

**Alvászavarok vizsgálata az érzelemszabályozás,
a disszociáció és a személyiség szerveződés
tükrében**

ÁBRAJEGYZÉK

1. ábra – A paraszomniák felosztása az Alvászavarok Nemzetközi Osztályozása alapján...	13
2. ábra – A lidércnyomás és a lidérces álom differenciáldiagnosztikája.....	16
3. ábra – Az ÉNK alskáláin kapott eredmények.....	32
4. ábra – A DES skáláin kapott eredmények.....	33
5. ábra – Az SZSZK skáláin kapott eredmények.....	34
6. ábra – Az SZSZK skáláin kapott próbastatisztikák eredményei.....	34
7. ábra – Inszomniás és paraszomniás csoportok összehasonlításának eredményei.....	35
8. ábra – Az ÉNK, DES, SZSZK mérőeszközök korrelációs táblázata.....	35

TARTALOM

ÁBRAJEGYZÉK.....	2
TARTALOM	3
1. TÉMAFELVETÉS	5
2. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS	6
2.1. Inszomnia.....	6
2.1.1. Az inszomnia epidemiológiája.....	6
2.1.2. Az inszomnia következményei	7
2.1.3. Az inszomnia kognitív modellje	8
2.1.4. Inszomnia és mentális zavarok	9
2.1.5. Az inszomnia és az érzelmek.....	10
2.1.6. Inszomnia és a személyiség	11
2.1.7. Az inszomnia terápiája	11
2.2. Paraszomniák	12
2.2.1. Szomnambulizmus	13
2.2.2. Éjszakai felrettenés.....	14
2.2.3. Lidérces álom.....	16
2.3. Érzelemszabályozás	17
2.3.1. Az érzelemszabályozás története	17
2.3.2. Az érzelemszabályozás kialakulása	18
2.4. Disszociáció	19
2.4.1. A disszociáció dimenzionális szemlélete	20
2.4.2. A disszociáció folyamata.....	21
2.5. Személyiségsszerveződés	22
2.5.1. A Kernberg-féle diagnosztikai rendszer osztályozási szempontjai.....	22
2.5.2. A Kernberg-féle szerveződési szintek jellemzői.....	24
3. KÉRDÉSFELVETÉSEK ÉS HIPOTÉZISEK.....	26
4. A KUTATÁS BEMUTATÁSA	28
4.1. A minta	28
4.2. Eszközök	28
4.2.1. Athén Inszomnia Skála.....	28
4.2.2. Paraszomnia Kérdőív	28
4.2.3. Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív	29
4.2.4. Disszociatív Élmények Kérdőív.....	30
4.2.5. Személyiség-szerveződés Kérdőív	30

4.3. Módszer	30
5. EREDMÉNYEK.....	32
6. VIZSGÁLATI EREDMÉNYEK MEGBESZÉLÉSE.....	36
7. KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK	38
IRODALOMJEGYZÉK.....	40
MELLÉKLETEK	46
I. melléklet – Demográfiai Kérdőív	46
II. melléklet – Athén Insomnia Skála	47
III. melléklet – Paraszomnia Kérdőív	48
IV. melléklet – Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív	49
V. melléklet – Disszociatív Élményskála	50
VI. melléklet – Személyiségsszerveződési Kérdőív	53

1. TÉMAFELVETÉS

Az alvási elégtelenség a leggyakoribb egészségügyi panaszok egyike. A különböző epidemiológiai felmérések egyhangúan alátámasztják az alvászavarok meglehetősen magas prevalenciáját. Az alvászavaroknak számtalan típusa létezik, az életünk során akár több is megjelenhet, egyes esetekben halmozódást is mutathatnak. Ezek a zavarok a közérzetünket, életminőségünket, szociális jólétünket, pszichés és szomatikus állapotunkat nagymértékben befolyásolják.

Az egyes alvászavarok kialakulására számos magyarázat létezik, azonban a pszichoreaktív értelmezés sok esetben háttérbe szorul. Ezért sem tekintik legtöbbször például az inszomniát önálló betegségnek, hanem orvosi-pszichiátriai kórkép tüneteként, pszichobiológiai stresszreakciók részeként, kedvezőtlen fiziológiai folyamatok következményeként vagy akár farmakológiai hatások eredményeként diagnosztizálják (Bódizs, 2000). Önálló kórképként való kezelése esetén az altatókat bár gyakran írják fel „rutinszerűen”, a háttérben húzódó kórképekkel nem sokat foglalkoznak, így a terápiás intervenciók is kevésbé nyernek teret az alvászavarok kezelésében. Bár az inszomnia rendkívül gyakori panasz, ez a probléma nem áll a medicina fókuszában. A bio-pszichoszociális modellen alapuló terápia a mindennapos orvosi gyakorlatban, az alapellátásban igen nehezen valósítható meg, mivel az időhiány, illetve a jelenlegi orvospképzés biomedikális jellege lényeges korlátozó tényezőt jelent.

A pszichodinamikus irányú kutatások száma elenyésző a témában, ezért a dolgozat fő kérdése, hogy miben térnek el az alvászavarral küzdő személyek (inszomniás és/vagy paraszomniás) egyes személyiségjellemzői az egészséges személyekétől. Bár az inszomnia esetében a nem gyógyszeres kezelési módszerek között megjelennek a kognitív viselkedésterápia egyes formái, a kutatásunkban szerettünk volna kitékinteni az alvászavarok háttérében álló mélylélektani folyamatokra is. Ezért került sor az alvászavaros és jól alvó személyek összehasonlítására a személyiség szerveződés minősége, az érzelmszabályozási mutatók, és a disszociatív hajlam tükrében.

2. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

A szakirodalmi áttekintés első részében bemutatásra kerül az alvászavarok egyik leggyakoribb típusa, az inszomnia, illetve a paraszomniák csoportjából az alvajárás, az éjszakai felrettenés és a lidérces álom. Az elméleti háttér második felében pedig az egyes mélylélektani jelenségekről lesz szó, amelyek alapján a kutatás történt, azaz az érzelemszabályozás, a disszociáció és a kernbergi személyiségszerveződés alapján.

2.1. Inszomnia

A primer inszomniák a nemzetközi osztályozás szerint az alvászavarok első fő csoportjába, a disszomniák közé tartoznak. A legegyszerűbb definíció szerint inszomniáról beszélünk, ha az alvás mennyisége, minősége vagy időzítése zavart szenved, és ennek negatív következményei is vannak. Ha azonban ennél pontosabban szeretnénk fogalmazni, értelmezhetjük az inszomniát *panaszként*, valamely betegség *tüneteként*, vagy önálló *kórképként*. A panaszok általában háromfajta tünet, illetve azok kombinációinak formáját öltik. Eszerint megkülönböztetünk elalvási zavarokat, átalvási zavarokat és korai ébredést (Dorsey, 1991). A leggyakoribbak egyértelműen az elalvási zavarok és az azokkal kapcsolatos panaszok. Valamivel ritkábbak az átalvási zavarok, amik viszont gyakran az előbbi tünettől társulnak. A korai ébredés pedig az időskori fiziológiás inszomnia és a depresszióhoz társuló alvászavar jellemzője (Bódizs, 2000).

A primer inszomniák kategóriájába többféle kórkép sorolható (primer pszichofiziológiás inszomnia, idiopathiás inszomnia, alvásállapot hibás megítélése, egyéb formák), azonban ezek ismertetésére messze eltérne a dolgozat tárgyától.

2.1.1. Az inszomnia epidemiológiája

Külföldi epidemiológiai felmérések egyhangúan alátámasztják az alvászavarok meglehetősen magas prevalenciáját. Az USA-ban végzett felmérés szerint a felnőtt lakosság 30-40%-a szenved alvászavarban egy adott évben, a krónikussá váló esetek gyakorisága pedig egy éven belül kb. 10% (Hohagen et al., 1993). Amerikai elemzők hangsúlyozzák, hogy ez a szám drasztikusan emelkedik. Az európai és ausztrál adatok hasonlóak az amerikaihoz, átlagosan 32,4%-nak adják meg az alvászavarok prevalenciáját (Weyerer és Dilling, 1991).

A hazai átfogó országos reprezentatív kérdőíves felmérés (Hungarostudy 2002) adatai alapján Novák (2004) arról számol be, hogy a felnőtt magyar lakosság 47%-a panaszkodik valamilyen alvással kapcsolatos problémára (esténként nem tud elaludni, többször felébred az éjszaka közepén, másnap fáradt, napközbeni teljesítménye csökken), és 9%-a szenved inszomniában. Ez utóbbi eredmény megfelel a nemzetközi adatoknak. A jelenség a fiatal és középkorú lakosság körében gyakoribb. A kutatás arra is rámutat, hogy az inszomniások a jó alvókhoz képest jóval gyakrabban mennek betegállományba, illetve igényelnek sürgősségi vagy kórházi ellátást (Novák, 2004).

Az egyes epidemiológiai felmérések alapján az idős kor, a női nem, az alacsony szocio-ökonómiai státusz, az alacsony iskolai végzettség egyaránt az inszomnia rizikótényezői közé tartoznak. Az alvászavarban szenvedők 30-50%-ánál kimutatható pszichés morbiditás áll fenn, és harmaduknál tapasztalható szomatikus betegség. Az életkor előrehaladtával egyre nagyobb valószínűséggel alakulnak ki alvással kapcsolatos panaszok. Természetesen a testi betegségek, neuropszichiátria kórképek, gyógyszerek, mozgáskorlátozottság, mozgáshiány és sok egyéb tényező mind hozzájárul az életkor előrehaladtával tapasztalható alvási elégtelenségekhez (Novák és Vizi, 1999).

2.1.2. Az inszomnia következményei

A betegeket zavarhatja a rossz éjszaka megélésének szubjektív hatása, mely frusztrációval, kudarcélménnyel, dühvel, haraggal, szorongással járhat. A pszichés következmények (szorongásos kórképek, hangulatzavarok, alkoholizmus) mellett az alvászavarok számos szomatikus problémát (elsősorban gasztrointesztinális és kardiovaszkuláris betegségeket) is okozhatnak. A páciensek körében gyakoribb az öngyilkosság, a gyógyszerabúzus, gyakran tapasztalhatók társ kapcsolati zavarok, szociális elszigetelődés, szexuális problémák (Novák és Vizi, 1991). Egy kilenc éves vizsgálat azt mutatta, hogy a maximum 6 órát alvók mortalitás rátája 70%-kal volt magasabb a minimum 6 órát alvók halálozási arányánál (Wingard és Berkman, 1983). Az alvászavarban szenvedők munkahelyi teljesítménye romlik, tanulási nehézségek lépnek fel. Ehhez hozzájárul a balesetek és a táppénzes napok nagyobb száma: akik havonta átlag 16 éjszaka rosszul alszanak, 3-szor annyi balesetet okoznak, mint a jól alvók és kétszer annyi napot vannak táppénzen, mint a jól alvók (Schweitzer, Engelhardt és Hilliker, 1992).

A krónikus alváshiányban szenvedő emberek végső soron ugyanolyan a tüneteket mutatnak, mint azok, akik egy vagy több éjszakán át egyáltalán nem aludtak, de a csökkenő

teherbírásukból eleinte semmit nem vesznek észre. Azok a vizsgálatok, amelyekben a kutatók a kísérleti személyek teljesítményét összehasonlították saját teljesítményükről alkotott ítéletükkel, riasztó ellentmondásokra derítettek fényt. Ezek szerint a végletesen elcsigázott emberek még akkor is nagyon fittnek tartják magukat, amikor már igencsak rossz eredményeket tudnak felmutatni. Külföldi elemzések bizonyítják, hogy az inszomnia nem csupán egyéni szinten súlyos probléma, hanem jelentős társadalmi-gazdasági hatásai vannak. A legrosszabb esetben a kialvatlanság életveszélyessé válhat önmagunkra és másokra nézve is: a korlátozott döntésképeségük és megnőtt reakcióidejük azok a tényezők, amelyek például gyakran okoznak közlekedési baleseteket (Spork, 2007).

2.1.3. Az inszomnia kognitív modellje

Az inszomnia kognitív modellje támpontot adhat a betegség „ördögi körének” jobb megértéséhez. A kognitív viselkedésterápia az egyetlen olyan pszichoterápiás irányzat, amely célzottan foglalkozik az alvászavarok jellemző tüneteivel (Purebl és Novák, 2000). Akár kevés álmatlan éjszakát követően is megjelenhet az inszomniás személyeknél az éjszakától való félelem, továbbá feszültség, éjszakai szorongás és frusztráció alakulhat ki már az elalvás előtt. Az éjszakai ébrenlétek hiperaktív kognitív funkciókkal, nyugtalansággal és vegetatív tünetekkel (például heves szívdobogással, tachycardiával, verejtékezéssel) járnak. A nappali tünetek sem elhanyagolhatóak: a kialvatlanság fáradékonysággal, levertséggel, ingerlékenységgel jár együtt, amelyek a koncentráló-és a teljesítőképesség csökkenését idézi elő (Schulz-Várszegi, 2000).

Az inszomnia objektíven kimutatható, és a kognitív modell szerint alapjában véve két tényező tartja fent a jelenséget: a szomatizált feszültség, valamint a kondicionált alvást gátló asszociációk (Schulz-Várszegi, 2000).

A feszültséget okozó események hatását általában kevésbé tudatosítják. Ennek következtében a szorongás elsősorban a vegetatív idegrendszer működésében fejeződik ki. Napközben is megfigyelhető egy fokozott élettani éberség, ami következményesen az alvászavar kialakulásához vezet. Az alvás utáni vágy további feszültséget idéz elő, és az egyre fokozódó elalvási szándék ismételt próbálkozások után önfenntartóvá teszi az inszomniát (Bódizs, 2000). Az elalvási idő nagy variabilitása, az alvás minőségének kiszámíthatatlansága, és a beteg irreális elvárásai azt az érzést keltik benne, hogy „rajta nem lehet segíteni”, amely tovább erősíti a szorongást. Következményként alkoholt és altatókat használ a beteg, ami további vegetatív labilitást eredményez. Rövid idő alatt az élettani feszültség az elalvás

körülményeivel asszociálódik, a beteg klasszikusan kondicionálttá válik az alvászavarra: már a hálószooba vagy az ágy gondolata vagy megpillantása is jelzést ad az alvászavarra, ez haragot, frusztrációt és félelmet vált ki. Ez újabb elalvási nehézségekhez vezet, vagyis az egész folyamat circulus vitiosus-sá alakul, amiben a pszichés feszültség az alvászavar formájában manifesztálódik (Bódizs, 2000).

2.1.4. Inszomnia és mentális zavarok

Az inszomnia számos szomatikus és pszichés betegség tünete lehet. Ez utóbbiak közül ki kell emelni az affektív zavarokat, a szorongásos kórképeket, a skizofréniát, az alkohol- és drogfüggőséget, de egyéb kórképekben (például evészavarokban, szexuális zavarokban) is gyakori tünet lehet. Míg az átmeneti alvászavar általában akut stresszreakció vagy alkalmazkodási zavar egyik jele, a krónikus alvásprobléma okai között vezető helyen állnak a pszichiátriai betegségek (Vizi és Novák, 2000).

A személyiségdimenziókkal való összefüggésére vonatkozó vizsgálatok egyértelmű eredménye szerint az elalvási zavarok elsősorban a szorongással, az átalvási zavarok vagy a kombinált tünetek a depresszióra való hajlammal függenek össze (Dorsey, 1991, idézi Bódizs, 2000).

Az utóbbi idők egyik legnagyobb elemszámú felmérése (Skaer, Robison, Sclar és Gallin, 1999) szerint az alvási panaszokkal orvoshoz forduló betegek 57%-ának van valamilyen mentális zavara, 31%-a pedig depressziós. Különböző prospektív vizsgálatokban az alvászavar kb. 4-szeresére növeli a mentális zavarok kockázatát, legjelentősebben a depresszióét és a szorongásos zavarokét (Taylor és mtsai 2003). Az alvászavar növeli az alkohol-abúzus kockázatát is (Crum és mtsai 2004). A mentális zavaroknak tehát az inszomniás panaszok igen jelentős háttértényezőit képezik. Fontos kiemelni, hogy az alvászavar szuicid kísérletre hajlamosít; ezt a tényt azért is kell komolyan venni, mert a szóban forgó kórképekben eleve nagy az öngyilkosság kockázata (Vizi és Novák, 2000).

