

A STRESSZ ÉS A COPING-STRATÉGIÁK HATÁSA A KEVERT DEPRESSZÍV-SZOMATOFORM TÜNETEK GYAKORISÁGÁRA HAZAI SERDÜLŐ POPULÁCIÓBAN

BÖDECS TAMÁS^{1*} – CSER KRISZTINA¹ – SÁNDOR JÁNOS²
– HORVÁTH BOLDIZSÁR³

¹PTE ETK Népegészségtani, Rekreációs és Egészségfejlesztési Intézet,
Védőnői Tanszék, Szombathely

³PTE ETK Népegészségtani, Rekreációs és Egészségfejlesztési Intézet,
Népegészségtani és Epidemiológiai Tanszék, Pécs

⁴PTE ETK Ápolás és Betegellátás Intézet, Szülésznői Tanszék, Szombathely

(Beérkezett: 2008. július 28.; elfogadva: 2008. október 29.)

Kutatásunkban a depresszív-szomatoform tünetek gyakoriságát vizsgáltuk a stressz, a stresszküzdő magatartásformák, valamint az önértékelés és a társas támogatás függvényében, hazai serdülő populációban. Demográfiai tényezőként az életkor és a nem szerepelt. *Hipotézisek:* Az átélt stressz fokozódása növeli, a magas önbecsülés, a nagyobb társas támogatás, valamint a problémamegoldó coping csökkenti a depresszív-szomatoform tünetek gyakoriságát. *Módszerek:* egy kisvárosi gimnázium teljes 14–18 év közötti korosztályából (201 fő) 183 fő (91%) töltötte ki az önkéntes, anonim, önkitöltős kérdőívünket (97 lány, 86 fiú). A depresszív-szomatoform tünetek gyakoriságát a Juhász-féle Neurózis Pontozó Skálával (JPNS), az átélt stressz mennyiségét a Rövid Stressz Kérdőívvel (Rahe), az önbecsülést Rosenberg, a társas támogatást Caldwell, a stresszel való megbirkózás típusait pedig Folkmann és Lazarus kérdőívvel mértük fel. A függő és független változók közötti kapcsolatot egy-, illetve többváltozós lineáris regresszióval, a nemi különbségeket F-próbával vizsgáltuk (SPSS 11.5). *Eredmények:* a depresszív-szomatoform tünetek gyakorisága alapján közepes szintű testi-lelki zavart jelzett a fiúk 22,1%-a, a lányok 32%-a, súlyos zavart pedig a fiúk 19,8%-a, a lányok 36%-a. A fiúk kevesebb panaszt (6,50 vs. 8,58 $p < 0,01$) és magasabb önbecsülést (29,94 vs. 27,09 $p < 0,01$) jeleztek, jellemzőbb volt rájuk az érzelmi indíttatású cselekvés ($p < 0,05$), míg a lányok nagyobb fokban törekedtek külső segítség megszerzésére ($p < 0,001$). Többváltozós elemzésünk alapján a pszichoszomatikus tünetek gyakoriságát az átélt stressz mennyiségén túl ($\beta: 0,586$ $p < 0,001$), a női nemhez tartozás ($\beta: 0,207$ $p < 0,001$), az életkor ($\beta: 0,116$ $p < 0,05$), és a problémaelemző coping magatartás növelte ($\beta: 0,183$ $p < 0,01$). Az önbecsülés és a társas támogatás nem bizonyult szignifikáns hatásúnak. Vizsgálatunkban egyetlen protektív tényezőt sikerült feltárni, a céltudatos cselekvés, mint a probléma-centrikus megközelítés egyik válfaja, szignifikánsan csökkentette a depresszív-szomato-

* Levelező szerző: Bödecs Tamás, PTE ETK Népegészségtani, Rekreációs és Egészségfejlesztési Intézet, Védőnői Tanszék, Szombathelyi Képzési Központ, 9700 Szombathely, Jókai út 14. E-mail: btamas@etk.pte.hu

form tünetek előfordulási gyakoriságát (β : -0,170 $p < 0,01$). *Következtetések:* Eredményeink alapján úgy véljük, hogy a serdülő populáció testi-lelki egészségvédelmének egyik kiemelt intervenciós lehetősége az őket ért stressz mennyiségének csökkentése, továbbá az adaptív stresszkezelő mechanizmusok kifejlesztése.

Kulcsszavak: stressz, depresszív-szomatiform zavarok, coping-stratégiák, önbecsülés

