

Az életesemények pszichoszociális összefüggései és a krónikus betegségekkel való kapcsolata

Doktori tézisek

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

1. BEVEZETÉS

Általános modell

Kutatásom témája a stresszt kiváltó nagy *életesemények* és a *krónikus betegségek* kapcsolata, amelyet egy biopszichoszociális modell keretében vizsgálok. 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 után a pszichoszomatikus elméletek keretébe helyezem el a kutatás témáját. A következőkben az életesemények és a betegségek kapcsolatának legújabb eredményeit tárgyalom. Végül három olyan személyiségbeli tényezőt vizsgálok – a *korai kötődés sérülését*, a *felnőttkori kötődési stílust* és a *megküzdést* – amely részt vehet számos krónikus betegség kialakulásában.

Az életesemények

Holmes és Rahe dolgozta ki 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*. Előzetes vizsgálatok alapján alakították ki azokat a 0 és 100 közötti pontértékeket, amelyek Rahe-féle LCU-értékek néven váltak közismertté. Rahe és munkatársai az életesemények által okozott stresszt egyetlen mérőszámmal, az LCU-értékek összegével jellemezték. 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.

Paykel, a Rahe-féle megközelítés legfőbb kritikusa, az egyes életesemények szubjektív megítélésének megoldását választotta, amelyben a vizsgálati személynek 0–20-ig kellett értékelnie, hogy szerinte egy átlagember számára mennyire zavaró, megterhelő, stresszt okozó az illető esemény.

Számos szerző kritizálta a pozitív életesemények egyértelműen stresszként való értelmezését. Véleményük szerint a pozitív és a negatív életeseményeknek nem lehet ugyanazt a jelentést tulajdonítani. Más tanulmányok az életeseményekre való visszaemlékezés torzító hatását feltételezték, és azt találták, hogy minél régebbi időpontról kell a vizsgálati személyeknek beszámolniuk, annál kevesebbet tudnak felidézni a valóban megtörtént életesemények közül.

Pszichoszomatikus elméletek

A hagyományos pszichoszomatikus megközelítések általában négy fő irányzatot különböztetnek meg: a pszichofiziológiai, a pszichodinamikus, a rendszerelméleti és a szociopszichoszomatikus irányzatot.

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. Ebbe az irányzatba tartozik a Selye János-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, 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.

Az életesemények és a betegségek kapcsolatának legújabb eredményei

Pszichiátriai betegségek

Az életesemények és a depresszió összefüggéseit kizárólag néhány széles körű epidemiológiai vizsgálat elemzi, az életesemények depresszióban betöltött szerepe azonban ezek alapján nem teljesen tisztázott. 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. 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* által kimutatott 6,4-szeres esélyhányados a depressziót megelőző életesemények tekintetében túlzásnak bizonyult, a klinikai populáción korábban végzett vizsgálatokat Faravelli eredményei alapvetően alátámasztották.

Vesebetegség

Igen kevés szakirodalmi elemzés található a vesebetegségek és az életesemények közötti kapcsolatról. Najem és munkatársai a vesekőpanaszok és a negatív életesemények feltételezett összefüggését vizsgálta 200 beteg és 200 egészséges személy illetett mintáján. A vizsgálat igazolta, hogy a vesekőpanasszal orvoshoz forduló betegek körében szignifikánsan nagyobb arányban fordultak elő ilyen életesemények, mint a kontrollszemélyeknél. Hasonló eredményre jutottak csaknem tíz évvel később Diniz és munkatársai. Rounds és Israel a krónikus vesebetegséget önmagában is negatív életeseménynek tekintik, amelynek során a betegnek súlyos változásokhoz és veszteségérzéshez kell alkalmazkodnia. Hasonlóképpen közelítik meg a kérdést Possemato és munkatársai, akik a veseátültetést stresszes életeseménynek tekintik, melyet követően nem ritka a betegek között a poszttraumás stresszszindróma előfordulása.

Cukorbetegség

A cukorbetegség és az életesemények kapcsolatát vizsgáló kutatások legújabb eredményei mind az I. típusú, mind a II. típusú diabétesz mellitusra vonatkozóan szignifikáns eredményeket hoztak.