Az inszomnia és a különböző pszichopatológiai kórképek közti ok-okozati összefüggés sok esetben nem világos: lehetséges, hogy az esetek egy részében az alvászavar a pszichés betegség tünete. Valószínű azonban, hogy a kapcsolat kétirányú, még abban az esetben is, ha az alvásprobléma a mentális zavar következménye is. Az alvászavar ronthatja az alapbetegséget, ezáltal negatívan befolyásolja a kezelés eredményességét is. Másrészről pedig a pszichiátriában használatos gyógyszerek jelentős része alvás-, illetve ébrenléti zavarokat okozhatnak nem kívánt mellékhatásként (Vizi és Novák, 2000). Ezenkívül az inszomnia

számos pszichés zavar prediktív tényezője lehet. Elsőként Ford és Kamerow (1989) több ezres betegpopuláción végzett longitudinális vizsgálata igazolta, hogy a legalább 2 hétig tartó inszomnia a depresszió és a szorongásos kórképek prediktív markere (Ford és Kamerow, 1989; Breslau, 1993 idézi Vizi és Novák, 2000).

2.1.5. Az inszomnia és az érzelmek

Az érzelemszabályozás szerepe az inszomniában elsőként Kales és munkatársai (1976) kutatásában vetődött fel. Az internalizációs hipotézisük szerint a különböző pszichológiai konfliktusok internalizálása az érzelmi arousal-szint növekedéséhez vezet, aminek következményeként fiziológias hyperarousal keletkezik és képtelenné teszi a személyt az alvásra. A mai kutatások is alátámasztják az inszomnia szoros kapcsolatát a problémák internalizálásával (Reid, Hong és Wade, 2009). A jelenlegi etiológiai elméletek többsége egyetért abban, hogy az inszomniában szenvedők állandó jellemzője a felfokozott vegetatív, kéri, kognitív és érzelmi arousal-szint (Harvey, 2002; Espie, 2002).

Az inszomniások érzelemszabályozása a szubjektív érzelmi tapasztalatok alapján két modellre osztható. A kognitív modell (Harvey, 2002) szerint az inszomniások hajlamosak túl sokat aggódni az alváshiány és az abból származó nappali következményeik miatt. Ez a rendkívül negatív töltetű felfokozott kognitív aktivitás váltja ki a vegetatív arousalt és az érzelmi distresszt. A pszichobiológiai modell (Espie, 2002) szerint azonban mind az erős pozitív és negatív érzelmek egyaránt okoznak alvásproblémákat, azaz az inszomnia a kognitív és vegetatív folyamatok interakciójából származik.

Egyes kutatások eredményei alapján negatív érzelmi állapotok egyértelműen befolyásolják az alvás minőségét. El- vagy átalvási problémákat okozhat például a magányosság, a gyász és veszteség, az ellenségesség, impulzivitás, és agresszió. A nagyon erős pozitív töltetű érzelmek hatásairól eddig még kevés információ ismert az objektív alvásminőséggel kapcsolatban, azonban az intenzív szerelem szubjektív megítélés szerint rosszabb alvást eredményez (Baglioni, Spiegelhader, Lombardo és Riemann, 2010).

A kutatások azt bizonyítják, hogy az inszomnia nem csak az érzelmekkel áll szoros kapcsolatban, hanem az érzelmi tudatosság hiányával is. Pallesen és munkatársai (2002) az alexitímia és az inszomnia kapcsolatát vizsgálta idős személyek körében. Az eredményeik szerint, az inszomniások szignifikánsan rosszabb eredményeket produkáltak a Torontói Alexitímia Skálán (TAS-20) mint a jól alvók, különösen az érzelmek azonosításának nehézsége alskálán (Pallesen et al., 2002).

2.1.6. Inszomnia és a személyiség

A személyiségvonásokat vizsgáló első kutatások szerint az inszomniásokat általános elégedetlenség, szorongásra való hajlam, és kényszeres aggodás jellemzi (Courtasey, 1975, idézi van der Laar, Verbeek, Pevernagie, Aldenkamo, Overeem (2010). Ezen eredményeknek köszönhetően az internalizáció került az előtérbe az inszomniások személyiségaspektusait vizsgáló kutatásokban (Kales et al., 1976), melyek eredményei szerint az inszomniások hajlamosabbak magukban tartani az érzelmeiket, ahelyett, hogy externalizálnák a negatív érzéseiket és dühöt, vagy agresszív viselkedésben vezetnék le (Kalogjera-Sackellares és Cartwright, 1994). Ezenkívül az inszomniás pácienseknél túlzott mértékű aggályosságot találtak, amely a magabiztosság hiányából és a magas önmonitorozásból fakad, ezek pedig különösen jellemzőek a perfekcionizmusra és az önvádoló, önbüntető hajlamra (Vincent és Walker, 2000).

Korábbi eredmények szerint az inszomniások 85%-a az MMPI egy vagy több skáláján patológiás értéket mutat (depresszió volt a leggyakoribb) (Kales et al., 1976). Az újabb adatok alapján az inszomniások hajlamosabbak a hisztrionikus szomatizációra, hipochondriás és neurotikus vonásokat is hordozhatnak, illetve jellemző rájuk az introverzió és a negatív érzelmek kifejezésének nehézségei (van der Laar et al., 2010).

A szakirodalom szerint tehát kapcsolat van az inszomnia és bizonyos személyiségvonások között, de – akárcsak az inszomnia és a pszichiátriai betegségek esetében – itt is tisztázatlan a kettő közötti kapcsolat, azaz az egyes személyiségvonások hajlamosítanak az inszomniára vagy éppen fordítva, az inszomnia következményeként alakulnak ki bizonyos vonások a személyiségben.

2.1.7. Az inszomnia terápiája

Mivel az inszomnia gyakran tünetként jelentkezik, kezelésekor a lehetőségekhez mérten természetesen oki terápiára kell törekedni, így alapvető lehet az éjszaka jelentkező, alvást zavaró tünetek (például viszketés) kezelése. Ez különböző hipnotikumokkal történhet, azonban az alvászavarok krónikus fennállása, a gyógyszerkölsönhatások fokozott kockázata, az esetleges addikció és abúzus megelőzése miatt is különösen lényeges a nem farmakológiai terápiás módszerek alkalmazása e betegek körében (Purebl és Novák, 2000).

A krónikus inszomnia fenntartásában a pszichofiziológiai tényezők szerepe még akkor is fontos, ha az elsődleges kiváltó ok szomatikus tényező volt. Mivel a krónikus inszomnia többdimenziós kórkép, kezelése sem célozhat meg csupán egyetlen kóroki tényezőt. A pszichoedukáció, az alváshigiéné betartása a terápia sikerének alapvető része. Nem tanácsolt gyógyszeres kezelési módszerrel indítani a terápiát, a farmakoterápiát pedig érdemes más módszerrel kombinálva alkalmazni (kognitív terápia, viselkedésterápia, relaxációs technikák, szorongásoldás, fényterápia stb.) (Purebl és Novák, 2000). Egyre több kutatási adat utal arra, hogy a gyógyszeres és a nem farmakológiai kezelés egyaránt hatékony, s hosszú távú eredményeket e módszereket együttesen alkalmazva érhetünk el (Morin, Culbert, és Schwartz, 1994).

2.2. Paraszomniák

A paraszomniák közös jellemzője, hogy lényegesen nem befolyásolják az alvás-ébredés közötti mennyiségi és minőségi viszonyt, hanem az egyes tudatéberségi szinteken, alvásfázisokban akaratlanul sajátos magatartásbeli, motoros, vegetatív epizódok jelennek meg (Köves, 2000). A paraszomniák gyakoriak, többségük ugyan nem súlyos és életkilátásokat veszélyeztető betegség, mégis kifejezetten zavaróak lehetnek és jelentős életminőségromláshoz vezetnek. Bár Magyarországon valószínűleg százezrek szenvednek tőlük, mégis nagyon ritka a megfelelő kezelés. A kifejezetten szégyellnivalónak vélt jelenségek (enuresis, horkolás, lidércnyomás) miatt ugyanis a paraszomniában szenvedők – sokszor a család egyetértésével – nem fordulnak orvoshoz (Janszky, 2000).

A paraszomniás tünetcsoport változatos jellegét az Alvászavarok Nemzetközi Osztályozása alapján az 1. ábra szemlélteti (Janszky, 2000). Azonban ezek ismertetése messze elvezetne az alvás problematikájától és a megzavart funkció fiziológiájának bemutatását is megkívná. Ezért ehelyütt csak az alvás folyamatával közelebbi kapcsolatban álló szindrómákat ismertetem, mint amilyen az alvajárás, az alvásterror és lidérces álom.

1. ábra

Ébredési zavarok • alvajárás • éjszakai felrettenés (incubus) • zavart ébredés	• REM-függő szívmegállás sinusritmusból • REM-magatartászavar
Az alvás-ébrenlét átmenetének zavarai • ritmikus mozgászavarok • elalvási myoclonus • beszéd alvásban • éjszakai lábgörcsök	Egyéb paraszomniák • enuresis nocturna • primer horkolás • alvási bruxizmus • hirtelen csecsemőhalál szindróma • alvásfüggő kóros nyelési szindróma • éjszakai paroxysmalis dystonia • hirtelen éjszakai halál szindróma • csecsemőkori alvási apnoe • congenitalis centrális hypoventilatio szindróma • benignus csecsemőkori alvási myoclonus
REM-alvással kapcsolatos paraszomniák • lidérces álom (nightmare) • alvási paralysis • péniszerekció alvásfüggő zavara • alvásfüggő fájdalmas erekció	

Az ébredési zavarok közé sorolt paraszomniák évezredek óta jól ismert jelenségek. Lényegük a NREM-alvás mély szakaszaiból történő disszociált ébredés, amelyben az alvás és az ébrenlét különböző jelenségei egyaránt megnyilvánulnak. Közös jellemvonásaik, hogy testmozgással és vegetatív aktivációval járnak. Az idesorolt három alvászavar (ébredési zavartság, alvajárás, alvásteror) valószínűleg egy és ugyanazon közös patofiziológiai jelenség különféle megnyilvánulásai, hiszen nemcsak fenomenológiailag hasonlítanak egymásra, de gyakran ugyanaz a személy egyszerre, vagy különböző időszakokban több ébredési zavarban is szenvedhet (Bódizs, 2000).

2.2.1. Szomnambulizmus

A szomnambulizmus vagy alvajárás jelenségéhez mind a mai napig sok titokzatos hiedelem kapcsolódik. Korábban általánosan elterjedt volt az a nézet, hogy a szomnambul epizód nem más, mint az álomtartalom lelepleződése és viselkedéses manifesztációja. A '60-as évek poliszomnográfias kutatásai azonban egyértelműen megcáfolták ezt az elképzelést. A szomnambul epizódok legvalószínűbb keletkezési helye nem az alvás álomfázisa (a REM-fázis), hanem a NREM- vagy lassú hullámú alvás (Bódizs, 2000).

Az alvajárás jellemzői: alvás alatt hirtelen jelentkező komplex, automatikus cselekvéssorozat, utólagos amnézia, csökkent reakciókészség. A jelenség rendszerint egyszer fordul elő éjszakánként, átlagosan 10 percig tart, de az irodalomban leírtak több órán át tartó epizódokat is (Janszky, 2000). Az EEG-mutatók alapján nem tekinthető ébernek, továbbá az alvajáró személy az epizóddal kapcsolatban teljesen amnéziás. Fölébresztése nyomán általában nem sikerül az epizódot kísérő mentális tartalomra vonatkozó beszámolót nyerni (Bódizs, 2000).

A tudatosságot nélkülöző, automatikus cselekvések sora széleskörű: a felüléstől és járkálástól kezdve az evésig, autóvezetésig, szexuális aktivitásig vagy a hálótársak bántalmazásáig terjedhet. Sajnos az epizódok közben az alvajáró emberek veszélynek tehetik ki magukat. Az esetek jelentős részében a betegek különböző baleseteket szenvednek el, általában kisebb-nagyobb zúzódásokat, de súlyosabb esetekben akár csonttörések, vágások, sőt életveszélyes sérülések is előfordulhatnak. Beszámolnak olyan esetekről is, ahol az alvajáró agresszív, bántalmazó viselkedést mutat a környezetében élőkkal szemben (Bódizs, 2000).

Az alvajárás viszonylag gyakori jelenség, a gyermekek 6%-ánál, a felnőttek 1%-ánál fordul elő rendszeresen. A szomnambulizmus kialakulásában jelentős a genetikai faktorok szerepe, a rendellenesség 80-90%-ban családi előfordulást mutat (Janszky, 2000). A rendellenesség általában 5 éves kor körül kezdődik, és 15 éves életkorra megszűnik. A felnőttkorban jelentkező szomnambulizmus 80%-ban a gyermekkori alvászavar folytatása, ritkán kezdődik 18 éves kor után. A felnőttkorban fellépő epizódok idővel súlyosbodhatnak (Bódizs, 2000).

Általában megfigyelhető, hogy a felnőttkorban is fennmaradó szomnambulizmus gyakrabban társul pszichopatológiai jelenségekkel, és ezeknek a felnőtteknek többé-kevésbé jellegzetes pszichológiai profiljuk is van. Több kutató szerint a felnőttkorban is szomnambul személyek kifelé forduló viselkedéses tendenciákkal, illetve az agressziójuk kontrolljában mutatkozó problémákkal jellemezhetők (Kales et al., 1980b). Mások szerint jellemző az impulzív, antiszociális, néha hypoman személyiségvonás (Janszky, 2000).

A szomnambulizmust a fáradtság, alvásdepriváció, alkohol, és a különböző szedatívumok provokálhatják. A gyermekkori szomnambulizmusban a pszichés faktorok szerepe elhanyagolható (Janszky, 2000).

2.2.2. Éjszakai felrettenés

Az éjszakai felrettenés, vagy lidércnyomás szintén a NREM-alvással kapcsolatos. A klinikai kép ebben a kórformában is nagyon jellegzetes, tehát a klinikai interjú, és főleg a heteroanamnézis alapján jól felismerhető. Többnyire az alvás első harmadában hirtelen felébredést követően vokalizációval kezdődik, amelyet 1-2 percig konfúz állapot követ. Az ébredéssel a rendkívüli szorongás mindenféle vegetatív és szubjektív mutatója együtt jár. A szívritmus és a légzésritmus felgyorsul, erőteljes izzadás figyelhető meg, illetve szélsőséges rettegés és rémület keríti hatalmába a személyt. A jelenség olyan, mint egy alvás közbeni pánikroham, bár annál nyilvánvalóan rövidebb és ébrenlét közben soha sem jelentkezik. Továbbá abban is eltér a pánikrohamtól, hogy intenzív, gyakran „vérfagyasztó” vokalizáció

kíséri, amely rendszerint artikulálatlan üvöltés vagy sikítás, de néha rövid – elsősorban segélykérő – szavakból is állhat. Ezenkívül még jellemzőek motoros automatizmusok is, miközben a személy konfúz tudatállapotban van (Bódizs, 2000).

A jelenséggel kapcsolatban sokáig terminológiai zűrzavar állt fenn. Ma a félelmetes éjszakai fölriadások jelenségét az angol nyelvű szakirodalomban „night terrors”-ként ismerik. Ez mind a gyermekek, mind a felnőttek ilyen jellegű epizódjaival kapcsolatban alkalmazható kifejezés. A gyermekkori formát azonban pavor nocturnusnak is nevezik, és elkülönítik a felnőttkori fölriadásoktól, amelyeket „incubus attacks”-nek is neveznek (Bódizs, 2000).

A lidércnyomás szintén 5-7 éves kor körül a leggyakoribb. A pubertást megelőző életszakaszban 1-6% az előfordulási gyakorisága és a családi anamnézis 96%-ban pozitív (Janszky, 2000). Az általános felnőttkori lakosság körében az alvásteror prevalenciája 2,2% körüli, amely az életkor előrehaladtával folyamatosan csökken – 65 év felett 1%-ra esik ez a tendencia. A rendszeresen visszatérő incubusok, amelyek a család vagy egy közösség előtt játszódnak, súlyos pszichoszociális következményekkel járhatnak (Janszky, 2000).

Az incubus jelensége nagy valószínűséggel közeli kapcsolatban áll a szomnambulizmussal. Erre utal az a megfigyelés, hogy a pavor nocturnus típusú fölbredések általában a szomnambulizmus kezdeti koordinálatlan mozgással jellemezhető fázisával társulnak, és számos paraszomniás beteg számol be arról, hogy az élete során mindkét NREM paraszomnia előfordult (Zadra és Pilon, 2011). Ezenkívül mindkét jelenség az első alvásciklusban jelentkezik, illetve a gyermekek általában kinövik őket, és csak nagyon ritka esetekben stabilizálódik a felnőttkorban. Az incubus néha járhat komplexebb mozgással is, ilyenkor nehéz elkülöníteni az alvajárástól. A differenciáldiagnózisban segít, hogy a szomnambulizmusra nem jellemzők az intenzív vegetatív jelenségek és a vokalizáció (Janszky, 2000).

