

Hogyan élhetünk egészségesen a traumák
árnyékában?

Bevezetés	3
1.Témafelvetés.....	4
2.Egészség	5
2.1 Az egészség elméletek	5
2.2 Pszichés jóllét	6
3.Trauma:.....	8
3.1 Trauma és krízis.....	8
3.2 Megküzdés a traumával	13
3.2.1 Érzelemszabályozás	14
3.2.2 Gondolat elfojtás	18
3.2.3 Szomatizáció	18
4. A kutatás	20
4.1 Kérdésfeltevés / hipotézisek	20
4.2 A kutatás bemutatása	21
4.2.1. Korai Trauma kérdőív (ETI)	22
4.2.2 Érzelmi nehézségek kérdőív (ÉNK).....	23
4.2.3. Pszichés jóllét kérdőív (PJK)	24
4.2.4. Pennebaker-féle tünetlista (PILL)	25
4.2.5. Gondolat elnyomás kérdőív (WBSI).....	25
4.3 Eredmények és azok értékelése	26
5. Következtetések és javaslatok	29
Összefoglalás	30
Hivatkozás	32

Bevezetés

Ha meghalljuk a szót „trauma”, általában egy súlyos betegségre, megrázó életeseményre gondolunk először, aminek az elszenvedője segítségre, támogatásra szorul. Mindenki él át traumákat, kríziseket élete során. Ezek váratlan életesemények, melyek az egyén biztonságát fenyegetik, felborítják megszokott életvitelét, sértik önértékelését és megrendítik biztonságos világba vetett hitét (Hajduska, 2008).

A trauma hatására a személy régi életvitelét nehéz tudja folytatni, alkalmazkodnia kell új, a negatív életesemény hatására fellépő kellemetlen tünetekhez, melyek csak nehezen múlnak el. A megküzdésben fontosak lehetnek egyéni (mint az érzelmek helyes felismerése és megfelelő időben való kifejezése) és egyénen kívüli (támogató családi és baráti környezet) tényezők is. A trauma feldolgozása hónapokat, éveket is igénybe vehet. Néha azonban megfigyelhetjük, hogy valaki egy traumatikus helyzetre nem úgy reagál, ahogy „elvárnák”, és látszólag vagy valóban könnyen túl tud lépni a megrázó eseményeken (Herman, 2003).

1.Témafelvetés

A traumát átélők vizsgálatával már több szerző is foglalkozott. Herman, Van der Kolk és előtük még számos kutató vizsgálta a háborúból hazaérkező katonákat, akik hónapokkal, évekkel a háború megrázó eseményei után napközben, vagy akár éjszaka rémálmok formájában újra élték ezeket. Említettek megerőszkolt nőket is, akik szorongást éltek át ha erőszaktevőjükhöz hasonló embereket láttak az utcán vagy az étteremben. Mindannyian megrázó életeseményt éltek át és később is szenvedtek ennek hatásától, de a tünetek a legtöbb esetben megszűnnek. Felmerül a kérdés, mik lehetnek azok a protektív faktorok, melyek megakadályozzák a negatív életesemények további mentális egészségromboló hatását (Herman, 2003)?

Felmerül a kérdés, mi lehet annak a háttérében, hogy valaki az események pszichés súlya alatt összeroppan, míg mások hasonló helyzetben talpon tudnak maradni és mindenféle egészségügyi probléma nélkül élik tovább életüket? Mik lehetnek azok a protektív tényezők, melyek trauma hatására működésbe lépnek és megvédik az egyént a súlyosabb következményektől?

Vizsgálatunkat először az egészség és a trauma általunk használt fogalmainak konkretizálásával kezdjük, meghatározzuk a pszichés jóllét fogalmát. Quoidbach és munkatársai azt találák, hogy a pozitív érzelmek kifejezése növeli psziché jóllétünket (Quoidbach, Berry, Hansenne és Mikolajczak, 2010), ezért fontosnak tartottuk az érzelemszabályozási képességek vizsgálatát, mint a pszichés jóllétet növelő, ezáltal a traumával való megküzdést segítő tényezőt. A traumával való megküzdés egy másik lehetséges módját tárta fel Andreski és munkatársai, amikor a poszt-traumás stressz szindróma egyik kísérő jeleként figyelték meg a szomatizációt, mint a megküzdés egy negatív formáját (Andreski, Chilcoat és Breslau, 1998). A szomatizáció mellett a traumával való megküzdés egy negatív módja az emlékek és gondolatok tudatos elnyomása (Geraerts és McNally, 2007). Vizsgálatunkban ezen tényezők jelentőségét tekintjük át traumát átélő, egészséges populáción.

2.Egészség

2.1 Az egészség elméletek

Amikor feltesszük a kérdést, mi is az egészség, különböző válaszokat kapunk. Maga az „egészség” szó is az egész-ségre, a jó erőben lévő és boldoguló emberre utal, arra, hogy az egészség a személyiség egészét, épségét, hibátlanságát vagy jóllétét jelenti (Naidoo és Wills, 1999). A hétköznapi értelmezésben megkülönböztethetjük a negatív és a pozitív megközelítést. A negatív megközelítés kapcsán Naidoo és Wills úgy jellemzik az egészséget, mint a betegség vagy kórállapot hiányát (1999), de hasonló megközelítéssel találkozunk a magyar értelmező szótárban is: „az egészség egyenlő az életműködés zavartalanságával, illetve a szervek betegség nélküli állapotával” (1985). A pozitív megközelítés ezzel szemben nem hiányról, hanem valaminek a meglétéről beszél (Naidoo és Wills, 1999).

Az egészség laikus megfogalmazásával többen is foglalkoztak. Herzlich (1973, idézi Naidoo és Wills, 1999, 15) párizsi középosztálybelik véleményét kérdezve azt találta, hogy háromféle módon írják le az egészséget: szerintük ez a betegség hiányával jellemezhető állapot, olyan belső erő, mely megakadályozza az egészség megrendülését és olyan állapot, mely a lehetőségek maximális elérését segíti (Herzlich, 1973). Williams (1983, idézi Naidoo és Wills, 1999, 15) idős emberek csoportját vizsgálva azt találta, hogy szerintük az egészség a szervezet épségét és a nehézségekkel való megküzdést segítő belső erők által meghatározott. Blaxter (1990, idézi Naidoo és Wills, 1999, 16) a nemek között is különbségeket vélt felfedezni: a férfiak inkább a pozitív, míg a nők a negatív oldalról közelítik meg az egészség definícióját (Naidoo és Wills, 1999).

A WHO megfogalmazásában „Egészségen tökéletes fizikai, szellemi és szociális jóllétet értünk, s nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiányát” (2006). Eszerint az egészséget nem csupán a testi, biológiai, szervezeti (orvosi) működés alkotja, hanem a lelki, szellemi (önkiteljesülés, belsőbéke, párkapcsolat) és a szociális (társas környezeti) "jólét" is. Ezek alapján az egészség egyfajta holisztikus személete érvényesül, ami az egészséget, mint bio-pszicho-szociális alkalmazkodási készséget tárgyalja. Az egészség különböző dimenzióit különíthetjük el: fizikai, pszichológiai, spirituális, szociális. A fizikai a testi, a mentális a gondolkodási és döntéshozatali készségeket jelenti, az érzelmi egészségen az érzelmek megfelelő kifejezését és az érzelmi tudatosságot értik. A szociális egészség azt jelenti, hogy az egyén megfelelően integrálódik a társadalomba. A lelki egészség a morális és vallási

alapelvek figyelembe vételét jelenti. A dimenziók között megjelenik a szexuális egészség is, mely azt jelenti, az egyén saját szexualitását képes elfogadni és megfelelően ki tudja fejezni. Beszélhetünk még társadalmi és környezeti egészségről is. Előbbi az egyén és a társadalmi struktúra kapcsolatát vizsgálja, míg utóbbi szerint a környezet egészségre gyakorolt hatása a minket körülvevő fizikai valóságon keresztül érvényesül (Naidoo és Wills, 1999). A WHO definícióban is már megjelenik egy sokat támadott fogalom, a jóllét. Vizsgálatomban a szubjektíven megélt egészségességet a pszichés jólléttel párhuzamban tárgyalom.

2.2 Pszichés jóllét

A pszichés jóllét tárgyalásakor figyelembe kell vennünk a pozitív és negatív hatásokat valamint az étellel való elégedettséget. Bradburn (1969) megpróbálta különválasztani a pozitív és negatív hatásokat. Kutatásának célja az volt, hogy megfigyelje az egyének élethelyzetére ható különböző szociális változások - mint például az iskolai végzettség, az urbanizáció vagy a politikai feszültségek - és az egyének által szubjektívan megélt pszichés jóllét közötti kapcsolatot. Központi kérdésként felmerült, mi legyen az a mérce, ami elkülöníti az „élet nehézségeit”, tehát mi számít nehézségnek és mi nem. Mivel ezt elég nehéz meghatározni, ezért Bradburn és munkatársai úgy döntöttek, hogy inkább az események eredményére, a boldogságra koncentrálnak. Arisztotelész „Nicomachian Ethics”-ére (1947, idézi Bradburn, 1969, 6) hivatkoztak, mely szerint a legjobb dolog, melyet az ember cselekedetei által elérhet a boldogság. Ezek után a boldogságra úgy tekintettek, hogy ez az, ami a pozitív és negatív hatások közötti megteremti az egyensúlyt. Kísérletekkel bizonyították, hogy a pozitív állapotokra vonatkozó kérdések nem jósolják be a negatív állapotokra vonatkozó kérdések válaszait. Végeredményben azt a következtetést vonták le, hogy a pozitív és a negatív életesemények a pszichés jóllét különböző dimenzióit képezik, közöttük az egyensúlyt a boldogság teremti meg (Bradburn, 1969).

Ryff (1989) a pszichés jóllét meghatározása során azt mondja, a boldogság csak egy részét alkotja mentális egészségünknek, de más tényezők - mint például az étellel való elégedettség vagy önmagunk ismerete – is hatással vannak rá. Előtte már sokan próbálták definiálni a pszichés jóllét fogalmát (Andrews & Withey, 1976; Bradburn, 1969; Bryant & Veroff, 1982), ő mégis úgy véli, ezek a próbálkozások valójában a pozitív pszichológiai működésről írtak és nem a pszichés jóllétről. Véleménye szerint ez a folyamat jóval

összetettebb, mint azt előtte gondolták, így elméletének megalkotása során különböző dimenziókat különített el, melyek a személyiség fejlődésében fontos szereppel bírnak. A Ryff által elkülönített dimenziók a következők: autonómia, környezet feletti hatalom, személyes fejlődés, pozitív kapcsolatok, célok az életben és önfogadás (a faktorok részletes elemzésére a módszerek részben visszatérek). Összességében a pszichés jóllét nem más, mint az egyén erőfeszítése saját tökéletesedésére, mely a benne rejlő lehetőségek kiaknázását jelenti számára (Ryff, 1989).

