

AZ ÉLETESEMÉNYEKTŐL A DEPRESSZIÓS ÉS SZORONGÁSOS PANASZOKIG: A DISZFUNKCIONÁLIS ATTITÚDOK ÉS A MEGKÜZDÉS SZEREPE A PATOGENEZIS FOLYAMATÁBAN

MÉSZÁROS Veronika, AJTAY Gyöngyi, FODOR Kinga, KOMLÓSI Sarolta, BOROSS Viktor, BARNA Csilla, UDVARDY-MÉSZÁROS Ágnes, PERCZEL FORINTOS Dóra
Semmelweis Egyetem, ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest

FROM LIFE EVENTS TO SYMPTOMS OF ANXIETY AND DEPRESSION: THE ROLE OF DYSFUNCTIONAL ATTITUDES AND COPING

Mészáros V, PhD; Ajtay Gy; Fodor K; Komlói S, PhD; Boross V; Barna Cs; Udvardy-Mészáros Á; Perczel Forintos D, PhD

Ideggyogy Sz 2014;67(11–12):397–408.

Kapcsolódó



cikk online

A jelen tanulmány célja a pszichés betegek által megélt életesemények, valamint a rájuk jellemző diszfunkcionális attitűdök és megküzdési stratégiák szerepének szisztematikus elemzése a szorongásos és a depressziós tünetképzés tükrében.

Módszerek – A vizsgálatban olyan pszichés problémákkal küzdő személyek vettek részt, akiket szakorvos utalt be ambuláns pszichoterápiára (n=234). A betegeknek önbeszámoló kérdőívek segítségével mértük fel az életeseményeket, a diszfunkcionális attitűdöket, preferált megküzdési stratégiáikat, valamint a depressziós és szorongásos panaszok súlyosságát. Az elemzés strukturális egyenletmodellezéssel történt, amely lehetővé teszi a felmért változók együttes elemzését, okozati összefüggések felmérését, és ezáltal komplex, áttekinthető képet nyújt a depressziós és szorongásos panaszok kialakulásának lehetséges folyamatáról.

Eredmények – A megterhelő életeseményeknek mind a száma, mind pedig a szubjektíven megélt intenzitása hozzájárult a diszfunkcionális attitűdök gyakoriságának növekedéséhez. A diszfunkcionális attitűdök megjelenése csökkentette a problémafókuszú, és növelte az érzelemfókuszú megküzdési módok használatát. A problémafókuszú megküzdési módok használata csökkentette, az érzelmezőpontos megküzdés pedig növelte a panaszok megjelenésének gyakoriságát. A diszfunkcionális teljesítményigény és perfekcionizmus közvetlenül megemelte a depressziós panaszok előfordulásának valószínűségét. A külső kontroll attitűd szorosan szignifikánsan együtt járt a szorongásos panaszokkal.

Következtetés – A szorongásos és depressziós panaszok csökkentésére irányuló pszichoterápiás intervencióknak fontos része a diszfunkcionális attitűdök módosítása és problémafókuszú megküzdési stratégiák kialakítása.

Kulcsszavak: életesemények, diszfunkcionális attitűdök, megküzdés, szorongás, depresszió

The aim of the present study was a systematic path-analytical investigation between the effects of life events, dysfunctional attitudes and coping strategies in relation with the exhibited depressive and anxiety symptoms in patients with mental disorders.

Methods – Self-report data of 234 patients from our outpatient psychotherapy unit were analyzed. Life events, dysfunctional attitudes, coping strategies as well as symptoms of anxiety and depression were assessed by self-administered questionnaires. Statistical methods included structural equation modelling, which enables the estimation of the magnitude and strength of individual variables within an overarching casual model, thus yielding a complex view on the possible processes underlying the development of the clinical symptoms of anxiety and depression.

Results – Our findings indicate that both the number of negative life events and their subjectively experienced intensity contributed to the increase of dysfunctional attitudes. The presence of dysfunctional attitudes decreased the use of problem-focused coping strategies and increased the use of emotion-focused coping strategies.

The use of problem-focused coping decreased symptom occurrence and emotion-focused coping strategies increased the frequency of symptoms of anxiety and depression. Our findings suggest that dysfunctional need for achievement and perfectionism directly increase the probability of depressive symptom manifestation. The attitude of external locus of control showed a significant relationship with anxiety symptoms through emotion-focused coping strategies and directly as well.

Conclusion – Restructuring dysfunctional attitudes and developing problem-focused coping strategies are an important part of psychotherapeutic interventions aiming to decrease anxiety and depressive symptoms.

Keywords: life events, dysfunctional attitudes, coping, anxiety, depression

Levelező szerző (correspondent): Dr. PERCZEL FORINTOS Dóra, Semmelweis Egyetem, ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék; 1083 Budapest, Tömő u. 25–29. III. emelet. Telefon: (06-1) 459-1493, e-mail: perczel@kpt.sote.hu

Érkezett: 2013. április 26. Elfogadva: 2013. augusztus 26.

www.elimed.hu

Tanulmányunk célja, hogy empirikus úton igazoljuk és egységes keretben tárgyaljuk az életese-mények, a diszfunkcionális attitűdök, a megküzdési módok, valamint a depressziós és a szorongásos panaszok kialakulásának összefüggéseit. Régóta ismert, hogy a megterhelő életese-mények különféle pszichés problémákhoz vezethetnek^{1,2} és a patogenezisben a környezeti hatások és stresszorok mellett³⁻⁵ nagy szerepe van a kognitív információfeldolgozásnak, a megküzdésnek, valamint ezek kölcsönhatásának. A Lazarus-féle kognitív tranzakcionista modell^{6,7} szerint a stresszhelyzetben létrejövő viselkedés dinamikus kölcsönhatás eredménye, amikor a személy-környezet interakció során a személy kognitív értékelést végez, majd az érzelmi állapot jellegének és intenzitásának függvényében választja ki a megküzdési stratégiát. A kognitív értékelés arra vonatkozik, hogy mi a stresszhelyzet jelentése az egyén számára, és milyen mobilizálható erőforrásokkal rendelkezik.

A kognitív információfeldolgozás, a megküzdés és a stressz összefüggéseit tárgyaló szakirodalom rendkívül bőséges^{4-6,8}, azonban vizsgálatunkban arra teszünk kísérletet, hogy mindezeket nagyobb kontextusban, a vulnerabilitást jelentő életese-mények szerepének, valamint a következményesen fellépő pszichés zavarok jellegének elemzésével egészítsük ki.

Vizsgálatunkban a depressziós és szorongásos panaszokat klinikai mintán, transzdiagnosztikus megközelítésben elemezzük^{9,10}, vagyis olyan pszichés jelenségekként, amelyek számos diagnosztikus kategóriában megjelennek. Épp ezért nem specifikus diagnosztikus kategóriákat elemzünk, hanem a pszichés zavarokban leggyakoribb szorongásos és depressziós panaszok megjelenését és súlyosságát. Kutatásunk középpontjában az áll, hogy feltérképezzük és egységes elméleti keretben értelmezzük, milyen kognitív mechanizmusokon és viselkedésbeli tényezőkön keresztül fejtik ki az életese-mények hatásukat és vezetnek depressziós, illetve szorongásos panaszokhoz.

Mindezen tényezők együttes elemzésére eddig korlátozottak voltak a lehetőségek, megfelelő statisztikai módszerek hiányában. A strukturális egyenletmodellezés módszere lehetővé teszi a felsorolt változók együttes elemzését, okozati összefüggések felmérését, és ezáltal komplex, áttekinthető képet nyújthat a pszichés zavarok kialakulásának folyamatáról^{11,12}. A környezet hatásait az életese-ményekkel, a jelentésadás maladaptív folyamatát a diszfunkcionális attitűdökkel, a megküzdést pedig a probléma- és érzelemfókuszú megküzdés fogalmával határozzuk meg.

Az életese-mények szerepe

Az életese-mények mint vulnerabilitási tényezők szerepének a kutatása a depressziós és szorongásos tünetek kialakulásában hosszú történetre tekint vissza^{1,13}. Noha meglehetősen tág fogalom, hogy mit nevezünk „életese-ménynek”, a legtöbb kutatás az eredeti, Paykel-féle csoportosítást használja: fontos személyek elvesztése/halála, elválás/szeparáció, konfliktusok, a személy testi vagy pszichés fenyegetettsége, pénzügyi nehézségek, valamint komoly változások/kulcsélmények az élettörténetben. Jól látható, hogy valamennyi felsorolt kategória negatív vagy legalábbis megterhelő életese-ményre vonatkozik. Mivel az életese-mény-kutatások módszertana nagyon különböző és mert az életese-mények meghatározása sem teljesen pontos, ezért a következőkben ezeket az életese-mény-kategóriákat használjuk.

