás arousal
Faktorok száma	3	4	4	4	5
DSM-IV PTSD tünetek	APA (2000)	King (1998)	Simms (2002)	Rasmussen (2007)	Elhai (2011)
B1. intrúzióv gondolatok	R	R	R	AI	R
B2. rémálmok	R	R	R	AI	R
B3. trauma újraélése/flashback	R	R	R	AI	R
B4. érzelmi reaktivitás	R	R	R	AI	R
B5. fiziológiás reaktivitás	R	R	R	AI	R
C1. gondolatok elkerülése	A/N	A	A	A	A
C2. emlékeztetők elkerülése	A/N	A	A	A	A
C3. amnézia a traumára	A/N	N	D	N	N
C4. érdeklődése hiánya	A/N	N	D	N	N
C5. másoktól való eltávolodás	A/N	N	D	N	N
C6. érzelmi tompultság	A/N	N	D	N	N
C7. reménytelenség	A/N	N	D	N	N
D1. alvási nehézség	H	H	D	AI	DA
D2. irritabilitás/düh	H	H	D	H	DA
D3. csökkent koncentráció	H	H	D	AI	DA
D4. fokozott éberség	H	H	H	H	AA
D5. túlzott megrezzenési válasz	H	H	H	H	AA

Jegyzetek. A: elkerülés (avoidance); AA: szorongásos arousal (anxious arousal); AI: aroused intrúzió; D: diszfória; DA: diszfóriás arousal; H: hyperarousal; N: tompultság (numbing); R: újraélés (re-experiencing).

4. Eredmények

A vizsgálati személyek 92%-a ($n = 466$) számolt be valamilyen a népirtással összefüggő traumáról. Ezek közül a leggyakoribb a családtag elvesztése (66,1%), fültanúja lenni annak, hogy valaki megsérül vagy meggyilkolnak (64,5%), illetve a tulajdonának a tönkretétele (44,7%). A minta 80%-a elvesztett a népirtás során legalább egy közeli hozzátartozót. A résztvevők majdnem fele elveszítette egy (30%) vagy mindkét szülőjét (12%). Húsz százalék legalább egy testvérét, 14% legalább egy gyermekét. A PTSD és a depresszió cutoff pont alapján való becsült előfordulása 20,9% és 27%. Az átlag PCL-C pontszám 30,7 ($SD = 157$), az átlagosan előforduló depressziós tünetek száma 2,8 ($SD = 2,9$).

A négyfaktoros Érzelmi tompltság és Diszfória modellek, valamint az ötfaktoros Diszfóriás arousal modell illeszkedési mutatói elfogadhatóak és nagyon hasonlóak egymáshoz. A szintén négyfaktoros Aroused intrúzió és a háromfaktoros DSM-IV modellek illeszkedése nem jó. Az illeszkedési mutatókat a 2. táblázat tartalmazza. Az egybeágyazott modellek összehasonlítása alapján DSM-IV-es modell szignifikánsan különbözött az Érzelmi tompltság és a Diszfória modellektől ($S-B\chi^2_{diff}(3, N = 465) = 196,57, p < 0,01$ és $S-B\chi^2_{diff}(3, N = 465) = 244,04, p < 0,01$), míg ezek nem különböztek szignifikánsan a Diszfóriás arousal modellettől ($S-B\chi^2_{diff}(4, N = 465) = 3,65, p = 0,46$ és $S-B\chi^2_{diff}(4, N = 465) = 5,02, p = 0,29$). A nem egybeágyazott modellek esetében a négyfaktoros modellek közül az Érzelmi tompltság és Diszfória modellek szignifikánsan különböztek az Aroused intrúzió modellettől ($BIC_{diff} = -58,01$ és $-54,83$).