Hazánkban 2002-ben és 2006-ban került sor az Egészségügyi Világszervezet nemzetközi vizsgálatának keretében elvégzett Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása (HBSC) című kutatásra. 2002-ben 5958 tanulót vontak be a vizsgálatba, részben standardizált, átvett, részben önálló kérdőívekkel (Currie és mtsai 2001). A pszichoszomatikus tünetek gyakoriságát tizenkét szubjektív egészségi panasz elmúlt félévre vonatkozó előfordulási gyakoriságával mérték (naponta/hetente többször/kb. hetente/kb. havonta/ritkábban/soha). Az itt nyert adatok szerint 2002-ben a felső tagozatos általános iskolás, valamint a középiskolás populáció körében a fiúk 22,6%-a, a lányok 28,5%-a zavart hangulatot, míg a fiúk 18%-a, a lányok közel 30%-a depresszív hangulatot jelölt meg (Aszman 2003). Mindkét nemben, minden vizsgált korosztályban magas volt a kedvetlenség, idegesség, fáradtság előfordulási aránya. A pszichés tünetek közül az ingerlékenység a 9. és 11. osztályos lányoknál 24,9%-ban, illetve 27,1%-ban fordult elő, fiúknál ugyanezen korosztályokban ezek az értékek 18,1%-nak, illetve 14,8%-nak adódtak. A testi tünetek közül a fej-, gyomor-, és hátfájás gyakorisága a középiskolás korú fiúknál 10% alattinak, míg ugyanezen korú lányoknál 17-32% közöttinek adódott. Az alvászavar lányoknál a már említett két korosztályban 21%-os (9. osztály), illetve 18%-os (11. osztály) gyakorisággal fordult elő, fiúknál 11%-os, illetve 8-9%-os gyakoriságot detektáltak. A középiskolás lányok több mint fele, a fiúk kb. egyharmada több visszatérő tünetről számolt be. A 2006-ban végzett kutatás hasonló módszerekkel lényegében hasonló adatokat talált (Németh 2007). Összességében tehát elmondható, hogy a középiskolások megdöbbentően magas százaléka szenved testi-lelki tünetektől, depresszív-szomatiform zavaroktól.

A kevert depressziós, szomatiform zavarok egyik legismertebb háttértenyezője a krónikus stressz (van Praag 2004). A fokozott fenyegetettség, az állandósuló stressz emeli a vérnyomást és a pulzust, növeli a szív munkáját. Ez az ún. „feedforward” jelenség, mikor is a kardiális válaszok megelőlegezik az izomzat működtetéséhez szükséges fokozott vérellátást akkor is, ha később a fokozott izommunka nem következik be (Kopp 1997). A pulmonális válasz (hörgtágulat, hiperventiláció) következménye az artériás pCO_2 csökkenése, mely viszont az erek szűkületéhez vezet. Az

érszűkület nyomán fellépő hipoxia, a hiperventiláció miatti hipokapniával karöltve a szív oxigenizációjának romlását vonja maga után, szélsőséges esetben koronária-spazmust eredményezhet (Ley 1987, idézi Kopp és Skrabski 1995). Hipotalamikus hatásra az ACTH termelés, majd ennek következményeként a cortisol-termelés fokozódik (Kammerer és mtsai 2006). A portális és perifériás keringő zsírsav szint megemelkedik, a triglicerid emelkedik, a HDL-koleszterin csökken. A szerotoninerg rendszer zavara miatt emelkedett fibrinogénszint, fokozott trombocita-aggregáció, ezek nyomán fokozott véralvadás, trombóziskészség lép fel (Kopp 2003). Martin Seligman (1965) modellje szerint a megoldatlan stressz-szituációhoz kapcsolódó ún. „tanult tehetetlenség” (tulajdonképpen magatartásbeli depresszió) a hippocampus CA 3,4 sejtek károsodásához vezet (Kopp 2003). Összességében a krónikus stressz a következményes hormonális és vegetatív idegrendszeri változásokon keresztül depresszióhoz, testi tünetekhez, tartós fennállás esetén szervi elváltozásokhoz, egészségkárosodáshoz vezet (Kopp 1997; van Praag 2004). A magzati korban átélt krónikus anyai stressz hosszú távú károsító hatását is számos tanulmány látszik igazolni (O'Connor és mtsai 2005; Hope 2007).

Az állatokkal szemben az emberi stressz kezelésében különös jelentősége van az egyes helyzetek minősítésének, annak, hogy mit tekintünk károsnak, elfogadhatatlannak (Roesch és mtsai 2002). A stresszhatásokra adott biológiai reakció eredeti értelme a helyzettel való megbirkózás. Az állatvilágban ennek két nyilvánvaló formájával találkozunk, ez a menekülés illetve a harc (“fight or flight”). Bár ezek a formák az emberi válaszok között is felbukkanhatnak, alapvetően mégsem ebben rejlik a legfontosabb különbség a humán választípusok között. Az emberi megküzdés (coping) alapvetően probléma-, vagy érzelemcentrikus lehet. Akik döntően az előbbi formát alkalmazzák, kevésbé depressziósak a stressz alatt és után (Kopp és Skrabski 1995). A problémacentrikus stresszkezelés voltaképpen adaptív magatartásbeli válasz, lényege, hogy az egyén a számára nehéz helyzetben magát a szituációt próbálja megváltoztatni. Ez természetesen feltételezi a helyzet objektív értékelését, elemzését, a döntéshozó-képességet, majd pedig a céltudatos tevékenységet (Kopp 2005).

Az érzelemlámpontú stresszfeloldás célja az érzelmi egyensúly helyreállítása. Hátránya, hogy a kiváltó alaphelyzeten nem változtat, így a stressz forrása alapvetően megmarad. Mégsem tekinthető mindig és mindenkor maladaptív válasznak. Egyrészt az érzelmi feszültség csökkentése alapfeltétele a problémamegoldó megközelítésnek is, másrészt a valóban megváltoztathatatlan szituációkban (tárgyvesztés, gyász, kényszerhelyzetek) ez az egyetlen lehetséges eszköz. Ilyenkor az egyetlen megoldás a helyzet érzelmi vagy kognitív átstrukturálása (ennek csodálatos irodalmi példája

Mark Twain *Tom Sawyer kalandjai* c. regényében a kerítés festéséről szóló közismert jelenet). Akkor válik maladaptív, ha eluralkodik, ha alapvetően ez lesz az egyén megszokott stresszoldó eljárása, s ezzel a problémák örökös megkerüléséhez, visszahúzódáshoz vezet.

