

# Poszttraumás stressztünetek, diszfunkcionális attitűdök és megküzdési módok – egy klinikai minta exploratív vizsgálata

5

Fodor Kinga Edit<sup>1,2</sup>, Perczel Forintos Dóra<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Pszichológia Tanszék

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola

**Összefoglalás:** Bevezetés: Jelen vizsgálat a poszttraumás stressztünetek és azok egyes jellemzőit hívatott leírni ambuláns pszichoterápiás ellátásra jelentkező, klinikai szintet elérő PTSD betegek körében, különös tekintettel a diszfunkcionális attitűdökre és a megküzdési módokra. A vizsgálat hiánypótló, hiszen a poszttraumás stressz zavar (PTSD) kevés hazai kutatás témája annak ellenére, hogy feltételezhetően a magyar populációban is túlsúlyban lévő szorongásos zavar.

Módszerek: Huszonkét, PTSD-vel diagnosztizált, pszichoterápiás ellátásra jelentkező beteg adatait elemeztük. A betegeknél felmértük a reménytelenség, a szorongás, a depresszió, a poszttraumás tünetek súlyosságát, valamint a diszfunkcionális attitűdöket és a megküzdési módokat.

Eredmények: A mintában résztvevők 32%-a férfi (n=7), 68%-a nő (n=15), átlagéletkoruk 34,77 év az ambulancián való jelentkezéskor. A leggyakoribb traumatípusok a közlekedési balesetek (40,9%; n=9), közeli hozzátartozó traumatikus elvesztése (18,2%; n=4), valamint fizikai vagy szexuális bántalmazás (18,2%; n=4). A traumatikus esemény óta eltelt idő nagy varianciát mutat (2 hónap – 10 év). Az eredmények arra utalnak, hogy a poszttraumás tünetek kapcsolatban állnak a teljesítményigény és a külső kontroll diszfunkcionális attitűdökkel, illetve az alkalmazkodás és visszahúzódnás típusú megküzdési módokkal. Emellett a poszttraumás tünetek magas komorbiditást mutattak a depressziós és szorongásos tünetekkel.

Következtetés: A magyar mintán nyert eredmények illeszkednek a nemzetközi irodalomba és megerősítik azt a klinikai tapasztalatot, hogy a trauma terápiás feldolgozásához kognitív intervenciók alkalmazására van szükség.

**Kulcsszavak:** poszttraumás stressz zavar; megküzdési módok; diszfunkcionális attitűdök; pszichoterápiás ellátás; kognitív viselkedésterápia

**Summary:** Introduction: In the present study specific characteristics of PTSD patients were explored in a clinical sample with particular regard to dysfunctional attitudes and coping strategies. The purpose was to draw attention to this rarely investigated but presumably prevalent psychiatric disorder in the Hungarian population.

Method: Twenty-two PTSD patients' retrospective data was analyzed at our clinic for outpatient psychotherapy treatment. Patients were assessed on depressive, anxiety, hopelessness, and posttraumatic stress symptoms, as well as dysfunctional attitudes and coping strategies.

Results: Thirty-two percent (n=7) of the sample is male and 68% (n=15) is female, the mean age is 34.77 years. Based on trauma type 40.9% (n=9) had a motor vehicle accident, 18.2% (n=4) lost a close relative, 18.2% (n=4) was a victim of sexual or physical assault. There is great variance in the duration since the trauma (2 months to 10 years). The results suggest that posttraumatic stress symptoms (PTSSs) are associated with the dysfunctional attitudes of need for achievement and external control, and with avoidant and conforming coping styles. Additionally, PTSSs were highly comorbid with depressive and anxiety symptoms.

Conclusion: The results imply that PTSD patients in Hungary have similar characteristics as international findings indicate.

**Keywords:** posttraumatic stress disorder; ways of coping; dysfunctional attitudes; outpatient psychotherapy treatment; cognitive behavioural therapy

\* A dolgozat elkészítéséért a szerzők anyagi vagy más jellegű támogatásban nem részesültek.