Az alvásteror pontos öröklődési mintázata még feltáratlan, a különböző család- és ikerkutatások azonban rámutattak a genetikai faktorok szerepére a félelmetes felriadásokra való hajlamban ((Kales et al., 1980c). A pszichoreaktív értelmezés szerint, a tulajdonképpeni pavor nocturnus és „incubus attacks” a NREM-mentáció olyan kritikus témáira adott válaszok, amelyek a személy konfliktusait érintik (Bódizs, 2000).

Gyermekekben az alvásteror nem társul jellegzetesen valamilyen pszichopatológiai jelenséghez. A felnőttkori alvásteror azonban a szomnambulizmushoz hasonlóan széleskörű pszichopatológiával kapcsolható össze, főként a személyiségzavarok bizonyos formáival (borderline személyiségzavar, passzív-dependens illetve passzív-agresszív, valamint szkizoid típusú) jár bizonyos mértékig együtt (Kales et al., 1980c).

A félelmetes éjszakai fölriadások jelenségét el kell különíteni a rémálmoktól. Szemben a lidércnyomással, a lidérces álom (rémálom) REM-ben jelentkezik, és az alvó vissza tud emlékezni rá. Fontos különbséget tenni a két betegség között, hiszen a visszatérő rémálmok mögött nagyon valószínű a pszichiátriai betegség jelenléte. A lidércnyomás és a lidérces differenciáldiagnosztikáját a 2. ábra mutatja be (Janszky, 2000).

2. ábra

	Lidércnyomás	Lidérces álom
Klinikum	vokalizáció, vegetatív aktiváció	kevésbé intenzív külső jegyek, vokalizáció objektíve ritka
Alvásstádium	nonREM, az alvás első harmada	REM, az alvás második fele
Sérülés, agresszió	gyakori	ritka
Amnézia	gyakori	ritka
Ébredési reakció	csökkent	normális

2.2.3. Lidérces álom

A rendszeresen visszatérő, fenyegető tartalmú álmokat követő felébredés az incubushoz hasonlóan intenzív félelemmel jár, a két jelenség azonban lényegesen különbözik egymástól. A lidérces álom (rémálom, szorongásos álom, nightmare) elsősorban az alvás REM szakaszában megjelenő, élénk vizualitással és intenzív negatív érzelmekkel jellemezhető ijesztő álmok, melyek gyakran ébredéssel végződnek. A rémálomból felriadt személyek többnyire részletesen emlékeznek a fenyegető tartalmú álom történetére, ami negatívan érinti az álmodó személyét, biztonságérzetét és önértékelését, és így szélsőséges esetben az ébredés után akár napokon át is kedvezőtlenül befolyásolhatja a rémálmoktól szenvedő személy hangulatát (Spoormaker, Schredl, és van den Bout, 2006).

Az átfogó epidemiológiai vizsgálatok alapján valószínűsíthető, hogy az emberek 85 százaléka legfeljebb évente, 8-29 százaléka havonta és 2-6 százaléka hetente egyszer tapasztalja meg a rémálom szorongáskeltő élményét (Ohayon, Morselli, Guilleminault, 1997 idézi Simor et al., 2009). Ez az arány nőknél valamivel gyakoribb, az életkort illetően pedig kisgyermekkorban (3-5 év), kamaszkorban (12-15 év) és a fiatal felnőttkor (20-29 év) idején magasabb, öregkorban pedig alacsonyabb a rémálmok aránya (Lewin és Nielsen, 2007).

A rémálmok gyakorisága számos kutatás eredménye szerint szoros összefüggésben áll egyes pszichopatológiai tényezőkkel, többek között a poszttraumás stressz zavarral (Wittman, Schredl és Kramer, 2007), a borderline személyiségzavarral (Simor, 2007), a szuicid tendenciákkal (Sjöstrom, Waem és Hetta, 2007), és a disszociatív élményekkel és zavarokkal (Agargün et al., 2003).

Az esetek többségében a rémálmok jelentkezését valamilyen fontos – negatív töltetű – életesemény előzi meg (Janszky, 2000). A rémálmok gyakoriságán kívül, a rémálmok ébrenlétre gyakorolt negatív hatása, a rémálmok okozta szorongás is fontos tényezője a kóros álmodási folyamatoknak. A rémálmok gyakorisága és a rémálmok okozta szorongás két független jelenség, bár fokozzák egymás hatását. A rémálmok gyakorisága inkább egyes személyiségjegyekkel függ össze, míg a rémálmok okozta szorongás az egyes pszichopatológiai állapotok lényegesen jobb prediktorának bizonyul, mint a gyakorisági mutató (Miró és Martínez, 2005).

Az eredmények arra utalnak, hogy a rémálmok keletkezéséért és fennmaradásáért az egyes személyiségjellemzők mellett az érzelmi élet (túl)terheltségéből fakadó érzelemszabályozási zavarok tehetők felelőssé (Simor et al., 2009).

2.3. Érzelemszabályozás

Érzelemszabályozásnak tekintjük azokat a képességeket, stratégiákat és viselkedésmódokat, melyek segítségével az érzelmek megjelenése és átélése kontrollálható (Lakatos, 2011). Maga a folyamat lehet automatikus vagy irányított, tudatos vagy tudattalan, és hatást gyakorolhat az érzelemlétrehozási folyamat számos pontján (Kököneyei, 2008). A mechanizmus tompíthatja, felerősítheti vagy fenntarthatja az adott érzelmet, az egyén céljától függően (Thompson, 1994).

2.3.1. Az érzelemszabályozás története

A felnőttkori érzelemszabályozás tanulmányozásával a 80-as évekig gyakorlatilag nem foglalkoztak, és kezdetben magának a fogalomnak sem született meg egy egységes meghatározása. Thompson (1994) az első között volt, aki az érzelemszabályozást megkülönböztette az érzelemkontrolltól. Még az érzelemkontroll elsősorban a negatív érzelmek szabályozására vonatkozik, addig az érzelemszabályozás magában foglalja a pozitív

érzelmeik kontrollját is. Ezenfelül szerinte az érzelemszabályozás az érzelmi arousal fenntartását és fokozását ugyanúgy jelentheti, mint a gátlását vagy a csökkentését. Röviden az érzelemszabályozást tehát az érzelmi viselkedés dinamikus vezénylessel és igazításával definiáljuk (Cole et al., 1994).

Thompson (1994) 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. Az érzelemszabályozás egyfajta énvédő mechanizmusként is funkcionálhat, így védve elménket az adott pillanatban fel nem dolgozható eseményekre adott érzelmi válaszok terhétől.

Ennek alapján Gratz és Roemer (2004) megalkották az érzelemszabályozás átfogó definícióját. Szerintük az érzelemszabályozás kifejezi, hogy a személy mennyire van tisztában az éppen átélt érzelmeivel, mennyire képes elfogadni azokat, hogyan tudja impulzív viselkedéseit kontroll alatt tartani, illetve mennyire képes a helyzethez legjobban illő érzelemszabályozó technikát kiválasztani, és azt működtetni. Amennyiben ez az egyébként fejleszthető képesség nem jól működik, úgy általános szorongásos zavar, poszttraumás stressz zavar vagy akár borderline személyiségzavar is kialakulhat.

Mindemellett fontos megemlíteni, hogy az érzelmeik szabályozása nem azonos az érzelmeik mentalizációjával. Az érzelmeik mentalizálása, vagyis a mentalizált affektivitás alatt az érzelmi élmények világos felismerését, megértését értjük, legyen ez akár sajátunk, akár egy másik emberé (Allen, Fonagy és Bateman, 2011). Ha a különböző érzelmeik mentalizálása nem tökéletes, akkor az érzelemszabályozási folyamatok sem működhetnek megfelelően, hiszen a saját érzelmeink pontos azonosításának, felismerésének hiányában nem tudunk megfelelő technikákat választani.

2.3.2. Az érzelemszabályozás kialakulása

Az érzelemszabályozás fejlődésének kutatása többek között a *korai tapasztalatokra* irányította a figyelmet. Az automatikus érzelemszabályozáson belül az implicit érzelemszabályozási formák az anya-gyermek kapcsolatból vezethetők le. A kisgyermek növekedése során, fokozatosan képessé válik arra, hogy tudatosítsa magában saját érzelmeit és másokéit (vagyis képes lesz mentalizálni). Felismeri, hogy egy belső érzelmi állapothoz nem feltétlenül kapcsolódnak külső megnyilvánulások és, hogy vannak olyan helyzetek, amelyben társadalmilag nem megengedett érzelmeinek szabad kifejezése (Kököneyi, 2008).

Folyamatosan tanulja, hogy hogyan kell az erőteljes negatív érzésekhez alkalmazkodni önszabályozó stratégiák által, és megtapasztalja az általános érzelmi elégedettséget is, és egyre inkább az implicit érzelemszabályozás válik dominánssá (Lakatos, 2011).

Az affektusok diádikus szabályozása alapozza meg tehát az érzelmek önszabályozási képességeit, de felnőttkorban is támaszkodunk a „másik” által biztosított biztonságos, támogató és *empatikus* környezetre, ami a csecsemő- és gyermekkorhoz hasonlóan felnőttkorban is elősegíti a distressz automatikus szabályozását. A szociális kapcsolatok tehát az érzelemszabályozás inputjaként az érzelemszabályozás kontextusát biztosítják, ugyanakkor az érzelemszabályozás fontos szerepet tölt be a kapcsolatok (mint output) fenntartásában (Bell és Calkins, 2000). A kapcsolatok nemcsak a distressz enyhítésének forrásai, hanem pozitív érzelmek forrásai is, így a pozitív érzelmek szabályozásában is szerepet játszanak.

Idővel kiemelt témává vált a maladaptív vagy diszfunkcionális érzelemszabályozás tanulmányozása is. A diszfunkcionális szabályozási formákat különböző pszichopatológiák – pl. evészavarok, depresszió, szorongásos zavarok, viselkedési zavarok, borderline személyiségzavar – kialakulásával és fennmaradásával hozták kapcsolatba. Kutatások bizonyították már be az érzelemszabályozás és a poszttraumatikus stresszavar közötti kapcsolatot (Ehring és Quack, 2010). További tanulmányok igazolják a korai és tartósan bekövetkező traumák kölcsönhatását az érzelmek intenzitásának szabályozóképességével. Ez a szabályozási zavar egy sor problémát von maga után, a tanulási képtelenségtől a befelé és kifelé irányított agresszióig (Lewis, 1992). Az érzelemszabályozási nehézségekkel szenvedő személyeknél magasabb disszociatív hajlam figyelhető meg (Lewis, 1992; van der Kolk, Perry és Herman, 1991).

Az érzelemszabályozás a pszichés egészségre kifejtett hatása mellett a testi egészség fenntartásában, valamint a krónikus betegségekhez való alkalmazkodásban is hangsúlyt kapott (Kököneyi, 2008).

2.4. Disszociáció

A disszociáció az identitás, a memória, a percepció és a tudat dezintegrációja (Merza és Kuritárné, 2012), azaz az összehangolt tudatműködés átmeneti megszakadása, egyfajta módosult tudatállapot.

Freud a disszociációt az elfojtás mechanizmusával kapcsolta össze. Szerinte az elfojtás útján tudattalanba száműzött elviselhetetlen mentális tartalmak nem tudatosulnak, viszont aktívak lehetnek a tudattalanban, ezáltal tüneti formában ismét előjöhhetnek (konverzió). Janet szerint

az egyes események hatására az emlékek leválhatnak a szelfről, lehasadnak a tudatról, viszont nem kerülnek be a tudattalanba (Gabbard, 2008; Ozsváth, 1998).

Fontos különbséget tenni a disszociáció és az elfojtás mechanizmusai között. Az elfojtás folyamata során horizontális hasítás megy végbe, míg a disszociáció alatt vertikális hasítás jellemző, hiszen a tudattartalmak párhuzamos tudatokba jutnak (Gabbard, 2008). A különbség a disszociáció és az elfojtás között a tudattalanná válás folyamatában van, hiszen az elfojtás során az elfojtott emlékek nem tudatosulnak, csak sajátos jelekből, tünetekből következtethetünk rájuk (Atkinson és Hilgard, 2005). A két folyamat tényezője is okozhat különbséget, hiszen az elfojtás hátterében esetleg belső, erősen konfliktusos vágyak állhatnak, míg a disszociációt általában külső esemény (trauma) váltja ki (Gabbard, 2008).

A disszociáció és a hasítás mechanizmusát alaposan megvizsgálva azt látni, hogy hasonlóságok és különbségek is vannak a kettő között. Mindkettő mentális tartalmak aktív szeparációja és izolációja. Mindkettő elhárítás, amely a kellemetlen élmények és affektusok ellen véd. Mindkettő megszakítja az egyenletes és időben folytonos szelf-ézés kialakulását. A disszociáció és hasítás másrészt viszont különbözik egymástól abban, hogy melyik én-funkció rongálódik meg. Kernberg (1993) szerint a hasításban az impulzuskontroll, valamint a szorongás és frusztráció tűrése szenved specifikus károsodást. Ezzel szemben a disszociációban az emlékezet és a tudat érintett. Végül a disszociáció szélesebb kiterjedésű mechanizmus, mint a hasítás – sokféle tagolódás jelenik meg a disszociációban, nemcsak az érzelmi variancia szélsőségei szerinti polarizáció (Gabbard, 2008).

2.4.1. A disszociáció dimenzionális szemlélete

A disszociáció dimenzionális szemlélete szerint a jelenség egy kontinuum mentén képzelhető el, amelynek egyik végpontja a hétköznapi, átlagpopulációra is jellemző disszociáció, majd egyre súlyosbodó patológia irányába haladva a másik végponton a disszociációs identitászavar helyezkedik el. A disszociatív élmények balra ferde (nem normális) eloszlást mutatnak az átlagpopulációban, vagyis néhány enyhe disszociatív élmény fordul elő nagyobb gyakorisággal – az ilyen hétköznapi disszociáció alatt azokat a folyamatokat értjük, amelyek során rutinszerű komplex cselekvéseket kivitelezünk, miközben a környezetről való tudatosságunk átmenetileg megszűnik pl. nappali álmodozás, autópálya transz (Merza és Kuritárné, 2012).

A disszociáció előfordulhat komplex mentális zavarok tüneteként, és jelen van az önálló kórformaként számon tartott disszociatív zavarokban is. A DSM-IV a disszociáció patológiás

formáit a memória, az identitás és a tudat dezintegrációjaként írja le, és a disszociatív zavarok kategóriában a disszociatív amnézia, a disszociatív fűga, a disszociatív identitászavar és a deperszonalizációs zavar kapnak helyet (Gabbard, 2008).

2.4.2. A disszociáció folyamata

Empirikus kutatások és klinikai tapasztalatok alátámasztják, hogy a disszociáció elsősorban a traumával szembeni védekezésnek fordul elő, és lehetővé teszi az egyén számára annak az illúzióknak a fenntartását, hogy pszichológiailag uralja a helyzetet, miközben a teste feletti kontroll más kezében van (Merza és Kuritárné, 2012).

A disszociáció akut trauma esetén adaptív folyamat, énvédő mechanizmusként működik. A személy úgy érezheti, hogy nem is vele történt az esemény, hiszen a disszociáció folyamata által az élmények tudattalanná válhatnak. A disszociatív elkülönülés tehát egy védekező mechanizmus a trauma ellen, hiszen az erős affektusok elkerülhetővé válnak (Gabbard, 2008). Az elkülönülés során a tudat beszűkül, ezáltal gátolja az emlékek memóriába való elaborációját (Allen, Console, Lewis 1999 idézi Gabbard, 2008). A traumatikus esemény során jelentkezik a peritraumatikus disszociáció, amely során a személy kilép a helyzetből, képessé válik a társuló testi/lelki érzések tudatosságról történő leválasztására, ezáltal mentesül a rettegés és a testi fájdalom megélésétől (Perry és Herman, 1993, idézi Merza és Kuritárné, 2012). A disszociáció ugyanakkor maladaptív következményekkel is jár, mivel késlelteti a traumatikus esemény átdolgozását, távol tartja a trauma emlékeit/érzéseit a tudatosságtól, így megakadályozza az élettörténet folyamatába való beillesztését, ami a gyógyulás alapfeltétele lenne. A peritraumatikus disszociáció tehát az adott helyzetben hasznos, de hosszú távon megnöveli a pszichopatológiai és a poszttraumás stressz zavar kialakulásának esélyét. Trauma nélkül is létrejöhet azonban disszociáció olyan személyeknél, akik erősen hajlamosak a fantáziálásra, és nagyon szuggesztibilisek (Target 1998, idézi Gabbard, 2008).