Az életese-mény-kutatások korai időszakában a kvantitatív és kvalitatív megközelítés dominált, majd megjelent a specificitáshipotézis. A *kvantitatív megközelítés* szerint a negatív életese-mények száma és intenzitása járul hozzá a pszichés tünetek kialakulásához. A *kvalitatív megközelítés* szerint az életese-mények szubjektív súlyossága, jelentése áll leginkább összefüggésben a pszichés tünetek kialakulásával¹⁴.

Régóta vizsgált terület, hogy az életese-mények gyakoriságának és intenzitásának kitüntetett szerepe van a depresszió patogenezisében¹⁵⁻¹⁷. Gyakori klinikai tapasztalat, hogy krónikus depresszióban szenvedő betegek (még akkor is, ha aktuálisan remisszióban vannak) több megterhelő, hatásukban kumulálódó életese-ményről számolnak be, mint a nem depressziós betegek¹⁷. Emellett ismert az is, hogy a súlyosabb életese-mények szorosabb kapcsolatot mutatnak a depressziós tünetek kialakulásával, mint a kevésbé súlyos életese-mények. A vizsgálatok szerint az életese-mények krónikus depresszióban szenvedő betegeknél szorosabb összefüggést mutatnak az első egy-két depressziós epizóddal, mint a későbbi epizódokkal^{18,19}.

A szorongásos zavarokban is alátámasztást nyert mind a kvalitatív, mind a kvantitatív megközelítés. Pánikbetegek, generalizált szorongásban és kényszertünetekben²⁰, agorafóbiában²¹, valamint szociális fóbiában szenvedő betegek²² jelentősen több negatív életese-ményről számoltak be, és azokat súlyosabbnak ítélték meg, mint a kontrollszemélyek. A legtöbb esetben a jelentős életese-mények gyermek- és serdülőkorban következtek be, vagy a szorongásos tüneteket megelőző 12 hónapban²³⁻²⁵.

A szakirodalomban azonban arra vonatkozóan nem találtunk adatot, hogy az életese-mények gya-

korisága és intenzitása egymástól függetlenül milyen hatást gyakorol az egyes pszichopatológiák kialakulására.

Az elmúlt években a *specifitáshipotézis* került előtérbe, azaz milyen típusú életesemények jelentenek sérülékenységet a későbbi depressziós, és milyenek a szorongásos tünetek kialakulása szempontjából¹⁴. Ez részben annak a törekvésnek is köszönhető, hogy a depressziós és szorongásos tünetek nagyfokú komorbiditása miatt a két tünetegyüttes már etiopatogenetikusan szinten jobban különválasztható legyen. Ezek a vizsgálatok a kora gyermekkori életesemények későbbi patogén hatását vizsgálva azt találták, hogy a gyermekkori érzelmi elhanyagolás a depresszió tüneteivel hozható összefüggésbe. Ezzel szemben a gyermekkori fizikai és szexuális bántalmazás, a szülőktől való korai szeparáció és a szociális támogatás észlelt hiánya azok a korai életesemények, melyek a későbbiekben (időnként egészen súlyos) szorongásos állapotok kialakulásához vezethetnek²⁶.

Összefoglalva, a specifitásmegközelítés értelmében az rajzolódik ki, hogy a depresszió etiológiájában a veszteségekkel (személy, egzisztencia vagy önbecsülése elvesztése) kapcsolatos életesemények jelentenek vulnerabilitást²⁷. A szorongásos állapotok kialakulásában pedig inkább a veszélyeztetettséggel járó életesemények játszanak szerepet^{24, 34}, mint például az azonnali vagy a távolabbi jövőben bekövetkező fizikai fenyegetettség (pánik, hypochondriázis)^{28–31}, megszégyenüléstől való féltelenség (szociális fóbia)^{32, 33} stb.

A fentiek alapján látható, hogy számos korábbi kutatásban feltárták a megterhelő és vulnerabilitást jelentő életesemények jellegét^{1, 2}, ezért most eltekintünk az egyes pszichés zavarok kialakulásában szerepet játszó specifikus életesemények elemzésétől.

A diszfunkcionális attitűdök szerepe

Noha mindenkivel történnek megterhelő életesemények, megélésük az egyéni információfeldolgozás függvénye, reprezentációjuk személyiségfüggő. A Lazarus-féle kognitív tranzakcionista modellhez⁷ jól illeszkedik a kognitív pszichoterápia információfeldolgozási paradigmája⁸. Mindkét modellben kitüntetett szerepe van az egyéni jelentésadásnak (kognitív értékelés), és a jelentésadás viselkedésre (megküzdés) gyakorolt hatásának. A hierarchikusan szervezett kognitív rendszer negatív automatikus gondolatokból, másodlagos hiedelmekből (attitűdök, szabályok, feltételezések), valamint alapsémákból áll^{34, 35}. Kutatásunk szempontjából az

életesemények mellett a reprezentációjukat tükröző hiedelmeknek van kitüntetett szerepük, valamint annak, hogy ezek milyen összefüggésben állnak a pszichés zavarokkal.

A kognitív pszichoterápia normalizáló szemlélete értelmében a hiedelmek kontinuum mentén helyezkednek el, funkcionális és diszfunkcionális „szakaszokkal”. Például a perfekcionista attitűd funkcionális oldala, ha valaki törekszik a kiválóságra, azonban diszfunkcionális, ha azt gondolja, hogy az önbecsüléshez és a szeretethez kizárólag a tökéletes teljesítményen keresztül vezet az út. A diszfunkcionális hiedelmeknek többféle felosztása terjedt el. *Beck* szerint „a teljesítmény, az elfogadás és a kontroll köré szerveződnek”³⁵. *Burns*³⁶ felosztása szerint hét attitűd különböztethető meg: külső elismerés igénye, szeretettségigény, teljesítményigény, perfekcionizmus, jogos elvárások, onnipotencia és külső kontroll.

Murray és *Brian*³⁷ vizsgálatukban a diszfunkcionális attitűdök és a különféle típusú életesemények közötti interakciót tanulmányozták, valamint azt, hogy a perfekcionizmus és az életesemények közötti specifikus interakció előre jelzi-e a depresszió egy évvel későbbi fennmaradását. Azt találták, hogy a perfekcionizmus személyes mércékre vonatkozó dimenziója csak az olyan negatív életeseménnyel kapcsolatban jelzi előre a tartós depressziós tüneteket egy év múlva, amelyik a teljesítményre vonatkozik. Ezzel igazolni tudták azt a diszfunkcionális attitűdök és életesemények közötti specifikus interakciót, miszerint azok a depressziós személyek, akikre magas személyes mércék állítása jellemző, szignifikánsan nagyobb valószínűséggel fognak egy év múlva is depressziós panaszoktól szenvedni, amennyiben a teljesítményükkel kapcsolatos megterhelő életeseményt élnek át, mintha másfajta negatív életeseménnyel találkoznának. A perfekcionista és más diszfunkcionális attitűdök csökkentése és funkcionális irányba történő változása a depresszió és szorongás csökkenését vonja maga után. A maladaptív kognitív működés módosítására irányuló kognitív viselkedésterápia eredményességét ma már számtalan véletlen besorolásos, kontrollcsoportos vizsgálat eredménye támasztja alá^{38–43}.

A külső kontroll és a szorongás összefüggését vizsgáló tanulmányokból az derült ki, hogy a külső kontroll a külső elismerésnek való túlzott megfelelés révén válhat szorongásos tünetekre hajlamosító tényezővé. Az optimális kontrollézés kialakulása hozzásegít az érzelmek megfelelő regulációjához, csökkenti az élethelyzetek „fenyegetőként” címkézését, ezáltal védi az egyént a szorongásos tünetek kialakulásától⁴⁴.