## Bevezetés

6

A poszttraumás stressz zavar (PTSD) olyan szorongásos megbetegedés, amely potenciálisan a személy vagy mások számára életet veszélyeztető, a személyben intenzív félelmet keltő eseményt követően alakulhat ki. A tünetek tehát egy azonosítható és felismerhető esemény után jelentkeznek. A leggyakoribb poszttraumás stressz zavart kiváltó események a közlekedési balesetek, a szexuális vagy fizikai bántalmazás, a természeti-, terror-, vagy háborús katasztrófák. A betegség leggyakrabban a traumát követő első három hónapban jelentkezik, de néha évek is eltelhetnek a tünetek megjelenéséig. A PTSD 17 tünetben manifesztálódhat, amelyek három csoportba sorolhatók. Ezek a következők: 1. a trauma akaratlan újraélése intruzív emlékek, érzések, álmok formájában; 2. az eseményre emlékeztető ingerhelyzetek kerülése és érzelmi dermedtség, valamint 3. hiperaktív reakciókészség (1). A három tünetcsoportot a DSM tervezett módosításában egy negyedik egészítené ki, amelyet a kogníciók és hangulati élet negatív irányú változásaként definiálnak (2). A tünetek sokoldalúak, a zavar a kognitív, affektív, viselkedéses és fiziológias válaszcsatornákon is megmutatkozik, így a mindennapos funkcionálást több ponton nehezíthetik. Akut PTSD esetén a panaszok kevesebb, mint három hónapig állnak fenn, míg krónikus PTSD-nél három hónapnál hosszabb ideig. A PTSD élet-tartam prevalenciája nem differenciált mintán 6–8% (3, 4), míg traumatikus élményt átélők mintáján az előfordulási gyakoriság elérheti akár az 50%-ot is (1). A PTSD előfordulásában nemi különbség mutatkozik, mégpedig a nőknél kétszer olyan gyakori a betegség megjelenése, mint a férfiaknál. Ez a különbség akkor is jelentkezik, ha a traumatikus események különböző típusainak előfordulási valószínűségét statisztikailag kontrollálják (5).

A PTSD tanulmányozása a háborús és természeti katasztrófák során átélt élmények kapcsán került előtérbe. Tünettanából és etiológiájából azonban az következhet – amit a klinikai tapasztalat is alátámaszt –, hogy ez a zavar Magyarországon is jelen van és gyakori szorongásos meg-

betegedés, hiszen nem csak háborús és természeti jellegű traumák válthatják ki, hanem bármilyen traumatikus esemény, amely a személy számára fenyegető, életet veszélyeztető. Ilyen történések lehetnek a közúti balesetek, szexuális vagy fizikai bántalmazás, illetve az egyén környezetében történő olyan haláleset, amely az átlagosnál megrázóbb körülmények között történik. Annak ellenére tehát, hogy PTSD-vel jelentkező pszichiátriai betegek Magyarországon is vannak, kevés tanulmány és korlátozott számú kutatás (pl. 6–9) célozza meg a PTSD magyar mintán való feltérképezését, és ez a klinikusok megfelelő diagnosztikus és terápiás tudása fejlődésének is korlátot szab. Ennek a külföldi kutatási trendektől való elmaradásnak oka lehet az, hogy a bőséges nemzetközi PTSD irodalom, amelyben háborús vagy természeti katasztrófák áldozatait vizsgálták, számos kérdésre válasszal szolgált már. A terápiás intervenciók magyar populációhoz való adaptálásához azonban szükség van hazai vizsgálatokra is.

Jelen tanulmányban a Szakambulanciánkra jelentkező PTSD betegek adatait elemeztük annak érdekében, hogy a poszttraumás stressz tünetek egyes – általunk mért – változóit leírjuk és betekintést nyújtsunk egy ilyen ritka és elhanyagolt populáció jellemzőibe.

Régóta bizonyított tény, hogy a PTSD magas komorbiditást mutat a szorongásos és depressziós tünetekkel (10), így ebben a mintában is számítottunk együttes előfordulásukra.

Az azonban továbbra is aktív kutatás tárgya, hogy milyen faktorok játszanak még szerepet a poszttraumás stressz tünetek kialakulásában és fenntartásában. A lakosság igen nagy százaléka él át traumatikus eseményeket – 20–90% között – (10), azonban csak kis részüknél alakul ki PTSD. A PTSD elméleteiben nagy hangsúly van a kognitív kiértékelés szerepén a betegség kialakulásában és fenntartásában (pl. 11, 12). Így szerepük van az olyan tényezőknek, mint attribúciós stílus, diszfunkcionális attitűdök vagy negatív kogníciók. *Resick és mtsai* (1991, 13), illetve *McCann és mtsai* (1990, 14) is összefüggést találtak a diszfunkcionális hiedelmek és a PTSD tünetek súlyossága között. *Golnaz* (2010, 15) azt találta, hogy PTSD-ben szenvedőknél