A disszociatív tünetek nem kizárólag az önálló kórformaként számon tartott disszociatív zavarokban vannak jelen, hanem az akut stressz zavar, a poszttraumás stressz zavar és a borderline személyiségzavar diagnosztikus kritériumai között is szerepelnek, s ezen kórképek gyakran vagy kizárólag traumatikus élmények következtében jönnek létre. Disszociatív tünetek előfordulhatnak továbbá olyan mentális zavarokban is, amelyek kritériumai között a disszociáció nem szerepel, pl. szomatoform zavarok, szkizofrénia, hangulatzavarok, és persze egészséges embereknél is (Nijenhuis, 2000).

Az érzelemszabályozási zavarok szerepe a disszociatív állapot fenntartásában nem elhanyagolható. A traumatikus élménnyel járó kontrollálatlan érzelmek megnehezítik az esemény mentális beilleszkedését a tudatba, hiszen ezen élmények lehasadnak, disszociálódnak (Kolk et al., 1991).

2.5. Személyiségsszerveződés

Otto Kernberg pszichoanalitikus személyiségdiagnosztikai rendszere az Én, illetve a felettes-én érettsége és integráltsága, valamint a tárgykapcsolati viszonyulásmódok minősége szerint osztályoz, és egy kontinuum mentén helyezi el a személyiségzavarokat, súlyossági sorrendben. A sor a neurotikus személyiségsszervezettől a pszichotikusig terjed - tehát a legtágabb értelemben használja a személyiségzavar fogalmát.

2.5.1. A Kernberg-féle diagnosztikai rendszer osztályozási szempontjai

1. A felettes-én érettsége és integrációja

Ez a feltétel azt vizsgálja, hogy mennyiben jelent a felettes-én reális és használható húzóerőt az Én számára, egy környezeti hatásoktól már függetlenné vált, mély absztrakt belső értékrend és egy ehhez kapcsolódó belső önbüntető-önjutalmazó képesség által. Ezt a funkciót csak egy olyan felettes-én struktúra tudja betölteni, melynek követelményei az eredeti helyzetektől és modellszemélyektől már függetlenné váltak (absztrahálódtak), valamint amely a korai, éretlen, szélsőséges felettes-én részek mellett a későbbi, modeláltabb felettes-én részeket is tartalmazza. A korai felettes-én részek egyrészt túlidealizáltak, elérhetetlen követelményeket tartanak fenn, másrészt kegyetlen, szadisztikus önbüntető tendenciákkal rendelkeznek – aminek élményszinten a megsemmisítő-pusztító büntudat a megfelelője. Egészséges szerveződés esetén ezekhez a korai felettes-én részekhez integrálódnak a reálisabban észlelt szülői követelmények, szülői büntetések, jutalmak emlékei nyomán kialakuló érettebb felettes-én részek, és a kevésbé szélsőséges szülői ideálképekből származó énídeál-elemek. Az érett, integrált felettes-én tehát elérhető követelményeket tart fenn az Én számára, az önbüntetés mellett önjutalmazásra is képes, meg nem felelés esetén pedig differenciáltabb és elviselhető mértékű büntudattal jelzi vissza az Én számára a normaszegést (Ratkóczi, 1997).

2. Az Én érettsége, integráltsága

Az énfunkciók közül Kernberg kiemeli a *védekezőmechanizmusok*, az *önfenntartó-ön szabályozó és integratív funkciók* jelentőségét. Alapvető kérdésnek tartja, hogy:

- döntően érettebb (elfojtás és társmechanizmusai) vagy éretlenebb (projektív identifikáció, hasítás és társmechanizmusai) védekezőmódokat használ-e a személy,
- mennyire képes lelki feszültség, szorongás elviselésére (mennyit képes elviselni énregresszió, funkcionális színvonalcsökkenés nélkül),
- mennyire képes impulzuskontrollra, indulatai szabályozására, vágyai késleltetésére, kreatív tevékenységben megnyilvánuló szublimációra,
- mennyire képes stabil érzelmi állapotok kialakítására, mennyire képes hangulatát, érzelmi állapotát pillanatnyi hatásoktól függetleníteni,
- képes-e önmagáról és a számára fontos személyekről, s egyáltalán másokról és a külvilág dolgairól egységes és stabil képet kialakítani, mely a pozitív és negatív vonásokat egyaránt magába foglalja.

Az Én tartalmi köze a magasabb rendű humán érzelmek megjelenésének vagy hiányának felmérését tartja még fontosnak (gyász, részvét, együttérzés képessége) - melyek kialakulásában ugyancsak jelentősége van az integratív énfunkcióknak (Ratkóczi, 1997).

3. A tárgykapcsolatok minősége

Ez a szempont lényegében az érzelmi viszonyulásmódokat vizsgálja. Azt térképezi fel, hogy hogyan viszonyul a személy a fontosabb érzelmi tárgyaihoz, hogyan képezi le önmagában az ember a másik személyt, hogyan éli meg önmagát a másikkal való kapcsolatában - ezt nevezi a pszichoanalízis külső tárgykapcsolatnak. Jelenbeli külső tárgykapcsolataink megélése és megválasztása összefügg azzal, hogy milyen belső tárgykapcsolatokat hordozunk magunkban, múltbeli kapcsolataink lenyomataként. A legkorábbi belső tárgykapcsolataink természetesen éretlen, gyermeki viszonyulásmódokat, élménymódokat őriznek, melyekre egyéni fejlődésünk során érettebb kapcsolati minták rétegződnek. A többségében negatív élmények és negatív érzelmi színezetű belső tárgykapcsolatok esetében az egységes és stabil tárgyképzet és self-képzet hiánya miatt nem alakulhatnak ki egyenletes érzelmi viszonyulásmódok sem, a modellszemélyekkel való egyenletes érzelmi kapcsolat hiánya pedig nehezíti az internalizációs folyamatokat, így az én és felettes-én -funkciók beépülését, érését, fejlődését is (Kernberg, 1993). A megnyugtatóra, biztonságadásra képtelen, szélsőséges érzelmi reakciókat mutató szülő (gondozó, más modellszemély) emellett nem is

képes élményt és mintát nyújtani a gyermek számára az önmegnyugtatóra, feszültségtűrésre és a differenciáltabb, árnyaltabb érzelmek kialakítására.

Kernberg a fentiekben részletezett szempontok alapján három alapvető személyiség-szerveződési szintet (neurotikus, borderline, pszichotikus szint) és egy neurotikus és borderline közötti köztes szintet különít el.

2.5.2. A Kernberg-féle szerveződési szintek jellemzői

1. Neurotikus szint

Erre a szintre érett és integrált felettes-én és én-struktúra, érett tárgykapcsolati viszonyulásmód jellemző. Az énhatárok stabilak, a személyiség döntően elfojtással és társmechanizmusával (áttolás, izoláció, reakcióképzés) védekezik. A személyiség egyetlen problémája a felettes-én túlzott szigorúsága. Mivel a felettes-énnek az Énhez való integrációja megtartott, a felettes-én szigorúsága elsősorban a személyiség belső konfliktusához, belső feszültségéhez vezet, tudatos szintű vagy elfojtott negatív önkép, alacsony önértékelés, büntudat, gátlásosság lesz a következménye. A tünetek az eltúlzott védekezésekből, szorongásból és szorongáselhárítási módokból állnak. A társas kapcsolati problémák - az általános gátlásosság és alkalmazkodási merevség mellett - általában abból adódnak, hogy a neurotikus személyiség a saját, belül letiltott igényeit és érzelmeit kifelé sem képes vállalni, hanem rejtett kommunikációs utakon próbálja azokat (nem tudatos szándékkal és módszerekkel) kapcsolataiban érvényre juttatni. A kommunikációs partner a megsejtett, de világosan fel nem ismert kettős kommunikációval nem tud mit kezdeni, negatív érzelmekkel vagy hasonló kettős kommunikációval reagál, a kapcsolatokban önrontó körök keletkezhetnek. Mindemellett a neurotikus személyiségek mély, stabil érzelmi kötődésre képesek, a súlyosabb személyiségzavarban szenvedőkéhez hasonló fokú kapcsolati zavarai nem szoktak lenni. Önképük (self-képzetük) habár erősen torzított lehet, differenciált, részletgazdag és stabil, identitászavaruk nincs. Szexualitásukra az érett, genitális szexualitás jellemző. Ide tartoznak a depressziós, fóbias, kényszeres, hisztériás személyiségek (Ratkóczi, 1997).

2. Köztes szint

Erre a szintre a felettes-én integráció enyhe zavara, az énstruktúra mérsékelt éretlensége jellemző. Az éretlen, szadisztikus felettes-én részek jelenléte, illetve a felettes-énnek az Énhez

való hiányos integrációja miatt a személyiség kevésbé (illetve nem mindig) képes büntudat megélésére olyan helyzetekben, mikor ez indokolt lenne. Ugyanakkor kívülről éli meg az ítélkezést, másokat érez indokolatlanul kritikusnak, ítélkezőnek magával szemben. Mindez paranoid tendenciákhoz vezet. Az érett énfunkciók, ezen belül az érettebb elhárítások dominanciája mellett gyakrabban jelennek meg éretlenebb énfunkciók, éretlen elhárítások - hasítás és társmechanizmusai is. Szexualitásukban szintén keveredhetnek a genitális igények éretlen, perverz igényekkel. Kapcsolataikban a tartós kötődésre való képesség és bizonyos fokú kölcsönösség mellett szintén gyakran megjelennek infantilis viszonyulásmódok - például követelőzés, leminősítés, parazitizmus. Mivel a hasítás itt nem domináns elhárítás, a self-képzet nem válik olyan töredezetté, mint a borderline szinten. A fenti zavarok komoly értékrendbeli ellentmondásokhoz, hangulati, érzelmi labilitáshoz, önértékelésbeli hullámzásokhoz vezethetnek - de identitászavar nem alakul ki. Ez a fő kritériuma a borderline szinttől való elhatárolásnak. Ide tartoznak a szado-mazochista, a passzív-agresszív személyiségek, a dependens és nárcisztikus személyiségek egy része (ezen személyiségzavarok viszonylag enyhébb formái) (Ratkóczi, 1997).

3. Borderline szint

Erre a szintre a többé-kevésbé megtartott énhatárok mellett a felettes-én integráció súlyos hiányossága, éretlen énfunkciók és a hasításos védekezés dominanciája jellemző, éretlen belső tárgykapcsolatokkal, éretlen kapcsolati viszonyulásmódokkal. A felettes-én zavara és integrálatlansága a büntudatérzésre, önkritikára való képesség csökkenésében vagy hiányában, paranoid élményekben, súlyos esetben antiszociális viselkedésben nyilvánulhat meg. A hasítás és egyéb éretlen védekezőmódok dominanciája állandó akadálya az integrációs folyamatoknak, a további éntfejlődésnek. Kernberg ezzel magyarázza a többi énfunkció hiányosságát, éretlenségét, a pregenitális és genitális szexuális igények integrálatlanságát, a magasabb rendű human érzelmek hiányosságát és az ún. éngyengeségi tüneteket. A hasítás akadályozza az egységes self-képzet és egységes tárgyképzetek létrejöttét, így az érettebb tárgykapcsolatok kialakítását is. Az ehhez a szinthez tartozó személyekre az éntelenség hasítotttsága és töredezettsége miatti súlyos identitászavar, valamint súlyos kapcsolati zavarok jellemzőek. Ide tartoznak a szkizoid, szkizotípiás, paranoid, a DSM-borderline személyiségek, valamint a dependens és a nárcisztikus személyek többsége (Ratkóczi, 1997).

4. Pszichotikus személyiség szerveződési szint

A személyiség hajlamos az énhatárok felbomlására, a realitáskontroll elvesztésére, azaz tartós pszichotikus állapotok kialakulására. Ez már olyan súlyos patológia, amely a dolgozatban vizsgált tényezők szempontjából nem indokolja a további bemutatást.

3. KÉRDÉSFELVETÉSEK ÉS HIPOTÉZISEK

A kutatás fő kérdése az, hogy mélylélektani szinten megjelennek-e különbségek az alvászavaros és egészséges személyek között. Hangsúlyozandó, hogy az alvászavarok háttérében figyelembe kell venni az idegrendszeri, fiziológiai és genetikai tényezők szerepét is, de jelen keretek között nincs lehetőség ezek feltárására, így csak a személyiségbeli különbségek kerülnek megvizsgálásra.

A felvetésünk szerint mindhárom tényező esetében különbségek vannak. Az inszomnia esetében alapot képez az internalizációs hipotézis (Kales és mtsai., 1976), amely szerint az inszomniások hajlamosabbak magukban tartani az érzelmeiket, ahelyett, hogy externalizálnák a negatív érzéseiket és dühöt, vagy agresszív viselkedésben vezetnék le. Mivel az inszomnia sok esetben a szomatizált feszültség következtében jelenik meg, feltételezzük, hogy a háttérben érzelemszabályozási nehézségek állhatnak, azaz bizonyos érzésekkel nem tudnak megküzdeni. Érzelemszabályozási deficitmutatóként Gratz és Roemer (2004) definíciója alapján az érzelmek elfogadásának, tisztán látásának, tudatosságának hiányát, továbbá az érzelemszabályozó stratégiákhoz való hozzáférés és a célvezérelt tevékenység fenntartásának nehézségeit, illetve az impulzuskontroll hiányát alkalmazzuk. Az érzelemszabályozási deficittek mellé társulhat a disszociáció folyamata is, azaz ezeket a negatív érzelmeket a személyiség leválasztja a tudatosságról, amelyek aztán tárgytalan feszültségként szabadon lebegnek és szomatizált feszültség formájában jelennek meg újra. Ez a feszültség pedig ebben az esetben el- vagy átalvási formában nyilvánulhat meg.

A paraszomniák esetében a lidérces álom (mint REM-paraszomnia) során a rejtett feszültség a szorongó álomtartalom keresztül fejeződik ki. A NREM-paraszomniák esetében – alvajárás, incubus – számon kell tartani az esetleges biológiai faktorokat, de nem zárható ki a pszichológiai folyamatok szerepe sem. Az alvajárás és az alvásteror tulajdonképpen egyfajta disszociált ébredés. Alvás közben a psziché védtelenebb, az egyes én-funkciók átmenetileg gyengébben működhetnek. Lehetséges, hogy a gyenge énvédelem miatt a feldolgozhatatlan érzések, és az ezekből származó feszültség előtör és az alvás folyamata során zavarokat okoz.

A személyiségsszerveződés minősége meghatározza az egyes énvédelmi funkciók működésének sikerességét. Az integráltabb énfunkciókkal rendelkező személyek képesek megbirkózni az emocionális stresszel, könnyebben kezelik a feszültséget és érettebb elhárításokat használnak. Rosszabbul szervezett személyiség esetében azonban gyakoriak lehetnek az olyan intrapszichés és interperszonális konfliktusok, feszültségek, amelyekkel nem tud adaptívan megküzdeni. Minél mélyebb a személyiség szerveződésének deficitje, annál komolyabb zavarokat várunk az érzelemszabályozás és a disszociáció mechanizmusaiban. Súlyosabb esetben akár az énlmény töredezettsége, azaz identitászavar, identitásdiffúzió is fennállhat.

A dolgozatban bemutatott alvászavarok hátterében azonos pszichodinamikai folyamatokat tételezünk fel, ezért nem várunk különbséget az inszomniás és paraszomniás csoportok között a független változókat tekintve.

Ezen felül feltételezzük, hogy a személyiségsszerveződés, az érzelemszabályozás és a disszociáció folyamata egymással összefüggenek, és együttesen alakítják a pszichodinamikai folyamatot. A személyiség szerveződési minősége hatással lehet az érzelemszabályozási nehézségekkel való megküzdésre, illetve a disszociatív hajlamra.

Az eddigiek alapján tehát a következő hipotéziseket fogalmaztuk meg:

1. Hipotézis

Alvászavaros személyek körében általánosságban jellemzőbbek az érzelemszabályozási nehézségek, mint az egészséges személyek esetében.

2. Hipotézis

A disszociatív tapasztalatokról, élményekről az alvászavarokkal küzdők inkább számolnak be, mint a jól alvók.

3. Hipotézis

Az alvászavarban küzdők személyiségsszerveződése alacsonyabb színvonalú, mint a jól alvóké.

4. Hipotézis

Az inszomniás és a paraszomniás alcsoportok között nincs különbség az egyes skálákon mutatott pontok alapján.