Az egészség mellett azonban szólnunk kell a másik oldalról, a traumákról is.

3.Trauma:

3.1 Trauma és krízis

A trauma eredetileg sebet, sérülést vagy sokkot jelent. A klinikai irodalomban a 'traumatikus esemény' kifejezés gyakori és a 'trauma' szó gyakran szolgál ezen események szinonimájaként. Ámde az események önmagukban nem traumatikusan, inkább az adott személyre kifejtett hatásuk teszi őket azzá (Van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2006).

A trauma széleskörű értelmezéssel bír a nagyon tág megfogalmazásoktól (ahol szinte minden traumának tekinthető) az egészen konkrét meghatározásokig. A DSM-IV, vagy az Amerikai Pszichiátriai Társaság konkrét definíciót ad a poszttraumás stressz-zavar (PTSD) meghatározására. E szerint a szerint traumának nevezzük, ha a személy olyan eseményt élt át, vagy volt tanúja, amelyben valóságos, vagy fenyegető haláleset, súlyos sérülés vagy a saját vagy mások testi épségének veszélyeztetése valósult meg, és a személy erre intenzív félelemmel, tehetetlenséggel vagy rémülettel reagált (DSM-IV TR, 2001).

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) meghatározása alapján a trauma „a mindennapi emberi tapasztalatok körén kívül eső esemény”. Ezekre a történésekre az alábbiak jellemzőek:

- meghaladják az egyén mindennapi alkalmazkodási képességeit
- a testi integritást fenyegeti
- erőszakkal valamint a halállal való szembekerülés lehetősége
- intenzív félelem, kiszolgáltatottság, kontrollvesztés, megsemmisülés fenyegetésének érzése
- Hosszú távú változások a fiziológiai működés, érzelem, gondolkodás és emlékezet területén (disszociáció)

Mindennapi megfogalmazásban gyakran a megfigyelő szempontjából értékeljük és „traumatikusnak” minősítünk nehézségeket vagy tragikus eseményeket. Nem mindegy azonban, ki hogyan él át adott eseményeket, ezért fontos, hogy az átélt nézőpontjából közelítsük meg a traumát. Ugyanaz az esemény a különböző emberek számára nem feltétlenül traumatikus, az eseményekhez kapcsolódó élmény azonban ugyanaz lesz, ha traumaként élik meg azokat – bármilyen eseményről legyen szó és bárki szenvedti azt el. Továbbá

megállapítható, hogy ami a külső szemlélő számára traumának látszik, az az átélő szempontjából tekintve lehet, hogy csak „az utolsó csepp a pohárban”, minden, addig traumatikusnak nem gondolt élményt a felszínre hoz és ezek együttesen okozzák a problémát (Mitchell, 1999).

Van der Kolk szerint a lényeges különbség egy feszültséggel teli de normál esemény és a trauma között az az érzés, hogy a végeredmény megváltoztatásában tehetetlen az átélő. Ilyen például, amikor az emberek fizikai fogságban vannak, vagy segélykérésük süket fülekre talál. A pszichés trauma ismétlődő események eredménye. Mindaddig, amíg az emberek úgy érzik, hogy az események felett minimális kontrollal bírnak, megőrzik józan eszüket. Az áldozatok akkor élnek át félelmet és szorongást, amikor realizálják, a katasztrófa elkerülhetetlen. Mindezek mellett sok trauma túlélő – az erőszak és kínzás áldozatait is beleértve – szemtől szembe találja magát az emberi gonosszal: látják, hogyan lel élvezetet egy ember mások megalázásában és szenvedésében. Az életveszélyes fenyegetés hatására fellépő tehetetlenség érzése visszahúzódot, érzéketlenséget, zavartságot, sokkot vagy elmondhatatlan rettegést válthat ki az átélőből. Minél tovább tart a traumatikus esemény, annál valószínűbb, hogy az átélő disszociációval reagál a feldolgozhatatlan történésekre (van der Kolk, 2002).

Herman (2003) is egyetlen zavar helyett állapotok spektrumaként gondolkodik a traumára adott reakciókról, mely a maguktól elmúló, rövid stresszreakcióktól a hosszan tartó, ismétlődő traumáig terjed. Úgy véli, a poszttraumás stressz zavar (PTSD) akkoriban használt diagnózisa sem írja le tökéletesen a traumát átéltek viselkedését, reakcióit környezetükre. Az okot abban látja, hogy a jelenlegi diagnosztikus kritériumokat olyan eseteket vizsgálva írták le, ahol a traumatikus esemény jól körülhatárolható, például háborús bevetés, természeti katasztrófa vagy a nemi erőszak. A hosszantartó, ismétlődő trauma (gyerek- vagy partnerbántalmazás) túlélőinél a tünetkép ennél sokkal bonyolultabb. A hosszantartó erőszak következtében jelentős személyiségváltozások tapasztalhatóak, ilyenek például az identitás és kötődés különféle torzulásai. A PTSD akkori meghatározása nem tér ki se a hosszantartó, ismételt trauma tüneti megjelenéseire, se a fogság során létrejövő személyiségváltozásokra. Hermann ezért egy új elnevezés bevezetését javasolta. Szerinte az ismételt és hosszantartó trauma által kiváltott tünetegyüttest a „komplex poszttraumás stressz zavar” (komplex posttraumatic stress disorder) elnevezés írná le leginkább. Traumakoncepciójában Herman már megemlíti az érzelemszabályozás módosulásait is, melyek szerint olyan tényezőkben nyilvánulnak meg, mint a perzisztens diszfória, a krónikus öngyilkossági késztetés, az

önbántalmazás, a robbanékony vagy rendkívül gátolt düh, illetve a kényszeres vagy gátolt szexualitás (Herman, 2003).

Bakó (2009) traumakoncepciója szerint, ez egy olyan megrázó esemény hatására bekövetkezett reakció, amikor az egyén az egyensúly visszaállítására régi problémamegoldási módjaival nem képes, fenyegetettséget él át, a megsemmisülés érzésének nyomása alatt az én szétesik és nem képes a védekezés mechanizmusainak megfelelő irányítására, az emlékek darabokra hullanak (az emlékezet így tartja távol a sokkoló emlékeket), a dezintegráció állandóvá válik a lelki fájdalom miatt, a személy elveszettséget él át az idői és téri dimenzió megváltozása miatt, az önpusztítás, mint a helyzetből való menekülés lehetősége felerősödik. A traumatikus események lehetnek hirtelen bekövetkezők, de lehetnek hosszan tartóak is. „A traumatikus történet tovább él, de nem a self részeként, nem is annak kontrollja alatt, hanem a traumatikus emlékből született, traumatikus elvárások révén fenyegetett mibenlétében, a veszélyt hordozó jövő projekciójában” (Bakó, 2009).

A kognitív megközelítés szerint az egyén az önmagáról, másokról és a világról korábban kialakított sémákkal és attitűdökkel vesz részt a traumatikus helyzetben. A trauma olyan jelentős esemény, melyet nem lehet figyelmen kívül hagyni, de a korábbi mentális reprezentációkkal nem összeegyeztethető, ezért nem egyszerű a korábbi élmények közé beilleszteni. A kognitív megközelítés szerint a traumát követő pszichológiai állapot jelentős mértékben függ a traumát megelőző egyéni hiedelmekkel, valamint ezek negatív esemény utáni változásával (Mórotz, Perczel Forintos, 2006).

Ehlers és Clark szerint maradandó PTSD csak akkor jöhet létre, ha a traumatizáló eseményt a személy úgy tudja feldolgozni, hogy az fenyegetettség érzését okozza. Véleményük szerint ehhez a rossz feldolgozáshoz két fontos tényező vezet: az egyik a trauma és következményeinek értékelésében fennálló egyéni különbségek, a másik pedig az események csatolása az önéletrajzi emlékekhez. Az első tényezőben megfigyelhetjük, hogy a traumatikus esemény értékelése aktuális fenyegetettség érzéséhez vezethet, például az egyén túlzottan általánosíthat, és elkerülő magatartással ezt a negatív képet fogja megerősíteni. A trauma következményeinek értékelésekor a személy arra a következtetésre juthat, hogy rossz irányba változott fizikai vagy pszichés értelemben. Például azt hiheti, elveszítette a gondolatai feletti irányítást és ez okozza az emlékbetöréseket. Ez félelemmel tölti el, hiszen nem tudja,

mikor törnek rá az emlékek. Előfordulhat, hogy a környezet tapintatos hallgatását úgy értelmezi, hogy a többiek nem foglalkoznak vele, nem érdekli őket a problémája. Ez a másoktól való elidegenedéshez vezethet. A traumatizáló esemény emlékképei a fenyegetettség érzését erősíthetik. Az emléketörések a trauma újból átélésére kényszerítenek, amikor azonban a személy fel akarja idézni a traumát, csak részleteket, emléktöredékeket talál. A traumatikus esemény nehezen illeszthető be az önéletrajzi alapmemóriába. Az élettörténeti események feldolgozása és tárolása jelentés szerint történik, így könnyen felidézhetőek a fontos dolgok. Ehlersék szerint a traumatikus események nem tárolódnak megfelelően (inkább szabadulni akar tőle a személy), ezért akaratlagos felidézésük problémát okoz. Alacsony kódolásuk miatt fizikailag hasonló ingerek könnyen aktiválják az emlékeket, ez okozza az emléketöréseket (Mórotz, Perczel Forintos, 2006).

Véletlenszerűen előforduló események is lehetnek traumatikusak. Ilyenek a természeti- és ember által előidézett katasztrófák, az érzelmi katasztrófák, de ide tartoznak a különböző anyagi krízisesemények is (kirabolják, csőd, munkahely elvesztése). Ezeknek az akcidentális kríziseknek lényeges eleme a tárgyvesztés: érzelmileg kitüntetett személy, tárgy, érzés, ügy, egészség stb. elvesztése. A veszteségek halmozódhatnak krízishelyzetekben, így fokozva a veszély erősségének, érzelmi kitüntetettségének mértékét és megváltoztatva a megélő reakcióját. A krízist kiváltó események váratlanul sújtanak le a veszteség, veszély és kudarc érzését okozva. Amikor megtörténnek, érzelmileg nagyon jelentősek a személy számára, kihangsúlyozhatják kiszolgáltatottságát, tehetetlenségét, megkérdőjelezhetik biztonságérzetét és fokozzák szorongását. Jellemző, hogy a bekövetkező negatív események halmozottan fordulnak elő ezzel oly mértékben megterhelve az egyént, hogy számára az általában használt konfliktusmegoldó problémák nem elérhetőek. Ilyenkor a problémamegoldás más módjaihoz kell fordulni, hogy a feszültség megszűnjön (Hajduska, 2008).