2. táblázat. A megerősítő faktorelemzés eredménye: illeszkedési mutatók
($N = 465$) (Fodor et al., 2015)

Modellek	χ^2	df	CFI	TLI	SRMR	RMSEA (90% CI)	BIC
DSM-IV	502,34	116	0,89	0,88	0,050	0,085 (0,08-0,09)	19389,97
Érzelmi tompultság	313,89	113	0,95	0,94	0,042	0,062 (0,05-0,07)	19080,50
Diszfória	314,27	113	0,95	0,94	0,041	0,062 (0,05-0,07)	19083,68
Aroused intrúzió	346,50	113	0,94	0,93	0,045	0,067 (0,06-0,08)	19138,51
Diszfóriás arousal	310,42	109	0,95	0,93	0,041	0,063 (0,06-0,07)	19099,99

Jegyzetek. χ^2 : robusztus khi-négyzet; df: szabadságfok; CFI: összehasonlító illeszkedési mutató; TLI: Tucker-Lewis index; SRMR: standardizált reziduális négyzetes középérték; RMSEA: megközelítési négyzetes középérték hiba; CI: konfidencia intervallum; BIC: Bayesian információs kritérium. A khi-négyzet próbák mindegyike statisztikailag szignifikáns ($p < 0,01$).

A további elemzések alapján elmondható, hogy a depresszió faktorial kiegészített modell is jól illeszkedik. A tompultság és diszfóriás arousal faktorok magas korrelációt mutatnak a depresszió faktorial (0,71 és 0,73, $p < 0,01$), így további bizonyítékul szolgálva ezen modellek konvergencia validitására vonatkozóan. Ezzel szemben a diszfória faktor depresszióval mutatott korrelációja alacsonyabb (0,63, $p < 0,01$), amely kevésbé jó konvergencia validításra utalhat. Az elkerülés faktor – amely egy szorongással összefüggő faktor – kevésbé jár együtt a depresszió faktorial utalva a megfelelő divergencia validításra.

A nemi különbségekre vonatkozó MIMIC modellezést a Diszfóriás arousal modellen végeztük. Minden faktor esetében nemi különbség volt azonosítható, mégpedig a nők magasabb értékekkel bírtak, mint a férfiak. Ez

az összefüggés a traumás újraélés és a diszfóriás arousal faktorok esetében volt a legerősebb, míg az elkerülés és a szorongásos arousal esetében a leggyengébb.

A 3. táblázatban a látens profilelemzés illeszkedési mutatói láthatók. A mutatók és a magyarázhatóság alapján a háromosztályos megoldás került kiválasztásra. Az osztályok elkülönülését a háromosztályos megoldás esetében az osztályhoz való tartozás magas átlag valószínűségei is jelölték (0,97–0,99). Ez alapján megoldás alapján a három osztály mindegyikében jelen vannak a PTSD, depresszió és gyász tünetek, a csoportok a tünetek súlyossága és nem típusa alapján különböznek. Az első osztályban alacsony szintű a tünetek előfordulása vagy egyáltalán nincsenek jelen (47,9%), a második osztályban közepes súlyos tünetek vannak (32,5%), míg a harmadik osztályba sorolható vizsgálati személyek igen súlyos tüneteket mutatnak (19,6%). Az osztályok egyikére sem jellemző, hogy valamely betegség súlyos, míg más betegség kevésbé súlyos tünetek formájában legyen jelen.

3. táblázat. A látens osztályok illeszkedési mutatói (Fodor et al., 2016)

Modellek (N = 403)	Log likelihood	AIC	BIC	ssaBIC	Entropy	LMR	LMR p value
Egy osztály	-14043.638	28165.267	28321.235	28197.484			
Két osztály	-12297.113	24722.226	24978.158	24775.079	.969	3457.033	.00*
Három osztály	-11803.374	23784.748	24140.653	23858.247	.955	977.296	.02*
Négy osztály	-11601.937	23431.874	23887.753	23526.019	.952	398.720	.10
Öt osztály	-11396.944	23071.889	23627.741	23186.680	.953	405.758	.16

Jegyzetek. AIC: Akaike információs kritérium; BIC: Bayesian információs kritérium; ssaBIC: mintaszámhoz illesztett BIC; LMR: Lo-Mendell-Rubins teszt. * $p < 0,05$

ANOVA elemzést és χ^2 próbát végeztünk az osztályok demográfiai jellemzőinek és átlagpontszámainak összehasonlítására. A három osztály szignifikánsan különbözött az összes vizsgált változó tekintetében ($p < 0,01$). A súlyos tüneteket mutató csoport többsége nő (92,4%), az átlag életkor magasabb, mint a többi csoportban (45,5 év), kevesebb személynek van középfokú végzettsége (16,5%), majdnem 50% egyedülálló vagy özvegy, és a traumatizáltság igen magas, átlagosan öt traumáról számoltak be a lehetséges hétből. Átlagosan három veszteség érte őket a népirtás során, a PCL-C átlagpontszám 56,8.