A legveszélyesebb maladaptív, viselkedésbeli válasz, amikor valaki az érzelmi egyensúlyát evéssel, ivással, gyógyszerzedéssel, dohányzással, drogszedéssel igyekszik helyreállítani. Kopp és Skrabski egyetemista fiatalokat vizsgálva a lányok körében igen szoros, többirányú összefüggést állapítottak meg az önkárosító magatartás, a pszichés funkciózavarok, az öngyilkossági kísérletek és az érzelmi, nem adaptív konfliktusmegoldási módok között. A dohányzás, mint a legelterjedtebb önkárosító magatartás, kapcsolatban volt a jövő reménytelenségével, az életcélok hiányával és az „evés, ivás, gyógyszerfogyasztás nehéz élethelyzetben” elnevezésű maladaptív érzelmi coping stratégiával. Ugyanakkor a dohányzás erősen korrelált több más rizikófaktorral, így az alkoholfogyasztással, mozgásszegény életmóddal, magas zsírfogyasztással és a kevés alvással (Kopp és Skrabski 1995).

A krónikus stressz és a vele járó fiziológiai elváltozások, továbbá az önkárosító magatartási tendenciák természetesen a gyakorlatban nem válnak ennyire szét, egymással bonyolult kölcsönhatásban állnak. Mindkettőben meghatározó motívum az adaptív viselkedés beszűkülése. Kopp Mária szerint „az egészséges magatartás tehát nem egyszerűen jó vagy rossz szokás, szoktatás kérdése, mint az egészséges életmódot propagáló kampányok gyakran hirdetik, hanem alapvetően az életcélok és a megfelelő konfliktuskezelési, megbirkózási stratégiák eredménye” (Kopp és Skrabski 1995, 189).

Az eddig tárgyalt két humán coping-forma mellett az utóbbi időben elkülönülni látszik egy harmadik, a támogatás keresése (Kopp 2005). Világszerte megfigyelhető tendencia, hogy a nők, illetve a tradicionális társadalomban élők gyakrabban fordulnak másokhoz támogatásért, és körükben a krónikus stressz okozta testi-lelki zavarok ritkábban fordulnak elő. Még szembeötlőbb ennek az ellentettje, a férfiak és a magányosok esendőbbek voltak. A társas támogatás pszichoszomatikus tünetképzésre gyakorolt hatását igazolta Kopp és Skrabski. A 20 év alatti fiatalok körében végzett vizsgálatukban a szülői támogatás elégtelensége volt a legfontosabb tényező a depresszió, neurotikus tünetek hátterében (Kopp és Skrabski 2001).

A fenti tényekből kiindulva vizsgálatunkban a depresszív-szomatiform tünetek gyakoriságát vizsgáltuk a stressz, a stresszkuzdó magatartásformák, valamint az önértékelés és a társas támogatás függvényében, középiskolás populáció körében. Demográfiai tényezőként az életkor és a nem szerepelt.

Hipotéziseink szerint az átélt stressz fokozódásával a kevert depresszív-szomatofom zavarok gyakorisága növekszik, míg az önbecsülés és a társas támogatás növekedése, valamint a problémamegoldó coping-mechanizmusok ellenkező hatásúak, azaz csökkentik az említett testi-lelki zavarok gyakoriságát.

MÓDSZEREK

Minta

A vizsgálat színhelyül egy földrajzilag széles felvevő területtel (13 falu) rendelkező kisvárosi gimnáziumot választottunk. Az iskolai vezetés engedélyével 201 fő, 14–18 év közötti tanuló kapott felkérést az önkitöltött kérdőív kitöltésére, az anonimitás és az önkéntesség maximális szem előtt tartásával. A vizsgálatban való részvételt 183 fő vállalta (91%), valamilyen technikailag hibátlanul, minden kérdésre válaszoltak, így 183 kérdőív képezte az adatbázisunkat.

Vizsgálati eszközök

Kérdőívünkben az életkor (betöltött életév) és a nem meghatározása mellett öt, nemzetközileg ismert, standardizált, validált kérdőívet alkalmaztunk. A fiatalok önbecsülését Rosenberg önbecsülés-kérdőívvel mértük, a 10 kérdésre 1–4-ig terjedő skálán válaszoltak (Rózsa és mtsai 2006). A társas támogatást a Caldwell-féle kérdőív magyar nyelvű változatával mértük, 0–3-ig terjedő skálán (Kopp és Berghammer 2005). Értelemszerűen (válaszadóink demográfiai paramétereire alkalmazkodva) kérdőívünkben a házastársi, élettársi támogatásra vonatkozó tételt kihagytuk.