5. Hipotézis

Az érzelemszabályozás, a disszociáció és a személyiségszerveződés dimenziói között kapcsolat, összefüggés áll fenn.

4. A KUTATÁS BEMUTATÁSA

4.1. A minta

A kérdőíveket 235 személy töltötte ki. A vizsgálatban résztvevő személyek nemi megoszlása egyenletlen volt: 46 férfi (20%) és 189 nő. A minta átlagéletkora 22,73 év (SD=7,33; min-max: 14-71). A demográfiai adatokból kiderült, hogy a kérdőívet kitöltők közel háromnegyede középfokú végzettséggel (73,3%, N=173), kb. egyötödük felsőfokú képzettséggel rendelkezett (21,3% N=51). A vizsgálati személyek 46%-a párkapcsolatban él (N=107), 48%-a pedig egyedülálló (N=114). A kérdőívkitöltők jelentős része még tanul (80%, N=189). A személyek 51%-a (N=120) rendszeresen fogyaszt naponta különböző koffeintartalmú italokat, és 21%-uk dohányzik rendszeresen (N=50). 23%-uk (N=53) járt pszichiátriai rendelésen, vagy legalább érezte már szükségét. Az alvaskörülményeket vizsgáló kérdésekből kiderül, hogy a személyek 71%-a (N=68) saját állítása szerint mindent megtesz ahhoz, hogy megfelelőek legyenek az alváshoz szükséges körülmények, ellenben 6%-uk (N=15) rendszeresen szed valamilyen hipnotikumot.

4.2. Eszközök

4.2.1. Athén Insomnia Skála

Az Athén Insomnia Skála (Athen Isnomnia Scale) nyolc kérdésből áll: öt az éjszakai tünetekre (pl.: ébredések gyakorisága, elalvás nehézsége), három pedig nappali problémákra (pl.: nappali álmoság) kérdez rá (0-24-es ponthatárok közt). A maximálisan elérhető pontszám 24, az ajánlott határérték 10 pont, tehát ez és az ennél magasabb pontszám klinikailag szignifikáns inszomniát jelez. A kérdőívet Novák (2004) fordította és validálta magyar vizsgálatban.

4.2.2. Paraszomnia Kérdőív

A kérdőív célja annak eldöntése volt, hogy a kérdőívet kitöltő személynél jelen van-e a korábban bemutatott paraszomniák közül valamelyik. Mivel a paraszomniák mérésére legjobb tudomásunk szerint nincs megfelelő kérdőíves mérőeszköz, a zavarok diagnosztizálásához a DSM-IV (1997) által meghatározott kritériumokat alkalmaztuk (A, B, C, D). A lidérces álmokra utaló kérdések száma 3, míg az alvási rémület zavarra és az alvajáráásra 4-4 kérdés vonatkozott. A kérdésekre igen/nem válaszokat lehetett adni, aszerint, hogy a személy igaznak véli-e az adott feltételt önmagára nézve. A válaszok értékelése során legalább két kritériumra kellett igennel válaszolni, hogy besorolható legyen a válaszadó valamelyik paraszomniás csoportba. A zavarok időbeli előfordulásának gyakoriságát az első kérdés határozta meg (az elmúlt egy hónap során többször), amelyet az értékelésnél a legfontosabb diagnosztikai kritériumnak tekintettünk. Ezekre a kérdésekre adott tagadó válaszok az adott paraszomniás csoportból való azonnali kizárást vontak maga után. A további elemzésnél az igenek száma volt a meghatározó, a fentebb leírtak alapján.

4.2.3. Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív

Az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőívet (Difficulties of Emotion Regulation Scale – DERS) eredetileg Gratz és Roemer (2004) dolgozta ki, magyarra Kökönyei (2008) adaptálta. A válaszolónak egy ötfokú skálán kell megadnia, milyen gyakran igazak rá az állítások (1 – szinte soha, 5 – szinte mindig). A kérdőív 36 tételt tartalmaz, amelyek hat alfaktorba rendeződnek:

- *Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága faktor:* Tételei azt tükrözik, hogy a személy a megtapasztalt negatív érzelmeire intenzív negatív válasszal reagál.
- *Nehézségek a célvezérelt viselkedés fenntartásában faktor:* Negatív érzelmek hatására a személy nehézségeket tapasztal a megkezdett feladatok végrehajtásában.
- *Impulzuskontroll nehézségek faktor:* Az itt magas pontszámot elérők negatív érzelmek fellépésekor a viselkedés szabályozásában problémákat tapasztalnak.
- *Érzelmi tudatosság hiánya faktor:* Tételei arra vonatkoznak, hogy a személy mennyire figyel az érzelmi jelzéseire, ill. mennyire ismeri el fontosnak azokat.
- *Érzelmi tisztaság hiánya faktor:* Azt méri, hogy mennyire tudja a személy azonosítani az éppen átélt érzelmet.
- *Érzelemszabályozás stratégiákhoz való csökkent hozzáférés faktor:* Az itt magas pontszámot adóknál negatív érzelmek felbukkanása esetén az állapot hosszantartó lesz.

A kérdőívben elért pontok megmutatják, mennyire fejlett érzelmszabályozással rendelkezik a kitöltő – minél kevesebb érzelmi nehézséget mutat, annál érettebb ezen képessége (Kököneyi és mts., 2008).

4.2.4. Disszociatív Élmények Kérdőív

A Disszociatív Élmények Kérdőív (Dissociative Experiences Scale – DES), egy 28-tételes önkitöltős kérdőív, amely a hétköznapi életben előforduló disszociatív tünetek gyakoriságát méri. A kitöltőknek az egyes élmények előfordulási gyakoriságát egy tízpontos (0—100%-ig terjedő) skála alapján kell megítélniük. A skálát gyakorta használják egészséges és klinikai mintán egyaránt. A DES 3 faktorát különítették el: az amnesztikus tüneteket, az abszorpció/sképzeleti bevonódást és a deperszonalizációs/derealizációs tüneteket.

4.2.5. Személyiség-szerveződés Kérdőív

A Személyiség-szerveződés Kérdőív (Inventory of Personality Organization – IPO) egy 83 ítemes önbeszámoló mérőeszköz, amely a kernbergi személyiség-szerveződés-moddal releváns diagnosztikus kritériumokat méri fel, úgy mint az identitás-diffúziót, a primitív elhárításokat, és realitásérzékelést. Két kiegészítő skála is jelen van a kérdőívben, amelyek az agresszióról és az erkölcsi értékekről adnak visszajelzést. A három fő klinikai skála 57 íteimből áll. A válaszolónak egy ötfokú skálán meg kell adnia, milyen gyakran igazak rá az állítások (1 – soha nem igaz, 5 – mindig igaz). Az egyes skálákon kapott magasabb pontszámok patológiát jeleznek (Lenzenweger, Clarkin, Kernberg, Foelsch, 2001).

Az összeállított kérdőíveket egy online kérdőívszerkesztő program segítségével töltöttük fel különböző alvászavarokkal kapcsolatos fórumokra, illetve közösségi oldalakra.

4.3. Módszer

Az online kérdőívszerkesztő az adatokat Excel-táblázatban összesítette, a statisztikai feldolgozás pedig az R. 2.14.2. statisztikai program segítségével történt. Első lépésként az egyes skálák, alszkalák belső konzisztenciáját vizsgáltuk meg. Mindegyik skála megbízhatónak bizonyult, a Cronbach alfa 0,8 fölötti eredményeket mutatott. A mintát ezután csoportokra bontottuk. Az egészséges csoportba 157 személy került (39 férfi, 118 nő), náluk nem volt kimutatható sem inszomnia, sem pedig paraszomnia. Az alvászavaros csoportot 78 fő (12 férfi, 66 nő) alkotta, a csoportosítási kritérium pedig vagy az inszomniás vagy a paraszomniás

feltétel teljesülése volt. Az alvászavaros csoporton belül előfordultak olyan személyek is, akik mind inszomniás, mind paraszomniás zavart is mutattak. Ezért érdekesnek láttam az alvászavaros csoporton belül alcsoportokat létrehozni. Így az inszomniás alcsoportba 17 fő, a paraszomniás alcsoportba 44 fő, az inszomniás-paraszomniás alcsoportba szintén 17 fő került. A következő lépésben egymintás Kolmogorov-Szmirnov próbával megvizsgáltuk az egyes csoportok eloszlásait. Az esetek jelentős többségében nem teljesült a normál eloszlás, ezért a későbbiekben nem-paraméteres eljárásokat alkalmaztunk. A csoportok közötti összehasonlításra alkalmas nem-paraméteres eljárás két független minta esetén a Mann-Whitney-próba (=Kétmintás/függetlenmintás Wilcoxon-próba), amely a minták mediánjainak egyenlőséget teszteli. A korrelációs számításokhoz pedig a Spearman-féle rangkorrelációs eljárást alkalmaztuk.

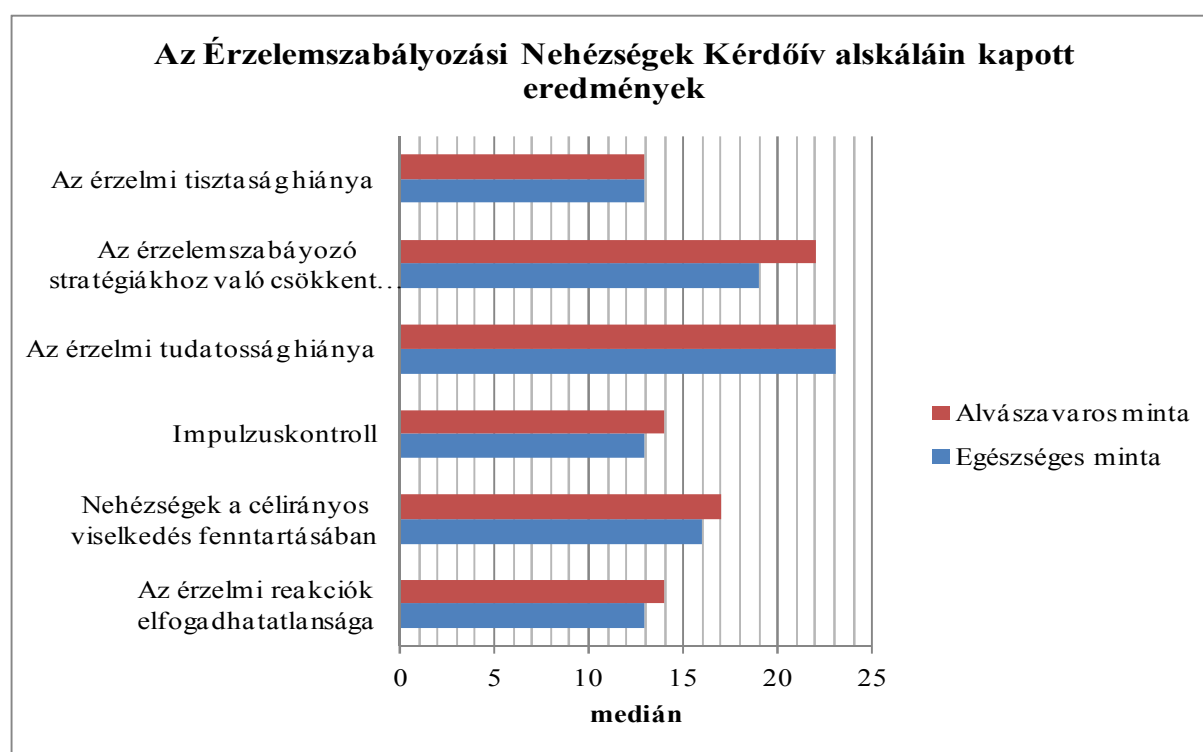
5. EREDMÉNYEK

1. Hipotézis

Alvászavaros személyek körében általánosságban jellemzőbbek az érzelemszabályozási nehézségek, mint az egészséges személyek esetében.

A 3. ábrán az alvászavaros csoport és a kontrollcsoport között az ÉNK skáláin megnyilvánuló különbségek láthatóak. Látható, hogy az Érzelmi tudatosság hiánya skálán kívül a többi skálán az alvászavaros csoport magasabb eredményeket produkált, mint a kontrollcsoport, ez megalapozza a skálák szerinti elemzést és értékelést.

3. ábra



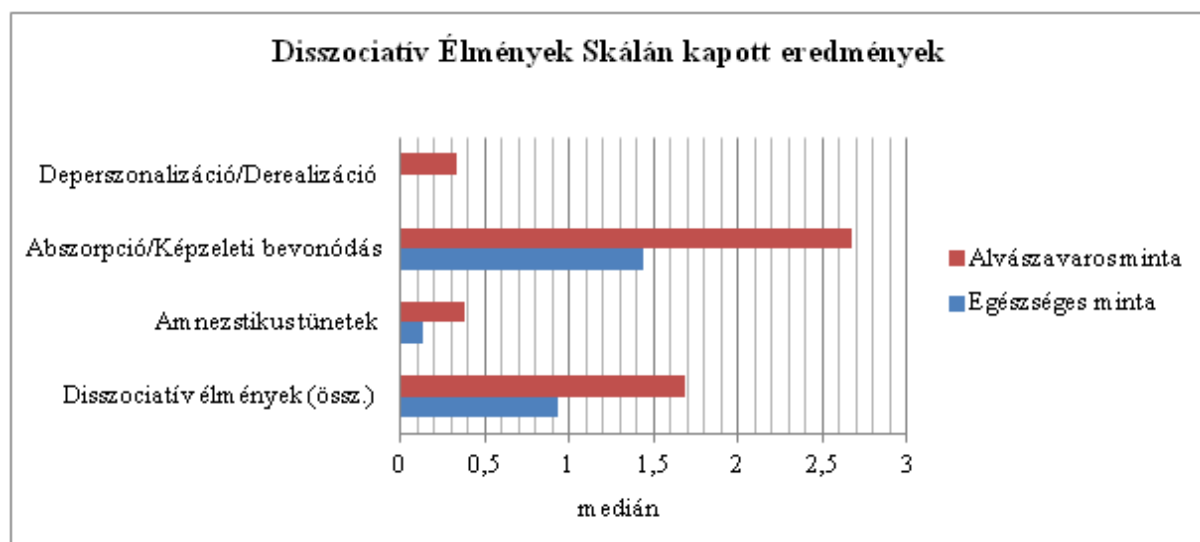
A Mann-Whitney-próbák során kapott eredmények szerint az érzelemszabályozási nehézségek skála összpontszámainak mediánjai között szignifikáns ($W=4884,5$; $p=0,011$) eltérés mutatkozik, méghozzá ez a különbség az alvászavaros minta irányába tolódik el. Az egyes skálákat összehasonlítva látható, hogy az Impulzuskontroll ($W=5166,5$; $p=0,046$) és az Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkentett hozzáférés ($W=4571$; $p=0,0015$) skálákon mutatkozik meg szignifikáns különbség a két csoport között.

2. Hipotézis

A disszociatív tapasztalatokról, élményekről az alvászavarokkal küzdők inkább számolnak be, mint a jól alvók.

A DES mutatóinak mediánjai közötti eltéréseket a 4. ábra mutatja be.

4. ábra



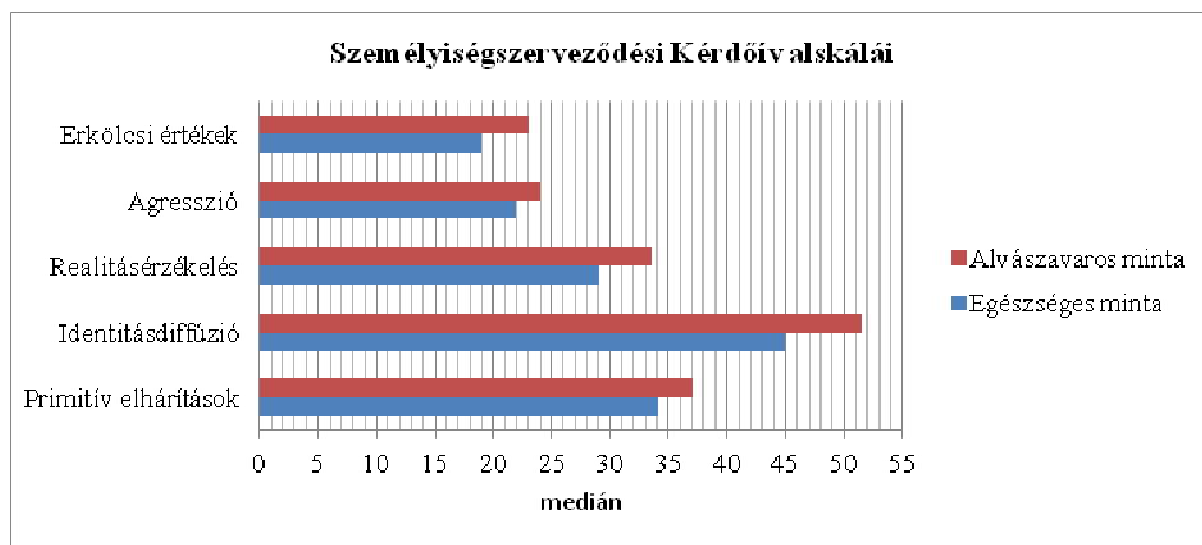
A két csoport között szignifikáns különbség ($W=4592$; $p=0,0018$) mutatkozik meg a disszociatív élmények, tapasztalatok esetében. A mediánok alapján az alvászavaros csoport hajlamosabb az ilyen jellegű tapasztalatok átélésre, mint a kontrollcsoport. Az abszorpció ($W=4551$; $p=0,0013$) és a deperszonalizáció/derealizáció ($W=4591$; $p=0,0011$) alskálák esetében jelentkezik még szignifikáns eltérés a két csoport között.