5. Következtetések

A vizsgálat első célkitűzése az volt, hogy a DSM-IV PTSD tünetekre vonatkozó faktoriális modelleket teszteljük ebben a nyugatitól jelentősen eltérő kultúrában, szélsőségesen súlyos traumákon átesett személyek körében. Öt modellt hasonlítottunk össze megerősítő faktorelemzéssel. Azt találtuk, hogy a nyugaton leírt eredményekhez hasonlóan az Érzelmi tompultság, Diszfória és Diszfóriás arousal modellek ebben a mintában is megerősítést nyertek. Ezzel ellentétben a DSM-IV-es háromfaktoros és az Aroused intrúzió modell nem nyert megerősítést. Az Érzelmi tompultság és a Diszfóriás arousal modellek ezen felül jó konvergens validitással is bírnak, ezért ez a két modell a Diszfória modellel szemben preferálandó az eredmények alapján. Az érzelmi tompultság erős megjelenése ebben a mintában azzal is magyarázható, hogy a mintában jelenlévő PTSD-s esetek nagy része valószínűsíthetően krónikus vagy late-onset eset. A DSM-IV-es modell nem jó illeszkedése egybevégt más kutatások eredményeivel (pl. Elhai és Palmieri, 2011; Yufik és Simms; 2010) és arra utal, hogy a DSM-5-ben (APA, 2013) szereplő négy klaszteres diagnosztikus felépítés sokkal inkább

megfelelő, hiszen az az itt megerősített Érzelmi tompultság modellhez hasonlít leginkább (Fodor et al., 2015).

Összefoglalva tehát, azt találtuk, hogy az Európában és Észak-Amerikában leírt, a PTSD látens struktúrájára vonatkozó modellek Ruandában is hasonlóképpen megtalálhatók, főként az Érzelmi tompultság és a Diszfóriás arousal modellek. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a DSM-ben szereplő tünetek alapján leírt PTSD konstruktum validitása megfelelő Ruandában és hasonló tünetekkel megbízhatóan leírható a ruandaiak élménye. Fontos azonban, hogy a pszichés traumatizáció teljes megértéséhez etnográfiai, kvalitatív vizsgálatok végzése nélkülözhetetlen. Az eredményeink azonban megerősítik a nyugati PTSD konstruktum más kultúrákban való alkalmazását és ezeknek a tüneteknek az univerzális előfordulására utalnak (Fodor et al., 2015).

A második célkitűzésünk a PTSD, depresszió és gyász tünetek mintázatának feltárása volt látens profilelemzéssel. Az eredmények azt mutatják, hogy a tünetek súlyosságuk, nem pedig típusuk alapján különítik el a vizsgálati személyeket. Egyszerű komorbiditási mutatók számításával ellentétben több olyan személyt tudtunk azonosítani így, akik súlyos tünetektől szenvednek közel 20 évvel az 1994-es események után. Fontos tehát a szubszindrómális esetek figyelembevétele is, nem csak a cutoff pontok alapján történő diagnosztizálás. A minta fele, azonban nem számolt be komolyabb tünetekről, amely arra utalhat, hogy ők vagy nem reagáltak pszichiátriai tünetekkel az eseményekre, tehát reziliensek, vagy a tünetek náluk idővel csökkentek/megszűntek. Egy 2002-es vizsgálatban, ugyanebben a régióban a nők majdnem 40%-nál volt valószínűsíthető PTSD (Pham et al., 2004). Ez a tünetek idővel való enyhülésére utal. A mostani majdnem 20%-os arány