1. táblázat. A vizsgálatban részt vevők megoszlása diagnosztikus kategóriák szerint

Diagnosztikus kategória	Gyakoriság	Százalékos arány (%)
Hangulatzavarok (affektív rendellenességek)	49	20,85
Neurotikus, stresszhez társuló és szomatiform zavarok (szorongásos kórképek)	172	73,62
A felnőtt személyiség és viselkedés zavarai	13	5,53
Összesen	234	100

A megküzdés szerepe

A megküzdésre vonatkozó kutatásokból látható, hogy egyes megküzdési stratégiák szoros kapcsolatban vannak a szorongásos és affektív zavarokkal⁴⁵⁻⁵⁰. A vizsgálatok egy részében figyelembe veszik a stresszor típusát is, míg más vizsgálatokban a tünetek és a megküzdési stratégia típusa közötti összefüggés feltárására helyezik a hangsúlyt^{4, 6, 7, 51}. *Margitics*^{46, 47} 681 fiatal felnőttet megvizsgálva azt találta, hogy enyhén depressziós személyeknél az érzelmközpontú megküzdési stratégiák, ezen belül az érzelmi indíttatású cselekvés és a visszahúzódominancia dominál. Ezzel szemben japán kutatók szerint⁴⁹ az érzelmközpontú megküzdés inkább a szorongásos tüneteket jelezte előre; a depressziós tünetek azzal voltak összefüggésben, hogy az életeseményeket milyen súlyosnak értékelték a személyek. *McCarthy* és munkatársai⁴⁸ azt találták egyetemisták körében, hogy a negatív életeseményeket, a megküzdést és a depressziót, illetve szorongásos tüneteket „latens distressztényező” mediálta, azonban nem vizsgálták a diszfunkcionális attitűdök szerepét. Végül *McCullough* és munkatársai⁵² enyhe hangulatzavarral diagnosztizált betegeknek az érzelmközpontú megküzdés és a külső kontroll attitűd hangsúlyát írták le, ami egyéves követés után sem változott.

Hipotézisek

Mindezek alapján tehát látható, hogy a szakirodalomból nagyrészt hiányoznak azok a vizsgálatok, amelyek mind az öt tényezőt: az életesemények gyakoriságát, érzelmi intenzitását, a diszfunkcionális attitűdöket, az ezekhez kapcsolódó megküzdési módokat, valamint ezeknek a szorongásos és depressziós panaszok kialakulására gyakorolt hatását egységes kontextusban elemeznék és ok-okozati összefüggések feltárására vállalkoznának. Kutatásunk célja, hogy empirikus úton feltárjuk és egységes elméleti keretben elemezzük a leírt öt tényező közötti összefüggést. A bevezetőben leírtak alapján feltételezzük, hogy 1. a megterhelő életesemények

gyakoribb előfordulása a személy életében direkt módon befolyásolja a depressziós, illetve a szorongásos panaszok megjelenését. 2. Emocionálisan minél inkább megterhelő az életesemény a személy életében, annál több diszfunkcionális attitűd megjelenésével hozható összefüggésbe, amelyek az érzelmközpontú megküzdésen keresztül a depressziós, illetve szorongásos panaszok növekedéséhez, a problémaközpontú megküzdésen keresztül pedig kevesebb depressziós, illetve szorongásos panasz megjelenéséhez vezet. 3. A depressziós, illetve a szorongásos panaszok megjelenése a diszfunkcionális attitűdök eltérő mintázatával hozható összefüggésbe.

Módszer

VIZSGÁLATI MINTA

A vizsgálatba 234 személyt vontunk be szakambulanciánkról. A vizsgálati személyek mindannyian pszichoterápiás ellátásra jelentkeztek. A pszichoterápiát megelőzően, az állapotfelmérő beszélgetés részeként beleegyező nyilatkozattal ellátott kérdőívesomagot töltöttek ki, így a részvétel minden esetben önkéntes volt. A kényelmi mintavétel gyűjtött minta homogenitását a következő beválasztási kritériumok mentén növeltük: 17–84 életév, BNO-10⁵³ alapján diagnosztizált szorongásos vagy hangulatzavar és a kérdőívek hiánytalan kitöltése. A vizsgálati személyek diagnózis szerinti megoszlását az **1. táblázat** tartalmazza. A szelekciós kritériumok figyelembevételével 169 nő (72,2%) és 65 férfi (27,8%) adatait elemeztük. Átlagéletkoruk az adatok felvételekor 31,61 év (SD=11,17) volt. Harminchárom fő általános iskolát, 102 fő középiskolát és 99 fő főiskolát vagy egyetemet végzett. A vizsgálatban részt vevők 45,7%-a egyedülálló, 29,9%-a párkapcsolatban él, 18,4%-a házas, 5,6%-a elvált és 0,4% özvegy.

VIZSGÁLATI ESZKÖZÖK

A demográfiai változók – nem, életkor, iskolai végzettség, családi állapot, szocioökonómiai státusz –

2. táblázat. A vizsgálatban használt skálák reliabilitása

Kérdőív	Minta átlaga	Szórása	Reliabilitás (Cronbach- α)
Életesemények megterhelő jellege	3,83	0,72	–
Életesemények száma	6,32	3,82	–
MMK – problémafókuszú megküzdés	9,22	4,41	0,71
MMK – érzelemfókuszú megküzdés	20,58	6,39	0,61
DAS – külső elismerés	2,04	3,66	0,65
DAS – szeretettségigény	3,14	4,36	0,68
DAS – teljesítményigény	1,00	5,20	0,79
DAS – perfekcionizmus	2,01	4,21	0,66
DAS – jogos elvárások	3,06	3,76	0,62
DAS – omnipotencia	2,44	3,73	0,57
DAS – külső kontroll	1,40	4,04	0,62
Beck Depresszió Kérdőív (BDI)	20,07	10,70	0,90
Beck Szorongás Leltár (BAI)	22,06	12,58	0,71

mellett a következő kérdőívek felvétele történt meg.

Megküzdési MódoK Kérdőív (MMK)^{4, 54, 55}: A Lazarus és Folkman által kidolgozott, hazánkban jól ismert mérőeszköz stresszhelyzetekben alkalmazott 22 kognitív és viselkedéses megküzdési stratégiáit ír le. Pontozása 0–3-ig terjed, ahol a 3 = teljes mértékben egyetért. Mivel a kérdőív hét alskálája változó színvonalú megbízhatósági (reliability) mutatókat jelzett vizsgálatunkban, ezért csak a probléma- és érzelemközpontú megküzdés összesített skálákat használtuk fel az elemzéshez (**2. táblázat**). A mérőeszköz hazai adaptációját Kopp és munkatársai⁴, illetve Rózsa és munkatársai végezték⁵¹.

*Diszfunkcionális Attitűd Skála (DAS)*³⁶: A kérdőív hét diszfunkcionális attitűdot mér, az egyes attitűdokkal való egyetértést –2-től +2-ig terjedő skálán értékeljük, ahol –2 az „egyáltalán nem értek egyet”, +2 pedig a „teljes mértékben egyetértek” választ jelzi. Az egyes alskálákon elérhető minimális pontszám –10, a maximális érték pedig +10 lehet, az alskálák belső megbízhatósága a **3. táblázatban** látható. A mérőeszköz hazai adaptációját Kopp és munkatársai végezték (1993)⁵⁶.

Beck Depresszió Kérdőív (BDI)^{38, 57}: a hazai és nemzetközi szakirodalomban az egyik leggyakrabban használt kérdőív a depresszió súlyosságának megállapítására és követésére. Az egyes tételek súlyosságának megítélése 0–3-ig terjedő skálán történik; az összesített pontszám jelzi a depresszió súlyosságát. A skála megbízhatósága vizsgálatunkban 0,90. A mérőeszköz hazai adaptációját Kopp és munkatársai⁴ végezték, az enyhe depresszió kritériumpontjaként a skálán elért minimum 10 pontot határozták meg.

Beck Szorongás Leltár (BAI)^{54, 58}: A BSZL a

nemzetközi szakirodalomban az egyik leggyakrabban használt kérdőív. Huszonegy szorongásos panaszt sorol fel, a válaszadónak azt kell bejelölni, hogy valamelyik tünetet tapasztalta-e az elmúlt héten és az mennyire volt zavaró számára. A válaszokat 0–3 között pontozzuk, maximális pontszám 63, a mérőeszköz a nemzetközi standardok alapján 22 ponttól jelez szorongásos állapotot⁵⁶. Magyar standardja nincs.

Paykel-féle Életesemény Kérdőív^{54, 59}: a megterhelő életesemények előfordulását és érzelmi hatását a kérdőív 28 tételes változatával mértük, ahol a felsorolt megterhelő életesemények közül a személyek azokat jelölik meg, amelyek életük során előfordultak, valamint 1–5-ig terjedő skálán azt, hogy az adott esemény mennyire volt érzelmileg megterhelő (ahol az 1 = egyáltalán nem megterhelő, 5 = nagyon súlyosan megterhelő). A mérőeszköz hazai adaptációja jelenleg munkacsoportunknál előkészületben van.

A vizsgálatban használt kérdőívek megbízhatósága megfelelő vagy jó volt. A Paykel-féle Életesemény Kérdőív ebből a szempontból nem értelmezhető, mert tételei inkább listának tekinthetők.

ADATELEMZÉS

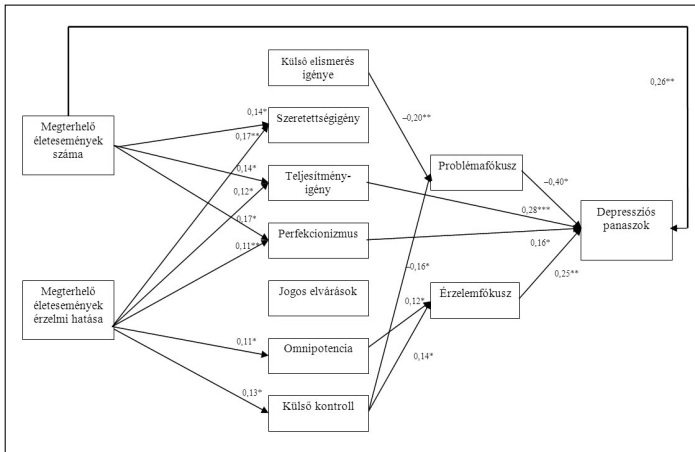
Hipotéziseink vizsgálatára a strukturális egyenletmodellezés módszerét alkalmaztuk, amely lehetőséget ad valamennyi változó egyidejű elemzésére. Mivel útelemzésünk a depressziós és szorongásos panaszok megjelenésének folyamatára irányult, ezért az adatelemzés alapját a vizsgálati személyeknek az egyes skálákon elért pontszáma képezte, nem pedig a BNO-10 diagnosztikus kategóriák szerinti besorolásuk. Vizsgálatunkban a transzdiagnosztikus nézőpont elveit követve támpontként a **3.**

3. táblázat. Az egyes életesemények gyakorisága, valamint megterhelő jellegének átlaga és szórása a Paykel-féle Életesemények Kérdőív alapján (az egyes kategóriák alatti elemszámok azt a létszámot jelzik, ahány fő a teljes mintából a BDI- vagy BAI-kérdőíveken az adott pontszámot adta)

Életesemény	Beck Depresszió Kérdőív – kritériumpont alatti csoport (kritériumpont <10; n=42) Az egyes Megterhelő életesemények jelleg átlaga gyakorisága (fő) (szórása)	Beck Depresszió Kérdőív – kritériumpont feletti csoport (kritériumpont 10; n=192) Az egyes Megterhelő életesemények jelleg átlaga gyakorisága (fő) (szórása)	Beck Szorongás Leltár – kritériumpont <22; n=122) Az egyes Megterhelő életesemények jelleg átlaga gyakorisága (fő) (szórása)	Beck Szorongás Leltár – kritériumpont feletti csoport (kritériumpont 22; n=112) Az egyes Megterhelő életesemények jelleg átlaga gyakorisága (fő) (szórása)
Házastárs halála	0 (0%) -	3 (2%) 4,33 (1,54)	1 (1%) 5,00 (0,00)	2 (2%) 4,00 (1,41)
Gyermek halála	0 (0%) -	5 (3%) 4,40 (0,89)	4 (3%) 4,75 (0,50)	1 (1%) 3,00 (0,00)
Közeli hozzátartozó halála	11 (26%) 3,63 (1,43)	88 (46%) 4,20 (1,07)	46 (38%) 4,09 (1,11)	61 (54%) 4,26 (1,09)
Közeli barát halála	3 (7%) 3,67 (2,31)	27 (14%) 4,41 (0,80)	16 (13%) 3,88 (1,31)	17 (15%) 4,53 (0,80)
Öngyilkosság a közvetlen környezetben	2 (5%) 2,00 (1,41)	27 (14%) 4,07 (0,83)	13 (11%) 3,54 (1,20)	18 (16%) 4,17 (0,86)
Fokozódó viták a házastárssal, élettárral, jeggyessel	11 (26%) 3,64 (1,03)	93 (48%) 4,05 (0,98)	58 (48%) 3,91 (0,86)	52 (46%) 4,17 (1,08)
Elválás a partnertől, vagy különélés	7 (17%) 4,14 (0,90)	65 (34%) 4,23 (0,94)	41 (34%) 4,12 (1,03)	34 (30%) 4,38 (0,78)
Szakítás baráttal vagy barátjával	11 (26%) 4,00 (1,26)	102 (53%) 4,16 (0,93)	56 (46%) 4,07 (0,97)	63 (56%) 4,19 (0,96)
Egyedül neveli a gyermekét	2 (5%) 3,50 (2,12)	18 (9%) 3,33 (1,24)	9 (7%) 3,33 (1,22)	11 (10%) 3,36 (1,36)
Szülő-gyermek tartós konfliktus	10 (24%) 3,40 (1,17)	91 (47%) 4,02 (1,03)	50 (41%) 3,74 (1,10)	58 (52%) 4,19 (0,98)
A gyermek elhagyta az otthonát	1 (2%) 1,00 (0,00)	10 (5%) 3,60 (1,26)	6 (5%) 3,17 (1,60)	6 (5%) 3,33 (1,37)
Gyermek születése	2 (5%) 4,50 (0,71)	20 (10%) 4,35 (0,75)	9 (7%) 4,44 (0,73)	15 (13%) 4,40 (0,74)
Új személy a családban	9 (21%) 3,44 (1,59)	55 (29%) 3,53 (1,05)	31 (25%) 3,48 (1,29)	38 (34%) 3,53 (0,98)
Terhesség	4 (10%) 3,50 (1,91)	29 (15%) 3,83 (1,28)	18 (15%) 3,39 (1,42)	18 (16%) 4,28 (1,02)
Művi abortusz	1 (2%) 5,00 (0,00)	23 (12%) 4,13 (1,10)	12 (10%) 4,33 (0,89)	14 (13%) 4,00 (1,24)
Magzat elvetélése	1 (2%) 3,00 (0,00)	7 (4%) 4,14 (0,90)	4 (3%) 3,75 (0,96)	5 (4%) 4,20 (0,84)

3. táblázat. Az egyes életesemények gyakorisága, valamint megterhelő jellegének átlaga és szórása a Paykel-féle Életesemények Kérdőív alapján (az egyes kategóriák alatti elemszámok azt a létszámot jelzik, ahány fő a teljes mintából a BDI- vagy BAI-kérdőíveken az adott pontszámot adta). Folytatás

Életesemény	Beck Depresszió Kérdőív – kritériumpont alatti csoport (kritériumpont <10; n=42) Az egyes Megterhelő életesemények jelleg átlaga (szórása)	Beck Depresszió Kérdőív – kritériumpont feletti csoport (kritériumpont 10; n=192) Az egyes Megterhelő életesemények jelleg átlaga (szórása)	Beck Szorongás Leltár – kritériumpont alatti csoport (kritériumpont <22; n=122) Az egyes Megterhelő életesemények jelleg átlaga (szórása)	Beck Szorongás Leltár – kritériumpont feletti csoport (kritériumpont 22; n=112) Az egyes Megterhelő életesemények jelleg átlaga (szórása)
Családtag súlyosabb vagy tartósabb megbetegedése	18 (43%) 4,17 (0,92)	101 (53%) 4,11 (1,00)	56 (46%) 4,00 (1,08)	71 (63%) 4,20 (0,89)
Saját súlyosabb vagy tartósabb betegség	6 (14%) 4,00 (1,26)	50 (26%) 4,12 (1,14)	22 (18%) 3,82 (1,33)	36 (32%) 4,33 (0,96)
Munkahely elvesztése	6 (14%) 3,83 (0,75)	54 (28%) 3,83 (1,16)	27 (22%) 3,63 (1,04)	36 (32%) 3,94 (1,17)
Házastárs/partner elvesztette a munkáját	2 (5%) 3,00 (0,00)	19 (10%) 3,63 (1,26)	10 (8%) 3,00 (0,82)	11 (10%) 4,09 (1,30)
Nyugdíjaztatás	1 (2%) 3,00 (0,00)	8 (4%) 4,25 (0,89)	5 (4%) 3,60 (0,89)	4 (4%) 4,75 (0,50)
Munkahelyi tartós problémák	13 (31%) 3,62 (1,12)	92 (48%) 4,01 (0,87)	49 (40%) 3,65 (0,88)	62 (55%) 4,15 (0,87)
Alapvető változás az életszínvonalban	10 (24%) 3,80 (1,14)	83 (43%) 3,94 (1,09)	41 (34%) 3,73 (1,18)	55 (49%) 4,05 (0,97)
Erőszak, bűncselekmény áldozata lett	7 (17%) 4,00 (1,15)	30 (16%) 3,90 (1,27)	14 (11%) 3,14 (1,35)	25 (22%) 4,36 (0,91)
Gyakori durva bánásmód közeli hozzátartozója részéről	4 (10%) 4,75 (0,50)	29 (15%) 4,03 (1,32)	13 (11%) 3,92 (1,26)	22 (20%) 4,32 (1,25)
Hatósági procedurák lakóhely-változtatás	2 (5%) 3,00 (2,83)	16 (8%) 3,81 (1,05)	9 (7%) 3,11 (1,54)	10 (9%) 4,00 (1,05)
Lakóhely-változtatás	14 (33%) 3,64 (1,22)	86 (45%) 3,23 (1,22)	53 (43%) 3,00 (1,24)	55 (49%) 3,44 (1,20)
Természei csapás	0 (0%) –	4 (2%) 2,75 (0,96)	1 (1%) 4,00 (0,00)	3 (3%) 2,33 (0,58)



1. ábra. Az életesemények, a diszfunkcionális attitűdök, a megküzdési stratégiák, valamint a depressziós panaszok összefüggései

Az útelemzést MLM módszerrel végeztük. A regressziós súlyokat STD YX standardizációval jelenítettük meg, csak a szignifikáns regressziós súlyokat ábrázoltuk. A regressziós béta 0-tól eltérő értéke (-1 és +1 tartományban) írja le a két változó közötti összefüggés jellemzőit. Mértéke a hatáserősséget, előjele az összefüggés irányát jelzi. A modell illeszkedése megfelelő Satorra Bentler $\chi^2=16,26$; $df=10$; $p=0,09$; CFI=0,99; TLI=0,94, RMSEA=0,054 (0,002–0,098).

A modell korrelációkat is tartalmaz, melyeket a jobb áttekinthetőség kedvéért csak lábjegyzetben közlünk: szerettségigény és külső elismerés igény $r=0,51***$, teljesítményigény és külső elismerés igény $r=0,42***$, szerettségigény és teljesítményigény $r=0,55***$, perfekcionizmus és külső elismerés igénye $r=0,45***$, perfekcionizmus és szerettségigény $r=0,35***$, perfekcionizmus és teljesítményigény $r=0,61***$, jogos elvárások és külső elismerés igénye $r=0,14^*$, jogos elvárások és szerettségigény $r=0,16^*$, omnipotencia és külső elismerés igénye $r=0,30***$, omnipotencia és szerettségigény $r=0,24***$, omnipotencia és teljesítményigény $r=0,30***$, omnipotencia és perfekcionizmus $r=0,41***$, külső kontroll és külső elismerés igénye $r=0,39***$, külső kontroll és szerettségigény $r=0,23***$, külső kontroll és teljesítményigény $r=0,28***$, külső kontroll és perfekcionizmus $r=0,36***$, külső kontroll és jogos elvárások $r=0,23***$, külső kontroll és omnipotencia $r=0,34***$, problémafókuszú megküzdés és érzelemfókuszú megküzdés $r=0,48***$ ***

táblázatban közöljük a BDI-, illetve a BAI-kérdőíveken a kritériumpont alatti és feletti pontszámot adó vizsgálati személyek által megjelölt életesemények gyakoriságát, valamint érzelmi intenzitását.

A strukturális egyenletmodellezés - hasonlóan a lineáris regresszió elemzéshez - ok-okozati következményt feltételez legalább két változó között. A strukturális egyenletmodellezés előnye, hogy nemcsak a változók közötti közvetlen hatások, hanem a közvetett (például mediátor) hatások is vizsgálhatók¹¹. Az illeszkedési mutatók pedig informatív adatokkal szolgálnak arra vonatkozóan is, hogy a vizsgált modell milyen mértékben illeszkedik a felvett adatokhoz. Az útelemzést Mplus 6.12-vel végeztük. Mivel a skálák többsége nem normál eloszlású, ezért olyan robusztus módszereket alkalmaztunk, mint a maximum likelihood (valószínűség) módszer robusztus változata (MLR), illetve a χ^2 -statisztika¹². Az illeszkedési mutatók esetében

elvártuk, hogy a CFI (comparative fit index) és a TLI (Tucker–Lewis Index) 0,90-nél nagyobb, az RMSEA (root mean square error approximation) pedig 0,08-nál kisebb értéket vegyen fel. Az életesemények számának és intenzitásának jellemzőit, valamint a demográfiai adatok statisztikai elemzését SPSS 20.0-val teszteltük.

Eredmények

Első hipotézisünk beigazolódt, miszerint a megterhelő életesemények gyakoribb előfordulása a személy életében direkt módon befolyásolja a depressziós, illetve a szorongásos panaszok megjelenésének valószínűségét. A strukturális egyenletmodellezés alapján kapott eredményeink azt mutatják (**1. ábra**), hogy a megterhelő életesemények száma közepes mértékű regressziós érték mellett szignifikánsan előre jelzi a depressziós panaszok megjelenését ($\beta=0,26$, $p<0,01$). Hasonlóképp, a szorongásos panaszok megjelenése is (**2. ábra**) közvetlen szignifikáns kapcsolatban van a megterhelő életesemények számával ($\beta=0,16$, $p<0,01$).

Második hipotézisünk arra vonatkozott, hogy minél inkább megterhelő emocionálisan egy életesemény a személy életében, annál több diszfunkcionális attitűd megjelenésével hozható összefüggésbe, amelyek az érzelmezőpontú megküzdésen keresztül a depressziós, illetve szorongásos panaszok növekedéséhez, a problémaközpontú megküzdésen keresztül pedig kevesebb depressziós, illetve szorongásos panasz megjelenéséhez vezetnek. A vizsgált változók közötti gazdag összefüggérendszer a depressziós panaszok vonatkozásában az **1. ábrán**, a szorongásos panaszok vonatkozásában pedig a **2. ábrán** látható. Az **1. ábrát** balról jobbra olvasva elsőként kiemelhető, hogy az életesemények szubjektíven megélt jelentősége markánsabban befolyásolja a diszfunkcionális attitűdök megjelenését, mint az életesemények száma.

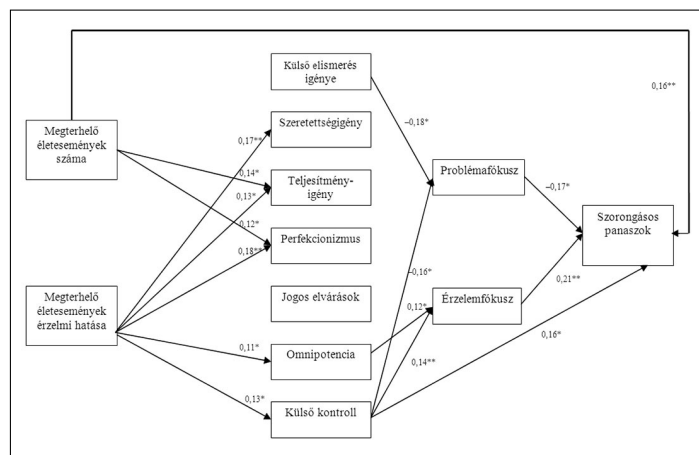
Míg az életesemények szubjektív intenzitása a szerettségigényre, a teljesítményigényre, a perfekcionizmusra, az omnipotenciával kapcsolatos törekvésekre, valamint a külső kontroll attitűdre is hatást gyakorol (rendre: $\beta=0,17$, $p<0,01$; $\beta=0,12$, $p<0,05$; $\beta=0,11$, $p<0,01$; $\beta=0,11$, $p<0,05$; $\beta=0,15$, $p<0,05$), addig az életesemények száma csak a szerettségigény, a teljesítményigény és a perfekcionizmus mértékét emeli meg (rendre: $\beta=0,14$, $p<0,05$; $\beta=0,12$, $p<0,05$; $\beta=0,11$, $p<0,01$). A hét diszfunkcionális attitűd közül kettő közvetlen, három pedig közvetett módon gyakorol hatást a

depressziós panaszok kialakulására. A diszfunkcionális teljesítményigény közepes mértékű regressziós érték mellett szignifikánsan előre jelzi ($\beta=0,28$, $p\leq 0,001$), a perfekcionizmus enyhe mértékben jelzi előre ($\beta=0,16$, $p\leq 0,05$) a depressziós panaszok megjelenését. A külső kontroll és az onnipotencia diszfunkcionális attitűd közvetve, az érzelemfókuszú stratégiákon keresztül vezet depressziós panaszok megjelenéséhez ($\beta=0,14$, $p\leq 0,05$; $\beta=0,12$, $p\leq 0,05$).

A külső kontroll attitűd és a külső elismerés igénye fordított kapcsolatban áll a problémafókuszú megküzdési stratégiákkal ($\beta=-0,20$, $p\leq 0,01$; $\beta=-0,16$, $p\leq 0,05$), azaz minél inkább belső kontrollal, valamint alacsony külső elismerésigénnyel jellemezhető a személy, annál nagyobb valószínűséggel alkalmaz problémaközpontú megküzdést és ezáltal csökken a depressziós panaszok megjelenésének valószínűsége (negatív regresszió: $\beta=-0,40$, $p\leq 0,05$). A megküzdési stratégiák az elvárt módon állnak kapcsolatban a panaszok kialakulásával: a problémafókuszú megküzdési stratégia fordított ($\beta=-0,40$, $p\leq 0,05$), az érzelemfókuszú megküzdési stratégia pedig egyenes ($\beta=0,25$, $p\leq 0,01$) összefüggést mutat a depressziós panaszok megjelenésével. Hasonló eredményeket kaptunk a szorongásos panaszok kialakulásának folyamatát vizsgálva (**2. ábra**).

Míg az életesemények és a diszfunkcionális attitűdök, valamint a megküzdési stratégiák és a szorongásos panaszok kapcsolatára vonatkozóan az előzőekhez hasonló megállapítást tehetünk, addig a diszfunkcionális attitűdök és a szorongásos panaszok szintje között már specifikusabb a kapcsolat. A szorongásos panaszok kialakulásával a legszorosabb kapcsolatban a külső kontroll attitűd áll, mert közvetlenül ($\beta=0,16$, $p\leq 0,05$) és közvetett módon a problémafókuszú, illetve az érzelemfókuszú megküzdési módokon keresztül is befolyásolja a szorongásos panaszok kialakulását (rendre: $\beta=-0,16$, $p\leq 0,05$; $\beta=0,14$, $p\leq 0,05$). Itt is látható, hogy az életesemények szubjektíven megélt jelentősége markánsabban befolyásolja a diszfunkcionális attitűdök megjelenését, mint az életesemények száma, mert ez csak a teljesítményigény és a perfekcionizmus mértékét emeli meg ($\beta=0,14$, $p\leq 0,05$; $\beta=0,12$, $p\leq 0,05$). Ezzel szemben az életesemények szubjektív intenzitása öt diszfunkcionális attitűdre is hatással van: a szeretettségigényre, a teljesítményigényre, a perfekcionizmusra, az onnipotenciával kapcsolatos törekvésekre, valamint a külső kontroll attitűdre (rendre: $\beta=0,17$, $p\leq 0,01$; $\beta=0,13$, $p\leq 0,05$; $\beta=0,18$, $p\leq 0,01$; $\beta=0,11$, $p\leq 0,05$; $\beta=0,13$, $p\leq 0,05$).

A hét diszfunkcionális attitűd közül mindössze



2. ábra. Az életesemények, a diszfunkcionális attitűdök, a megküzdési stratégiák, valamint a szorongásos panaszok összefüggései

Az útelemzést MLM módszerrel végeztük. A regressziós súlyokat STD YX standardizációval jelenítettük meg, csak a szignifikáns regressziós súlyokat ábrázoltuk. A regressziós β 0-tól eltérő értéke (-1 és $+1$ tartományban) írja le a két változó közötti összefüggés jellemzőit. Mértéke a hatáserevséget, előjele az összefüggés irányát jelzi. A modell illeszkedése megfelelő Satorra Bentler $\chi^2=19,83$ $df=11$ $p=0,05$; $CFI=0,97$; $TLI=0,92$; $RMSEA=0,061$ ($0,006-0,099$).

A modell korrelációkat is tartalmaz, melyeket a jobb áttekinthetőség kedvéért csak lábjegyzetben közlünk: szeretettségigény és külső elismerés igénye $r=0,42$ ***, szeretettségigény és teljesítményigény $r=0,54$ ***, perfekcionizmus és külső elismerés igénye $r=0,45$ ***, perfekcionizmus és szeretettségigény $r=0,35$ ***, perfekcionizmus és teljesítményigény $r=0,61$ ***, jogos elvárások és külső elismerés igénye $r=0,15$ *, jogos elvárások és szeretettségigény $r=0,16$ *, onnipotencia és külső elismerés igénye $r=0,31$ ***, onnipotencia és szeretettségigény $r=0,24$ ***, onnipotencia és teljesítményigény $r=0,29$ ***, onnipotencia és perfekcionizmus $r=0,42$ ***, külső kontroll és külső elismerés igénye $r=0,41$ ***, külső kontroll és szeretettségigény $r=0,24$ ***, külső kontroll és teljesítményigény $r=0,28$ ***, külső kontroll és perfekcionizmus $r=0,37$ ***, külső kontroll és jogos elvárások $r=0,23$ ***, külső kontroll és onnipotencia $r=0,35$ ***, problémafókuszú megküzdés és érzelemfókuszú megküzdés $r=0,48$ ***

kető van hatással a szorongásos panaszok megjelenésére: a külső kontroll attitűd kismértékű regressziós érték mellett közvetlenül, az onnipotencia diszfunkcionális attitűd pedig közvetett módon jelzi előre a szorongásos panaszok kialakulását ($\beta=0,14$, $p\leq 0,05$; $\beta=0,12$, $p\leq 0,05$).

Emellett a külső elismerés igénye a problémafókuszú megküzdési stratégiákon keresztül csökkenti ($\beta=-0,20$, $p\leq 0,01$), az onnipotenciával kapcsolatos törekvés pedig az érzelemfókuszú stratégiákon keresztül növeli a szorongásos panaszok kialakulásának esélyét ($\beta=0,12$, $p\leq 0,05$). Második hipotézisünk tehát teljes mértékben beigazolódtott.

Harmadik hipotézisünk szerint a depressziós, illetve a szorongásos panaszok megjelenése a diszfunkcionális attitűdök eltérő mintázatával hozható összefüggésbe. Ez csak részben igazolódtott. Amint az **1.** és **2. ábrán** látható, az enyhe fokú külső elismerés igénye és a külső kontroll attitűd problémafókuszú megküzdési stratégiák alkalma-

zásához vezet és ezáltal negatív kapcsolatban áll mind a szorongásos, mind a depressziós panaszok megjelenésével.

Hasonlóképp, a diszfunkcionális onnipotencia és külső kontroll attitűd az érzelmközpontú stratégiák használata esetén megnöveli mind a szorongásos, mind a depressziós panaszok megjelenésének valószínűségét. Ezzel szemben, markáns különbség rajzolódott ki a diszfunkcionális teljesítményigény és perfekcionizmus tekintetében: ezek csak a depressziós panaszok megjelenését vetítik előre megbízhatóan ($\beta=0,28$, $p\leq 0,001$). A szorongásos panaszok megjelenését a külső kontroll attitűd jelzi előre megbízhatóan.

Megbeszélés

Eredményeink rámutatnak az életesemények, a diszfunkcionális attitűdök és a megküzdési stratégiák összefüggéseire, valamint a szorongásos és depressziós panaszok kialakításában betöltött szerepükre. Fontos hangsúlyozni, hogy a transzdiagnosztikus megközelítés szemléletét követve a szorongásos és depressziós panaszokat vizsgáltuk^{9,10}, mert a klinikai gyakorlatban ezek gyakrabban jelennek meg kevert, mint tiszta formában, több diagnosztikai kategória részeként, semmint a BNO-10 által meghatározott diagnosztikus kategóriákban. Személyiségzavarokban például gyakori mind a szorongás, mind az alacsony fekvésű hangulat, levertség, reménytelenség annak ellenére, hogy nem teljesülnek a major depresszió vagy valamelyik szorongásos betegség diagnosztikai kritériumai³³.

Hazánkban elsőként elemeztük egységes keretben, a Lazarus-féle tranzakcionista modellben^{6,7}, a strukturális egyenletmodellezés módszerével a környezeti tényezők (életesemények), kognitív és viselkedéses folyamatok (diszfunkcionális attitűdök és megküzdési módok) és a szorongásos és depressziós panaszok közötti ok-okozati összefüggéseket.

Korábbi kutatásokban nem találtunk adatot arra vonatkozóan, hogy az életesemények kvantitatív és kvalitatív aspektusa egymástól függetlenül hogyan vezet a pszichés tünetek kialakulásához. Saját vizsgálatunkban kimutattuk, hogy a megterhelő életesemények száma közvetlenül megnöveli a szorongásos és depressziós panaszok kialakulásának valószínűségét.

Ami a megterhelő életesemények érzelmi hatásait illeti, ez a diszfunkcionális attitűdökön és az ezekhez kapcsolódó megküzdési módokon át kapcsolható össze a megjelenő depressziós és szorongásos panaszokkal: minél megterhelőbbnek véli a sze-

mély az életeseményt, annál erőteljesebbé válik a diszfunkcionális működés.

A diszfunkcionális attitűdök közül egyesek markánsabban, mások kevésbé jelentősen vesznek részt a folyamatban. Ez részben a kialakuló panaszok különbségével magyarázható, vagyis másfajta diszfunkcionális működés vezet depressziós és más szorongásos panaszok megjelenéséhez. Így a depressziós panaszoknál a teljesítményigény, perfekcionizmus, külső elismerés igényének a jelentőségét kell kiemelnünk, szorongásos panaszok esetén pedig a külső kontroll uralja a képet. A jogos elvárások attitűdnek, ahogy a klinikai tapasztalatok is alátámasztják, e két tünetcsoport esetében nincs jelentősége.

A depressziós panaszok kialakulására számos diszfunkcionális attitűd (a külső elismerés igénye, az onnipotencia, és a külső kontroll is) a megküzdési stratégiákon keresztül hat, oly módon, hogy a problémafókuszú megküzdés protektív faktorként csökkenti a depressziós panaszok számát, az érzelmfókuszú megküzdés pedig az e panaszok iránti vulnerabilitást erősíti. Ugyanakkor a diszfunkcionális teljesítményigény és perfekcionizmus közvetlenül is hatással van a depressziós panaszok kialakulására: a **2. ábrán** jól látható, hogy a diszfunkcionális teljesítményigény megbízhatóan nagy valószínűséggel előre vetíti a depressziós panaszok megjelenését. Úgy tűnik, hogy e két attitűd mintegy megküzdési stratégiaként is működik. A perfekcionista személy folyamatosan elérhetetlenül magas mércét állít önmagával szemben, önértékelését a tökéletes teljesítménytől teszi függővé, s ha ez nem valósul meg, akkor azt az értéktelenség vagy kudarc jeleként értelmezi, ami az egyik legjellegzetesebb depressziós tünet.

A szorongásos panaszok kialakulásában kiemelkedő szerepet kap a külső kontroll attitűd, mely közvetlenül, és közvetve a megküzdési stratégiákon keresztül (a problémafókuszú stratégiákat gyengítve, az érzelmfókuszúkat pedig erősítve) is befolyásolja a szorongásos panaszok kialakulását. Ez az eredmény összhangban van a klinikai tapasztalatokkal: szorongásos panaszokkal küzdő betegek markáns talajvesztés, kontrollvesztés élményéről számolnak be, klinikai kutatások szintén alátámasztják a túlzott fenyegetéshez és veszélybecsléshez kapcsolódó diszfunkcionális attitűdöket^{8,35}. A kontrollhely fontosságát a szorongásos panaszok összefüggésében több korábbi tanulmány is hangsúlyozza: az optimális kontrollézés kialakulása hozzásegít az érzelmek megfelelő regulációjához, csökkenti az élethelyzetek „fenyegetésként” értelmezését⁴⁰.

Továbbá, eredményeink alátámasztják a transzdiagnosztikus modellt abban az értelemben is, hogy

a megterhelő életesemények érzelmi intenzitása mind a szorongásos, mind a depressziós panaszok esetén felerősíti a külső eseményeknek való kiszolgáltatottság érzését és támogatás (szeretettség) iránti igényét (1. és 2. ábra).

Vizsgálatunk megerősíti azt a korábbi eredményt, miszerint az életesemények, valamint a szorongásos és depressziós panaszok között a diszfunkcionális attitűdök mediátor szerepet töltenek be^{37, 44, 60}. Más vizsgálatokkal összhangban alátámasztja a perfekcionizmus és az életesemények kölcsönhatásának szerepét a depressziós tünetképzés szempontjából^{9, 37, 61}. Eredményeink illeszkednek az előzetes ismeretekhez abból a szempontból is, hogy az érzelemfókuszú megküzdési módok gyakoribb, illetve a problémafókuszú megküzdés ritkább használata szorongásos és depressziós panaszok nagyobb arányú megjelenéséhez vezet⁴⁶⁻⁵⁰ és felhívja a figyelmet a megküzdési módok mediátor szerepére a diszfunkcionális attitűdök és a szorongásos, illetve depressziós panaszok között.

Kutatásunk fontos eredménye, hogy az eddig külön-külön vizsgált tényezők kapcsolatát és egymásra gyakorolt hatását egy modellbe ágyazva elemeztük és igazoltuk a diszfunkcionális attitűdök és a megküzdési stratégiák közvetítő hatását a depressziós és a szorongásos panaszok kialakulásában. Annak ellenére, hogy megterhelő életesemények sok egyén életében előfordulnak, nem mindenki számol be klinikai szintű pszichés panaszokról. A

panaszok létrejötte tehát az egyén kognitív struktúrája által kialakított szűrő és értelmező rendszer működésének függvénye.

Vizsgálatunk korlátja, hogy mintánkat nem véletlenszerűen gyűjtöttük, az adatokat retrospektíven elemeztük; az adekvátabb leképezést a longitudinális vizsgálat nyújtaná. A jövőbeli kutatások szempontjából hasznos lehet a tünetképzés folyamatának részletesebb vizsgálata, valamint az életesemények hatásainak részletesebb elemzése. Továbbá, a perfekcionizmus differenciáltabb vizsgálata is indokolt^{37, 62}. Kutatásunk erőssége a klinikai minta, a minta nagy elemszáma, valamint a pszichés betegségek kialakulásában szerepet játszó tényezők egyidejű empirikus vizsgálata. Mivel a panaszokat fenntartó diszfunkcionális attitűdök és maladaptív megküzdési módok felismerése és módosítása fontos terápiás cél, ezért bízunk benne, hogy munkánk értékes információkkal szolgál hatékony pszichoterápiás intervenciók megfogalmazásához, és hogy a klinikai mintán kimutatott összefüggések érdekesek lehetnek elméleti szakembereknek is.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Szeretnénk köszönetet mondani a vizsgálatban részt vett minden betegnek, akiknek a hozzájárulása nélkül nem jöhetett volna létre a kutatás. Köszönjük Ruzicska Rozália segítségét az adatbevitelben, valamint Kocsis-Bogár Krisztina értékes tanácsait a cikk tartalmával kapcsolatban.

IRODALOM

1. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967;11:213.
2. Lueboonthavatchai P. Role of stress areas, stress severity, and stressful life events on the onset of depressive disorder: a case-control study. *J Med Assoc Thai* 2009;92(9):1240-9.
3. Kessler RC, Price RH, Wortman CB. Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping processes. *Ann Rev of Psychol* 1985;36:531-72.
4. Kopp MS, Skrabski Á. Alkalmazott magatartástudomány. A megbirkozás egyéni és társadalmi stratégiái. Budapest: Corvinus Kiadó; 1995.
5. Kopp MS. Mikor káros a stressz? A stressz szerepe az egészségromlásban. *Hippocrates* 2003;5(1):44-8.
6. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. New York, NY: Springer Publishing Company; 1984.
7. Lazarus RS. Coping Theory and Research - Past, Present, and Future. *Psychosom Med* 1993;55(3):234-47.
8. Beck AG, Greenberg RL. A szorongásos zavarok és fóbiák kognitív szemlélete. Budapest: Animula Kiadó; 1989/1999.
9. Mansel W, Harvey A, Watkins E, Shafran R. Cognitive Behavioural Processes Across Psychological Disorders: A Review of the Utility and Validity of the Transdiagnostic Approach. *Int J Cogn Ther* 2008;1(3):181-91.
10. Perczel Forintos D. A kognitív terápia fénykora: a második és harmadik hullám. *Magyar Pszichológiai Szemle* 2011; 66(1):11-29.
11. Barna IS, M. Túlélőkészlet az SPSS-hez. Budapest: Typotex; 2008. [SPSS Manual]
12. Muthén LK, Muthén BO. Mplus User's Guide. Seventh Edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén; 1998-2012.
13. Paykel ES, Prusoff BA, Uhlenhuth EH. Scaling of life events. *Arch Gen Psychiatry* 1971;25(4):340-7.
14. Vedhara K, Shanks N, Anderson S, Lightman S. The role of stressors and psychosocial variables in the stress process: a study of chronic caregiver stress. *Psychosom Med* 2000;62(3):374-85.
15. Kessler RC. The effects of stressful life events on depression. *Ann Rev Psychol* 1997;48:191-214.
16. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry* 1999;156(6):837-41.
17. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry* 1996;66(1):17-31.
18. Ezquiaga E, Ayuso Gutierrez JL, Garcia Lopez A. Psychosocial factors and episode number in depression. *J Affect Disord* 1987;12(2):135-8.
19. Ghaziuddin M, Ghaziuddin N, Stein GS. Life events and the recurrence of depression. *Can J Psychiatry [Revue Canadienne de Psychiatrie]* 1990;35(3):239-42.
20. Newman SC, Bland RC. Life events and the 1-year prevalence of major depressive episode, generalized anxiety disorder, and panic disorder in a community sample. *Compr Psychiatry* 1994;35(1):76-82.

21. Franklin JA. A 6-year follow-up of the effectiveness of respiratory retraining, in-situ isometric relaxation, and cognitive modification in the treatment of agoraphobia. *Behav Mod* 1989;13(2):139-67.
22. Brown EJ, Juster HR, Heimberg RG, Winning CD. Stressful life events and personality styles: relation to impairment and treatment outcome in patients with social phobia. *J Anxiety Disord* 1998;12(3):233-51.
23. Paykel ES. Life events and affective disorders. *Acta Psychiatrica Scand Suppl* 2003;418:61-6.
24. Salkovskis PM. A kognitív terápia térhódítása. Budapest: Animula Kiadó; 1997/2000.
25. Blazer D, Hughes D, George LK. Stressful life events and the onset of a generalized anxiety syndrome. *Am J Psychiatry* 1987;144(9):1178-83.
26. Uhrlass DJ, Gibb BE. Childhood emotional maltreatment and the stress generation model of depression. *J Soc Clin Psychol* 2007;26(1):119-30.
27. Beck JS. Kognitív terápia: Kezdőknek és haladóknak. Budapest: Magyar Viselkedéstanulmányi és Kognitív Terápiás Egyesület; 1995/2002.
28. Warwick HM, Salkovskis PM. Hypochondriasis. *Behav Res Ther* 1990;28(2):105-17.
29. Sandin B, Chorot P, Santed MA, Valiente RM. Differences in negative life events between patients with anxiety disorders, depression and hypochondriasis. *Anxiety Stress Coping* 2004;17(1):37-47.
30. Ehlers A. Somatic symptoms and panic attacks: a retrospective study of learning experiences. *Behav Res Ther* 1993;31(3):269-78.
31. Faravelli C, Pallanti S. Recent life events and panic disorder. *Am J Psychiatry* 1989;146(5):622-6.
32. McCabe RE, Antony, MM, Summerfeldt, LJ, Liss A, Swinson RP. Preliminary examination of the relationship between anxiety disorders in adults and self-reported history of teasing or bullying experiences. *Cogn Behav Ther* 2003; 32(4):187-93.
33. Rapee RM, Spence SH. The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clin Psychol Rev* 2004;24(7):737-67.
34. Perczel Forintos D. Kognitív viselkedésterápia. Tematikus szám. *Psychiatr Hung* 1997;12(3).
35. Perczel Forintos D, Mórotz K. Kognitív viselkedésterápia. Budapest: Medicina; 2010.
36. Burns DD. The feeling good handbook. Plume: New York, NY; 1980.
37. Murray WE, Brian, J. C. . Perfectionism, stressful life events, and the 1-year outcome of depression. *Cogn Ther Res* 2005;29(5):541-53.
38. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory - 25 Years of Evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988;8(1):77-100.
39. Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *J Consult Clin Psychol* 2008;76(3):468-77.
40. Norton PJ, Barrera TL. Transdiagnostic versus diagnosis-specific cbt for anxiety disorders: a preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depress Anxiety* 2012;29(10):874-882.
41. Peeters F, Huibers M, Roelofs J, et al. The clinical effectiveness of evidence-based interventions for depression: A pragmatic trial in routine practice. *J Affec Disord* 2012; 14.
42. Schramm E, Hautzinger M, Zobel I, Kriston L, Berger M, Harter M. Comparative efficacy of the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy versus supportive psychotherapy for early onset chronic depression: design and rationale of a multisite randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2011;11:134.
43. Wiersma JE, van Schaik DJ, van Oppen P, et al. Treatment of chronically depressed patients: a multisite randomized controlled trial testing the effectiveness of 'Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy' (CBASP) for chronic depressions versus usual secondary care. *BMC Psychiatry* 2008;8:18.
44. Auerbach C, Beckerman NL. Locus of control and lupus: patients' beliefs, perspectives, and disease activity. *Social Work Health Care* 2012;51(7):613-26.
45. Horesh N, Rolnick T, Iancu I, et al. Coping styles and suicide risk. *Acta Psychiatrica Scand* 1996;93(6):489-93.
46. Margitics F. A depresszív élményfeldolgozás háttértényezői főiskolai hallgatóknál. *Mentálhigiéné Pszichoszomatika* 2005;6(3):197-230.
47. Margitics F. A diszfunkcionális attitűdök, megküzdési stratégiák és az attribúciós stílus összefüggése a szubklinikus depressziós tünetegyüttessel főiskolai hallgatóknál. *Mentálhigiéné Pszichoszomatika* 2005;6(2):95-122.
48. McCarthy CJ, Fouladi RT, Juncker BD, Matheny KB. Psychological Resources as Stress Buffers: Their Relationship to University Students' Anxiety and Depression. *J College Counsel* 2006;9(2):99-110.
49. Shikai N, Shono M, Kitamura T. Effects of coping styles and stressful life events on depression and anxiety in Japanese nursing students: a longitudinal study. *Int J Nurs Pract* 2009;15(3):198-204.
50. Suveg C, Hoffman B, Zeman JL, Thomassin K. Common and specific emotion-related predictors of anxious and depressive symptoms in youth. *Child Psychiatry Hum Devel* 2009;40(2):223-39.
51. Rózsa S, Purebl Gy, Susánszky É, Kő N, Szádóczky E, Réthelyi J, Danis I, Skrabski Á, Kopp M. A megküzdés dimenziói: A konfliktusmegoldó kérdőív hazai változata. *Mentálhigiéné Pszichoszomatika* 2008;9(3):217-41.
52. McCullough JP, Mccune KJ, Kaye AL, et al. Comparison of a community dysthymia sample at screening with a matched group of nondepressed community controls. *J Nerv Ment Dis* 1994;182(7):402-7.
53. BNO-10: A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása (10. revízió). Budapest: Népjóléti Minisztérium; 1995.
54. Perczel Forintos D, Ajtay Gy, Barna Cs, Kiss Zs, Komlósi S. Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2012.
55. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 1980;21(3): 219-39.
56. Kopp M, Fóris N. A szorongás kognitív viselkedésterápiája. Budapest: Végeken Sorozat, 1993.
57. Kopp MS, Skrabski Á, Szedmak S. Socioeconomic factors, severity of depressive symptomatology, and sickness absence rate in the Hungarian population. *J Psychosom Res* 1995;39(8):1019-29.
58. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consul Clin Psychol* 1988;56(6):893-7.
59. Paykel ES. Stress and life events. In: Davidson L, Linnoila M (eds.). Risk factors for youth suicide. New York, NY: Hemisphere; 1991.
60. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. A depresszió kognitív terápiaja. Budapest: Animula, 2000.
61. Yiend J, Savulich G, Coughtrey A, Shafraan R. Biased interpretation in perfectionism and its modification. *Behav Res Ther* 2011;49(12):892-900.
62. Flett GL, Hewitt PL, Blankstein KR, Gray L. Psychological distress and the frequency of perfectionistic thinking. *J Personal and Social Psychol* 1998;75(5):1363-81.