3. Hipotézis

Az alvászavarban küzdők személyiség szerveződése alacsonyabb színvonalú, mint a jól alvóké.

A Személyiség szerveződési Kérdőív skáláira adott pontszámok mediánjainak eltérését szemlélteti az 5. ábra a két csoport között. Mindegyik faktor esetében megfigyelhető, hogy az alvászavaros csoport átlagosan magasabb pontszámot ért el az egyes skálákon, mint a kontrollcsoport.

5. ábra



A próbák szignifikáns eltéréseket mutatnak a két minta között az egyes skálákat tekintve (6. ábra). A mediánok alapján megállapítható, hogy a betegcsoport mindegyik skála esetében magasabb pontszámokat adott, azaz a személyiségsszerveződés szempontjából alacsonyabb színvonalon működnek, mint a jól alvók csoportja.

6. ábra

	Primitív elhárítások	Identitás diffúzió	Realitásérzékelés	Agresszió	Erkölcsi értékek
A próbatatisztika eredményei	W=4979,5 p=0,019	W=4660 p=0,002	W=4285 p=0,0001	W=4595 p=0,0017	W=4411,5 p=0,0004

4. Hipotézis

Az inszomniás alcsoport és a paraszomniás alcsoport között nincs különbség az egyes skálákon mutatott pontok alapján.

A 7. ábra szemlélteti az inszomniás és paraszomniás csoportok összehasonlításának eredményeit az egyes független változók tekintetében. A próbatatisztika eredményei szerint egyik feltételben sem mutatkozik szignifikáns eltérés a csoportok között.

7. ábra

Érzelmszabályozási nehézségek (összes)	Az érzelmi reakciók elfogadhatatlansága	Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában	Impulzuskontroll	Az érzelmi tudatosság hiánya	Az érzelmszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés	Az érzelmi tisztaság hiánya
W=351 p=0,71	W=354,5 p=0,75	W=356,5 p=0,78	W=400,5 p=0,67	W=382,5 p=0,89	W=304,5 p=0,265	W=299 p=0,22

Disszociatív élmények (össz.)	Amnesztikus tünetek	Abszorpció/Képzleti bevonódás	Deperszonalizáció/Derealizáció
W=319 p=0,38	W=361,5 p=0,845	W=313,5 p=0,33	W=456 p=0,18

Primitív elhárítások	Identitás diffúzió	Realitásérzékelés	Agresszió	Erkölcsei értékek
W=297 p=0,21	W=333,5 p=0,51	W=403 p=0,64	W=317,5 p=0,36	W=264 p=0,07

5. Hipotézis

Az érzelmszabályozás, a disszociáció és a személyiségszerveződés dimenziói között kapcsolat, összefüggés áll fenn.

8. ábra

	Énk	Des	Primelh	Ident	Real	Agress	Moral
Énk	-						
Des	0,36	-					
Primelh	0,38	0,58	-				
Ident	0,5	0,53	0,75	-			
Real	0,42	0,64	0,62	0,69	-		
Agress	0,32	0,5	0,48	0,54	0,55	-	
Moral	0,33	0,56	0,65	0,61	0,58	0,6	-

A korrelációs táblázat azt mutatja, hogy szignifikáns kapcsolat ($P < 0,0001$) van az egyes skálák, dimenzió között. A Disszociatív Élmények Skála és a Személyiségszerveződési Kérdőív faktorai között közepes erősségű kapcsolat figyelhető meg.

6. VIZSGÁLATI EREDMÉNYEK MEGBESZÉLÉSE

A vizsgálati hipotézisek tehát szinte maradéktalanul teljesültek. A vizsgált változók alapján az alvászavaros és jól alvó személyek között szignifikáns eltérés mutatkozik meg, méghozzá az alvászavarban szenvedők nyújtottak rosszabb eredményt az egyes skálákon.

Az Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív összesített pontszámát tekintve az alvászavaros csoportba tartozó személyek fejletlenebb érzelemszabályozással rendelkeznek. Az Impulzuskontroll és az Érzelmi stratégiákhoz való csökkent hozzáférés faktorok esetében jelentkezett szignifikáns eltérés a két csoport között. E szerint az alvással kapcsolatos problémákkal küzdők nehézségeket tapasztalhatnak a viselkedésük szabályozásában negatív érzelmek megjelenése esetén. Ez feltehetőleg annak következménye, hogy hiányos érzelemszabályozó stratégiakészlettel rendelkeznek. Az érzelmek ilyen önszabályozási képességeit az affektusok korai diádikus szabályozása alapozza meg, de felnőttkorban az empátikus környezet is segíti a distressz automatikus szabályozását. Ezek az implicit automatikus érzelemszabályozó stratégiák (pl. önmegnyugtató viselkedések, az érzelmi distressz kommunikációja, vokalizáció, szemkontaktus) tehát kapcsolatokból bontakoznak ki (Kököneyi, 2008), és ebben a folyamatban az empátiás törődés internalizálódása emelhető ki (Greenberg, 2007). Az érzelemszabályozásban tehát vannak olyan beépített folyamatok (pl. a distressz kifejezése, elfogadása, tudatosítása), amelyek kedveznek az érzelmi distressz oldásának. Az implicit érzelemszabályozás diszfunkcionális működését eszerint az érzelmek elkerülésének, elnyomásának, megfelelő felhasználásának a hiányaként értelmezhetjük (Greenberg, 2007).

Az érzelemszabályozási nehézségekkel az eredményeink szerint együtt jár a magasabb disszociatív hajlam. Ebből arra következtetünk, hogy az érzelmek elkerülésének, elnyomásának folyamatában ezek a mechanizmusok vesznek részt. A leválasztott kontrollálhatatlan érzelmekből származó feszültség azonban nem tűnik el, hanem rejtve fennmarad, és ez okozhat álmatlanságot vagy alvás közbeni zavarokat. Egy másik elképzelés szerint az abszorpció/képzelti bevonódás skálán kapott szignifikáns különbség magyarázható azzal, hogy a személyek a nehéz érzelmekkel járó helyzeteket, eseményeket újra és újra átélnek, rágódnak rajtuk. Ez azt jelenti, hogy újra szembekerülnek a nehezen megküzdhető érzelmekkel, ismét belekerül a szorongó, feszült helyzetbe, amely gátolhatja az elalvást, vagy éppen intenzív álomtartalommal jár. A paraszomniák esetében a lidérces álom (mint REM-paraszomnia) során ez a rejtett feszültség a szorongó álomtartalmon keresztül fejeződik ki. A

NREM-paraszomniák esetében – alvajárás, incubus – számon kell tartani az esetleges biológiai faktorokat, de nem zárható ki az egyes pszichológiai folyamatok szerepe sem. Az alvajárás és az alvásteror tulajdonképpen egyfajta disszociált ébredés. Alvás közben a psziché védtelenebb, az egyes én-funkciók átmenetileg ki vannak kapcsolva. Meglátásunk szerint a gyenge énvédelem miatt a disszociált feldolgozhatatlan érzések, és az ezekből származó feszültség előtörnek a párhuzamos tudatokból és az alvás folyamata során zavarokat okoz.

A kutatási eredmények szerint ezen személyek személyiség szerveződése rosszabb színvonalú, ezért valószínűleg az énfunkciók gyengesége miatt többnyire primitívebb elhárításokat tudnak alkalmazni a negatív érzelmek kezelésében, amelyek bár torzítják a külső-belső valóság észlelését, mégis a pszichés egyensúly helyreállításában játszanak szerepet (Vaillant, 1994). Az eltérő súlyosságú személyiség szerveződési patológiákra eltérő deficitek a jellemzőek. A neurotikus személyiség a saját, belül letiltott igényeit és érzelmeit kifelé sem képes vállalni, és a tünetek az eltúlzott védekezésekből, szorongásból és szorongáselhárítási módokból állnak. Az elhárítások lehetővé tehetik, hogy a fontos kapcsolati személyekkel való konfliktus csillapodjon, a konfliktusokból származó szorongás, szégyen vagy büntudat érzése elviselhető mértékben legyen csak jelen. Továbbá az elhárítások a hirtelen támadó biológiai késztetések gátlását, és ezáltal a vággyal ellentétes tevékenységekbe való bevonódást segítik (Vaillant, 1994), vagyis biztosítják a céljainknak megfelelő működésmód fenntartását. Az elhárítások azonban nem tökéletesek, és csak rövidtávon jelentenek adaptív megoldást, maga az elhárított negatív érzelmekből származó feszültség „kerülőúton” újra felszínre törhet. Borderline szintű személyiség szerveződésre éretlen énfunkciók és a hasításos védekezés dominanciája a jellemző. A hasítás és egyéb éretlen védekezésmódok dominanciája állandó akadály a integrációs folyamatoknak, a további énefejlődésnek. Az éngyengeség miatt csökkent mértékű a feszültségtűrés, azaz kevesebb szorongást képesek elviselni énregresszió nélkül. A csökkent mértékű impulzuskontroll pedig az indulatai szabályozásának deficitjében nyilvánul meg, amely összefügg a szabályozatlan érzelmekből eredő feszültséggel. Megjelenhetnek alexitímiás vonások is, amelyek megnehezítik az érzelmek élményszinten való átélését.

Helyesnek tűnik az a feltételezésünk, mely szerint mélylélektani tekintetben az egyes alvászavaros csoportok között nincs különbség, azaz hasonló pszichodinamikai folyamatok játszanak szerepet a háttérben. Lehetséges, hogy ezek a személyiség mélyebb struktúráit jellemző konstruktumok egy olyan instabil alapot képeznek, aminek következtében a felszínen különböző tünetek, zavarok jelenhetnek meg. Ahogy a szakirodalmi áttekintés is

rámutat, az alvászavarok és az egyes pszichopatológiai kórképek közötti kapcsolat iránya nem egyértelmű. Ezen kutatás eredményei alapján is csak óvatos becsléseket lehet tenni, hogy a pszichés állapot okozza-e az adott alvászavart. Felvetődik a kérdés, hogy vajon fordított irányba is működik-e ez a kapcsolat, azaz az alvászavaroknak lehetnek-e olyan súlyos következményei, amelyek például a személyiség szerveződésére hatással lehetnek. Már említettük, hogy a krónikus alvászavarok milyen komoly pszichés problémákat okozhatnak (szorongásos kórképek, hangulatzavarok, stb.), és milyen következményei lehetnek ezeknek (öngyilkosság, gyógyszerabúzus, társkapcsolati zavarok, szociális elszigetelődés) (Novák és Vizi, 1991). Elképzelhető tehát, hogy hosszantartó és nagy szenvedésnyomással járó zavarok esetében akár egyes énfunkciók romlása, vagy akár a személyiség integritásának zavara is megjelenhet következményként.

Az utolsó hipotézis is teljesülni látszik, hiszen szignifikáns és többnyire közepes erősségű együttjárás figyelhető meg az egyes mutatók között. Néhány faktor közötti korreláció esetleg magyarázható az itemek hasonlóságával (pl. DES – Deperszonalizáció/Derealizáció és SZSZK – Realitásérzékelés), azonban a legtöbb esetben az egyes klinikai kérdőívek, skálák kérdései tartalmilag nem fedik egymást. Korábbi kutatások eredményeit megerősíti a mi eredményünk is, azaz az érzelemszabályozás és a disszociáció mechanizmusai között kapcsolat áll fenn (Lewis, 1992; Kolk et al., 1991). Az eredményeink szerint tehát ezek a változók kölcsönkapcsolatban állnak egymással. Feltételezzük, hogy az érzelemszabályozási nehézségek és a disszociatív hajlamra való fogékonyság a rosszabb személyiségszerveződés következtében jelennek meg, de hosszútávon akár ezek is befolyással lehetnek a személyiség alapjaira. Ezeket a mechanizmusokat védekezésre használja a személyiség, ami rövidtávon adaptív, de hosszabb távon maladaptív következményekkel járhat, jelen esetben akár alvászavarok formájában is megjelenhetnek.

7. KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK

Az alvászavarok kialakulásában természetesen figyelembe kell venni az egyéb etiológiai magyarázatokat is (fiziológiai, genetikai stb.), azonban e kutatás eredményei felhívják a figyelmet arra, hogy az alvászavarok hátterében konkrétan beazonosítható mélylélektani tényezők is jelen vannak, és ezek jobb megértése az elsődleges kezelési módszerek megfontoltabb újragondolásához vezethet. Olyan esetekben, ahol az alvászavar nem szervi,

fiziológiás vagy genetikai eredetű, az altatószerek azonnali felírása helyett érdemes lehet mélyebben beletekinteni a háttérben zajló pszichés folyamatokba, hiszen ezek korrigálásával maga a tünet, a zavar is megszűnhet. Például a jelen kutatásban megvizsgált változók közül az érzelemszabályozás sok esetben könnyen fejleszthető, továbbá pszichoterápiás intervenciók révén a személyiségszerveződési deficitek is korrigálhatóak. Az alvászavarban – különösen inszomniában – szenvedők számára nyilvánvalóan a legfontosabb cél a mihamarabbi tünetmentesség, ezért is népszerű a különböző altatószerek – akár önkényes használata. Ha azonban valóban komoly szerepük van a pszichés jellemzőknek az alvászavarok kialakulásában, és fenntartásában, akkor pusztán a farmakológiai szerek használata nem jelent teljes körű megoldást, hiszen az eredeti probléma továbbra is a jelen van. Az altatószerek hatóanyagaihoz a szervezet előbb-utóbb habituálódik, ugyanazon hatás kifejtéséhez az idő múlásával nagyobb mennyiség szükséges. Az addikció erősödik, ami később lehetetlenné teszi a szerek nélküli alvást. Bár a gyógyszeres terápia a krónikus betegek kezelésének első részében hasznos lehet, hogy az álmatlan éjszakák sorát megtörje, de az alvászavarhoz vezető problémák feltárásához és megoldásához egyéb módszerekre is szükség van. A krónikus inszomnia kezelése nehéz, időigényes, mind a beteg, mind az orvos részéről türelmet igénylő feladat, pszichoterápiás módszerek (relaxáció, pszichodinamikusan orientált terápia, kognitív viselkedéses terápia, hipnózis) alkalmazása nélkül gyakran nem is számíthatunk sikerre (Purebl és Novák, 2000).

A kognitív viselkedésterápia az egyetlen olyan pszichoterápiás irányzat, amely célzottan foglalkozik az alvászavarok jellemző tüneteivel. Azonban a jelen kutatás eredményei azt is bizonyítják, hogy a tünetek mögött maladaptív pszichodinamikai folyamatok figyelhetők meg, amelyek mélyebb szintről befolyásolják a betegség kialakulását, fennmaradását, és a pontosabb vizsgálatuk segíthet az alvászavarok háttértényezőinek feltárásához.

Az alvászavarok és a pszichológiai tényezők kapcsolatának pontosabb megismeréséhez további kutatásokra van szükség. Longitudinális vizsgálatok segíthetnek több információt kapni a dolgozatban felvetődött ok-okozati összefüggésekről, továbbá a pszichodinamikai folyamatokba is mélyebb bepillantást nyerhetünk ezáltal.