A stresszel való megbirkózás típusait Folkmann és Lazarus kérdőívének 16 tételes, magyar nyelvű változatával tártuk fel (Kopp és Berghammer 2005). A magyar nyelvű változat faktorelemzése (a külföldi felmérésekhez hasonlóan) hét faktort tárt fel, melyek a problémaközpontú, az érzelemközpontú és a támogatást kereső coping-formákat reprezentálják (Kopp és Skrabski 1995). Problémaközpontú megközelítésnek tekinthető a „problémaelemzés” és a „cél tudatos cselekvés” faktor, érzelemközpontúnak az „érzelmi indíttatású cselekvés”, az „alkalmazkodás”, az „érzelmi egyensúly keresése” és a „visszahúzó hatás” faktor. Támogatást kereső megoldás, értelemszerűen, a „segítségkérés” faktor.

A középiskolások által átélt stressz mennyiségét a Rahe-féle Rövid Stressz Kérdőív 26 tételes magyar nyelvű változatával (Purebl és mtsai

2003) míg a körükben előforduló hangulati, testi-vegetatív funkciózavarokat a Juhász-féle Neurózis Pontozó Skálával (JNPS) mértük (Juhász és mtsai 1978; Kopp és Skrabski 1995). Választásunkat az indokolta, hogy az alvászavarokat, szomatikus (fejfájás, szív-, gyomortáji fájdalom) és depresszív tüneteket egyaránt tartalmazó skála hazánkban hosszú időn át, széles körben használatos volt, továbbá, hogy rövid és egyszerű, ami a vizsgált populáció együttműködésének elnyerése céljából alapvető szempontunk volt. Ily módon a hazánkban kevésbé használatos, a depressziós és testi tüneteket külön blokkban felvevő külföldi kérdőívek (pl. PRIME-MD PHQ) (Spitzer és mtsai 2000; Kelly és mtsai 2001) használatát e területen mellőztük.

Adatainkat SPSS (11.5) programmal dolgoztuk fel, a folytonos változók közötti kapcsolatokat egy-, illetve többváltozós lineáris regresszióval, a nemek közti különbségeket varianciaanalízissel, illetve t-próbával teszteltük. (Szignifikanciaszintünk $p < 0,05$.)

EREDMÉNYEK

Mintánk 53%-a lány (97 fő). Válaszadóink valamennyien 14–18 év közöttiek, a fiúk átlagéletkora 16,45 év (SD = 1,01), a lányoké 15,94 év (SD = 1,1), a fiúk szignifikánsan idősebbek (t-próba, $p < 0,001$). A fiúk 12,8%-a, a lányok 19,6%-a nagyfokú, a fiúk 38,4%-a, a lányok 43,3%-a igen nagy fokú stresszszintet jelzett! A depresszív-szomatiform zavarok gyakorisága alapján közepes szintű zavart jelzett a fiúk 22,1%-a, súlyos zavart pedig 19,8%-a, ugyanezen értékek lányoknál 32%-nak és 36%-nak adódtak. Mintánkat tehát magas stressz-szint és a pszichoszomatikus tünetek nagyfokú gyakorisága jellemezte.

Az egyes skáláinkon kapott válaszok nemi különbségeit F-próbával értékeltük. Az összes bevont változó (önbecsülés, társas támogatás, stresszszint, depresszív-szomatiform tünetek gyakorisága és a stresszküzdés hét alskálája) közül négyben mutatkozott szignifikáns különbség (1. táblázat).

Látható, hogy a fiúk önbecsülése magasabb, mint a lányoké, és kevésbé jellemzőek rájuk a szomatiform-depresszív tünetek. A fiúkra jellemzőbb az érzelmi indíttatású cselekvés, viszont kevésbé kérnek másoktól segítséget, mint a lányok. Nem mutatkozott viszont különbség a két nemben az átélt stressz és a társas támogatás vonatkozásában.

A továbbiakban a függő változónk (depresszív-szomatiform tünetek) és a független változóink közötti összefüggéseket páronként, lineáris regressziószámítással teszteltük (2. táblázat). Táblázatunkban a szignifikancia-

1. táblázat. Nemi különbségek az egyes skálákon kapott válaszokban
(n.s. = nem szignifikáns)

	Fiúk átlag- pontszáma (szórás)	Lányok átlag- pontszáma (szórás)	p
Önbecsülés	29,94 (6,31)	27,09 (4,81)	<0,001
Depresszív-szomatiform zavarok	6,50 (3,82)	8,58 (3,91)	<0,001
Érzelmi indíttatású cselekvés	3,73 (2,94)	2,80 (2,07)	<0,05
Segítségkérés	1,69 (0,96)	2,31 (1,19)	<0,001
Társas támogatás	5,51 (1,78)	5,95 (1,72)	n.s.
Problémaelemzés	3,40 (1,44)	3,62 (1,26)	n.s.
Céltudatos cselekvés	4,31 (2,05)	4,15 (1,78)	n.s.
Alkalmazkodás	4,98 (1,94)	4,77 (1,72)	n.s.
Érzelmi egyensúly keresése	1,34 (0,98)	1,53 (1,14)	n.s.
Visszahúzódás	2,21 (1,71)	2,37 (1,39)	n.s.
Stressz-szint	10,48 (4,62)	11,39 (4,47)	n.s.

szint (p), és a standardizált regressziós koefficiens (standard-béta) mellett feltüntettük az R^2 értékét is, mely az egyváltozós modell magyarázóerejét jelzi.