Anna Freud (1936, idézi Hajduska, 2008, 27) dolgozta ki az én belső egyensúlyának helyreállítását végző énvédő mechanizmusokat. Úgy vélte, az én számára elfogadhatatlan események, történések különböző elhárító mechanizmusok segítségével nem kerülnek a tudatba. Például a fájdalom, a szorongás, az agresszió gyakran azért nem kerülnek a tudatba adott pillanatban, hogy racionálisan és a helyzetet megoldó módon tudjunk gondolkodni. Ezek a mechanizmusok segítik a belső harmóniát, megvédik az ént, de rontó hatással is

lehetnek, amennyiben akadályozzák a valósággal való szembenézést. Ilyenek például az elfojtás, a tagadás vagy a projekció (Hajduska, 2008).

Lazarus (1966, idézi Oláh, 2005) bevezette a „coping” fogalmát, melyet a megterheléssel való szembenézésre, megküzdésre használt. Ezek célja az elhárítómechanizmusoktól eltérően nem a belső, érzelmi impulzusok elkerülése, hanem a külvilág eseményeinek – mint a stressz, trauma vagy a veszély – a leküzdése. „A megküzdés minden olyan törekvés, stratégia, megoldási konstrukció (akár kognitív, akár viselkedéses), amely a stressz leküzdését, a frusztrációt jelentő helyzet megoldását, a harmónia visszaállítását célozza” (Lazarus 1966, idézi Oláh, 2005).

A megküzdést csoportosíthatjuk aszerint, hogy a személy a probléma megoldására koncentrálnak vagy a helyzethez kapcsolódó érzelmeket akarja csökkenteni. Előbbi problémaközpontú, utóbbit érzelempontú megküzdésnek nevezzük. Problémaközpontú megküzdés során a személy a konfliktus megoldására koncentrálnak, felméri a problémát, a helyzetet és a lehetséges megoldásokat. Mérlegeli az előnyöket, hátrányokat, majd kiválasztja és végrehajtja a rendelkezésére álló lehetőségek közül a helyzetnek legmegfelelőbbet. Az, hogy mit alkalmaz a személy, a jellemzőitől, tapasztalataitól és intellektuális adottságaitól függ (Atkinson, 1999, idézi Hajduska, 2008, 28). Az érzelempontú megküzdés célja a személy megóvása a „destruktív indulatoktól és érzelmektől”. A heves érzelmi reakciót kiváltó események gátolhatják a probléma megoldására irányuló stratégiákat. A személy úgy érezheti, adott helyzetben tehetetlen és kiszolgáltatott. Ilyen esetekben az érzelempontú megküzdési stratégiák a negatív érzelmek csökkentésére, megszüntetésére irányulnak. Lehetnek adaptívak vagy károsak. Például a stresszel való megküzdés adaptív módja a sportolás, figyelemelterelés, káros módja viszont az evés vagy droghasználat (Hajduska, 2008).

Vizsgálatunkban a Korai Trauma Kérdőívet (Early Trauma Inventory [ETI]) használtuk, mely olyan akcidentális krízisekre kérdez rá, melyek a mindennapokban előfordulhatnak. Ilyen például a halállal való szembesülés, természeti katasztrófa túlélése vagy a túlságosan stresszes munka. A kérdőív részletes tárgyalása a „Kutatás bemutatása” részben található.

Ehring és Quack (2010) trauma túlélőket vizsgáltak az érzelemszabályozási képességeik mentén és azt az eredményt kapták, hogy a PTSD tüneti szinten kapcsolatot

mutat (a) a csökkent érzelmi tudatossággal, (b) a negatív érzelmek elfogadásának alacsony szintjével, (c) a célvezérelt viselkedés distressz alatti fenntartásával és impulzuskontroll nehézségekkel valamint (d) az érzelemszabályozási stratégiák nem megfelelő használatával (Ehring és Quack, 2010).

3.2 Megküzdés a traumával

Traumás reakció kialakulásáról akkor beszélhetünk, amikor az egyéni cselekedetek kudarcot vallanak. Amikor a menekülés vagy a küzdelem nem lehetséges, a helyzetet azonban meg kell oldani, az egyéni önvédelmi rendszer működése felborul, túlterhelődik. A traumatikus események változásokat eredményeznek a gondolatok, érzelmek, a fiziológiai arousal és az emlékezet területén, mely változások hosszú távon fennmaradhatnak. Szélsőséges esetben a traumatikus események szétfelbontják a rendes körülmények között egységes funkciókat, felborítva ezzel a normál működést, disszociatív állapotokat hozva létre. Megeshet, hogy a traumatizálódó erős érzelmeket él meg, de nem emlékszik pontosan a traumatikus eseményre, vagy mindenre emlékszik, de az emlékekhez nem kapcsolódnak érzések. Az is előfordulhat, hogy teste, minden ok nélkül folyamatos készenléti állapotban van. Folyamatosan menekülésre kész áll a személy, hogy az esetlegesen megismétlődő traumát elkerülje (Herman, 2003).

A traumatikus helyzetet átélők gyakran megpróbálják elkerülni vagy kontrollálni a trauma ismételt átélésével fenyegető helyzeteket. Ez adott eseményhez kapcsolódik, valamint ahhoz, hogy adott személy milyen módot választ az elkerüléshez illetve irányításhoz. Gyakran azonban ezek a próbálkozások visszajára fordulnak és épp ellentétes hatást keltenek. Az egyik ilyen a gondolatelnyomás, ahol a traumát átélő igyekszik nem gondolni az eseményre, ezzel azonban azt éri el, hogy mind gyakrabban fog rá gondolni (Mórotz és Perczel Forintos, 2006).

Herman (2003) szerint a mindennapos trauma elszenvedői a negatív esemény ismétlődő átélésének elviselésére a rendelkezésükre álló védekező mechanizmusokat használják. Leggyakoribb a disszociáció és a gondolat elnyomás. A gondolat elnyomás jelenség egyik legnyugtalanítóbb problémája az az, hogy az egyén maga dönt tudatosan arról, hogy elnyom egy gondolatot. Egy gondolat elnyomása egyszerre kívánja meg az egyéntől, hogy tudatosan tervezze, hogy elnyomja a gondolatot, valamint a terv véghezvitele során az elnyomni

szándékozott gondolat minden megjelenési formáját nyomja el, beleértve az eredeti, azaz a gondolat elnyomására irányuló tervet is. Így a gondolat elnyomás úgy tűnik, hogy egyszerre igényli a gondolatról való tudást és a gondolatról való nem tudást (Herman, 2003).

A következő részben azokat a tényezőket tekintem át, melyek segíthetnek a trauma feldolgozásában és a személyiség integráltságának megtartásában. Az érzelemszabályozás egy tanult protektív faktor, mely megfelelő működése esetén segít az érzelmek helyes megélésében, felismerésében és elfogadásában. A gondolatok elnyomása az érzelemszabályozás deficitjeiből eredő védekezés (Geraerts és McNally, 2007). A fel nem ismert, fel nem dolgozott, a személy számára kellemetlen, nyomasztó érzelmek zavaróak, a mindennapi életvitelt zavarhatják. A legegyszerűbb ezekről tudomást se venni, így nem kell szembenézni adott hiányosságokkal, problémákkal. Az elfojtott problémák, fel nem dolgozott érzelmek azonban nem tűnnek el teljesen; valamilyen kerülőúton mindig visszatálnak a felszínre. Ez leggyakrabban valamilyen betegség, tünet formájában jelenik meg. A szomatizációt elfojtott pszichés tartalmak fizikai megjelenési formáiként tárgyalom, és feltételezem, a traumából származó, feldolgozhatatlan, elfojtott érzelmek testi tünetek formájában jelenik meg (Andreski és munkatársai, 1998).

3.2.1 Érzelemszabályozás

Régebbi kutatások is bizonyítják az érzelemszabályozás és a PTSD közötti kapcsolatot. Az abúzust elszenvedő gyerekeknél dezorganizált kötődési minták alakulnak ki, melyek következtében nem működnek az önmegnyugtató stratégiák ezért patológiás önszabályozó viselkedések jelennek meg (van Der Kolk és Fisler, 1994; Lewis, 1992; Lyons-Ruth, 1991; Ehring és Quack, 2010). A korai és tartósan bekövetkező traumák befolyásolják az érzelmek intenzitásának szabályozására való képességet (Walker, Katon, Neraas, Jemelka és Massoth, 1992; Saxe, Chinman, Berkowitz, Hall, Lieberg és Schwartz, 1994).

A fenti kutatások eredményei alapján feltételeztük, hogy az érzelemszabályozás fontos szerepet tölthet be a traumával való megküzdésben, ezért mi sem hagytuk ki vizsgálatunkból. Az alábbiakban az érzelmek meghatározásait és az érzelemszabályozást tekintjük át.

Funkcionista nézőpontok az érzelmek fontosságát hangsúlyozzák a válaszkész viselkedés létrehozásában, a döntések meghozatalának irányításában, a fontos események

memóriában való rögzülésének elősegítésében és az interperszonális interakciók megkönnyítésében. Azonban az érzelmek árthatnak is a segítség mellett, például amikor rossz időben vagy nem megfelelő intenzitásban jelentkeznek. Mielőtt továbbmehetnénk, tisztáznunk kell, mit is nevezhetünk érzelmenek? Mi az, ami ha jelen van garantálja, hogy valami érzelmmé válik (Gross, 2007)?

Gross (2007) szerint az érzelmeknek három fő meghatározója van:

- Először is érzelmek akkor jelentkeznek, amikor az egyén olyan szituáció előtt áll, melyet relevánsnak lát céljai eléréséhez. Ez a cél lehet tartós vagy ideiglenes, lehet tudatos vagy tudattalan, komplikált vagy egyszerű. Bármilyen legyen is a cél és bármilyen legyen is a helyzet fontosságának eredete, a lényeg, hogy a személy számára jelentőséggel bír, ezért érzelmet vált ki belőle. Ahogy az idő előrehaladtával a jelentőség változik, úgy változik a hozzá kapcsolódó érzelem is.
- Másodszor az érzelmek sokoldalú szerepet játszanak teljes testi működésünk szabályozásában (mint például az egyéni tapadztalás vagy a viselkedés [Mauss et al., 2005]). A hétköznapi kontextusban hajlamosak vagyunk az érzéseket összekeverni az érzelmekkel (legjellemzőbb ez gyerekkorban, illetve amikor egy érzelmmel először találkozunk és megfogalmazása testi szinten egyszerűbb).
- Harmadszor a teljes rendszeri változások, melyek az érzelmekhez köthetőek, ritkán kötelezőek. Tény, hogy lehet kényszerítő hatásuk, vagyis megzavarhatják azt, amit éppen csinálunk és a tudatunkba tolakodhatnak. Igaz, az érzelmeknek gyakran versenyezniük kell más, az érzelmek megjelenésének színteréül is szolgáló szociális mátrixban megjelenő válaszokkal. Az érzelmeknek ezen aspektusa a legfontosabb az érzelemszabályozás szempontjából, mert ez az a tulajdonság, mely az érzelemszabályozást lehetővé teszi (Gross, 2007).