megemelkedett a diszfunkcionális attitűdök száma, és az egészséges csoporthoz képest hajlamosabbak voltak a pesszimisztikus attribúciós stílusra. Egyértelmű, hogy a PTSD-ben is negatív kogníciók aktiválódnak, azt azonban nehezebb megválaszolni, hogy milyen közvetítő tényezőkön át vezethet az út a tünetek kialakulásáig vagy fennmaradásáig. Újabb kutatások a megküzdési stratégiák szerepére világítanak rá (16–22). Az eredmények többsége arra utal, hogy a poszttraumás tünetek kialakulása az elkerülő megküzdéssel áll összefüggésben.

Jelen vizsgálatban – habár a fenti változókat vizsgáljuk –, az említett kérdésekre nem tudunk választ adni a vizsgálat exploratív jellege és limitált elemszáma miatt. Célunk a klinikai minta jellemzőinek leírása annak érdekében, hogy nagyobb hangsúllyal hívjuk fel a figyelmet ennek a pszichiátriai betegségnek a jelenlétére és további vizsgálatokat facilitáljunk.

## Módszer

### Vizsgálati személyek és folyamat

Huszonkét PTSD-vel diagnosztizált személyt választottunk ki az elemzéshez. A vizsgálati személyek ambuláns pszichoterápiás ellátásra jelentkeztek és visszamenőleg a diagnosztikus kódjuk alapján kerültek be a vizsgálatba. A beválogatási kritériumok a következők voltak: (1) PTSD diagnózis a klinikai megjelenés és tesztek alapján; (2) a PTSD az elsődleges diagnózis; (3) a személy legalább az első interjúján megjelent (a terápián való további részvétel nem volt feltétel). A kritériumok alapján a vizsgálati mintába tehát azok a személyek nem kerültek be, akiknek egyidejűleg fennálló más pszichiátriai megbetegedése volt és ez a PTSD-t megelőzte, vagy együttes megjelenés esetén dominálta a klinikai képet. A páciensek a klinikai protokollnak megfelelően az első találkozás előtt kérdőívcsomagot töltöttek ki. Amennyiben pszichoterápia kezdődött, úgy a teszteket ismételtén kitöltötték az állapotváltozás/javulás követése érdekében. A vizsgálati személyek írásban hozzájárultak adataik kutatási célra való felhasználá-

lásához. Az adatokat SPSS 20.0 szoftverrel elemeztük.

### Mérőeszközök

A páciensek az alábbi kérdőíveket töltötték ki.

*Beck Szorongás Leltár* (BSZL): 21 tételből álló skála a szorongás főként testi tüneteinek mérésére. Maximálisan 63 pont érhető el (23, 24).

*Beck Depresszió Leltár* (BDI): a szakirodalomban az egyik legszélesebb körben használt kérdőív a depresszió kognitív, affektív és vegetatív tüneteinek mérésére. Huszonegy tételből áll, maximálisan elérhető pontszám 63 (25, 26, 2).

*Reménytelenség Skála* (RS): a 20 tételből álló skála a reménytelenséget méri, amely az öngyilkossági szándék, illetve készítés egyik legjobb prediktora. Belső konzisztenciája magas. Maximálisan 20 pont érhető el a skálán (Cronbach-alfa: 0.93 (27, 28, 24).

*Diszfunkcionális Attitűd Skála* (DAS): A *Weissman és Beck* (1978, 29) által kidolgozott 40 tételes skála rövidített, 35 tételes változata (30). A skála a kognitív stílus, a köztes hiedelmek felmérésére szolgál. Hét alskálára osztható, ezek a külső elismerés igénye, szeretettség igénye, teljesítményigény, perfekcionizmus, jogos elvárások, omnipotencia és külső kontroll (31, 24). Az alskálák összpontszámai, illetve a nemzetközi irodalomban inkább használatos teszt összpontszám használható elemzéshez. Elérhető maximális pontszám: 70. Vizsgálatunkban mind a skála összpontszámát, mind az alskálák pontszámait használtuk az elemzéshez.

*Megküzdési Módkok Kérdőív* (MMK): 22 tételből álló kérdőív a problémafókuszú és az érzelemközpontú megküzdési módok mérésére szolgál. Felosztható továbbá hét alskálára: a problémafókuszú csoportba sorolható alskálák: problémaelemzés és céltudatos cselekvés, míg az érzelemközpontú megküzdéshez az érzelmi cselekvést, az alkalmazkodást, a segítségkérést, az érzelmi egyensúly keresését és a visszahúzódást soroljuk (32, 33, 24).