Worrall-Davies egy korábbi kutatásában kimutatta, hogy a negatív életesemények a vércukorszint felborulását eredményezhetik *I. típusú diabéteszes* gyermekeknél. Sipetic és munkatársai I. típusú diabéteszes gyermeket vizsgáló tanulmánya a betegség kialakulását összefüggésbe hozta a szülők munkahelyi és személyes problémáival, valamint a szülők és a gyerek, továbbá a szülők egymás közötti problémáival. Djarova

és munkatársai 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. Virk és munkatársai egy széles körű longitudinális epidemiológiai vizsgálat keretében bebizonyították, hogy a terhes anya által átélte életesemények kapcsolatban vannak a születendő gyermek későbbi I. típusú diabéteszével.

Cai és munkatársai vizsgálata szerint a *II. típusú diabétesz* mellitusban szenvedő személyek több és súlyosabb negatív életeseményről számoltak be, mint az egészséges kontrollcsoport tagjai. Raikkonen, Pyykkonen és munkatársai egy 15 éves közösségi kohortvizsgálat keretében kimutatták, hogy a munkával és pénzügyi helyzettel kapcsolatos negatív életeseményeknek szerepük van a II típusú diabétesz kialakulásában.

Daganatos betegségek

A szakirodalomban a mellrákkal kapcsolatos vizsgálatok uralják a stresszel összefüggésbe hozható daganatos megbetegedéseket és ennél a típusú daganatos betegségnél voltak a vizsgálatok a legmeggyőzőbbek. Míg Peled és munkatársai a 2 vagy több életesemény előfordulásának veszélyeztető szerepét igazolták, Justenhoven és munkatársai 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 az életmódfaktoroknak tulajdonította az életesemények és a mellrák közötti látszólagos kapcsolatot.

Májbetegségek

A májbetegségek és az életesemények kapcsolatára vonatkozó szakirodalom rendkívül szegényes. A betegség etiológiáját kutató vizsgálatok a májbetegséget alapvetően a fertőzésekkel, mérgezésekkel, életmóddal, alkoholizmussal hozzák kapcsolatba.

Gyomorfekély, nyombélfekély, Crohn-betegség

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.

A *Crohn-betegséggel* kapcsolatban a szerzők véleménye ugyancsak megoszlik az életeseemények befolyásoló szerepéről: míg a kutatók egy része nem talált bizonyítékot (Kovács Z. és Kovács F., Vidal és munkatársai, Von Wietersheim és munkatársai, North és munkatársai, Gilat és munkatársai, Gerbert), addig mások szerint az összefüggés bizonyítható (Mawdsley és Rampton, Bradesi és munkatársai, Pace és munkatársai, Paar és munkatársai). A *gyomor- és nyombélfekély* betegségekkel kapcsolatos vizsgálatok többsége szerint (Haug és munkatársai, Jain és munkatársai, Magni és munkatársai, Hui és munkatársai, Levenstein és munkatársai, Piper és munkatársai, Thomas és munkatársai) az életeseeményeknek gyakorlatilag nincs bizonyítható szerepük ezekben a betegségekben, és a betegség kiújulásában sem. Ugyanakkor Piper és munkatársai azt találták, hogy az egyes életeseemények közül kizárólag a lakóhelyváltozás fordult elő gyakrabban a fekélybetegeknél, mint az egészséges kontrollszemélyeknél. Hui és szerzőtársai szerint pedig nem maguk az életeseemények vagy azok száma, hanem negatív percepciójuk játszik szerepet a betegség kiújulásában. A tudományos érdeklődés másik fő iránya az IBD és az IBS közötti feltételezett különbség, amelyet a kutatási eredmények azonban nem támasztanak alá.