Érzelmeink kifejezése egy fontos képességünk, nem mindegy azonban, mikor, milyen formában és milyen intenzitással történik meg ez a kifejezés. Fontos érzelmeink késleltetése és a szituációhoz illő érzelem kiválasztása is. Ebben segít érzelemszabályozásunk.

Az érzelemszabályozás lehet tudatos, vagy tudattalan, automatikus vagy kontrollált (Frijda, 1986; Gross, 2007).

Thompson (1994) szerint az érzelemszabályozás az érzelmek dinamikájának változását okozza. Meghatározása szerint az érzelemszabályozás olyan külső és belső folyamatokat tartalmaz, melyek feladata az érzelmi reakciók ellenőrzése, értékelése és módosítása, különös tekintettel intenzitásukra és időbeliségükre a személy céljainak elérése érdekében (Thompson, 1994). A definícióban megtalálhatóak az érzelemszabályozás olyan jellegzetességei, mint például az érzelmek visszatartása, az érzelmi arousal csökkentése. Az érzelemszabályozás egyfajta énvédő mechanizmusként is funkcionálhat, így védve elménket az adott pillanatban fel nem dolgozható eseményekre adott érzelmi válaszok terhétől (Thompson, 1994).

Thompson (1994) szerint a szabályozás a következő aspektusok mentén megy végbe:

- Először is az érzelmek az információfeldolgozás szintjén módosulnak. Az érzelmileg megterhelő információ új értelmezést nyer, mely elfogadható az egyén számára. Ez olyan elhárító mechanizmusokra hasonlít, mint a projekció, tagadás, racionalizálás, elfojtás.
- Másodszor pedig az érzelmek szabályozása nemcsak a külső információ módosításában, hanem a belső érzések átértelmezésén keresztül is végbe megy. Így például előadás előtt a heves szívdobogást, szájszárazságot vagy szédülést úgy értelmezi az egyén mint egy természetes reakciót, a közönség előtt való szereplés velejáróját és nem úgy, mint a lámpaláz jeleit (Thompson, 1994).

Fonagy és munkatársai az érzelemszabályozás képességének kialakulását a korai anya gyermek kapcsolatra vezették vissza. Elméletükben úgy vélték, az érzelemszabályozás az első életévekben alakul ki az érzelmi és személyiségfejlődés során. Az anya és a csecsemő egy komplex bioszociális rendszert alkotnak, melyben a csecsemő biztonságos körülmények között sajátítja a későbbiekben szükséges készségeket és képességeket, mint amilyen az érzelemszabályozás képessége is. A csecsemő első éveiben kiszolgáltatott, az anya gondoskodására van utalva, saját érzelmeit is az anyán keresztül sajátítja el. Ebben nagy szerepe van az anya tükröző funkciójának, hiszen ebben a korai időszakban a csecsemő még nem képes szabályozni az őt elárasztó testi és érzelmi ingereket. Optimális esetben az anya ezt a hiányt megfelelő tükrözéssel pótolja. A csecsemő a megjelenő ingereket testi szinten tudja megélni, így ezek megjelennek viselkedésében. Az anya ezeket adott helyzethez kapcsolva felismeri, megérti és a megfelelő érzéseket tükrözi. Ennek során az érzelmeket felnagyítva

fejezi ki, nem úgy, ahogy a saját érzéseit fejezné ki, így a gyerek le tudja választani ezeket az anyáról. Így a kisgyermek képes lesz arra, hogy a saját belső állapotát és a külső, megjelenő érzelmet összekapcsolja és sajátjának élje meg. Ha az anya érzelemszabályozási képességei megfelelőek, a gyerek képes lesz internalizálni ezeket (Fonagy, Gergely, Jurist, Target, 2002).

Előfordulhat, hogy az anya valamilyen okból nem képes az érzelemtükröző funkció megfelelő kivitelezéséhez. Ilyenkor jellegzetes pszichopatológiai kép alakul ki. Az egyik ilyen a *perceptuális jelöltség hiánya*, mely során az anya nem képes a gyermekéhez tartozóként megjelölni a visszatükrözött érzelmet. Saját belső, megoldatlan konfliktusai megakadályozzák abban, hogy a gyermek érzelmi megnyilvánulásait tartalmazza és megfelelően reagáljon rájuk. A gyermek megjelenő érzései még inkább fokozzák negatív hangulatát. Ennek eredményeként megfelelően fog reagálni a gyerek érzéseire, de ezek nem választódnak le az anyáról, így a gyerek nem tudja saját érzelmi állapotának tulajdonítani őket. Úgy érzi, megjelenő érzései zavaróak a szülő számára, ezért kifejezhetetlenek, megélhetetlenek. Saját negatív állapota ezáltal nőni fog, így ez a hibás szülői tükrözési forma a megnyugtató helyett traumatizációhoz is vezethet (Fonagy és mstai, 2002).

Gratz és Roemer (2004) egy olyan kérdőív megalkotására törekedtek, mely önbeszámoló módszerrel az érzelemszabályozás jellegzetes aspektusaira kérdezik rá, így vizsgálhatóvá téve a jelenséget. Szerintük az érzelemszabályozás következő aspektusait különböztethetjük meg:

- az érzelmek tudatosságának és megértésének (érzelmi tisztaság) képessége,
- az érzelmek elfogadása,
- az impulzív viselkedések kontrollja és a vágyott célok irányába mozgás, negatív érzelmek megtapasztalása esetén (impulzuskontroll és a célvezérelt viselkedés fenntartása),
- szituációsan megfelelő érzelemszabályozó technikák rugalmas használata az érzelmi válaszok modulációja érdekében azért, hogy az egyéni célok és a szituációs követelmények egybeesjenek (ehhez szükség van az érzelemszabályozó stratégiákhoz való hozzáférésre) (Gratz és Roemer, 2004, idézi Kökönyei, 2008, 54).

3.2.2 Gondolat elfojtás

Freud az elfojtást a legfontosabb és legalapvetőbb elhárító mechanizmusnak tartotta. Az elfojtás során a nem kívánatos gondolatokat, túl ijesztő vagy fájdalmas impulzusokat és emlékeket kizárjuk a tudatunkból. Freud szerint olyan gondolatoktól próbálunk megszabadulni, melyek nem összeegyeztethetőek én-fogalmunkkal, szégyent, büntudatot, önvádat vagy szorongást okoznak. Az elfojtás tudattalanul megy végbe. Freud úgy vélte, az elfojtás ritkán tökéletes, az elfojtott impulzusok a tudattalanból időnként átkerülhetnek a tudatosba, ezzel problémákat okozva az egyén működésében. Ilyenkor a személy újabb elhárító mechanizmusokat használ, hogy megszabaduljon a szorongástól, melynek nem tudja az okát. A gondolatok elfojtásának gyakori alkalmazása kimeríti a testet, hiszen aktív figyelmet igényel az újra és újra visszatérő gondolatok elfojtása. A test kimerülését pedig akár szomatikus tünetek is jelezhetik (Atkinson, 2005).

Tehát nem egyszerű felejtésről, hanem egy aktív folyamatról van szó. Mivel az elfojtott tartalmak a tudattalanból folyamatosan megpróbálnak bejutni a tudatba, ezért nem egyszeri, hanem egy állandó készenlétet igénylő folyamatról van szó. Ha azonban ennek fenntartása szorongást okoz, sokszor csak neurotikus tünetekkel szabadulhatunk meg tőle. Súlyosabb lelki zavaroknál az elfojtás mellett megjelenhet a hasítás és a disszociáció is. Sokszor egyszerűbb úgy elviselni a történeteket, hogy kellemetlen érzelmi tartalmukat lehasítjuk és nem veszünk róluk tudomást (Pfitzner, 2008).

3.2.3 Szomatizáció

Freud szerint az elfojtott hisztériából fakadó feszültség újból megjelenik valamilyen testi tünet formájában (Breuer és Freud, 1955, idézi Mislai, 2009, 66).

A szomatizáció korai meghatározásai még szoros kapcsolatban voltak a pszichoanalízis elméleteivel. Jó példa erre Lipowski szomatizációra adott magyarázata, mely szerint ez a jelenség nem más, mint „a személy törekvése arra, hogy pszichés állapotát testi szenzációkként, funkcionális változásokként, vagy szomatikus metaforákként tapasztalja meg, koncipiálja és kommunikálja” Később a hangsúlyt már a distressz állapotok sajátos megélési formájaként tekintett a szomatizációra és fontosnak tartotta a segélykérés kihangsúlyozását (Lipowski, 1988, idézi Mislai, 2009, 63).

DSM-IV és az ICD-10 rendszereit az operacionalitásra való törekvés jellemzi. A szomatizációs zavarok csoportját alkotó kategóriákat a következő dimenziók mentén határozzák meg:

1. a besoroláshoz szükséges, medikálisan nem magyarázható testi tünetek
2. száma,
3. a tünetek fennállásának időtartama az akut jelentkezéstől a krónikusig,
4. a tünetek súlyossága az életvezetés szempontjából,
5. a besoroláshoz szükséges szimptóma-csoportok száma,
6. speciális pszichológiai jellegzetességek megléte vagy hiánya (igézi Mislai, 2009, 64).

A szomatizációval a pszichoszomatika foglalkozik, mely Stober (1980) megfogalmazása szerint „a pszichoszomatika a legtágabb értelemben véve az a tudomány, amely az egészséges és a beteg embert pszichofizikai totalitásnak fogja fel. Így egyrészt azokat a jelenségeket kutatja, amelyeknél a (pato)pszichológiai történéseket a testi tünetek jobb megértésére és kezelésére használhatjuk, másrészt azokkal az állapotokkal foglalkozik, amelyeknél a (pato)fiziológiai folyamatokat nem hagyhatjuk figyelmen kívül a lelki jelenségek megértéséhez és kezeléséhez” (Stober, 1980, idézi Császár 1989, 12).

4. A kutatás

4.1 Kérdésfeltevés / hipotézisek

A szakirodalmi áttekintésből láthatjuk, sokan foglalkoztak a traumával és a traumát átéltek egészségének helyreállításával, azzal azonban kevesebben foglalkoztak, mi állhat annak a hátterében, hogy valaki átél valamilyen traumát élete során, tünet azonban nem jelentkezik. Kutatásomban az első kérdés az volt, vajon a traumák hatása vagy a megélt traumák száma van nagyobb hatással a szubjektíven megélt pszichés jóllétre?

Az adatok elemzése során felfigyeltem arra, hogy sokan a pszichés jóllétüket negatívnak ítélték vagy a szomatizációs tünetlistán több tünetet is produkáltak, bár szubjektíven egészségesnek vallották magukat. Úgy gondoltam, érdemes csoportokat alakítani és a csoportokra nézve vizsgálni a további összefüggéseket. A pszichés jóllét kérdőív és a szomatizációs tünetlista szolgált a csoportosítás alapjául. Az egyik csoportba azok kerültek, akik a pszichés jóllét kérdőívben az átlagnál jobbnak ítélték meg a jóllétüket és a szomatizációs listán az átlagnál kevesebb tünetet mutattak. Ők lettek az „egészségesebb” csoport. A másik csoportba természetesen azok kerültek, akik az előbbi kritériumoknak nem feleltek meg. Ők a „kevésbé egészséges” jelzöt kapták. Betegkről nem beszélhetünk, hiszen mindenki egészségesnek vallotta magát. Az így létrehozott két csoport közötti különbséget vizsgáltam a továbbiakban.

Felmerült a kérdés, mi állhat a két csoport eredményeiben megjelenő különbségek hátterében? Vajon az egészségesebb csoport érettebb érzelmszabályozási képességekkel rendelkezik és ez állhat protektív tényezőként a háttérben? Vagy már az is segít, ha tisztában vagyunk a gondolataink eredetével és képesek vagyunk szembenézni velük?

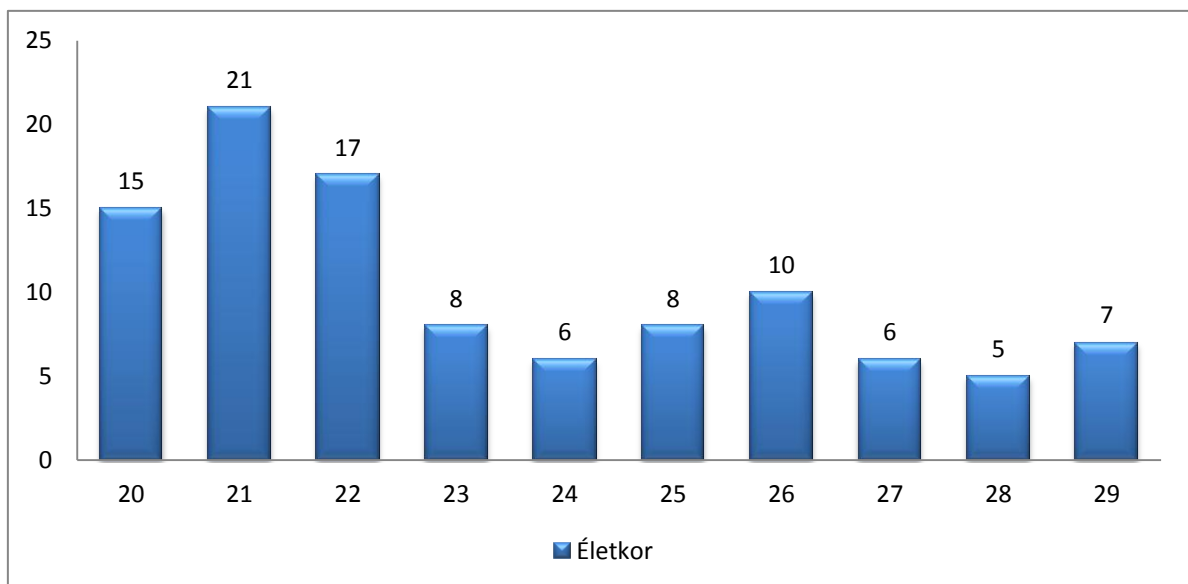
A fentebb felmerült kérdések alapján alkottam meg hipotéziseim:

- ▶ H1: A pszichés jóllétet a megélt traumáknak nem a száma, hanem inkább a (szubjektíven az egyén által megélt) hatása befolyásolja
- ▶ H2: Az egészségesebb csoport érettebb érzelmszabályozási képességekkel rendelkezik, azaz kevesebb érzelmszabályozási nehézség jellemzi őket, mint a kevésbé egészséges csoportot.

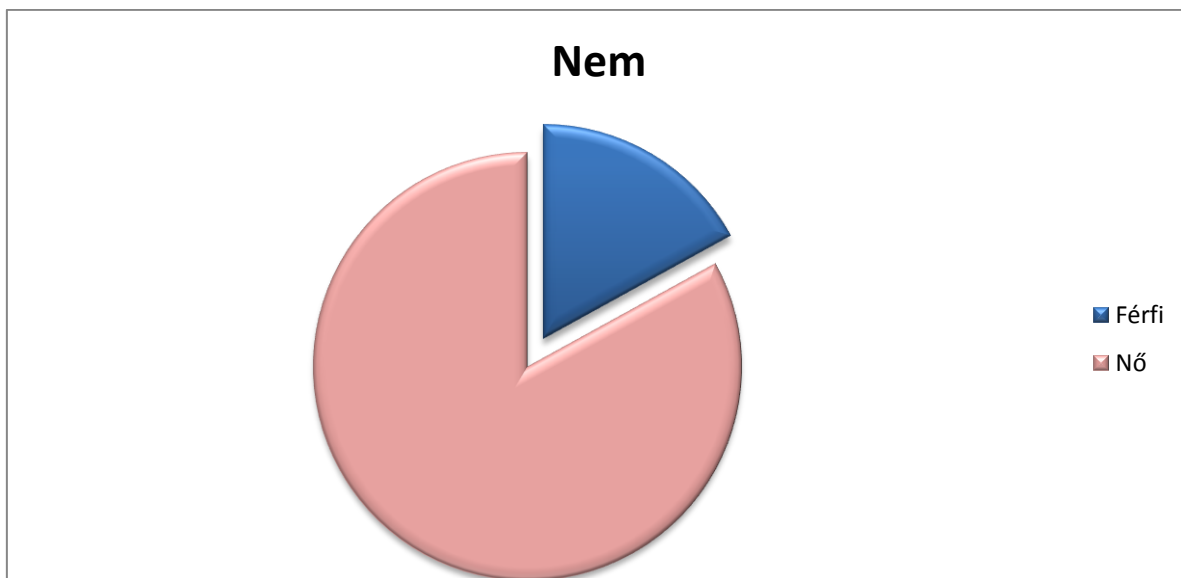
- H3: Az egészségesebb csoport kevésbé használja a pszichés elnyomást pszichés jóllétének fenntartásában, mint a kevésbé egészséges csoport

4.2 A kutatás bemutatása

Vizsgálatomban 100, önmagát egészségesnek valló fiatal felnőtt vett részt. A résztvevők 20 és 30 éves kor közöttiek voltak (1. ábra). A férfiak és a nők aránya nem volt megfelelő (2. ábra), ezért kutatásunkban nem teszünk különbséget a nemek között. A felhasznált kérdőíveket online töltötték ki, az adatok teljesen anonímak voltak, tekintettel a trauma kérdőív személyes kérdéseire. A kérdőíveket a google docs segítségével digitalizáltam. Az elemzést R statisztikai programmal végeztem. Korrelációt számoltam és t-próbát alkalmaztam a csoportok közötti különbségek értelmezéséhez.



1. ábra: A vizsgálat résztvevőinek koronkénti megoszlása.



2. ábra: A vizsgálatban résztvevők nemek szerinti megoszlása.

A szakirodalmi áttekintés mentén, az adatok felvételéhez a Pszichés jóllét kérdőívet (Ryff,1989), a Pennebaker-féle szomatizációs tünetlistát (Pennebaker,1982), az Érzelmi nehézségek kérdőívet (Gratz and Roemer, 2003), a Pszichés elnyomás kérdőívet (Wegner and Zanakos, 1994) és a Korai Trauma Kérdőívet (Bremner, 2000) használtam.

4.2.1. Korai Trauma kérdőív (ETI)

A korai trauma kérdőív a traumák négy csoportját öleli fel, melyből vizsgálatunkban csak hármat használtunk. Ezek az általános, érzelmi és fizikai traumák (3. ábra). A szexuális traumákra vonatkozó részt kihagytuk, mert azok semmiképp sem sorolhatóak a mindennapi megpróbáltatások közé. A kérdőív 31 ítemet tartalmaz, melyek akcidentális krízisekre kérdeznek rá. Az ítemek mellett az átélt trauma hatására is rákérdez a kérdőív. A kitöltőknek először el kell dönteniük, átélték-e az állításban szereplő traumát (Esett testi sértés áldozatául? igen – nem), majd egy hat fokú skálán meg kell határozniuk, hányszor fordult elő ez velük (0 – soha, 5- több mint 10 alkalommal). A traumák hatása résznél akkor kell válaszolniuk, ha a 31 ítem bármelyikére igennel válaszoltak (Mit gondol, ma is befolyásolják ezek az események érzelmileg? Ha igen, milyen hatást gyakorolnak?). Itt egy hét fokú skála áll rendelkezésükre (0- kifejezetten negatív hatás, 3- nincs hatás, 6- kifejezetten pozitív hatás).

Általános (saját, család, barát)	Fizikai	Érzelmi
Szülőtől távol nevelkedés	Kézzel a fenekére vertek	Letorkollták, kigúnyolták
Súlyos betegség	Felpofozták	Azt mondták, h semmit sem ér
Halál (szülő, testvér, barát, hozzátartozó)	Megégették (forró víz, cigaretta, stb)	Mellőzték; éreztették, h nem számít
Szülők különköltözése, válása	Rúgták, ököllel ütötték	Kiabáltak vele
Baleset, Személyi sérülés, katasztrófa	Tárggyal ütötték, vagy hozzá vágták	Hidegen bántak vele
Tanúja mások halálának/sérülésének	Fojtogatták, lökdösték, taszigálták	Túlzottan kontrolláltak (pl: öltözködés)
Idegösszeomlás	Megkötözték, bezárták	Nem értették meg szükségleteit
Alkohol-, drogfüggőség a családban		Elhanyagolták
Áldozattá válás (lopás, rablás, testi sértés, erőszak, stb.)		Éreztették, hogy nem szeretik
Stresszes munka		

3. ábra: A Korai Trauma Kérdőív általunk vizsgált három alfaktorának elemei

4.2.2 Érzelmi nehézségek kérdőív (ÉNK)

Az Érzelmi Nehézségek Kérdőív (ÉNK) 36 itemet tartalmaz. A válaszolónak egy öt fokú skálán meg kell adnia, milyen gyakran igazak rá az állítások (1 – szinte soha, 5 – szinte mindig). A kérdőív hat alfaktorra bontható:

- Az *érzelmi reakciók elfogadhatatlansága* faktor tételei azt tükrözik, hogy a személy a megtapasztalt negatív érzelmeire intenzív negatív választ ad.
- A *Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában* faktor arra vonatkozik, hogy a személy nehézségeket tapasztal a megkezdett feladatok végrehajtásában.
- Az *Impulzuskontroll nehézségek* faktoron magas pontszámot elérők negatív érzelmek fellépésekor a viselkedés szabályozásában problémákat tapasztalnak.
- Az *Érzelmi tudatosság hiánya* faktor tételei arra vonatkoznak, hogy a személy mennyire figyel az érzelmi jelzéseire, ill. mennyire ismeri el fontosnak azokat.

- Az *Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés* faktoron magas pontszámot adóknál negatív érzelmek felbukkanása esetén az állapot hosszantartó lesz.
- Az *Érzelmi tisztaság hiánya* faktor azt méri, hogy mennyire tudja a személy azonosítani az éppen átélt érzelmet.

A kérdőívben elért pontok megmutatják, mennyire fejlett érzelemszabályozással rendelkezik a kitöltő (minél kevesebb érzelmi nehézséget mutat, annál érettebb ezen képessége).

4.2.3. Pszichés jóllét kérdőív (PJK)

A Pszichés jóllét kérdőív 18 itemet tartalmaz. A kitöltőnek egy hat fokú skálán kell értékelnie, mennyire ért egyet az adott itemmel. A kérdőív a Carol Ryff által meghatározott hat faktor mentén mér. A faktorok Ryff (1989) megfogalmazásában a következők:

- *Önelfogadás*: a faktor megmutatja az egyén önmagához való viszonyát. A mentális egészség fontos részét képezi, az érettség és az optimális működés mutatója. A magunkkal szembeni pozitív hozzáállás a pozitív pszichológiai működés központi eleme.
- *Pozitív kapcsolatok*: a másokkal való szeretetteljes, bizalmi kapcsolatok elengedhetetlenek a mentális egészség megvalósításában. A másokkal való intim és támogató viszony kialakítása az érettség jele, így elengedhetetlen a pszichológiai jóllét vizsgálata során.
- *Autonómia*: a teljességgel működő személyiség fontos jellemzője, hogy nem másokhoz fordul elismerésért, hanem önmaga kritikusaként saját mércéihez mérten értékeli teljesítményét. Az ilyen személy nem ragad meg a társadalmi félelemek, babonák és hiedelmek szintjén. Az egyén nem a tömegek elvárása, hanem saját normái mentén él.
- *Környezet feletti hatalom*: a faktor az egyén azon képességére mutat rá, mellyel meg tudja teremteni a számára fizikailag és mentálisan megfelelő környezetet. Az érettség fontos tényezője ezen faktornak. Az öregedés során az egyén megtanulja a környezet nyújtotta lehetőségeket megfelelően használni.
- *Célok az életben*: A mentális egészséghez nélkülözhetetlenek azok a hiedelmek, melyek segítségével az egyén úgy érzi, életének célja van. Ilyen célok lehetnek a

kreativitásra, produktivitásra vagy érzelmi integrációra vonatkozó tervek. Vagyis egy pozitívan működő embernek vannak céljai, integritása, tudja merre halad és ezek együttesen értelmet adnak életének.

- *Személyes fejlődés:* A pszichés jóllét meglétéhez a fent említett faktorok mellett nélkülözhetetlen, hogy az egyén fejlődjön, mint ember. A tapasztalatokra való nyitottság elengedhetetlen része a mentális egészségnek. Az egyén fő célja a folyamatos fejlődés és nem egy stabil állapot elérése.

4.2.4. Pennebaker-féle tünetlista (PILL)

A Pennebaker-féle szomatizációs tünetlista 54 itemet tartalmaz. A kitöltőnek egy öt fokú skálán (A – soha nem tapasztalta, vagy csak nagyon ritkán, E – hetente többször) kell eldöntenie, milyen gyakran fordulnak elő vele adott itemek. A teszt értékelése során a gyakoriságnak megfelelően 0 vagy 1 pontot adhatunk a kitöltőnek. 54 pontból minél többet ér el, annál több testi tünet jelentkezik nála, melyek háttérében nagy valószínűséggel pszichés probléma áll.

4.2.5. Gondolat elnyomás kérdőív (WBSI)

A 19 itemet tartalmazó, a gondolatok elnyomására irányuló kérdőívet eredetileg a krónikus gondolatelnyomás mérésére fejlesztették ki. A válaszadóknak egy 5 fokú likert skálán (1- erősen nem ért egyet, 5- erősen egyetért) kell adott itemekre (pl: „Gyakran vannak olyan gondolataim, melyeket igyekszem elkerülni”) válaszolni.

4.3 Eredmények és azok értékelése

Hipotézis 1: Először feltételeztem, a pszichés jóllétre nem a megélt traumák száma, hanem azok szubjektíven megélt hatása gyakorol nagyobb befolyást. Az adatok elemzéséhez Spearman-féle rangkorrelációt számoltam. Eredményként azt kaptam, hogy a traumák száma gyenge kapcsolatot mutat a pszichés jólléttel ($\rho=0,041$), míg a megélt hatás ennél erősebb kapcsolatot mutat ($\rho=0,138$).

Az 4. ábra összefoglalava mutatja a Spearman-féle rangkorreláció rho-értékeit

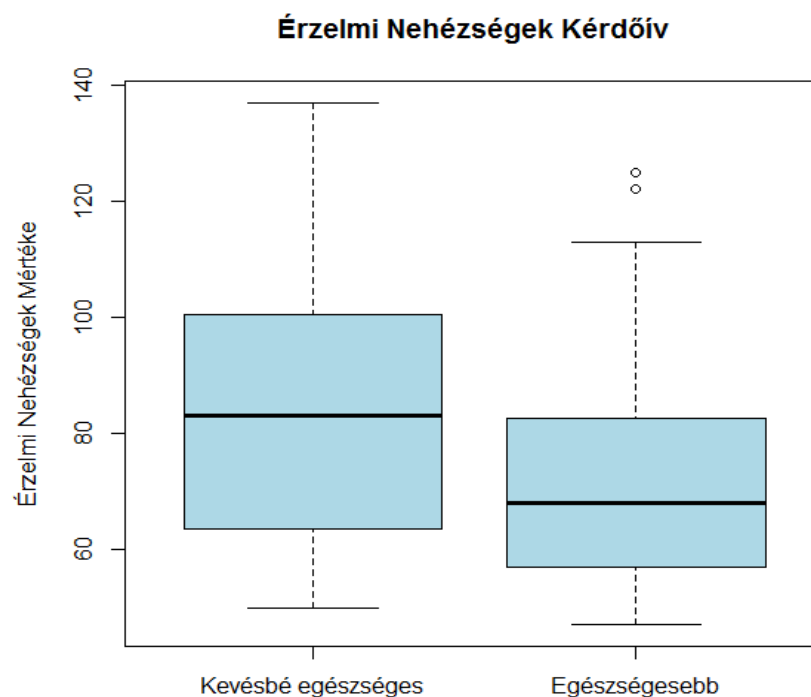
Spearman-féle rangkorreláció	
Megélt traumák	A kapcsolat erőssége a Pszichés jólléttel (rho-értékek)
• száma	0,041
• hatása	0,138

4. ábra: A pszichés jóllét és a traumák hatásának illetve számának kapcsolati erőssége

Ezek alapján megállapíthatjuk, hogy az önmagukat egészségesnek tartó, de traumát elszenvedett felnőttek pszichés jóllétét jobban befolyásolja az átélt trauma hatása, mint azok mennyisége.

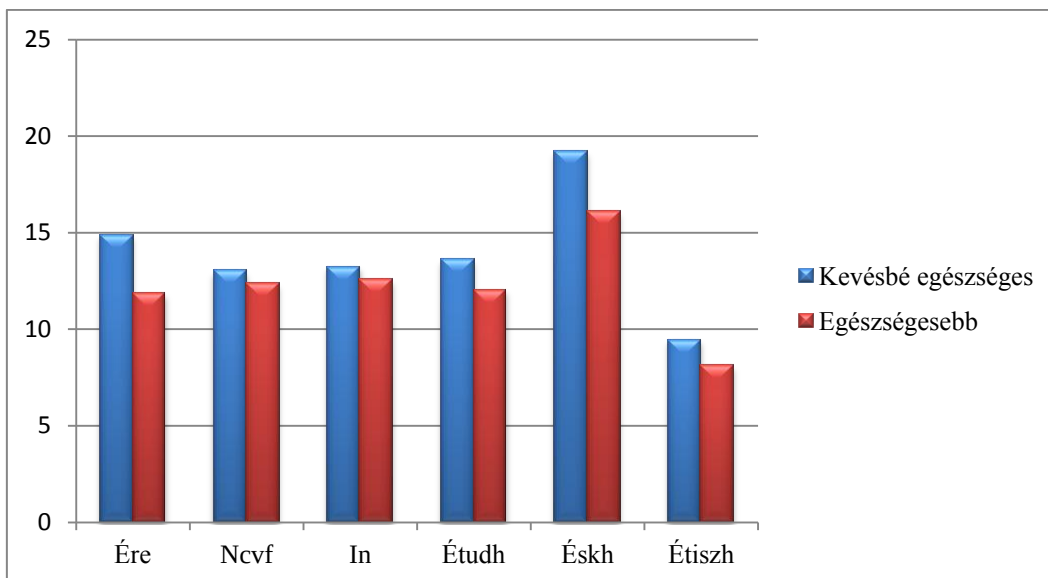
Az első hipotézis eredményei alapján csoportot alkottam a traumák hatása, a szubjektíven megélt pszichés jóllét és a szomatizációs kérdőív alapján. A létrehozott két csoport az „egészségesebb” és a „kevésbé egészséges” elnevezést kapta. A csoportokat a pszichés jóllét és a szomatizációs tünetlista pontszámai alapján alkottam. Mivel a minta egészséges emberekből állt, ezért azok kerültek az „egészségesebb” csoportba, akik a PJK-ban az átlagtól egy szórásnnyival jobbnak ítélték pszichés jóllétüket és a szomatizációs tünetlistán az átlagtól egy szórásnnyival kevesebb tünetet észleltek magukon. A továbbiakban ezt a két csoportot hasonlítottam össze.

Hipotézis 2: Második hipotézisemben feltételeztem, hogy az egészségesebb csoport érettebb érzelmszabályozási képességekkel rendelkezik, mint a kevésbé egészséges csoport. Hipotézisem igazolására T-próbát használtam. Az eredmények alapján elmondható, hogy az egészségesebb csoport szignifikánsan ($p=0,0166$) érettebb érzelmszabályozási képességekkel rendelkezik, mint a kevésbé egészséges csoport (5. ábra).



5. ábra: Az Érzelmszabályozási Nehézségek Kérdőívben elért összpontszámok különbsége a vizsgált csoportokban

Az eredmények az Érzelmi Nehézségek Kérdőívben elért összpontszámokra vonatkoznak. Fontosnak tartottam alfaktoronként is megnézni, mekkora eltérés mutatkozik a csoportok között. A hat alfaktorból négy esetében szignifikáns eredmények jöttek ki (6. ábra).



6. ábra: Az Érzelmszabályozási Nehézségek Kérdőív alfaktoraiban elért pontszámok különbsége a vizsgált csoportokban

A 6. ábra a statisztikai eredmények alapján az átlagokból készített különbségeket mutatja az Egészségesebb és a Kevésbé egészséges csoportok között. Láthatjuk, hogy a Kevésbé egészséges csoport rosszabbul teljesített az érzelmi reakciók elfogadhatatlansága ([Ére], $p=0,0075$) alfaktorban, az érzelmi tudatosság hiánya ([Étudh], $p=0,022$) alfaktorban, az érzelmszabályozó stratégiákhoz való korlátozott hozzáférés ([Éskh], $p=0,016$) alfaktorban és az érzelmi tisztaság hiánya ([Étiszh], $p=0,021$) alfaktorban. A nehézségek a célvezérelt viselkedések fenntartásában (Ncvf) és az impulzuskontroll nehézségei (In) alfaktorokban is rosszabbul teljesített a Kevésbé egészséges csoport, de a különbség alig szignifikáns (előbbiben a p -érték $=0,46$, utóbbiban pedig $p=0,49$).

Tehát megállapíthatjuk, hogy azok, akik képesek felismerni, elfogadni érzéseiket és megfelelően tudják fellépő érzelmeiket szabályozni, azok kevesebbet szomatizálnak és mentális egészségük is jobb, mint azoknak, akiknek hiányosságai vannak az érzelmszabályozás ezen területein.

Hipotézis 3: Harmadik hipotézisemben feltételeztem, hogy az egészségesebb csoport kevésbé használja a pszichés elnyomást pszichés jóllétének fenntartásában, mint a kevésbé egészséges csoport. Az adatok összevetésére T-próbát használtam és az eredmények alapján megállapítható, hogy az egészségesebb csoport szignifikánsan ($p=0,02755$) kevesebbet alkalmazza a gondolatelnyomást.

5. Következtetések és javaslatok

Az eredmények alapján megállapíthatjuk, egészségünkre a megélt traumák száma jelentős hatást gyakorol. Az ezekkel való megküzdésben fontos, hogy tisztában legyünk érzelmeinkkel, felismerjük, elfogadjuk őket és a megfelelő időben és intenzitással a helyes érzelmet tudjuk megélni. Fontos továbbá, hogy a minket ért életeseményeket képesek legyünk reálisan elfogadni, mind kognitíve mind érzelmileg és fel tudjuk ezeket dolgozni.

A 7. ábra mutatja a pszichés jóllét kérdőív és a többi kérdőív eredményei közötti kapcsolat erősségét az ezt kifejező rho értékekkel.

PJK	ÉNK	WBSI	Trauma hatás
	0,58	0,23	0,18

7. ábra: A pszichés jóllét és az általam használt kérdőívek kapcsolatának erősségei (a kapcsolat erősségét mutató rho értékekkel kifejezve)

A táblázatban is láthatjuk, vizsgálatunkban a pszichés jóllétre leginkább az érzelemszabályozási nehézségek voltak hatással. A gondolatok elfojtása erősebb kapcsolatot mutatott, mint a traumák hatása. A táblázatban nem szerepelnek a szomatizációs tünetlista adatai. Vizsgálatomban nem fordítottam akkora jelentőséget a fizikai tüneteknek, inkább a mentális tényezőket helyeztem a középpontba.

Összefoglalás

Vizsgálatomban áttekintettem az egészség és a trauma megközelítéseit, különös tekintettel a mindennapi krízisekre és az azokkal való megküzdési módokra. Megnéztük, melyek azok a protektív faktorok, melyek a megküzdésben segíthetnek. Ezek közül az érzelemszabályozást, szomatizációt és a gondolatelnyomást ismertettük.

A kérdőíveket 100 személlyel vettem fel, akik 20 és 30 éves kor között voltak. A kérdőívek kitöltése online történt, teljesen anoním volt, ezért úgy gondolom, a személyes kérdésekre is őszintébben válaszoltak a kitöltők.

Első hipotézisemben megállapítottam, hogy a traumák hatása nagyobb befolyást gyakorol az egyén későbbi életére, mint az átélt traumák száma.

Második hipotézisemben, mely az érzelemszabályozási képességekre vonatkozott, azt az eredményt kaptam, hogy minél fejlettebb érzelemszabályozási képességekkel rendelkezik valaki, annál jobb lesz a pszichés egészsége. Ez a felhasznált kérdőív összesített pontszámai alapján és az alfaktorok vizsgálatakor is megfigyelhető.

Harmadik hipotézisem a minket ért életesemények elfogadásra vagy elfojtására vonatkozott, melyben megállapítottam, a minket ért életesemények elfogadása és feldolgozása segít pszichés egészségünk megőrzésében.

Összességében elmondhatjuk, hogy a traumák árnyékában fontos, hogy képesek legyünk érzelmeink felismerésére és elfogadására vagy arra, hogy kellő időben ki tudjuk fejezni a megfelelő érzelmet. Fontos továbbá, hogy szembe tudjunk nézni a minket ért eseményekkel és fel tudjuk dolgozni őket, hogy emelt fővel mehessünk tovább.

Kitekintés

Vizsgálatomban nem vettem figyelembe a pozitív életesemények hatására fellépő kríziseket. Ezek vizsgálata egy további kutatás témájául szolgálhatna. Az általam felsorolt protektív tényezők csak töredékei annak, amelyek a trauma feldolgozásában segíthetnek, vagy amelyek trauma hatására megvédenek, de hosszú távon negatív hatásuk van.

A trauma és disszociáció kapcsolata egy gyakran vizsgált jelenség, tervezem vizsgálatomat ebbe az irányba folytatni. Érdekes lehet a disszociáció énvédő reakciója egészséges mintán, ahol még nem jelentkeznek a disszociációra jellemző tünetek.

Terveim között szerepel továbbá a minta nagyságának bővítése, valamint PTSD-vel diagnosztizált és egészséges minta összehasonlítása a fent említett tényezők mentén.

Hivatkozás

- Aristotle (1947): *Nicomachean ethics*. Translated by W. D. Ross in R. McKeon (Szerk.), *Introduction to Aristotle*. New York, Modern Library.
- Andreski, P., Chilcoat, H., Breslau, N. (1998): Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Research*, 79, 131-138.
- Andrews, F. M., Withey, S. B. (1976): *Social indicators of well-being: America's perception of 'life quality'*. New York, Plenum Press.
- Atkinson, R. L. (1999): *Pszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Bakó T. (2009): *Sorstörés*. Psycho Art, Budapest
- Breuer, J., Freud, S. (1955): *Studies on hysteria*. Hogart Press, London
- Bradburn, N. M. (1969): *The structure of psychological well-being*. Chicago, Aldine.
- Bryant, F. B., Veroff, J. (1982): The structure of psychological wellbeing: A sociohistorical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 653-673.
- Császár Gy. (1989): *Pszichoszomatika a gyakorlatban*. Pszichoteam, Budapest.
- DSM-IV TR, 2001
- Ehring, T., Quack, D. (2010): Emotion Regulation Difficulties in Trauma Survivors: The Role of Trauma Type and PTSD Symptom Severity. *Behavior Therapy*, 41, 587–598
- Frijda, N. H. (1986): *The emotions*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Fonagy P., Gergely Gy., Jurist, E.L., Target, M. (2002): *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press, New York.
- Geraerts, E., McNally, J. (2007): Forgetting unwanted memories: Directed forgetting and thought suppression methods. *Acta Psychologica*, 127, 614- 622.

- Gratz, K. L., Roemer, L. (2004): Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gross, J. J., Thompson, R. A. (2007): Emotion regulation: Conceptual foundations. In Gross J. J. (szerk.): *Handbook of emotion regulation*. Guilford, New York, 3-24.
- Hermann, J. (2003): *Trauma és gyógyulás*. Háttér Kiadó – Kávé Kiadó – NANE Egyesület, Budapest.
- Kököneyi Gy. (2008): *Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban*. Doktori disszertáció. Eötvös Lóránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Budapest.
- Lazarus, R.S., (1966): *Psychological Stress and the Coping Process*. McGraw-Hill, New York.
- Lewis, D. O. (1992): From abuse to violence: psychophysiological consequences of maltreatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 148, 50-54.
- Lipowski, Z. J. (1988): Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358—1368.
- Lyons-Ruth, K. (1991): Rapprochement of approachement: Mahler's theory reconsidered from the vantage point of recent research on early attachment relationships. *Psychoanalytic Psychology*, 8, 1-23.
- Mauss, I.B., Levenson, R.W., McCarter, L., Wilhelm, F.H., Gross, J.J. (2005): The tie that binds? Coherence among emotion experience, behavior, and physiology. *Emotion* 5, 175-190.
- Mislai A. (2008): A szomatizáció, a hisztéria és a konverzió jelenségek körének áttekintése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9, 61-80.
- Mitchell, J. (1992): Trauma, felismerés és a nyelv helye. *Thalassa*, 2-3, 83-106.

- Mórotz K., Perczel Forintos D. (2006): *Kognitív viselkedésterápia*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
- Oláh A. (2005): *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény*. Trefort Kiadó, Budapest.
- Pfitzner, R. (2008): Az idegen önmagunkban: Pszichoanalitikus megfontolások. *Pannonhalmi Szemle*, (16), 1, 86-94.
- Quoidbach, J. Berry, E. V., Hansenne, M., Mikolajczak, M. (2010): Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*, 49, 368-373.
- Ryff, C. (1989) Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 57, 1069-1081.
- Saxe, G. N., Chinman, G., Berkowitz, R., Hall, K., Lieberg, G., Schwartz, J., van der Kolk, B. A. (1994): Somatization in patients with dissociative disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1329-1334.
- Stober, M. (1980): Personality and symptomatological features in young nonchronic anorexia nervosa patients. *Journal of Psychosomatic Research* 24, 353.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. In Fox N. A. (szerk.): *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations (Monographs of the Society for Research in Child Development* 59, 25-52).
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., Steele, K. (2006): *The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. Norton, W. W. & Company, Inc. London.
- Van der Kolk, B. A., Fisler, R. E. (1994): Childhood abuse and neglect and loss of self regulation. *Bulletin of Menninger Clinic* 58, 145-168.
- Van der Kolk, B. A. (2002): In Terror's Grip: Healing the Ravages of Trauma. *Cerebrum*, 4, 34-50.

Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., Spinazzola, J. (2005): Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389–399.

Walker, E. A., Katon, W. J., Neraas, K., Jemelka, R. P. Massoth, D. (1992): Dissociation in women with chronic pelvic pain. *American Journal of Psychiatry*, 149, 534-537.

Mellékletek

Tisztelt Válaszadó!

Galambos Attila vagyok, a Debreceni Egyetem pszichológusa. Az alábbi kérdések az életemények hatását vizsgálják a pszichológiai jóllétre. A teszt 6 részből áll, összesen 185 elemet tartalmaz, a kitöltése kb 30-40 percet vesz igénybe.

Kérném, hogy a kérdésekre való válaszadással segítse munkámat. A tesztek kitöltésekor nincsenek jó vagy rossz válaszok, kérem, hogy azt jelölje/írja, ami először az eszébe jut. A teszt kitöltése teljesen anoním, ezért kérem, kutatásom hitelessége érdekében igyekezzon őszinte válaszokat adni.

Köszönöm segítségét!