A 2. táblázatból látható, hogy a kevert hangulati-testi zavarok gyakoriságát legnagyobb mértékben a stressz-szint határozta meg ($R^2 = 0,391$): a stressz növekedtével a kevert zavarok gyakorisága növekedett. Az egyes

2. táblázat. Független változóink és a kevert depresszív-szomatiform zavarok összefüggései (egyváltozós lineáris regresszió; n.s. = nem szignifikáns)

	R^2	Standard-béta	p
Önbecsülés	0,122	-0,349	<0,001
Visszahúzódás	0,072	0,269	<0,001
Stressz-szint	0,391	0,625	<0,001
Problémaelemzés	0,038	0,194	<0,01
Érzelmi indíttatású cselekvés	0,036	0,190	<0,01
Segítségkérés	0,027	0,164	<0,05
Céltudatos cselekvés	0,014	-0,119	n.s.
Alkalmazkodás	0,011	-0,104	n.s.
Érzelmi egyensúly keresése	0,002	-0,047	n.s.
Társas támogatás	0,005	-0,074	n.s.
Életkor	0,004	0,063	n.s.

3. táblázat. A stressz-szint, az önbecsülés és a társas támogatás összefüggései

Függő változó	Független változó	R ²	Standard-béta	p
Stressz-szint	Önbecsülés	0,125	-0,354	<0,001
Stressz-szint	Társas támogatás	0,027	-0,165	<0,05
Önbecsülés	Társas támogatás	0,023	0,151	<0,05

coping-formák közül a problémaelemzés, az érzelmi indíttatású cselekvés, a segítségkérés és a visszahúzódnak növelte a szomatiform-depresszív tünetek gyakoriságát, míg a magas önbecsülés csökkentette. A társas támogatás és az életkor nem rendelkezett szignifikáns befolyásoló erővel. Korábbi táblázatunk alapján pedig már tudjuk, hogy a női nem szintén növeli a kevert zavarok előfordulási esélyét.

A továbbiakban az eredetileg független változónak szánt négy változónk, a stressz-szint, a társas támogatás, az önbecsülés és az életkor közötti összefüggéseket tártuk fel, ugyancsak egyváltozós lineáris regressziószámítással (3. táblázat).

Az életkor egyik változóra sem volt szignifikáns hatással. A másik három változónk viszont –igaz, kicsi magyarázóerővel – kapcsolatban állt egymással. A nagyobb társas támogatottság magasabb önbecsüléssel járt együtt, és mindkettő csökkentette az átélt stressz szintjét.

4. táblázat. A depresszív-szomatiform zavarok gyakoriságát meghatározó többváltozós lineáris regressziós modell

	Korrigált-R ²	Standard-béta	p
Stressz-szint	0,387	0,586	<0,001
Nem	0,037	0,207	<0,001
Problémaelemzés	0,012	0,183	<0,01
Céltudatos cselekvés	0,023	-0,170	<0,01
Életkor	0,010	0,116	<0,05
Teljes modell	0,469		<0,001

A modellből kimaradt változók:

	Standard-béta	p
Önbecsülés	-0,060	0,346
Társas támogatás	-0,004	0,944
Érzelmi indíttatású cselekvés	0,088	0,137
Alkalmazkodás	-0,102	0,087
Szükségkérés	0,083	0,150
Érzelmi egyensúly keresése	-0,015	0,786
Visszahúzódnak	-0,030	0,627

Végül független változóinknak a kevert depresszív-szomatiform zavarokra kifejtett együttes hatását kívántuk tesztelni, többváltozós lineáris regressziószámítással. Hogy a független változóink közötti esetleges multikollinearitás zavaró hatását kiszűrjük, az önbecsülés, társas támogatás, stressz-szint skáláiból, az életkorból, valamint a stresszküzdés hét alskálájából korrelációs mátrixot készítettünk. A Pearson-korrelációs együtthatóink $-0,354$ és $0,439$ közöttinek adódtak, sehol meg nem haladva a $0,7$ -es határértéket, azaz változóink között multikollinearitás nem fordult elő. Így utolsó lépésként a fentebb felsorolt változóinkat, a nemmel kiegészítve, független változókként, forward módszerrel léptettük be a többváltozós lineáris regressziószámításba. Eredményeinket a 4. táblázat szemlélteti.

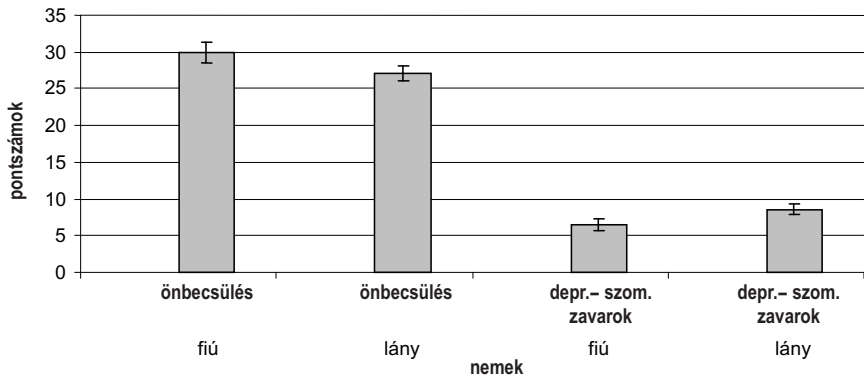
Modellünk a függő változó varianciájának csaknem a felét magyarázza ($R^2 = 0,469$). A többi változó hatásának kontrollálása mellett is a kevert testi-lelki tünetek gyakoriságára legerősebb hatással a stressz-szint volt, a magasabb stressz-szint emelte a gyakoriságot. Szignifikáns hatású volt még az életkor, a problémaelemző stresszküzdés, és a női nem, mindegyik pozitív irányú korrelációt mutatott a függő változókkal. A depresszív-szomatiform zavarok gyakoriságát egyetlen tényező csökkentette szignifikáns mértékben, ez pedig a céltudatos cselekvés volt.