Reumás típusú betegségek

Néhány szerző (Conway és munkatársai, Carette és munkatársai) nem talált összefüggést a reumás típusú betegségek és az életeseemények között. Ezzel szemben Peterson és munkatársai az időskori, ésés következtében elszenvedett csípőcsonttörés okozta mozgáskorlátozottság, míg Herrmann, Schölmerich és Straub a fiatalkori krónikus artritisz háttérében mutattak ki megemelkedett számú életeseeményt

Szív- és érrendszeri betegség, agyérbetegség, magas vérnyomás

Az *akut eseményekkel (infarktus, stroke)* kapcsolatos kutatások nagy része (Leifheit-Limson és munkatársai, Kornerup és munkatársai, Sparrenberger és munkatársai, Tosevski és Milovancevic, Rafanelli és munkatársai, Tao és munkatársai, House és munkatársai) összefüggést talált a megelőző, súlyos életeseeményekkel. Az újabb kutatások (Steptoe és munkatársai, Kriegbaum és Brydon, Engstrom és munkatársai) a krónikus *keringési betegségek* és a negatív életeseemények kapcsolatát is alátámasztották. Számos kutatás a *közvetítő faktorok* szerepét hangsúlyozza. Twisk és munkatársai a megküzdési stratégiáknak, az A típusú személyiségnek, az egyén önértékelésének és az életmódnak (pl. dohányzás), míg Surtees és Ingham az

életesemények következményeihez való adaptáció képességének, illetve a koherenciaérzésnek tulajdonít szerepet. Appels és Mulder kimutatták, hogy a vitális kimerültség a depressziótól független jelentős kockázati tényezőnek számít a miokardiális szívinfarktus tekintetében. Balog és Purebl a depresszió és a vitális kimerültség hatását a szív- és érrendszeri megbetegedésekre hazai mintán is kimutatták, míg Kopp a magas vérnyomás háttérében olyan kockázati tényezőket találtak, mint a krónikus stressz, a kontrollvesztés érzése és a depresszió.

Allergiás betegségek, asztma

Az allergiás megbetegedéseket elemző kutatások a gyermekek (Herbert és munkatársai, Bockelbrink és munkatársai, Sandberg és munkatársai) és a serdülők, illetve fiatal felnőttek (Turyk és munkatársai, Kilpelainen és munkatársai) körében előforduló betegségek háttérében találtak jelentős negatív családi életeseményeket. A felnőtt asztmabetegeknél a vizsgálatok egy része (Lietzen és munkatársai, Loerbroks és munkatársai) igazolta a kapcsolatot a negatív életesemények és az asztma között, míg néhány kutatás (Archea és munkatársai, Wright) az életesemények hatásában az életkörülmények közvetítő szerepét hangsúlyozza.

A korai kötődés, a felnőttkori kötődés és a megküzdés

A *korai kötődés* vizsgálatának elméleti alapjait Bowlby belső munkamodellje, Harlow rhesusmajmokkal folytatott anyadeprivációs vizsgálata, a Spitz által leírt hospitalizáció jelensége, Ainsworth Idegenteszt-helyzet vizsgálata és Hofer a stressz önszabályozásának kialakulására vonatkozó patkánykísérletei szolgáltatják

A *felnőttkori* és a korai kötődés kapcsolatára Bartholomew és Horowitz egy négykategóriás felnőtt kötődési modellt állítottak fel. A másokról és önmagunkról kialakított pozitív vagy negatív kép alapján a szorongás és az elkerülés dimenziók mérésével Biztonságos, Aggodalmaskodó, Elkerülő és Bizalmatlan típusokba sorolták a vizsgálati személyeket.

A *megküzdés* elméletei közül a Folkman és Lazarus-féle kognitív tranzakcionista modellt vontam be a kutatásba.

2. CÉLKITŰZÉSEK

1. Számot szeretnék adni azokról a magyarországi jellegzetességekről, amelyek az egyes életesemények szubjektív megítéléséhez társulnak.

2. A stresszt okozó életesemények használatát megalapozandó módszertani okokból értékelné 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.