mutatja, hogy amennyiben a tünetek természetes módon csökkennek is, terápiás közbelépés hiányában ez akár évtizedekig is eltarthat. Mivel a vizsgálatban keresztmetszeti adatokat elemeztünk, csak feltételezni tudjuk, hogy a tüneteket nem mutató csoport reziliens és gyógyult személyekből áll. A súlyos tüneteket mutató 20% szignifikánsan különbözik a többi személytől, olyan jellemzőik vannak, amelyek bizonyított rizikótényezők a PTSD kialakulásában, pl. női nem, alacsony iskolázottság, alacsony társadalmi státusz, és magasabb mértékű traumatizáltság (Brewin et al, 2000; Roberts and Browne, 2011). Ezeknél a személyeknél a PTSD vagy krónikus formában, az évek során mindvégig jelen volt, vagy később alakult ki esetleg egyéb hozzáadódó trauma kapcsán (Maercker et al., 2013; Pietrzak et al., 2014).

A világon mindenhol kutatott PTSD, habár egy nyugati, a nyugati betegségmodell alapján kifejlődött konstruktum, kétség kívül a világon mindenhol replikálhatóan jelen van. Míg a helyi kulturális különbségek nem elhanyagolhatóak és a klinikai és terápiás felhasználhatóságuk magas, a DSM-ben leírt PTSD tünetek közös nyelvül szolgálnak a jelenség tanulmányozására és közös megvitatására (Breslau, 2004; Hinton and Lewis-Fernández, 2011). A fegyveres konfliktusok által érintett populációk igen veszélyeztetettek a PTSD kialakulására és egyéb zavarokra is, mint pl. a depresszió és a komplikált gyász, mivel nem csak trauma éri őket, de gyakran veszteség is. Eredményeink elősegítik a PTSD validitásának jobb megértését nem nyugati kultúrákban és facilitálják a terápiás segítségnyújtást a Ruandához hasonló nehéz helyzetű országokban.

6. Saját publikációk jegyzéke

A disszertációhoz kapcsolódó publikációk

Fodor KE, Pozen J, Ntaganira J, Sezibera V, Neugebauer R. (2015) The factor structure of posttraumatic stress disorder symptoms among Rwandans exposed to the 1994 genocide: A confirmatory factor analytic study using the PCL-C. *J Anxiety Disord*, 32: 8-16. DOI:10.1016/j.janxdis.2015.03.001

Fodor KE, Unterhitzberger J, Chou C, Kartal D, Leistner S, Milosavljevic M, Nocon A, Soler L, White J, Yoo S, Alisic E. (2014) Is traumatic stress research global? A bibliometric analysis. *Eur J Psychotraumatology*, 5: 10.3402/ejpt.v5.23269. DOI: 10.3402/ejpt.v5.23269

A disszertációhoz nem kapcsolódó publikációk

Fodor KE, Bitter I. (2015) Pszichológiai intervenciók traumatikus események után a poszttraumás stressz zavar megelőzésére: szisztematikus irodalmi áttekintés. *Orv Hetil*, 156: 1321-1334. DOI: 10.1556/650.2015.30231

Mészáros V, Ajtay Gy, **Fodor K**, Komlósi S, Boross V, Barna Cs, Udvardy-Mészáros Á, Perczel-Forintos D. (2014) Az életeseményektől a depressziós és szorongásos panaszokig: a diszfunkcionális attitűdök és a megküzdés szerepe a patogenezis folyamatában. *Ideggy Szemle*, 67: 397-408.

Fodor KE, Perczel Forintos D. (2013) Poszttraumás stressztünetek, diszfunkcionális attitűdök és megküzdési módok – egy klinikai minta exploratív vizsgálata. *Psychiatr Hung*, 28: 5-12. DOI: 10.1556/650.2015.30231

Amsel LV, Hunter N, Kim S, **Fodor KE**, Markowitz JC. (2012) Does a study focused on trauma encourage patients with psychotic symptoms to seek treatment? *Psychiatr Serv*, 63: 386-389. DOI: 10.1176/appi.ps.201100251