KÖVETKEZTETÉSEK

Vizsgálatunkban a várt eredmények mellett számos meglepő összefüggés is feltárulkozott. Mindjárt a nemek közötti különbségek kapcsán szembeötlő, hogy míg a fiúk és a lányok által átélt stressz mennyiségében nem mutatkozott szignifikáns különbség, addig a depresszív-szomatiform zavarok gyakoribbak voltak a lányoknál. Azaz a stressz hatása nem önmagában meghatározó, egyéb tényezőknek is szerepe van. Az 1. táblázat alapján kézenfekvőnek tűnik az a magyarázat, hogy a fiúk magasabb önbecsülése állhat a háttérben (1. ábra). Ugyanakkor azonban a fiúknál gyakoribb a kevésbé adaptív érzelmi indíttatású cselekedet, és a lányoknál gyakoribb az adaptív tartott segítségkérés.

Nem volt meglepő viszont a stressz-szint, az önbecsülés és a társas támogatás összefüggése. A nagyobb társas támogatottság magasabb önbecsüléssel járt együtt, és mindkettő csökkentette az átélt stressz szintjét.

Vizsgálatunkban a legérdekesebb módon a kevert depresszív-szomatiform zavarok gyakoriságát meghatározó független változóink viselkedése alakult. Első lépésben a varianciaanalízis igazolta a „nem” szignifikáns szerepét. Az egyszerű, kétváltozós regressziószámítással négy megküzdési típus, a problémaelemzés, az érzelmi indíttatású cselekvés, a segítség-

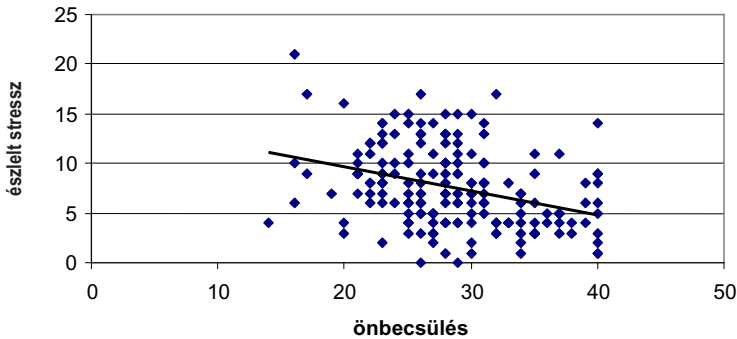


1. ábra. Az önbecsülés és a depresszív-szomatiform zavarok nemi különbségei

kérés és a visszahúzódnak növelte a szomatiform-depresszív tünetek gyakoriságát, míg a magas önbecsülés csökkentette. Legerősebb, pozitív irányú hatással pedig az átélt stressz mennyisége rendelkezett (3. ábra). Meglepő módon azonban többváltozós modellünkben az önbecsülés kihullott, csakúgy, mint a négyből három megküzdési típus, így az eredeti, szignifikáns hatású változókból csupán a nem, a stressz-szint és a problémaelemző megközelítés maradt a színen. Belépett viszont a modellünkbe két új változó, az életkor és a céltudatos cselekvés. Többváltozós modellünk szerint tehát azok hordoznak több depressziós-szomatiform tünetet, akikben az átélt stressz szintje magas, akik a női nemhez tartoznak, akikre jellemző a problémaelemző coping, viszont nem jellemző a céltudatos cselekvés, valamint akik idősebbek.

Az eredmények alakulása számos kérdést vet fel. A fiúk magasabb önértékelésűek, és közöttük ritkább a szomatiform-depresszív tünetek előfordulása, de a többváltozós modell szerint nem azért, mert magasabb az önbecsülésük, hanem pusztán a nemük miatt. Ez felveti a biológiai tényezők szerepét. Hasonlóan zavarba ejtő az életkor szerepe. Kézenfekvő magyarázat lenne, hogy az életkor növekedésével a feladatok is sokasodnak, és emelkedik az átélt stressz szintje, ám látható, hogy az életkor szerepe a stressz-szint kontroll alatt tartásával is szignifikáns maradt, sőt addig nem is lett szignifikáns a hatása, amíg a többi változót kontroll alá nem vettük.

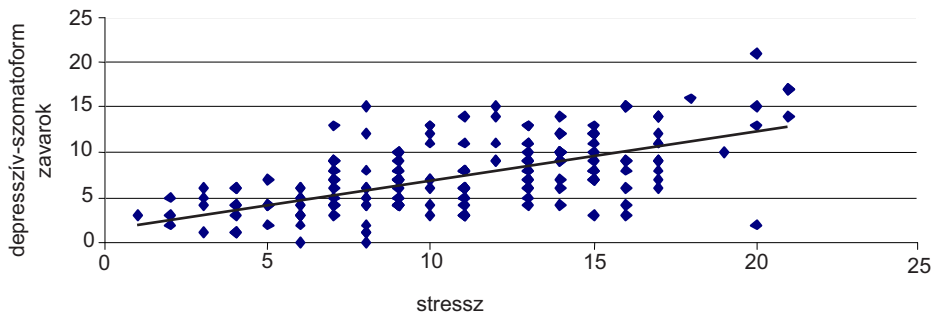
Az egyes coping-stratégiák szerepe is meglepően alakult. A bevezetőben már említettük, hogy a szakirodalom szerint a problémaközpontú coping csökkenti a depressziós tünetek gyakoriságát. Vizsgálatunk azonban éppen a problémaközpontú copingnak tekinthető faktorok, a problémaelemzés és a céltudatos cselekvés szerepét tárta fel, csak épp ellenkező előjellel. A problémaelemző megközelítés növelte, a céltudatos cselekvés pedig csök-



2. ábra. Az önbecsülés és az éztelt stressz összefüggése

kentette a depressziós-szomatiform tünetek frekvenciáját. A fenti jelenség egyik lehetséges értelmezése, hogy igazán hasznos, stresszcsökkentő hatása a helyzet tényleges megváltoztatását eredményező céltudatos cselekvésnek van, a problémaelemzés csak annyiban hatásos, amennyiben a céltudatos cselekvést előmozdítja. Ha nem, azaz az egyén megreked az elemzés stádiumában (rágódik a problémán), akkor ez, visszajára fordulva, inkább növeli a stressztünetek gyakoriságát.

Vizsgálatunk eredményeit a hipotéziseinknek megfelelően az alábbiakban összegezhetjük. Első hipotézisünk igazolódott, az átélt stressz mennyiségének növekedésével a depresszív-szomatiform zavarok gyakorisága növekedett. Többváltozós elemzésünkben az önbecsülés és a társas támogatás ez irányú szignifikáns hatását azonban nem sikerült igazolni. A probléma-centrikus coping-forma szerepe is ellentmondásosan alakult. Az ezt alkotó két faktor közül a probléma-elemzés növelte, a céltudatos cselekvés pedig csökkentette a depressziós-szomatiform tünetek frekven-



3. ábra. Az átélt stressz és a depresszív-szomatiform zavarok gyakoriságának összefüggése

ciáját. Az érzelmentrikus coping-forma és a társas támogatás keresése nem volt szignifikáns hatású.

Mintánkat magas stressz szint és a pszichoszomatikus tünetek jelentős gyakorisága jellemezte. A depresszív-szomatiform zavarok gyakorisága alapján közepes szintű testi-lelki zavart jelzett a fiúk 22,1%-a, és a lányok 32%-a, súlyos zavart pedig a fiúk 19,8%-a, és a lányok 36%-a. A pszichoszomatikus tünetek gyakoriságát az átélt stressz mennyiségén túl növeli még a női nemhez tartozás, az életkor és a probléma-elemző coping-magatartás. Vizsgálatunkban egyetlen protektív tényezőt sikerült feltárni, a céltudatos cselekvést, mint a probléma-centrikus megközelítés egyik változatát, ami szignifikánsan csökkentette a depresszív-szomatiform tünetek előfordulási gyakoriságát.

Vizsgálatunknak természetesen számos korlátja is van. Felmérésünket egy átlagos magyarországi vidéki kisváros középiskolájában végeztük. Bár valamennyi tanulót igyekeztünk elérni, 9% nem válaszolt. A relatíve kis esetszámon túl további limitáció tehát, hogy a nem válaszolókról nincs adatunk. A keresztmetszeti vizsgálat felépítéséből fakadóan nem garantálható, hogy a vizsgált expozíciók egyáltalán megelőzték-e a kimeneti változónkat, vagy azokkal egyidejűleg álltak fenn. Mindezek ellenére eredményeink feltehetően szélesebb körben általánosíthatók. Adataink egybevágnak a bevezetőben említett HBSC-vizsgálatok eredményeivel, azaz a hazai középiskolás populáció igen magas stressz-szintet jelez, körükben a testi-, és hangulati zavarok igen gyakoriak. Vizsgálatunk alapján úgy véljük, hogy a serdülőkorú populáció testi-lelki egészségvédelmének egyik kiemelt intervenció lehetősége lenne az őket ért stressz objektív csökkentése mellett a megfelelő coping-stratégiák kifejlesztése. Vizsgálatunkban egyedül a céltudatos cselekvés mutatkozott ez irányban hatásosnak. Kutatásunk felveti a nem és az életkor szerepe kapcsán egyfajta biológiai determináció létét, ennek igazolására további átfogó, multidiszciplináris szemléletű vizsgálatok szükségesek.