3. MÓDSZEREK

A minta leírása

A minta a Hungarostudy 2002 (HS2002) epidemiológiai, valamint a Hungarostudy Egészség Panel (HEP2006) követéses vizsgálat folyamán felvett széles körű hazai adatbázison alapul, amelyek a 18 év feletti magyar lakosságot vizsgálták. A 12 668 fős minta nem, kor, végzettség és lakóhely szerint reprezentatív. A HEP2006 követéses vizsgálat két fázisban: 2005 és 2006 folyamán zajlott, és 4527 személy követéses adatait tartalmazza. A felmérésben részt vett továbbá 493 olyan személy, aki a 2002-es vizsgálatban nem szerepelt. Az így létrejött 5020 fős minta nem, kor és végzettség szerint szintén reprezentatív.

Alkalmazott mérőeszközök

Életesemények

Az eredeti Holmes–Rahe-féle Életesemény Listán (SRRS) alapuló 56 tételes Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívben szereplő Életesemény Lista hazai adaptációját használtam fel. A hazai adaptáció során a HS2002-be 27, míg a HEP2006-ba a 2002-es eredmények alapján hatásukat tekintve legfontosabbnak ítélt 16 életesemény került, amelyek közül 15 megegyezett a HS2002-ben szereplő tételekkel.

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*. A HEP2006 felmérésben arra a kérdésre kellett válaszolniuk, hogy az *elmúlt 3 évben* megtörtént-e velük az adott életesemény és *pontosan melyik évben*.

Betegségek

A HEP2006-ban 16 betegségre kérdeztek rá. A vizsgálati személyeknek válaszolniuk kellett arra, hogy a kezelték-e őket az elmúlt 1 évben járóbetegként vagy kórházban.

Az egyes kategóriák alacsony elemszáma miatt 10 betegségcsoportot hoztam létre: 1. pszichiátriai betegség, 2. vesebetegség, 3. cukorbetegség, 4. daganatos betegség, 5. májbetegség, 6. gyomorfekély, nyombélfekély, más gyomor-, bélrendszeri betegség, 7. reumás típusú, illetve más izom- és csontrendszeri betegség, 8. szív- és érrendszeri betegség, agyérbetegség, magas vérnyomás, 9. allergiás betegség, asztma, más légzőszervi betegség, 10. baleset (közlekedési, üzemi, otthoni). A szív- és érrendszeri

betegségeket részletesen is elemeztem. 3 csoportot hoztam létre: szívinfarktus, agyérbetegség és magasvérnyomás-betegség.

Életminőség

Az életminőség mérésére a Beck Depresszió Kérdőív és a WHO Jólét Index HS2002-ben és HEP2006-ban felvett rövidített változatait használtam fel.

A korai és a felnőttkori kötődés, a társas támogatás és a megküzdés

A *korai kötődés* mérésére csak retrospektív adataink voltak, amelyhez a következő kérdést használtam fel: „Egyéves kora előtt volt-e tartós távollét a családtól (legalább 1 hónap) kórház, intézet miatt?”.

A *felnőtt kötődés* mérésére kialakított Bartholomew-féle Kapcsolati Kérdőív hazai adaptációját használtam fel. A 4 felnőttkori kötődési stílus: a Biztonságos, az Aggodalmaskodó, az Elkerülő és a Bizalmatlan mediánok alapján dichotomizált változóit hoztam létre és a továbbiakban ezekkel dolgoztam.

A *megküzdés* Lazarus és Folkman által kidolgozott, 66 tételes, Ways of coping, kérdőívének Kopp és Skrabski által hazai mintára adaptált és lerövidített 22 tételes változatát használtam, melynek előzetes főkomponens-analízise 4 faktort eredményezett a Kognitív átstrukturálódást, a Feszültségredukciót, a Problémaelemzést és a Passzív megküzdést. A skálákat a vizsgált minta mediánértékei alapján alacsony és magas övezetekre bontottam és a későbbiekben ezekkel dolgoztam.

Az életesemények leíró statisztikái

Az életesemények leíró statisztikái után a visszaemlékezés torzító hatásának vizsgálatára a mindkét felmérésben szereplő 15 életesemény 2006 előtti 1, 2, 3, illetve 8 évben előforduló gyakorisági értékeit hasonlítottam össze MANOVA-val (Pillai's Trace, Bonferroni és Sidak teszttel).

Szubjektív stresszértékek

Spearman-féle rangkorrelációs eljárással összehasonlítottam a HS2002-ben lekérdezett, a vizsgált személyek által 1–10-ig megítélt szubjektív stresszértékek magyarországi átlagértékeit a Holmes és Rahe-féle 1967-es, valamint a Miller és Rahe által újraszkalázott 1977-es és 1995-ös LCU-értékekkel.

Életesemények összstresszértéke és életminőség

Az életesemények összstresszértékét többféle módon is kiszámítottam. Felhasználtam a Rahe és munkatársai által megadott 1967-es, 1977-es és 1995-ös LCU-értékeket, a HS2002-es vizsgálatból nyert szubjektív súlyok átlagértékeit, a Paykel módszeréhez legközelebb álló, az életesemények egyéni HS2002-es szubjektív értékekkel súlyozott összegét, valamint a vizsgálati személlyel megtörténtek életesemények egyszerű darabszámát. Minden mutatóra, mind a 2002-es, mind a 2006-os adatokra képeztem továbbá a teljes és a csak negatív életeseményeket tartalmazó változatot.

Mindkét felmérésben az összesen 12-féle módon számított életesemény-mutatókat vettem össze a WHO Jóllét Indexszel és a Beck Depresszió értékekkel. A kapcsolatokat Kendall-tau béta-próbákkal teszteltem.

A negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolata

Először is kiszűrtem a mintából azokat a személyeket, akiknek a HS2002-es felmérés szerint drog- vagy komolyabb alkoholproblémájuk volt, hogy ezek torzító hatását kiküszöböljem.

A betegségekkel való összevetésben csak a negatív életeseményeket használtam fel. A tautológia kiszűrésére kihagytam a *nagyobb baleset vagy betegség* életeseményt. Így végül a megmaradt 7 negatív életesemény elmúlt 1, 2, 3 és 8 évre visszamenőleg számított összértékének a mediánok alapján *dichotomizált* változataival dolgoztam.

Az életesemények és a vizsgált 10 betegségcsoport (valamint a szív- és érrendszeri betegségek részletes adatainak) kapcsolatát 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 státusszal való kontrollálás* érdekében minden esetben először ezeket a változókat, majd végül a megtörtént negatív életesemények dichotomizált változóját vontam be a modellbe.

A betegségek komorbiditásainak kiszűrése érdekében a *nem, a kor, a végzettség és a szocioökonómiai státus* után *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..

A korai kötődés, a felnőttkori kötődés és a megküzdés vizsgálata

Ezeket a háttértényezőket olyan módon vizsgáltam, hogy a negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatára kiszámított logisztikus regresszióba utolsó független változóként bevontam a korai kötődés, a felnőttkori kötődés és a megküzdés különböző mutatóit is.

4. EREDMÉNYEK

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 életesemények hatását külön is vizsgálni, mert a felidőzésében a jelentős különbségek ezek között mutatkoznak. Az életesemények egyéni, szubjektív megítélésének vizsgálatakor módszertanilag ajánlatos egy minimum 5, maximum 10 fokú skálán értékelteni a 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 májbetegségekkel; a gyomorfekéllyel, nyombélfekéllyel, illetve más gyomor-, bélrendszeri betegséggel; a reumás típusú, illetve más izom- és csontrendszeri betegségekkel; a szív- és érrendszeri betegségekkel; 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 találtam, 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 betegségekre alapuló *pszichoszociális önrontó kör*.

Az általam vizsgált betegségek közül a *korai kötődés* sérülése csak a daganatos megbetegedésekkel mutatott összefüggést. A krónikus betegségek többségénél esélynövelő tényezőként szerepel a *felnttkori kötődési stílusok* közül a *Bizalmatlan* kötődési stílus. Eszerint az a személy, aki kényelmetlennek, terhesnek érzi mások közelségét, nagyobb eséllyel betegszik meg. 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.

5. KÖVETKEZTETÉSEK

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.

6. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

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)

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)