*Poszttraumás Stressz Diagnosztikai Skála* (PDS): az eredetileg négy részből álló, összesen 49 telt tartalmazó kérdőív (34), egy rövidített, ma-

gyarul is elérhető változatát használtuk a poszttraumás tünetek felmérésére (35, 24). A kérdőív 22 tétele felméri a DSM-IV-ben felsorolt 17 PTSD tünet súlyosságát és gyakoriságát, illetve 5 tételben kitér a tünetek okozta funkcióvesztésre. A skálán elérhető összpontszám 51. A PDS széles körben elterjedt kérdőív a poszttraumás stressztünetek felmérésére és alkalmas a diagnózisalkotás megerősítésére. A kérdőív magyar mintán való pszichometriai elemzése még nem történt meg. Míg ez a vizsgálat ilyen téren hiánypótló, az alacsony elemszám a mérőeszköz alapos pszichometriai elemzését nem teszi lehetővé.

## Eredmények

### Leíró statisztika

A vizsgálati személyek 32%-a férfi és 68%-a nő, átlagéletkor 34,8 év. A trauma típus alapján 40,9% közlekedési balesetet szenvedett el, 18,2% tragikus módon elveszítette egy vagy több hozzátartozóját (pl. öngyilkosság, magzat halála harmadik trimeszterben), ugyancsak 18,2% fizikai és/vagy szexuális bántalmazás áldozata volt, 9,1%-ot jogtalanul előzetes letartóztatásba vettek, amely legalább egy hónapig tartott, 9,1% életet veszélyeztető munkahelyi baleset részese volt és egy személy kigyómarást szenvedett. A vizsgálati személyek demográfiai és klinikai jellemzőit részletesen az 1. táblázat tartalmazza.

### A poszttraumás stressz tünetek

A klinikai skálák reliabilitás mutatói a minta kis elemszámának ellenére kiválóak: a Cronbach-alfa értékek: BDI=0,929; RS=0,92; PDS=0,859. A vizsgálati személyek Poszttraumás Stressz Diagnosztikai Skálán elért átlagpontszáma 34,74 (SD=9,79; max. 51 pont).

Az egyes alsókálák átlagpontszámai: emléketőrés: 3,32 (SD=1,99; max. 5p); elkerülés: 3,86 (SD=2,25; max. 7p); hipervigilancia: 3,32 (SD=1,78; max. 5p). A cut-off pontok alapján a vizsgálati személyek 10,5%-a közepes, míg 89,5%-a súlyos mértékű poszttraumás tüneteket mutat.

A depressziós és poszttraumás stressz tünetek együttjárása szorosnak bizonyult ( $r=0,77^{**}$ ), a depressziós tüneteken belül is a kognitív-afektív tünetcsoport áll erősebb összefüggésben

### 1. táblázat

A vizsgálati személyek demográfiai és klinikai jellemzői

	Átlag	SD	%	N
<b>Nem</b>				22
férfi			32	7
nő			68	15
<b>Életkor</b>	34,8	13,8		
<b>Végzettség</b>				22
általános iskolai			27,3	6
középiskolai			50	11
felsőfokú			22,7	5
<b>A trauma típusa</b>				22
közlekedési baleset			40,9	9
közeli hozzátartozó halála			18,2	4
fizikai/szexuális bántalmazás			18,2	4
előzetes letartóztatásba vétel			9,1	2
munkahelyi baleset			9,1	2
kigyómarás			4,5	1
<b>A trauma óta eltelt idő (hónap)</b>	22,2	27,7		22
< 6 hónap			36,4	8
> 12 hónap			50	11
<b>Poszttraumás Stressz Zavar (PDS)</b>	34,7	9,8		22
középsúlyos			9	2
súlyos			77	17
<b>Depresszió (BDI)</b>	26,5	13,3		20
normál érték			10	2
enyhe			25	5
középsúlyos és súlyos			65	13
<b>Szorongás (BSZL)</b>	29,9	13,4		22
alacsony			31,8	7
közepes			31,8	7
súlyos			36,4	8
<b>Reménytelenség (RS)</b>	10,4	5,8		22
normális érték			9,1	2
enyhe			31,8	7
középsúlyos és súlyos			59,1	13