1. Kérjük, hogy az állítás mellé balra az alábbiak alapján írja be, hogy az állítások milyen gyakran igazak Önre!

- 1 = szinte soha (az esetek 0-10%-ában)
2 = néha (az esetek 11-35%-ában)
3 = kb. az esetek felében (az esetek 36-65%-ában)
4 = legtöbbször (az esetek 66-90%-ában)
5 = szinte mindig (az esetek 91-100%-ában)

	1. Tisztában vagyok az érzéseimmel.
	2. Odafigyelek arra, amit érzek.
	3. Az érzelmeimet nyomasztónak és irányíthatatlannak élem meg.
	4. Fogalmam sincs arról, hogyan érzek
	5. Nehezen tudok értelmet tulajdonítani az érzéseimnek.
	6. Figyelemmel vagyok az érzéseimre
	7. Pontosán tudom, hogy mit érzek.
	8. Törődöm azzal, hogy mit érzek.
	9. Össze vagyok zavarodva az érzéseimmel kapcsolatban.
	10. Amikor zaklatott vagyok, tudomásul veszem az érzéseimet.
	11. Amikor valami felzaklat, mérges leszek magamra, hogy így érzek.
	12. Amikor zaklatott vagyok, akkor kínosan érzem magam emiatt.
	13. Amikor zaklatott vagyok, nem tudom végezni a munkám.
	14. Amikor zaklatott vagyok, elveszítem az önuralmam.
	15. Amikor zaklatott vagyok, azt gondolom, hogy sokáig fog tartani ez az állapot.
	16. Amikor valami felzaklat, azt gondolom, hogy a végén nagyon lehangolt leszek.
	17. Amikor zaklatott vagyok, azt gondolom, hogy az érzelmeim megalapozottak és fontosak.
	18. Amikor valami felzaklat, nehezen tudok másra összpontosítani.
	19. Amikor felzaklat valami, úgy érzem, elveszítem a kontrollt.
	20. Attól, hogy zaklatott vagyok, még el tudom látni a feladataimat.

	21. Amikor zaklatott vagyok, szégyellem magam, hogy így érzek.
	22. Amikor zaklatott vagyok, tudom, hogy meg fogom találni a módját, hogy végül jobban érezzem magam.
	23. Amikor valami felzaklat, úgy érzem, mintha gyenge lennék.
	24. Amikor zaklatott vagyok, akkor is úgy érzem, hogy úrrá tudok lenni a viselkedésemen.
	25. Amikor felzaklat valami, lelkiismeret furdalásom van emiatt.
	26. Amikor zaklatott vagyok, nehezen tudok koncentrálni.
	27. Amikor zaklatott vagyok, nehezen tudok uralkodni magamon.
	28. Amikor zaklatott vagyok, azt gondolom, hogy semmit sem tehetek azért, hogy jobban érezzem magam.
	29. Amikor zaklatott vagyok, bosszankodom, hogy így érzek.
	30. Amikor zaklatott vagyok, akkor elkezdem nagyon rosszul érezni magam amiatt, hogy így érzek.
	31. Amikor zaklatott vagyok, úgy érzem, hogy csak annyit tudok tenni, hogy belesüppedek ebbe az állapotba.
	32. Amikor zaklatott vagyok, elveszítem az irányításomat a viselkedésem felett.
	33. Amikor zaklatott vagyok, nehezen tudok bármi másra gondolni.
	34. Ha felzaklat valami, időt szánok arra, hogy kitaláljam, hogyan is érzek valójában.
	35. Ha felzaklat valami, hosszú ideig tart, míg újra jól érzem magam.
	36. Amikor zaklatott vagyok, az érzelmeim nyomasztanak.

2. WBSI

Ez a vizsgálat a gondolatokról irányul. Nincsenek jó vagy rossz válaszok, így arra kérjük, válaszoljon őszintén minden állítással kapcsolatban. Ne hagyjon ki egyetlen állítást sem!

Értékeljen minden egyes állítást aszerint, hogy az mennyire igaz Önre, és jelölje azt a következők alapján:

Egyáltalán nem értek egyet	1
Nem értek egyet	2
Semleges vagy nem tudom	3
Egyetértek	4
Teljes mértékben egyetértek	5

		Egyáltalán nem értek egyet	Nem értek egyet	Semleges /nem tudom	Egyetértek	Teljes mértékben egyetértek
1	Vannak olyan dolgok, melyekre inkább nem gondolok.	1	2	3	4	5
2	Néha eltűnődöm, hogy miért vannak olyan gondolataim, amik vannak.	1	2	3	4	5
3	Vannak olyan gondolataim, melyeket nem tudok kontrollálni.	1	2	3	4	5
4	Van olyan, hogy olyan képek jönnek elő a gondolataimban, melyeket utána nem tudok kitörölni.	1	2	3	4	5

5	A gondolataim gyakran egy alapgondolathoz térnek vissza.	1	2	3	4	5
6	Szeretném, ha képes lennék néhány dologra nem gondolkodni.	1	2	3	4	5
7	Néha a gondolataim annyira gyorsan száguldanak, hogy azt kívánom, bárcsak megálljt tudnék nekik parancsolni.	1	2	3	4	5
8	Mindig próbálok nem gondolni a problémákra.	1	2	3	4	5
9	Vannak olyan gondolatok, melyek újra meg újra eszembe jutnak.	1	2	3	4	5
10	Vannak olyan dolgok, melyekre próbálok nem gondolni.	1	2	3	4	5
11	Néha azt kívánom, hogy bárcsak képes lennék abbahagyni a gondolkozást.	1	2	3	4	5
12	Gyakran azért csinálok dolgokat, hogy eltereljem a figyelmemet a gondolataimról.	1	2	3	4	5
13	Vannak olyan gondolataim, melyeket megpróbálok elkerülni.	1	2	3	4	5
14	Sok olyan gondolatom van, amelyekről senkinek sem beszélek.	1	2	3	4	5
15	Néha csak azért foglalom le nagyon magam, hogy ezáltal elkerüljem, hogy bizonyos gondolatok az agyamba férközzenek.	1	2	3	4	5

3. Kérjük, az állítások mellé balra jelölje be, hogy milyen mértékben ért vagy nem ért egyet az állítások vonatkozásában az alábbiak alapján!

- 1: erősen egyetértek
- 2: nagyjából egyetértek
- 3: kicsit egyetértek
- 4: inkább nem értek egyet
- 5: többnyire nem értek egyet
- 6: egyáltalán nem értek egyet

	1. Személyiségem legtöbb oldalát szeretem.
	2. Amikor megvizsgálom életem történetét, elégedett vagyok azzal, ahogy a dolgok eddig alakultak.
	3. Néhány ember céltalanul vándorol egész életében, de én nem tartozom közéjük.

4. Gyakran lehangolnak az élet mindennapi követelményei.
5. Bizonyos tekintetben kiábrándultnak érzem magam az életben nyújtott teljesítményem miatt.
6. Nehézséget és többnyire csalódással teli élményeket hoz számomra a szoros kapcsolatok fenntartása.
7. Napról napra élem az életem és nem igazán gondolok a jövőre.
8. Általában úgy érzem, hogy felelős vagyok azért a helyzetért, amelyben élek.
9. Jól tudom kezelni a mindennapokban rám háruló kötelezettségeket.
10. Néha úgy érzem, mintha már megtettem volna mindent, ami az életben megtehető.
11. Az élet számomra a tanulás, a változás és a fejlődés szakadatlan folyamata.
12. Úgy gondolom, hogy fontos olyan új élményeket és tapasztalatokat szerezni, amelyek kihívásokat jelentenek önmagunk és a világunk újra gondolására.
13. Az emberek valószínűleg úgy jellemeznének engem, mint egy adakozó személyt, aki hajlandó időt szentelni másokra
14. Régen feladtam a próbálkozást arra, hogy valami nagy javulást, vagy változást hozzak létre az életemben.
15. Hajlamos vagyok arra, hogy elfogadjam a határozott véleményt képviselő emberek álláspontját.
16. Nem valami sok melegséget és bizalmat tapasztalok a másokkal való kapcsolataimban
17. Bízom a saját véleményemben még akkor is, ha az gyökeresen eltér mások álláspontjától.
18. Azon értékek alapján ítélem meg magam, amelyeket én fontosnak tartok, és nem pedig azok alapján, amiket mások tartanak fontosnak.

4.A következőkben számos testi érzetet és tünetet sorolunk fel. A legtöbb ember alkalomadtán szokott ilyen tüneteket érezni. Minket annak feltárása érdekel, hogy a különböző embereknél milyen gyakran fordulnak el az alábbiakban található jellemzők. Kérjük, hogy az alábbiakban található testi érzetek és tünetek előfordulásának gyakoriságát a következő módon értékelje:

A	B	C	D	E
Soha nem tapasztalta vagy csak nagyon ritkán	Évi 3-4 alkalomnál kevesebbszer	Havonta	Hetente	Hetente többször

- | | |
|--|--|
| ___ 1. Könnyezés | ___ 28. Dagadt ízületek |
| ___ 2. Szem vagy bőrvizsketés | ___ 29. Izommerevség vagy izomfájdalmak |
| ___ 3. Fülcsöngés | ___ 30. Hátfájdalmak |
| ___ 4. Átmeneti hallászavar | ___ 31. Érzékeny bőr |
| ___ 5. Gombóc a torokban | ___ 32. Arcpirulás |
| ___ 6. Fulladásérzés | ___ 33. Mellkasi szorító érzés |
| ___ 7. Tüsszentések sorozata | ___ 34. Bőrkiütések |
| ___ 8. Orrfolyás | ___ 35. Pattanások az arcon |
| ___ 9. Orrdugulás | ___ 36. Pattanás máshol |
| ___ 10. Orrvérzés | ___ 37. Furunkulosok (szőrtüsző gyulladás) |
| ___ 11. Asztma vagy zihálás | ___ 38. Izzadás még hidegben is |
| ___ 12. Köhögés | ___ 39. Allergia rovarcsípésre |
| ___ 13. Légszomj | ___ 40. Fejfájás |
| ___ 14. Dagadt bokák | ___ 41. Nyomás a fejben |
| ___ 15. Mellkasi fájdalmak | ___ 42. H hullámok |
| ___ 16. Szapora szívverés | ___ 43. Megfázás |
| ___ 17. Hideg kezek és lábak még melegben is | ___ 44. Szédülés |
| ___ 18. Lábgörcs | ___ 45. Ájulás |
| ___ 19. Álmatlanság vagy rossz alvás | ___ 46. Zsibbadás vagy bizsergés a test bármely részén |
| ___ 20. Fogfájás | ___ 47. Szemhéj rángás |
| ___ 21. Gyomorrontás | ___ 48. Rángás máshol |
| ___ 22. Emésztési zavar | ___ 49. Kézremegés vagy reszketés |
| ___ 23. Gyomorégés vagy puffadás | ___ 50. Merev, nehezen hajló ízület |
| ___ 24. Hasi fájdalom | ___ 51. Izomfájdalmak |
| ___ 25. Hasmenés | ___ 52. Torokfájás |
| ___ 26. Székrekedés | ___ 53. Leégés (a nap hatására) |
| ___ 27. Aranyér | ___ 54. Hányinger |