Irodalom

- Aszman A. (2003): *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., Smith, R. (2001) *Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC). Research Protocol for the 2001/2002 Survey*. Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU). University of Edinburgh.
- Hope, J. (2007): Stress in mothers affects unborn babies. <http://www.womennutrition.org/2007/6142>

- Juhász P., Kopp M., Veér A. (1978): Módszer a neurózis szűrővizsgálatához. *Ideggyógyászati Szemle*, 31: 292–299.
- Kammerer, M., Taylor, A., Glover, V. (2006): The HPA axis and perinatal depression: a hypothesis. *Arch. Womens Ment. Health*, 9: 187–196.
- Kelly, R. H., Russo, J., Katon, W. (2001): Somatic complaints among pregnant women cared for by obstetricians: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *Gen. Hosp. Psychiatry*, 23: 107–113.
- Kopp M. (1997): A reménytelenség szerepe a betegségek létrejöttében, ennek jelentősége a mai magyar társadalomban. *Kórház*, 4 (3): 4–10.
- Kopp M. (2003): Magatartástudomány és orvoslás a XXI. Században. *Magyar Tudomány*, 11: 1352.
- Kopp M. (2005): A megbirkózás, az adaptív attitűdök és a társas támogatás orvosi pszichológiai jelentősége. In Kopp M., Berghammer R.: *Orvosi pszichológia*. Medicina, Budapest, 299–306.
- Kopp M., Berghammer R. (2005): Függelék. In Kopp M., Berghammer R.: *Orvosi pszichológia*. Medicina, Budapest, 576–577.
- Kopp M., Skrabski Á. (1995): *Magyar lelkiállapot*. Végeken Alapítvány, Budapest.
- Kopp M., Skrabski Á. (2001): A házasság és a család válságának újraértelmezése a mai magyar társadalomban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 3. 12 (1–2): 5–18.
- Németh Á. (2007): *Serdülő fiatalok egészsége és életmódja*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest.
- O'Connor, T., Ben-Shlomo, Y., Heron, J., Golding, J., Adams, D., Glover, V. (2005): Prenatal anxiety predicts individual differences in cortisol in pre-adolescent children. *Biol. Psychiatry*, 58 (3): 211–217.
- Purebl Gy., Rózsa S., Kopp M. (2003): A Rövid Stressz Kérdőív kifejlesztése és pszichometriai jellemzőinek előzetes adatai. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7 (3): 217–224.
- Roesch, S. C., Weiner, B., Vaughn, A. A. (2002): Cognitive approach to stress and coping. *Curr Opin Psychiatry*, 15 (6): 627–632.
- Rózsa S., Nagybányai Nagy O., Oláh A. (2006): A pszichológiai mérés alapjai. Budapest Bölcsész Konzorcium. URL:<http://mek.oszk.hu/05500/05536> 2008.03.31.
- Spitzer, R., Williams, J., Kroenke, K., Hornyak, R., McMurray, J. (2000): Validity and utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ) in assessing 3000 Obstetric Gynecology patients: the PRIME_MD PHQ Obstetric Gynecology study. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 183: 759–769.
- van Praag, H. M. (2004): Can stress cause depression? *Progress in Neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 28 (5): 891–907.

BÖDECS, TAMÁS – CSER, KRISZTINA – SÁNDOR, JÁNOS –
HORVÁTH, BOLDIZSÁR

**THE EFFECT OF STRESS AND COPING STRATEGIES ON
THE FREQUENCY OF MIXED DEPRESSIVE-SOMATIC
SYMPTOMS IN THE HUNGARIAN ADOLESCENT
POPULATION**

The effects of stress, coping strategies, self-esteem and social support on the frequency of depressive-somatic complaints have been studied in the Hungarian teenage-adolescent population (14–18 yrs). Demographic variables were age and gender. *Hypotheses:* Higher stress level is associated with more depressive-somatoform complaints while the frequency of these complaints is reduced by the increasing levels of self-esteem, social support, and problem-solving coping approach. *Methods:* The whole population between 14–18 years (No. of students: 201) of a rural secondary school were approached to participate in our study. 183 of them (91%) answered our voluntary, anonymous, self-administered questionnaire. (97 girls, 86 boys). We utilized the Juhász Neurosis Scale (JPNS) to assess the frequency of depressive-somatoform complaints, the Rahe Brief Stress Inventory to assess stress-level, the Rosenberg, Caldwell, and Folkmann-Lazarus questionnaires to measure self-esteem, social support and the ways of coping. Associations between our dependent and independent variables were examined by uni- and multivariate linear regression while gender differences in our variables were assessed by one-way-ANOVA (SPSS 11.5). *Results:* Analysis of the frequency of depressive-somatic symptoms revealed that 22,1% of boys and 32% of girls had moderate, while 19,8% of boys and 36% of girls had severe somatoform-depressive disorders. Boys showed a higher level of self-esteem (29,94 vs. 27,09 $p < 0,01$), emotional acting approach ($p = 0,014$), had fewer depressive-somatic complaints (6,50 vs. 8,58 $p < 0,01$), while girls tended to seek for social support more frequently than boys ($p < 0,001$). Results of multivariate regression analysis indicate that a higher frequency of psychosomatic complaints was related to higher stress level ($\beta: 0,586$ $p < 0,001$), problem-analyzing coping approach ($\beta: 0,183$ $p < 0,05$), female gender ($\beta: 0,207$ $p < 0,001$) and higher age ($\beta: 0,116$ $p < 0,05$). Self-esteem and social support had no significant effect. We only revealed one protective factor, problem solving approach as a form of problem-centered strategy reducing significantly the number of depressive-somatic symptoms ($\beta: -0,170$ $p < 0,01$). *Conclusions:* Our results indicate that reduction of stress and developing new adaptive coping strategies in adolescents would be a possible effective intervention for promoting somato-mental health of this population.

Keywords: stress, depressive-somatoform disorders, coping strategies, self-esteem