IRODALOMJEGYZÉK

- A DSM-IV diagnosztikai kritériumai (1997). Budapest: Animula Egyesület.
- Agargün, M. Y., Kara, H., Özer, Ö. A., Selvi, Y., Kiran, Ü., Kiran, S. (2003). Nightmares and dissociative experiences. The key role of childhood traumatic events. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 57, 139–145. doi: 10.1046/j.1440-1819.2003.01093.x
- Allen, J. G., Fonagy, P., Bateman, A. W. (2011): *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
- Atkinson, Hilgard (2005): *Pszichológia*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Baglioni, C., Spiegelhalder, K., Lombardo, C., Riemann, D. (2010): Sleep and emotions: A focus on insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 14, 227-238
- Bell, K. L., Calkins, S.D. (2000). Relationships as inputs and outputs of emotion regulation. *Psychological Inquiry*, 11, 160-163. doi: 10.1207/S15327965PLI1103_04
- Bódizs R. (2000): *Alvás, álom, bioritmusok*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
- Cole, M., Cole, S. R. (2006): *Fejlődéslélektan*, Budapest: Osiris Kiadó.
- Crum, R. M., Storr, C. L., Chan, Y. F., Ford, D. E. (2004): Sleep Disturbance and Risk for Alcohol-Related Problems. *Am J Psychiatry*, 161, 1197-1203. doi: 10.1176/appi.ajp.161.7.1197
- 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. DOI: 10.1016/j.beth.2010.04.004
- Espie, C. A. (2002): Insomnia: conceptual issues in the development, persistence and treatment of sleep disorders in adults. *Annu Rev Psychol*, 53, 215–243. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135243
- Gabbard, G. O. (2008): *A pszichodinamikus pszichiátria tankönyve*. Budapest: Lélekben Otthon Kiadó.

- Gratz, K. L., Roamer, 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. doi: 10.1007/s10862-008-9102-4
- Greenberg, L.S. (2007). Emotion Coming of Age. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 414-421. doi: 10.1111/j.1468-2850.2007.00101.x
- Harvey, A. (2002): A cognitive model of insomnia. *Behav Res Ther*, 40(8), 869–93. doi: 10.1016/S0005-7967(01)00061-4
- Hohagen, F., Rink, K., Kaeppler, C., Schramm, E., Riemann, D., Weyerer, S., Berger, M. (1993): Prevalence and treatment of insomnia in general practice. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 242, 329-36. doi: 10.1007/BF02190245
- Janszky J. (2000): Parasomniák. In: Novák M. (szerk.), *Az alvás-és ébrenléti zavarok diagnosztikája és terápiája* (pp. 137-156). Budapest: OKKER Kiadó.
- Kales, A., Caldwell, A. B., Preston, T. A., Healey, S., Kales, J. D. (1976): Personality patterns in insomnia. Theoretical Implications. *Arch Gen Psych*, 33, 1128-1134. doi:10.1001/archpsyc.1976.01770090118013
- Kales, A., Soldatos, C. R., Bixler, E. O., Ladda, R. L., Charney, D. S., Weber, G., Schweitzer, P. K. (1980a). Hereditary factors in sleepwalking and night terrors. *Br J Psychiatry*, 137, 111–118. doi: 10.1192/bjp.137.2.111
- Kales, A., Soldatos, C.R., Caldwell, A.B., Kales, J.D, Humphrey, F.J., Charney, D.S., Schweitzer, P.K. (1980b). Somnambulism. Clinical characteristics and personality patterns. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1406-1410. doi: 10.1001/archpsyc.1980.01780250092011
- Kales, J.D, Kales, A., Soldatos, C.R., Caldwell, A.B., Charney, D.S., Martin, E.D. (1980c). Night terrors. Clinical characteristics and personality patterns. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1413-1417. doi: 10.1001/archpsyc.1980.01780250099012
- Kalogjera-Sackellares, D., Cartwright, R. D. (1997): Comparison of MMPI profiles in medically and psychologically based insomnias. *Psychiatry Res*, 70, 49–56. doi: 10.1016/S0165-1781(97)03078-3

- Kernberg, O. F. (1993): *A borderline szindróma és patológiás nárcizmus*. Budapest: Animula Alapítvány.
- Kököneyi Gy. (2008): *Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban*. Pszichológiatudományi Doktori Iskola, Budapest.
- Köves P. (2000): Az alvás- és ébrenléti zavarok epidemiológiája. In Novák M (szerk), *Az alvás- és ébrenléti zavarok diagnosztikája és terápiája* (pp. 15-42). Budapest: Okker Kiadó.
- Lakatos K. (2011): *Mutasd meg érzéseid, de szabályozd viselkedésedet! Az érzelemszabályozás fejlődése*. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.
- LeBlanc, M., Beaulieu-Bonneau, S., Mérette, C., Savard, J., Ivers, H., Morin, C. M. (2007): Psychological and health-related quality of life factors associated with insomnia in a population-based sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(2), 157-166. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.03.004
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., Foelsch, P. A. (2001): The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13(4), 577-591. doi: 10.1037//1040-3590.13.4.577
- Lewis, D. O. (1992): From abuse to violence: psychological consequences of maltreatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 148, 50-54. doi: 10.1097/00004583-199205000-00001
- Merza K., Kuritárné Szabó I. (2012): A disszociáció hagyományos és új megközelítése. *Psychiat Hung*, 27(1), 18-28.
- Miró, E., Martínez, M. P. (2005): Affective and personality characteristics in function of nightmare prevalence, nightmare distress, and interference due to nightmares. *Dreaming*, 15, 89-105. doi: 10.1037/1053-0797.15.2.89
- Morin, C. M., Culbert, J. P., Schwartz, S. M. (1994): Nonpharmacological interventions of insomnia: a metaanalysis of treatment efficacy. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1172-1180. Letöltve: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=170499>

- Nijenhuis, E. R. (2000): Somatoform dissociation: Major symptoms of dissociative disorders. *Journals of Trauma and Dissociation*, 1, 7-32. Letöltve: http://www.empty-memories.nl/science/Nijenhuis_somatoformdiss.pdf
- Novák M. (2004): *Alvászavarok és életminőség*. Doktori értekezés, Budapest.
- Novák M., Vizi J. (1999): Az inszomnia jelentősége, diagnosztikája és terápiás megközelítése. *Hippocrates*, 1(1), 29.
- Ozsváth K. (1998): Disszociatív (konverziós) és szomatoform tünetcsoportok. In Füredi J. (szerk.), *A pszichiátria magyar kézikönyve* (pp. 342-364). Budapest: Medicina Kiadó.
- Pallesen, S., Norhus, I. H., Kvale, G., Havik, O. E., Nielsen, G. H., Johnsen, B. H., (2002). Psychological characteristics of elderly insomniacs. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 425–432. doi: 10.1111/1467-9450.00311
- Purebl Gy., Novák M. (2000): Az inszomnia nem gyógyszeres kezelési módszerei. In Novák M. (szerk.), *Az alvás-és ébrenléti zavarok diagnosztikája és terápiája*, (pp. 275-294). Budapest: OKKER Kiadó.
- Ratkóczi É. (1997). A személyiségzavarok pszichoterápiás szemléletű diagnosztikája. A terápia nehézségei és lehetőségei. (A Kernberg-féle személyiség-diagnosztikai rendszer gyakorlati használhatósága). *Psychiat Hung*, 12(4), 487-456.
- Reid, G. J., Hong, R. Y., Wade, T. J. (2009): The relation between common sleep problems and emotional and behavioral problems among 2-and3-year-olds in the context of known risk factors for psychopathology. *J Sleep Res*, 18(1), 49–59. doi: 10.1111/j.1365-2869.2008.00692.x
- Schulz-Várszegi M. (2000): Dyssomniák. In Novák M. (szerk.), *Az alvás-és ébrenléti zavarok diagnosztikája és terápiája*, (pp. 93-136). Budapest: OKKER Kiadó.
- Simor P. (2007): Álmodás és érzelmi szabályozás, rémálmok borderline személyiségzavarban. *Lélekelmzés*, 2, 116-127.
- Simor P., Kovács I., Vargha A., Csóka S., Mangel B., Bódizs R. (2009): Réálmok, álomszorongás és pszichopatológia: A Van Álomszorongás Skála magyar változatának validálása. *Psychiatria Hungarica*, 24(6), 428-438.

- Sjöstrom, N., Waern, M., Hetta, J. (2007): Nightmare and sleep disturbances in relation to suicidality in suicide attempters. *Sleep*, 30, 91-95. Letöltve: <http://www.journalsleep.org/Articles/300111.pdf>
- Skaer, T. L., Robison, L. R., Sclar, D. A., Galin, R. S. (1999): Psychiatric comorbidity and pharmacological treatment patterns among patients presenting with insomnia. *Clin Drug Invest*, 18(2), 161-167. Letöltve: <http://www.ingentaconnect.com/content/adis/cdi/1999/0000018/00000002/art00009>
- Spoormaker, I. V., Schredl, M., van den Bout, J. (2006): Nightmares: from anxiety symptom to sleep disorder. *Sleep Med Rev*, 10, 19-31. doi: 10.1016/j.smr.2005.06.001
- Spork, P. (2007): *Életadó alvás*. Budapest: Athenaeum Kiadó.
- Taylor, D. J., Lichstein, K. L., Durrence, H. H. (2003): Insomnia as a health risk factor. *Behav. Sleep Med.*, 1, 227-247. doi: 10.1207/S15402010BSM0104_5
- Thompson, R. A. (1994): Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, (2/3), 25-52. Letöltve: <http://www.jstor.org/stable/1166137>
- Vaillant, G.E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 44-50. doi: 10.1037//0021-843X.103.1.44
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., Herman, J. L. (1991): Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry*, 148, 1665-1671. Letöltve: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=168228>
- Van der Laar, M., Verbeek, I., Pevernagie, D., Aldenkamo, A., Overeem, S. (2010): The role of personality traits in insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 14, 61-68. doi: 10.1016/j.smr.2009.07.007
- Vincent, N. K., Walker, J. R. (2000): Perfectionism and chronic insomnia. *J Psychosom Res*, 49(5), 349–354. doi: 10.1016/S0022-3999(00)00175-6
- Vizi J., Novák M. (2000): Alvászavarok és pszichiátriai betegségek. In Novák M. (szerk), *Az alvás-és ébrenléti zavarok diagnosztikája és terápiája*, (pp. 227-242). Budapest: OKKER Kiadó.

- Weyerer, S., Dilling, H. (1991): Prevalence and treatment of insomnia in the community: results from the Upper Bavarian Field Study. *Sleep*, 14(5), 392-398. Letöltve: <http://europepmc.org/abstract/MED/1759091>
- Wingard, D. L., Berkman, L. F. (1983): Mortality risk associated with sleeping patterns among adults. *Sleep*, 6(2), 102-107. Letöltve: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6878979>
- Wittman, L., Schredl, M., Kramer, M. (2007): Dreaming in Posttraumatic Stress Disorder: A Critical Review of Phenomenology, Psychophysiology and Treatment. *Psychotherapy Psychosomatics*, 76, 25-39. doi: 10.1159/000096362
- Zadra, A., Pilon, M. (2011): NREM parasomnias. *Handbook of Clinical Neurology*, 99, 851-868. doi: 10.1016/B978-0-444-52007-4.00011-4

MELLÉKLETEK

I. MELLÉKLET – DEMOGRÁFIAI KÉRDŐÍV

Demográfiai kérdőív

Nem: Férfi/Nő

Kor:

Legmagasabb iskolai végzettség:

- Kevesebb mint nyolc általános
- Nyolc általános
- Érettségi
- Főiskola/Egyetem

Családi állapot:

- Egyedülálló vagyok
- Párkapcsolatban élek
- Házasságban élek
- Özvegy vagyok
- Elváltam, jelenleg egyedül élek

Foglalkozás:

- alkalmazott
- vállalkozó
- középvezető
- felsővezető
- egyéb szellemi
- tanuló/diák
- nyugdíjas
- munkanélküli
- háztartásbeli

Fogyaszt-e napi rendszerességgel koffein tartalmú italokat (kávé, energiaital, kóla stb.)?

Igen/Nem

Dohányzik-e rendszeresen?

Igen/Nem

Járt-e már pszichiátriai rendelésen, vagy érezte-e már szükségét?

Igen/Nem

Szed-e bármilyen nyugtatót, altatószert?

Igen/Nem

Szokott-e elalváshoz alkoholt fogyasztani?

Igen/Nem

Ön szerint megtesz-e mindent, hogy megfelelőek legyenek az alváshoz szükséges körülmények?

Igen/Nem

II. MELLÉKLET – ATHÉN INSZOMNIA SKÁLA

Athén Inszomnia Skála

A következő skála esetleges alvással kapcsolatos problémáinak rögzítésére szolgál, az Ön saját értékelése alapján. Kérem, jelezze a megfelelő válasz sorszámának kiválasztásával, hogy van-e olyan alvással kapcsolatos problémája, amely az elmúlt hónap során hetente három alkalommal előfordult.

1. Elalvás (a lámpaoltástól az elalvásig eltelt idő)

- 0. nem okozott gondot
- 1. kissé tovább tartott
- 2. sokkal tovább tartott
- 3. nagyon sokáig tartott vagy egyáltalán nem aludt el

2. Éjszakai felébredés

- 0. nem okoz problémát
- 1. enyhe problémát okozott
- 2. jelentős problémát okozott
- 3. súlyos problémát okozott vagy egyáltalán nem aludt el

3. Korai ébredés (reggel a kívánatosnál korábban ébredt)

- 0. nem okozott problémát okozott problémát
- 1. kicsivel korábban
- 2. jelentősen korábban
- 3. sokkal korábban vagy egyáltalán nem aludt el

4. Az alvás teljes időtartama

- 0. megfelelő
- 1. kissé elégtelen
- 2. kifejezetten elégtelen
- 3. nagyon elégtelen vagy egyáltalán nem aludt

5. Az alvás átlagos minősége (függetlenül attól, hogy mennyi ideig aludt)

- 0. megfelelő
- 1. kissé rosszabb
- 2. kifejezetten rosszabb
- 3. nagyon rossz vagy egyáltalán nem aludt

6. Nappali közérzet

- 0. megfelelő
- 1. kissé rosszabb
- 2. kifejezetten rossz
- 3. nagyon rossz

7. Nappali (testi/szellemi teljesítmény)

- 0. megfelelő
- 1. kissé rosszabb
- 2. kifejezetten rossz
- 3. nagyon rossz

8. Nappali álmoság

- 0. nincs
- 1. enyhe
- 2. kifejezett
- 3. nagyfokú

III. MELLÉKLET – PARASZOMNIA KÉRDŐÍV

Az alábbi állítások az alvás közben fellépő zavarokkal kapcsolatosak. Kérem, értékelje, hogy igazak vagy hamisak ezek az állítások Önre nézve.

Lidérces álmok

Egy hónapban akár többször is felriadok rémálmok miatt, amelyek általában a túlélés, a biztonság vagy az önérzet fenyegetettségéről szólnak.

Igaz

Hamis

Általában részletesen vissza tudok emlékezni ezekre a hosszú és különösen rémisztő álmokra.

Igaz

Hamis

Az ilyen rémálomból való ébredéskor igen gyorsan éberré válok.

Igaz

Hamis

Alvás terror

Egy hónap során akár több éjszaka is hirtelen, pánikszerű kiáltással felriadok.

Igaz

Hamis

Az ilyen epizódok alatt gyorsan ver a szívem, heves a légzésem, illetve erősen verejtékezek.

Igaz

Hamis

Ilyenkor csak nehezen tudnak engem megnyugtatni.

Igaz

Hamis

Nehezen tudok visszaemlékezni ezekre az álmokra, illetve az ébredést követő néhány percre.

Igaz

Hamis

Alvajárás

Környezetemben élők néha beszámolnak arról, hogy alvás alatt felkelek az ágyból és ide-oda járkálok.

Igaz

Hamis

Környezetemben élők állítása szerint ilyenkor alig lehet velem kommunikálni, és csak nehezen tudnak felébreszteni.

Igaz

Hamis

Ébredéskor nem emlékszek arra, hogy alva jártam.

Igaz

Hamis

IV. MELLÉKLET – ÉRZELEMSZABÁLYOZÁSI NEHÉZSÉGEK KÉRDŐÍV

Kérem, 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. Pontosan 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 viselkedésemem.
	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.

V. MELLÉKLET – DISSZOCIATÍV ÉLMÉNYSKÁLA

Az alábbi kérdőív 28 kérdést tartalmaz olyan élményekkel kapcsolatban, melyeket mindennapi élete során tapasztalhat. Arra vagyunk kíváncsiak, hogy milyen gyakran éli át ezeket az élményeket. Fontos, hogy válaszaiból az derüljön ki, hogy az említett élményeket milyen gyakran tapasztalja abban az esetben, ha nem áll alkohol vagy drog befolyása alatt.