(BDI: Beck Depresszió Leltár;

BSZL: Beck Szorongás Leltár;

RS: Reménytelenség Skála)

## 2. táblázat

A PDS és a klinikai skálák korrelációi

	Reménytelenség Skála	Beck Szorongás Leltár	Beck Depresszió Leltár
PDS	0,59**	0,72**	0,77**
PDS emléketörés alskála	0,48*	0,66**	0,62**
PDS elkerülés alskála	0,33	0,50*	0,56*
PDS hipervigilancia alskála	0,36	0,68**	0,64**

\*\* p&lt;0,01 \* p&lt;0,05

9

a poszttraumás tünetekkel ( $r=0,71^{**}$ ). A Reménytelenség Skála közepes mértékű, szignifikáns együttjárást mutat a PDS összpontszámmal ( $r=0,59^{**}$ ). A nemek között PDS összpontszám tekintetében szignifikáns különbség nincs ( $F(1,17)=6,9^*$ ). A PDS és a többi klinikai skála pontszámainak korrelációját a 2. táblázat tartalmazza.

## Diszfunkcionális attitűdök

A Diszfunkcionális Attitűd Skála összpontszámának átlaga 26,1 (SD=18). Mind a teljesítményigény, mind a külső kontroll diszfunkcionális attitűd alskálák szignifikáns, de csak mérsékelt korrelációt mutattak a PDS összpontszámmal ( $r=0,534^*$ ;  $r=0,478^*$ ).

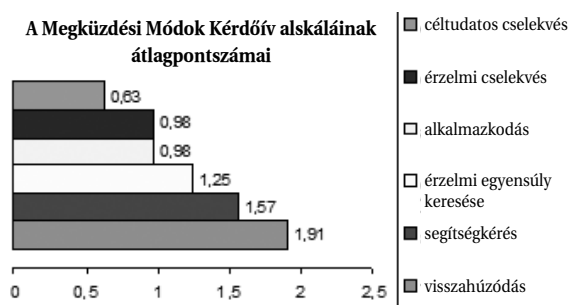
A PDS és a DAS alskáláinak és összpontszámainak korrelációit a 3. táblázat mutatja be.

## Megküzdési módok

A megküzdési módokat felmérő kérdőív alskáláinak adatait az 1. ábra tartalmazza.

### 1. ábra

A Megküzdési Módok Kérdőív alskáláinak átlagpontszámai



A megküzdési módok és a poszttraumás stressztünetek korrelációs elemzésekor az alkalmazkodás és a visszahúzóds megküzdési módok mutatták a legszorosabb szignifikáns össze-

## 3. táblázat

A PDS és a DAS alskálák és összpontszámok korrelációi

	DAS	Külső elismerés igénye (r)	Szere-tettség igénye (r)	Teljesít-mény igény (r)	Perfekcio-nizmus (r)	Jogos elvárások igénye (r)	Omni-potencia (r)	Külső kontroll (r)
<b>PDS</b>	0,36	0,15	0,22	<b>0,53*</b>	0,33	-0,07	-0,01	<b>0,48*</b>
<b>PDS emléketörés alskála</b>	0,26	0,21	-0,01	0,37	0,28	0,17	0,00	0,20
<b>PDS elkerülés alskála</b>	0,12	0,24	0,17	0,35	0,10	-0,34	-0,31	0,17
<b>PDS hipervigilancia alskála</b>	0,30	0,19	-0,05	<b>0,51*</b>	0,36	0,04	0,05	0,29

\* p&lt;0,05

#### 4. táblázat

A PDS és a Megküzdési Módok Kérdőív alskáláinak korrelációja

Megküzdési Módok Kérdőív	PDS	PDS emléketörés alskála	PDS elkerülés alskála	PDS hipervigilancia alskála
Problémafókuszú megküzdési módok	0,36	0,39	0,02	0,33
Érzelemfókuszú megküzdési módok	0,31	-0,13	-0,16	-0,21
Problémaelemzés	0,36	0,39	0,15	0,33
Céltudatos cselekvés	0,21	0,18	0,00	0,16
Érzelmi cselekvés	0,37	-0,00	0,36	-0,02
Alkalmazkodás	<b>0,64*</b>	<b>0,56*</b>	0,50	<b>0,69**</b>
Segítségkérés	-0,30	-0,40	-0,44	-0,51
Érzelmi egyensúly keresése	-0,11	-0,34	-0,35	-0,31
Visszahúzóadás	<b>0,72**</b>	0,36	0,13	0,22

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$

függést a PDS összpontszámmal ( $r=0,635^*$ ;  $r=0,722^*$ ). Az alkalmazkodás megküzdési mód esetében a PDS hipervigilancia/fokozott reakciókészség alskála még szorosabb összefüggést mutatott ( $r=0,678^{**}$ ). A PDS és Megküzdési Módok kérdőív alskáláinak korrelációit az 4. táblázat ismerteti.

### Megbeszélés

Eredményeink megegyeznek a nemzetközi irodalomban hosszú évek óta megjelenő eredményekkel annak ellenére, hogy vizsgálatunkban exploratív, leíró jellegű és kis méretű minta került elemzésre. Az ellátórendszerben jelentkező személyek többségének állapota súlyos poszttraumás állapotot mutat, amely felerészben egy évnél hosszabb ideje áll fenn (1. táblázat). Állapotuk súlyosságát jelzi a depressziós és szorongásos tünetek magas előfordulási aránya; sőt, a magas fokú reménytelenség szuicid veszélyeztetettségére utal. Ezek az eredmények megegyeznek a szakirodalomban leírtakkal, miszerint a PTSD az esetek nagy részében más pszichiátriai zavarokkal együtt fordul elő, leggyakrabban hangulatzavarokkal, szorongásos zavarokkal, illetve szerabúzással (39). A Szakambulanciánkon megjelent páciensek kétharmada nő volt: ez ugyan nem igazolja, hogy a PTSD-t jellemző nemi különbség (36) ezen a mintán is jól reprezentált, azonban arra utal, hogy nők gyakrabban jelentkeznek pszichoterápiás kezelésre.

További, a külföldi eredményekhez hasonló adat, hogy a vizsgálatban részt vevő betegek legnagyobb része közlekedési baleset után jelentkezett. A civil populációban ez a traumatizáló hatású esemény vezet leggyakrabban PTSD-hez, a közúti balesetet elszenvedő személyek kb. 10–50%-ánál alakul ki (37, 38).

A diszfunkcionális attitűdökkel és megküzdéssel kapcsolatos eredmények is jól illeszkednek az irodalomba, noha a kutatások eredményei ebben a kérdésben kevésbé egybehangzóak. A teljesítményigény és a külső kontroll diszfunkcionális attitűdök szignifikáns kapcsolata a poszttraumás stressztünetekkel arra enged következtetni, hogy még ebben a kis klinikai mintában is megjelennek a PTSD-re jellemző gondolkodásbeli torzítások, amelyeket a PTSD kognitív modelljei leírnak (11, 12). Egy 2011-es vizsgálatban Platt és Freyd (40) a diszfunkcionális attitűdök vulnerabilitás faktorát vizsgálva traumát elszenvedett személyeknél azt találták, hogy a magasabb diszfunkcionális attitűd pontszám intenzívebb szégyenérzethez és büntudathoz vezetett trauma esetén. Feltételezésük, miszerint a szégyen és büntudat, – ami a diszfunkcionális attitűdök és a trauma kettőse hatására alakul ki a személyben – vezethet a tünetekhez, ezen a mintán is valószínűsíthető.

Vizsgálatunk eredményei megerősítik és alátámasztják a szakirodalomban többször leírt megfigyelést a poszttraumás stressztünetek és a visszahúzó megküzdési stratégia együttjárásáról (ld. bevezető). A kutatások arra utalnak,

hogy az elkerülő viselkedés maladaptívnek tekinthető és szerepet játszik a betegség fenn tartásában (41, 17–19). Az általunk használt Megküzdési MódoK Kérdőív problémaközpontú és érzelempontú megküzdést különböztet meg. A poszttraumás tünetekkel összefüggést mutató két megküzdési mód (visszahúzó és alkalmazkodó) az érzelempontú megküzdések közé tartozik.

Az eredményeink megbeszélésében kitérnénk a PTSD differenciáldiagnosztikai kihívásaira, hiszen a mi eredményeinkből is látszik, hogy ez a szorongásos zavar magas komorbiditást mutat. Nehézséget jelenthet a diagnózis első számú kritériumának, tehát a traumatikus élménynek az értelmezése, mert számos pszichiátriai betegség kialakulásában szerepet játszanak a traumák. A diagnosztikai rendszerek szerint (1) PTSD-ben a trauma kritériuma a személy vagy mások életének a fenyegetettsége, valamint az ehhez kapcsolódó intenzív félelem és distressz. Ezt el kell különíteni az akut stressz reakciótól (ami a traumát követő első négy hétben állhat

fenn), illetve traumatikus esemény után fellépő depressziótól. Ha a trauma valakinek az elvesztésére vonatkozik, akkor inkább gyászreakció, illetve hosszabb idő esetén a komplikált gyász jöhet szóba. Mivel a poszttraumás stresszállapotok heves szorongással járnak, ezért fontos elkülöníteni a többi szorongásos megbetegedéstől (pl. pánik, generalizált szorongás, vagy egyszerű fóbia): itt az intruzív élmények, rémálomok, valamint természetesen a kiváltó esemény traumatikus jellege segítheti a diagnózis felállítását. Végül traumatizált személyeknél figyelembe kell venni azt is, hogy ilyen események sorozatos előfordulása (pl. ismétlődő gyermekkori fizikai vagy szexuális bántalmazás) tartós személyiségváltozáshoz, súlyos esetben személyiségzavar kialakulásához is vezethet.

Összefoglalásul elmondhatjuk, hogy noha a vizsgálatot limitált elemszámú mintán végeztük, eredményeink megegyeznek a szakirodalmi adatokkal. Reméljük, hasznosak lehetnek a hazai PTSD kutatások ösztönzésében.

## Irodalom

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th. ed., text rev. (DSM-IV-TR). Washington, DC: 2000.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: DSM-5 Development, www.dsm5.org. Washington, DC: 2012.
3. KESSLER RC, BERGLUND P, DEMLER O, JIN R, MERIKANGAS KR, WALTERS EE: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62(6): 593.
4. PERKONIGG A, KESSLER AC, STORZ S, WITTCHEN H-U: Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. Acta Psychiatr Scand 2000; 101: 46–59.
5. VIEWEG WV, JULIUS DA, FERNANDEZ A, BEATTY-BROOKS M, HETTEMMA JM, PANDURANGI AK: Posttraumatic stress disorder: clinical features, pathophysiology, and treatment. Am J Med. 2006; 119(5): 383.
6. BOGÁR K, PERCZEL FORINTOS D: Trauma és pszichózis. Psychiatr Hung 2007; 22(4): 300–310.
7. LEVY-GIGI E & KÉRI S: Falling Out of Time: Enhanced Memory for Scenes Presented at Behaviorally Irrelevant Points in Time in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). PLoS ONE 2012; 7(7): e42502.
8. MARTON-SIMORA J, GYERMÁN O, ILLES C, ILLES K, PEK E, NAGY G, DEUTSCH K, BETLEHEM J: Posttraumatic stress disorder (ptsd) among hungarian ambulance workers. Intensive Care Medicine 2010; 36(2): 396.
9. SZÉKELY G, PERCZEL FORINTOS D: Poszttraumás stressz zavar az intenzív osztályon. Alkalmazott Pszichológia 2005; 7(2): 37–50.
10. KESSLER RC, SONNEGA A, BROMET E, HUGHES M, NELSON CB: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1995; 52(12): 1048.
11. EHLERS A, CLARK DM: A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behav Res Ther 2000; 38: 319–345.
12. FOA EB, STEKETEE G, ROTHBAUM BO: Behavioral/cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. Behavioral Therapy 1989; 20: 155–176.
13. RESICK PA, SCHMICKLE MK: Cognitive processing therapy for sexual assault victims. J Consult Clin Psychol 1992; 60: 748–756.
14. MCCAN IL, PEARLMAN LA: Vicarious traumatization. A framework for understanding the psychological effects of working with victims. J Trauma Stress 1990; 3: 131–149.
15. GOLNAZ, P: Gender differences in attributional style in posttraumatic stress disorder. Chicago, IL: Illinois Institute of Technology, 2010.
16. HUIJTS I, KLEIJN WC, EMMERIK AP, NOORDHOF A, SMITH AJM: Dealing with man-made trauma: The relationship between coping styles, posttraumatic stress, and quality of life in resettled, traumatized refugees in the Netherlands. J Trauma Stress 2012; 25: 71–78.
17. LITTLETON H, HORSLEY S, JOHN S, NELSON DV: Trauma coping strategies and psychological distress: A meta-analysis. J Trauma Stress 2007 20(6): 977–988.
18. PACELLA ML, IRISH L, OSTROWSKI AS, SLEDJESKI E, CHIESLA JA, FALLON W, ÉS MTSAL: Avoidant coping as a mediator between peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder symptoms. J Trauma Stress 2011; 24(3): 317–325.
19. PINELES SL, MOSTOUFY SM, READY CB, STREET AE, GRIFFING MG, RESICK PA: Trauma reactivity, avoidant coping and PTSD

- symptoms: A moderating relationship?  
J Abnorm Psychol 2011; 120(1): 240–246.
20. TIET QQ, ROSEN C, CAVELLA S, MOOS RH, FINNEY JW, YESAVAGE J:  
Coping, symptoms, and functioning outcomes of patients with posttraumatic stress disorder. J Trauma Stress 2006; 19(6): 799–811.
21. HELD P, OWENS GP, SCHUMM JA, CHARD KM, HANSEL JE:  
Disengagement coping as a mediator between trauma-related guilt and PTSD severity. J Trauma Stress 2011; 24(6): 708–715.
22. LAWLER C, OUIMETTE P, DAHLSTEDT D:  
Posttraumatic stress symptoms, coping and physical health status among university students seeking health care. J Trauma Stress 2005; 18(6): 741–750.
23. BECK AT, EPSTEIN N, BROWN G, STEER RA:  
An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988; 56(6): 893–897.
24. PERCZEL FORINTOS D, KISS ZS, AJTAY GY (szerk.):  
Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában. Budapest: OPNI (belső kiadvány), 2007.
25. ÁGOSTON G, SZILI I:  
Diagnosztikus kérdőívek és tünetbecslő skálák. In: Füredi J, Németh A, Tariska P (szerk.): A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest: Medicina, 2001.
26. BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J:  
An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561–571.
27. BECK AT, WEISSMAN A, LESTER D, TREXLER L:  
The measurement of pessimism: The hopelessness scale. J Consult Clin Psychol 1974; 42: 861–865.
28. PERCZEL FORINTOS D, SALLAI J, RÓZSA S:  
A Beck-féle Reménytelenség Skála pszichometriai vizsgálata. Psychiatr Hung 2001; 16(6): 632–643.
29. WEISSMAN AN, BECK AT:  
Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale: a preliminary investigation. Toronto, CA: Proceedings of the meeting of the American Educational Research Association, 1978.
30. BURNS DD:  
Feeling good. The mood therapy. New York, NY: Signet and Mentor, 1980.
31. KOPP M:  
Klinikai pszichofiziológia. Pszichoszomatikus füzetek 2. Budapest: MAOTE és MPT, 1985.
32. FOLKMAN S, LAZARUS RS:  
An analysis of coping in a middle-aged community sample. J Health Soc Behav 1980; 21: 219–239.
33. KOPP M, SKRABSKI Á:  
Magyar Lelkiállapot. Budapest: Végeken Kiadó, 1992.
34. FOA E, CASHMAN L, JAYCOX L, PERRY K:  
The validation of a self-report measure of PTSD: The Posttraumatic Diagnostic Scale. Psychological Assessment 1997; 9: 445–451.
35. PERCZEL FORINTOS D:  
Hiedelmek és tévhiedelmek. Bizonyítékon alapuló módszerek a klinikai pszichológiában. Habilitációs dolgozat. Budapest: Semmelweis Egyetem, 2002.
36. TOLIN DF, FOA EB:  
Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy 2008; 1: 37–85.
37. KUCH K, COX BJ, EVANS RJ:  
Posttraumatic stress disorder and motor vehicle accidents: A multidisciplinary overview. Can J Psychiatry 1996; 41:429–434.
38. BLANCHARD EB, HICKLING EJ, TAYLOR AE, LOOS WR:  
Psychiatric morbidity associated with motor vehicle accidents. J Nerv Ment Dis 1995; 183: 495–504.
39. CAMPBELL DG, FELKER BL, LIU C-F, YANO EM, KIRCHNER JE, CHAN D, ÉS MTSAL:  
Prevalence of depression-PTSD comorbidity: Implications for clinical practice guidelines and primary care-based interventions. J Gen Intern Med 2007; 22(6): 711–718.
40. PLATT M, FREYD J:  
Trauma and negative underlying assumptions in feelings of shame: An exploratory study. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy 2012; 4(4): 370–378.
41. BRYANT RA, HARVEY AG:  
Avoidant coping style and post-traumatic stress following motor vehicle accidents. Behav Res Ther 1994; 33(6): 631–635.