A kérdések megválaszolásakor ítélje meg, hogy az adott élmény milyen mértékben jellemző önre, karikázza be azt a számot, amelyik megfelelően mutatja, hogy az idő hány százalékában éli át a kérdésben bemutatott élményt.

1. Egyesekkel előfordul, hogy miközben autóbuszon, buszon vagy metrón utaznak, egyszerre arra eszmélnek, hogy nem emlékeznek mi történt az út egy része vagy annak egésze alatt.
0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
2. Egyes emberek időnként, miközben más beszédét hallgatják, hirtelen észreveszik, hogy az elmondottak egy részét vagy egészét nem hallották.
0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
3. Egyesekkel időnként előfordul, hogy egyszerre csak egy adott helyen találják magukat, és elképzelésük sincs arról, hogy hogyan kerültek oda.
0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
4. Egyesekkel előfordul, hogy olyan ruha van rajtuk, amire nem emlékeznek, hogy felvették volna.
0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
5. Egyes emberekkel előfordul, hogy holmijaik között olyan új dolgokra bukkannak, amelyek megvásárlásáról nincs emléküik.
0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
6. Egyesekkel időnként előfordul, hogy számukra ismeretlen személyek közelítik meg őket, akik nem a saját nevükön szólítják meg őket, vagy akik határozottan állítják, hogy korábban már találkoztak.
0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
7. Egyesekkel időnként előfordul, hogy úgy érzik, önmaguk mellett állnak, vagy valamilyen cselekedetük közben önmagukat kívülről figyelik, úgy, mintha egy másik embert néznének.
0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
8. Egyeseket figyelmeztetik, hogy időnként nem ismerik meg barátaikat vagy családtagjaikat.
0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
9. Egyesekkel előfordul, hogy életük egy-egy jelentős eseményére (például esküvőre, ballagásra) nem emlékeznek.
0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
10. Egyeseket néha hazugsággal vádolnak, miközben ők maguk nem hiszik, hogy hazudtak volna.

	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
11. Egyesekkel előfordul, hogy tükörbe nézve nem ismerik fel önmagukat.											
	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
12. Egyesek időnként úgy érzik, hogy más emberek, tárgyak és a körülöttük lévő világ nem valóságos.											
	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
13. Egyesekkel előfordul, hogy azt érzik, hogy saját testük nem tartozik hozzájuk.											
	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
14. Egyesek időnként olyan élethűen idézik fel múltbéli emlékeiket, hogy úgy érzik, mintha újraélnék azokat.											
	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
15. Egyesek nem képesek eldönteni, hogy emlékeik valóban megtörténtek-e vagy csak álmodták azokat.											
	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
16. Egyesekkel megtörténik, hogy számukra ismerős helyek furcsának vagy ismeretlennek tűnnek.											
	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
17. Egyesek tévénézés vagy mozizás közben olyannyira elmerülnek a történetben, hogy nincsenek tudatában, hogy körülöttük más események is zajlanak.											
	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
18. Egyesekkel előfordul, hogy fantáziájukban, álmodozásukban olyan mélyen elmerülnek, hogy úgy érzik, azok a valóságban történnek meg velük.											
	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
19. Egyesek úgy érzik, hogy időnként képesek fájdalmukat figyelmen kívül hagyni.											
	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
20. Egyesek időnként semmibe vesző tekintettel, gondolatok nélkül ülnek, és nem érzékelik az idő múlását.											
	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
21. Egyesekkel előfordul, hogy hangosan beszélnek magukhoz, ha egyedül vannak.											
	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
22. Egyesek két helyzetben olyannyira eltérő módon viselkedhetnek, hogy szinte úgy érzik, mintha két különböző személy lennének.											
	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
23. Egyesek bizonyos helyzetekben olyan elképesztő könnyedséggel és spontaneitással képesek cselekedni, ami általában nehezükre esne (például sportban, munkában vagy társas helyzetekben).											
	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%

24. Egyesek időnként nem képesek pontosan visszaemlékezni arra, hogy valamit ténylegesen megcsináltak-e, vagy csak gondoltak rá (például nehezükre esik eldönteni, hogy az imént ténylegesen feladtak-e egy levelet vagy csak gondoltak rá, hogy feladják).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

25. Egyesek arra utaló bizonyítékokat találnak, hogy olyan dolgokat cselekedtek, melyekre nem emlékeznek.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

26. Egyesek időnként holmijaik között olyan írásokra, rajzokra, jegyzetekre találnak, melyeket minden bizonnyal ők készítettek, erre azonban nem emlékeznek.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

27. Egyesek időnként a fejük belsejéből jövő hangokat hallanak, mely hangok vagy valamilyen cselekedetekre sarkallják őket, vagy az éppen folyamatban lévő tevékenységükről jegyeznek meg valamit.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

28. Egyesek időnként úgy érzik, ködfátyolon keresztül szemlélik a világot, az emberek és tárgyak távoliaknak, elmosódottnak tűnnek.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

VI. MELLÉKLET – SZEMÉLYISÉGSZERVEZŐDÉSI KÉRDŐÍV

Az itt következő oldalakon olyan állítások találhatók, amelyekkel az emberek saját magukat szokták jellemezni. Próbálja meg lehetőleg egészen őszintén és komolyan kitölteni a kérdőívet: jelölje meg azokat az állításokat, amelyek legjobban leírják az Ön érzéseit és beállítódását.

	1	2	3	4	5
	Soha nem igaz	Ritkán igaz	Néha igaz	Gyakran igaz	Mindig igaz
1. Rajongok a nagyszerű emberekért, még akkor is, ha később kiderül, hogy tévesen ítélték.	1	2	3	4	5
2. Vannak olyan emberek, akiket azelőtt sokra tartottam, de csalódást okoztak nekem, mert nem teljesítették be a várakozásaimat.	1	2	3	4	5
3. Régóta nem fordult elő, hogy valaki olyat tanított vagy mondott volna nekem, amit még nem tudtam.	1	2	3	4	5
4. Kevésbé bízom meg az emberekben, mert gyakran ellenem fordulnak, vagy cserbenhagynak.	1	2	3	4	5
5. Kell, hogy csodálhassak másokat ahhoz, hogy biztonságban érezhessem magam.	1	2	3	4	5
6. Néha olyan dolgokat csinálok, amiről később azt gondolom, hogy nem volt helyes, mint például válogatás nélküli szexuális élet, hazudozás, ivászat, dührohamok vagy kisebb bűncselekmények.	1	2	3	4	5
7. Szokták mondani nekem, hogy nem vagyok hajlandó semmi tökéletlenséget észrevenni azokban, akiket csodálok.	1	2	3	4	5
8. Úgy érzem, hogy nem kapom meg azt, amit akarok.	1	2	3	4	5
9. Szokták mondani nekem, hogy ellentmondásosan viselkedem.	1	2	3	4	5
10. Szerintem az emberek vagy jók vagy rosszak; csak kevés olyan van, aki a kettő közé esik.	1	2	3	4	5
11. Az emberek kihasználják engem, ha nem vigyázok.	1	2	3	4	5
12. Előfordul, hogy a viselkedésem mások szerint kiszámíthatatlan és szeszélyes.	1	2	3	4	5
13. Vannak kedvenceim, akiket nem csak hogy csodálok, de szinte idealizálok.	1	2	3	4	5
14. Néha olyan dolgokat csinálok, ami akkor még rendben levőnek tűnik, de később alig tudom elhinni, hogy én voltam, aki ezt csinálta.	1	2	3	4	5
15. Az emberek általában vagy elhalmoznak engem szeretettel, vagy teljesen cserbenhagynak.	1	2	3	4	5

16. Eléggé szélsőségesen élem át a dolgokat: vagy nagy örömet, vagy borzasztó kétségbeesést érzek.	1	2	3	4	5
17. Úgy érzem, mintha csaló vagy szélhámos lennék, mert mások egész másmilyennek látnak, mint amilyen valójában vagyok.	1	2	3	4	5
18. Egész másfajta embernek érzem magam otthon, mint a munkahelyemen vagy az iskolában.	1	2	3	4	5
19. Úgy érzem, hogy ízlés és vélemények dolgában szinte mindent másoktól vettem át.	1	2	3	4	5
20. A barátaim meg lennének lepve, ha tudnák, hogy más helyzetekben mennyire másképp viselkedem.	1	2	3	4	5
21. Ingadozom aközött, hogy néha jószívű vagyok és adakozó, máskor meg hideg és közönyös.	1	2	3	4	5
22. Azt mondják nekem az emberek, hogy kihívóan vagy félrevezetően viselkedem velük azért, hogy elérjem, amit akarok.	1	2	3	4	5
23. Magam sem értem, hogy mi szerint változik a viselkedésem.	1	2	3	4	5
24. Néha olyan dolgokat csinállok hirtelen felindulásban, amiről azt gondolom, hogy elfogadható a társadalomban.	1	2	3	4	5
25. Gyakran kapcsolatba kerülök olyan emberekkel, akiket nem is kedvelek, mert nem tudok nemet mondani.	1	2	3	4	5
26. Ha az életem könyv lenne, akkor inkább különböző szerzők által írott novellákból állna, mint egyetlen regényből.	1	2	3	4	5
27. Néha hirtelen érdeklődni kezdek dolgok iránt, hobbijaim támadnak, aztán egyszer csak már nem érdekelnek.	1	2	3	4	5
28. Ha mások azt látják, hogy sikerem van, szárnyakat kapok, ha viszont a kudarcaimat látják, teljesen elkeseredem.	1	2	3	4	5
29. Félek attól, hogy azoknak az embereknek, akik fontosakká váltak a számomra, hirtelen megváltoznak az irántam való érzései.	1	2	3	4	5
30. Soha nem vagyok biztos abban, hogy mások mit gondolnak rólam, még azok sem, akik jól ismernek.	1	2	3	4	5
31. Nagyon nehezemre esik egyedül lenni.	1	2	3	4	5
32. Különböző pillanatokban egészen különbözőképpen látom magam.	1	2	3	4	5
33. Közeli érzelmi kapcsolatban az az érzésem, hogy elveszítem önmagam.	1	2	3	4	5
34. A fő életcéljaim gyakran évről évre megváltoznak.	1	2	3	4	5
35. A céljaim folyton változnak.	1	2	3	4	5

36. Miután kapcsolatba kerültem emberekkel, meglepődve veszem észre, hogy milyenek is valójában.	1	2	3	4	5
37. Még azok, akik jól ismernek, sem tudják megmondani, hogy hogyan fogok viselkedni.	1	2	3	4	5
38. Ha körülöttem rendetlenség és bizonytalanság van, belül is ezt érzem.	1	2	3	4	5
39. Néha nem vagyok biztos benne, hogy csak képzelődöm-e, amikor valamilyen hangot hallok, vagy látok valamit.	1	2	3	4	5
40. Amikor ideges vagy zavart vagyok, az az érzésem, hogy a külvilágban lévő dolgok is érthetetlenek.	1	2	3	4	5
41. Néha úgy érzem, mintha valaki más lennék, egy barátom vagy családtagom, vagy akár olyasvalaki, akit nem is ismerek.	1	2	3	4	5
42. Néha azt gondolom, hogy látok valamit, de ha jobban megnézem, kiderül, hogy az valami más.	1	2	3	4	5
43. Ha kényelmetlenül érzem magam, meg sem tudom mondani, hogy ez testi vagy érzelmi dolog-e.	1	2	3	4	5
44. Olyan dolgokat látok és hallok, amit senki más.	1	2	3	4	5
45. Olyan dolgokat is hallok, amiről mások azt állítják, hogy nincsenek ott.	1	2	3	4	5
46. Előfordul, hogy látok vagy hallok valamit, aminek nincs értelmes magyarázata.	1	2	3	4	5
47. Előfordul, hogy olyan dolgokat csinállok, ami másokat felidegesít, és én nem értem, hogy miért idegesíti őket.	1	2	3	4	5
48. Nem tudom megállapítani, hogy bizonyos testi érzések valódiak, vagy csak képzelem őket.	1	2	3	4	5
49. Úgy érzem, hogy a vágyaim és gondolataim valami varázslat által megvalósulhatnak.	1	2	3	4	5
50. Az emberek szerint durva és tapintatlan vagyok, de én nem tudom, miért gondolják ezt.	1	2	3	4	5
51. Olyan dolgokat tudok és értek, amit senki más nem tud és nem ért.	1	2	3	4	5
52. Tudom, hogy nem mondhatok el másoknak bizonyos dolgokat, amit én értek a világról, mert tudom, hogy nekik örültségnek tűnne.	1	2	3	4	5
53. Láttam olyan dolgokat is, amik a valóságban nem léteznek.	1	2	3	4	5
54. Úgy érzem, mintha lettem volna valahol, vagy csináltam volna valamit korábban, pedig ez nem történt meg.	1	2	3	4	5
55. Nem mindig tudom megmondani, hogy csak akarom, hogy valami igaz legyen, vagy tényleg igaz is.	1	2	3	4	5

56. Hiszek benne, hogy a dolgok megtörténnek egyszerűen attól, hogy rágondolok.	1	2	3	4	5
57. Valahogy soha nem tudom, hogy hogyan viselkedjek más emberekkel.	1	2	3	4	5
58. Mondták már nekem, hogy szeretem nézni, ha más szenved.	1	2	3	4	5
59. Előfordult, hogy jó barátot elvesztettem azért, mert ha nem értettünk egyet azon, hogy egy problémát hogyan kell megoldani, ezt nem bírtam elviselni, és ő megszakította a kapcsolatot.	1	2	3	4	5
60. Előfordult, hogy szándékosan komoly sérülést okoztam valakinek.	1	2	3	4	5
61. Csak úgy lehet elérni, hogy mások a fejemre ne nőjenek, hogy gondoskodni kell arról, hogy féljenek tőlem.	1	2	3	4	5
62. Előfordult, hogy komoly sérülést okoztam valakinek, de önvédelem volt.	1	2	3	4	5
63. Mondták már nekem, hogy úgy próbálok másokat irányítani, hogy büntudatot keltek bennük.	1	2	3	4	5
64. Élvezem, ha fizikai szenvedést okozok valakinek.	1	2	3	4	5
65. Elhanyagolom az egészségemet.	1	2	3	4	5
66. Csak úgy lehet elérni, amit akarok, hogy fájdalmat okozok saját magamnak, vagy ezzel fenyegetőzöm.	1	2	3	4	5
67. Szeretem, ha mások félnek tőlem.	1	2	3	4	5
68. Nem tudok ellenállni annak, hogy kaparjam magam, vagy tépdessem a bőrömet; ez mások szerint fájdalmas, de levezeti a feszültséget.	1	2	3	4	5
69. Más emberek szenvedése számomra izgalmas érzés.	1	2	3	4	5
70. Amikor minden rendben megy, akkor tudok uralkodni magamon, de ha mások nem értenek meg, vagy elrontják a dolgokat, akkor dühös és ellenséges leszek.	1	2	3	4	5
71. Szeretem, ha másoknak szenvedést tudok okozni.	1	2	3	4	5
72. Nagy megkönnyebbülés, ha megvágom magam, vagy más módon okozok magamnak fizikai fájdalmat.	1	2	3	4	5
73. Élvezek olyan dolgokat csinálni, ami mások szerint veszélyes.	1	2	3	4	5
74. Volt már életveszélyes öngyilkossági kísérletem.	1	2	3	4	5
75. Barátságos ember vagyok, de könnyen elveszítem a türelmem, ellenségessé válok, aztán később megbánom.	1	2	3	4	5
76. Mindenki lopna, ha nem félnének attól hogy elkapják őket.	1	2	3	4	5
77. Az emberek között olyan igazságtalanul vannak elosztva a javak, hogy úgy érzem, jogom van elvenni azt is, ami nem az enyém, ha ezt	1	2	3	4	5

biztonsággal megtehetem.

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 78. A viselkedésem időnként megfelel az erkölcsi szabályoknak, máskor eltér azoktól, vagy éppen erkölcstelen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 79. Az emberek csak tettetik, hogy bűntudatuk van, pedig valójában csak félnek, hogy lebuknak. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 80. Mivel mindenki azon igyekszik, hogy magának mindent megszerezzen, helyesebb nekem is ezt tenni, mint hagyni, hogy hoppon maradjak. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 81. Nem lehet megítélni mások igazi érzéseit abból, hogy mit csinálnak, mert könnyen lehet, hogy tettetik magukat. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 82. Mivel mindenki úgy csinál, mintha nagyon érdekelné a többi ember meg az erkölcsi szabályok, én sem tehetek mást, hogy ne lógjak ki a sorból. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 83. Szerencsére mentes vagyok attól a sok bűntudattól, ami mások életét nehezíti és megkeseríti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |