

**Rheumatoid arthritises betegek korai maladaptív
sémáinak és jelentős életeseményeinek vizsgálata az
aktuális pszichés distressz, valamint a betegség
orvosi mutatóinak tükrében**



2015.01.07.

Jelige: Carpe diem

Tartalomjegyzék

Absztrakt	3
Elméleti bevezető	4
1. Rheumatoid arthritis betegség	4
1.1. Az autoimmun betegségek	4
1.2. A rheumatoid arthritis jellemzése	5
1.3. A rheumatoid arthritis-sel való együttélés	7
2. Pszichés tényezők a rheumatoid arthritis (RA) betegséggel kapcsolatban	8
2.1. A rheumatoid arthritis (RA) kialakulásában szerepet játszó pszichológiai tényezők.....	8
2.2. A szorongás és a depresszió	10
2.3. Szorongás és depresszió vizsgálata RA-s betegeknél.....	10
2.4. A kognitív változók és az RA	11
2.5. A korai maladaptív sémák bemutatása	11
3. Narratív pszichológiai vonatkozások	13
3.1. A narratív pszichológia tömör ismertetése	13
3.2. A tudományos narratív pszichológia	14
3.3. „Történetek az életből”	14
3.4. Az életesemények tulajdonságai	15
3.5. Korai narratív kutatások a pszichológia területén	15
3.6. Narratív kutatások a rheumatoid arthritis betegek körében	16
4. A vizsgálat célja, kutatásunk újszerűsége	17
5. Hipotézisek.....	18
6. A vizsgálat menete	18
7. Eredmények.....	25
8. Diskusszió.....	29
9. Korlátok.....	34
9. Kitekintés	35
10. Irodalomjegyzék.....	36
11. Mellékletek.....	40

Absztrakt

Vizsgálatunk során arra kerestük a választ, hogy milyen egyéni különbségek, pszichológiai jellegzetességek játszhatnak szerepet a rheumatoid arthritis, autoimmun betegségben. Érdeklődésünk középpontjában a pszichés distressz, youngi korai maladaptív sémák valamint élettörténeti események narratív elemzése álltak.

Kérdéseink megválaszolása érdekében 30 rheumatoid arthritises betegségben szenvedő nő, valamint 32 egészséges nőtt vizsgáltunk az orvosi mutatók, HAQ, HADS-Szorongás/ Depresszió Skála, Young-féle Séma Kérdőív, valamint a narratív élettörténeti események elemzésének segítségével.

Eredményeink szerint az RA és a kontroll csoport a korai maladaptív sémák tekintetében 2 sématarományban és 5 sémában korai maladaptív séma mentén tér el. A betegcsoport magasabb pontszámot ért el a depressziót és a szorongást mérő skálán, valamint a szubjektív fájdalom észlelésben. A betegségaktivitás orvosi mutatói nem mutattak együttjárást a depresszió és a szorongás pontszámaival.

A vizsgálatunk konklúziója, hogy a pszichés distressz kezelése elengedhetetlen, hiszen jelentős befolyással bír a szubjektív funkcionális állapot észlelésére.

Elméleti bevezető

Vizsgálatunk szakirodalmi háttérének tárgyalásakor, a reumatoid arthritisszel küzdő betegek testi tünetei mellett, a lelki jelenségeket vesszük górcső alá. A vizsgálat egyetemes célja az, hogy feltérképezze azokat pszichológiai tényezőket, amelyekben esetleg eltérnek az RA-s betegek az egészséges személyektől, képet kapjunk a betegséghez való viszonyukról, az azzal való megküzdési repertoárjukról, azokról a sémákról, amelyek segítségével gondolkoznak a világról. Ezen kívül szeretnénk volna megismerni azokat a gondolatokat, élettörténeti eseményeket, problémákat, amelyeket ezek a krónikus autoimmun betegséggel együtt élő emberek átélnek, éreznek. Úgy gondoltuk, ennél a betegségnél is fontos, a lélektani jellemzők figyelembevétele, hiszen a fizikai jóllét mellett legalább olyan jelentős a lelki egészség is.

1. Rheumatoid arthritis betegség

1.1. Az autoimmun betegségek

Szervezetünkben alapvetően fontos, hogy a külső és belső egyensúly megtartott legyen, ehhez pedig összetett idegi, hormonális és immunológiai rendszerek teremtik elő a feltételeket. Immunrendszerünk „immunválaszok” sorozatával védekezik és harcol a különböző kórokozókkal szemben. Az immunválasz helyes működésekor megkülönbözteti a szervezetben létező „saját” és „nem saját” molekulákat, így megtűri őket vagy eltávolítja azokat, mindezt oly módon, hogy a szervezetben lehetőleg ne történjen számottevő egyensúly-eltolódás (Surányi, 2005).

„Az autoimmun betegségek ismeretlen etiológiájú gyulladásos-degeneratív betegségek, melyekben az immunreakció saját antigének ellen irányul” (Gergely, 1997). Tehát ezeknél a betegségeknel az autoimmunitás olyan folyamat, mely során a szervezet saját antigénjei ellen irányuló immunreakció már olyan mértéket ölt, hogy tüneteket produkál, károsodásokat okoz. Tulajdonképpen a szervezet kóros immunreakciót indít el saját maga ellen, így a szervezet szembe fordul magával, hiszen a saját szöveteit és sejtjeit érzékeli idegennek. Az autoimmun megbetegedéseknek két csoportja van, beszélhetünk „systemás” (minden szervrendszerben megnyilvánulhat a betegség) és „szervspecifikus” (csak egy szervben jelentkezik) autoimmun betegségekről. Továbbá elmondható, hogy ezeknek a betegségeknek az okai

multifaktoriálisak, tehát a genetikai fogékonyságon kívül, számos faktor felelős a kialakulásukért (Gergely, 1997).

1.2. A rheumatoid arthritis jellemzése

A rheumatoid arthritis (RA) egy szimmetrikusan jelentkező, krónikus, progresszív, destruktív sokízületi gyulladásos kórkép. Végző soron, valamint a megfelelő kezelések hiányában az ízületi porc és csont destrukciójához és az ízület tönkremeneteléhez vezet. Patogenezisét, bevezető, központi és végző szakaszra oszthatjuk. A bevezető szakasz főként a genetikai hajlamból valamint az infekciókból áll, a központi szakasz fedi le tulajdonképpen a mindenféle gyulladásos mechanizmusok megjelenését, azok elszaporodását, így a kezeletlen RA könnyen a harmadik és egyben végző (destruktív) szakaszba jut. Mely során először a felszíni porcréteg szenved károsodásokat, később pedig már az alatta lévő csontszövetek is, így ízületi deformitások keletkeznek, melyek súlyos esetben akár tartós rokkantsághoz is vezethetnek (Surányi, 2005).

A systemás autoimmun kórképek közé sorolandó, kialakulása multifaktoriális eredetű. Így kialakulásában genetikai faktorokon, hajlamon túl egyéb tényezők is, mint például, táplálkozás, nemi és hormonális faktorok vagy a környezet és a viselkedés, például a dohányzás is szerepet játszanak. Valószínű, hogy a nemi hormonoknak szerepük van a betegségben, hiszen előfordulás tekintetében a nők sokkal veszélyeztetettebbek, az ő esetükben háromszor gyakoribb az előfordulás, mint a férfiaknál. A lakosság 1,5-2%-át biztosan érintő mozgásszervi krónikus, azaz élethosszig tartó betegség. A betegség bármikor elkezdődhet, de leggyakrabban negyedik-ötödik évtizedben szokott jelentkezni (Surányi, 2006).

Több fajtája jelentkezhet, az esetek többségében jelenlévő lassan előrehaladó, fokozatosan romló, vagy a viszonylag gyors lefolyású, állandó progressziójú, de létezhet enyhe, alig romló, javuló formája is. Változó, valamint a különböző kezelések valamint az azokra való reakciótól is függ, hogy mikor milyen a betegség aktivitása. A betegek 5-10%-a szerencsés módon átmeneti remisszióba kerül, viszont további 10% a folyamatos kezelések és terápia ellenére is állandó és gyors progressziót mutat. Legelőször általában a kezeken és a csuklókon érzékelhető a gyulladás, duzzadtá, fájdalmassá válnak, majd a lábak ízületi gyulladásai jelentkeznek, melyeket szintén a járáskor, mozgáskor megélt fájdalom jelez. A betegség egyik jellegzetes tünete a reggeli „ízületi merevség”, mely a betegség aktivitásától függően különböző ideig tarthat. A betegek általános fáradtságról, jelentős ízületi fájdalmakról számolnak be a mindennapjaik során. A hosszantartó betegség során az ízületi

tokok zsugorodnak, és az ízületek sajátos módon deformálódnak elsősorban a kéz kisízületein. Ilyen módon a betegség már jól látható, felismerhető jegyeket mutat. Azonban ez azzal jár, hogy a fogás, az ökölbeszorítás nehezítetté, képtelenné vagy nagyon fájdalmassá válik a torzulások és gyulladások miatt, vagyis a kéz ereje, használható képessége is korlátozódik. A betegségben szenvedők végtagjain a csontos alap felett úgy nevezett rheumatoid csomók is kialakulhatnak. Az RA-nak egyéb szövődményei is lehetnek, érintheti a vesét, a szívet, de kialakulhatnak tüdő érintettségek vagy idegi szövődmények is (Surányi, 2006).

Mivel az RA nem gyógyítható betegség, a kezelések célja több irányú: a gyulladás és az ízületi fájdalmak enyhítése, az ízületi funkciók kellő mértékű megtartása, valamint a betegség okozta deformitások visszaszorítása. Mindehhez a gyógyszeres terápián túl fizioterápiát, gyógytornát, életmódbeli változásokat, rehabilitációt, adott esetekben ortopédsebészeti eljárásokat is igénybe kell venni. Az RA kezelését minél korábban és viszonylag „agresszíven” hatásos gyógyszerekkel kell folytatni ahhoz, hogy lelassuljon a progrediáló folyamat. Viszont a betegség korai stádiumában szomatikus tünetek híján nehéz diagnosztizálni, emellett RA-ra specifikus vizsgáló eljárás sincs még, a diagnózis alapja, az összetett klinikai kép a laboratóriumi vizsgálatok és egyéb képalkotó eljárások eredményeinek közös értékelése. Az úgy nevezett „bázis” terápián és egyéb biológiai eljárásokon túl, nem gyógyszeres kezelési módok is léteznek, melyeket a javulás érdekében szoktak alkalmazni. Az ízületi működések megtartására például rendszeres gyógytorna és megfelelő „ízületvédelem” szükséges. Ehhez a betegeknek egy speciális tornát kell megtanulniuk már a betegség korai szakaszában, hogy a naponta többszöri elvégzés eredményes legyen. Ehhez nagyon fontos a beteg kitartása, hiszen sokszor monoton és fárasztó a gyakorlatok elvégzése. Ezen kívül használnak még elektroterápiát fájdalomcsillapítás gyanánt, léteznek különféle massage-ok, és diéták is melyek segíthetnek a tünetek csökkentésében. A betegség következményeként kialakult torzulásokat ortopédsebészeti műtétekkel lehet korrigálni, a legsúlyosabb eseteknél protézis beültetésre is szükség lehet. (Tamási, 2006)

Fontos róla beszélni, mivel hazánkban is a népesség 1,5-2%-át biztosan érintő mozgásszervi betegség, mely még a mai korszerű és hatékony kezelési módszerek mellett is számos nehézséget, kockázatot és fájdalmat jelent az ezzel együtt élő betegek számára. A sok fájdalom és szenvedés mellett továbbá nem elhanyagolható az a tény sem, hogy jelentős költségeket von maga után ez a betegség mind az egyén, mind a társadalom számára. Hiszen a betegek gyakran kénytelenek kevesebbet dolgozni, vagy rövid időn belül teljesen elveszítik a munkaképességüket, így a munkájukat, ezért a kieső jövedelem számottevő, valamint a

gyógyszerek és egyéb kezelések, diéták is tetemes anyagi ráfordítást igényelnek nemcsak az egyéntől, de az állam részéről is. (Szekanecz, 2006)

1.3. A rheumatoid arthritis-sel való együttélés

Mivel a rheumatoid arthritis egy krónikus betegség, amely különböző fázisokon megy keresztül és általában változó, hogy mikor milyen mértékű az aktivitása, valamint számos tényező befolyásolja az aktuális állapotot, ezért az érintett betegeknek jelentős mennyiségű fájdalommal és sok egyéb kellemetlenséggel kell megküzdeniük, együtt élniük. Mivelhogy ez nem gyógyítható, a kezelések fő célja az előrehaladás csökkentése, a fájdalmak csillapítása, a tünetek enyhítése, a mozgásképesség és a munkaképesség megtartása, az életminőség romlásának elkerülése, a további betegségek kialakulásának és az esetleges korábbi halálozási esélyeknek a mérséklése. (Péntek, 2007)

Az is könnyen belátható, hogy ez a progresszív betegség, és az ezzel járó fájdalmak, például mozgáskorlátozottság, izomgyengeség, nehézségek kihatnak a betegek mindennapi életére, a munkavégzésre, különböző tevékenységekre, magára az életminőségre. A fent említett orvosi és egyéb kiegészítő kezeléseken túl nagyon fontos a beteg kellő mértékű felvilágosítása és továbbképzése a betegségről. Ez a fajta „gondozás” szoros és tartós betegkezelőorvosi kapcsolatot igényel és pozitív odafordulást mindkét résztvevőtől egyaránt. Ugyanis ennél a fajta krónikus betegségnél, elengedhetetlen az egy-két havonta történő orvosi és laborvizsgálat, így a beteg és az orvos szoros együttműködése is. Ilyenkor derül ki, hogy hatásosak-e a különböző kezelések, hatnak-e a gyógyszerek, a betegség mennyire aktív az adott időszakban, és ha romlik az állapot, sürgős eljárásokhoz kell folyamodni, változtatásokat kell eszközölni. Nagyon fontos és hangsúlyos, hogy ezeket a beteg megértse, az időpontok és kontrollvizsgálatokra pontosan eljárjon, mert már pár hónap alatt visszafordíthatatlan károk keletkezhetnek és fokozódhat a mozgáskorlátozottsága (Tamási, 2006).

Egy betegség jelenléte, főleg hogyha krónikus az adott betegség, mindenképpen súlyos következményekkel jár az egyén életét illetően, és olyan negatív élethelyzet, amely valamilyen szinten, biztosan jelentős stressz forrás lesz a számára. Ez a szituáció összetett megküzdési folyamatokat indít el és igényel nemcsak a betegben, a környezetében is.

Az ilyenkor fellépő stresszorok főleg az autonómia, a testi jóllét, maga az élet fenyegetettsége, a jövőkép és az énkép bizonytalansága, megváltozása, a másoktól való függés félelme, az addig kialakult rutinok, társas és egyéb szerepek, cselekvések féltése, azok

elvesztésétől való félelem megjelenése. Ezek a betegség következményeként fellépő nyomasztó terhek mind látszódní fognak a betegség leképeződésén is, valamint az azzal való megküzdésre is hatást gyakorolnak. Nem mindegy továbbá az sem, hogy milyen típusú betegségről van szó, az életet közvetlenül veszélyeztető, hosszú távú fájdalmas, de ugyanakkor nem halálos betegségről, vagy éppen egy gyorsabb lefolyású enyhébb betegségről. Az adott betegség specifikusságát figyelembe véve, specifikus coping mechanizmusoknak kell érvényesülniük. (Tiringer és mtsai, 2011)

A krónikus lefolyásból adódó nehézségekhez különböző hatékonysággal alkalmazkodnak a betegségben szenvedők, ezáltal sikeresen vagy kevésbé sikeresen képesek fenntartani szociális és pszichés jóllétüket. Ezen individuális jellemzők nem feltétlenül magyarázhatók a betegség előrehaladott állapotával, súlyosságával vagy időbeni fennállásával (Hamilton, Zautra & Reich, 2005). Annak érdekében, hogy identifíkálják azokat az ellenállóbb személyeket, akik a betegség következtében jelentkező erősebb fájdalmi periódusokra nézve kevésbé vulnerábilisak és ezen időszakok után előbb képesek stabilizálni pszichés egyensúlyukat, egészségügyi szakemberek számos pszichológiai faktort kezdtek el tanulmányozni (Afflek & Tennen, 1996 in Hamilton, Zautra & Reich, 2005).

2.Pszichés tényezők a rheumatoid arthritis (RA) betegséggel kapcsolatban

2.1. A rheumatoid arthritis (RA) kialakulásában szerepet játszó pszichológiai tényezők

Alexander (n.é. id. Kopp & Berghammer) úgy véli, hogy a rheumatoid arthritis alapvetően a traumatikus szülő-gyermek kapcsolatból eredeztethető. Úgy véli, hogy betegek gyermekkorban túlvédő, domináns szülői gondozásban részesültek, amely ellen irányuló lázadásukat következetesen elfojtották. Alexander és mtsai. (Johnson, Shapiro & Alexander, 1947) kutatásuk során kiemeltek bizonyos tényezőket, amelyek általánosan jellemzi a rheumatoid arthritises betegeket. Ezen tulajdonságok az alábbiak: magas fokú fizikai aktivitás, érzelmeik kifejezését erős kontroll alatt tartják, párkapcsolataikra jellemző a dominancia és a dependencia, amelyet partnerük gyakorol felettük.

Mindezek mellett az évek során egyre fokozottabbá vált az érdeklődés a pszichológusok körében a RA kialakulása és kezelésének lehetséges módjai. Az ennek feltárására szolgáló kutatások három fő területre összpontosulnak:

Az évek során a pszichológusokat egyre inkább foglalkoztatta az RA kialakulása és kezelésének lehetséges módjai. Az ennek feltárására szolgáló kutatások három fő területre összpontosulnak:

1. Pszichológiai és személyiségbeli jellemzők.
2. A stressz szerepe az RA etiológiájában és kórfejlődésében.
3. A kiegészítő pszichológiai kezelések hatékonysága (Lerman, 1987).

Jones már 1909-ben felfigyelt arra, hogy az RA-ban szenvedő betegeinek személyiségbeli karakterisztikái látszólag befolyásolják a betegség megjelenését és lefolyását.

Blom és Nicholls 1957-ben (in Lerman, 1987) elsők között számoltak be arról, hogy az RA betegek depresszívebb viselkedést mutatnak a kontroll csoporthoz képest. Moos és Solomon (1965) MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) teszt felvétele során, amelyet 16 rheumatoid arthritisben szenvedő nővel és nemből azonos, korban közelálló kontroll csoporttal vettek fel, különbséget találtak az RA és az egészséges kontroll csoport között a depresszió és a szorongás alskálában. Kutatásuk eredménye szerint az RA betegek magasabb pontszámot értek el az említett alskálán. Továbbá az RA betegek fogékonyabbak voltak a dühre, szolgálatkészebbek és engedékenyebbek mutatkoztak, mint a kontrollcsoport. Mindezek mellett Keffe és mtsai. (2002) is arról számoltak be, hogy az RA és depresszió között szoros az együttjárás. Különbséget találtak továbbá az érzelemszabályozás képességében, depresszióra való vulnerabilitásban és a neuroticizmus mértékében (Hamilton, Zautra & Reich, 2005).

Afflek és mtsai. (1994) RA-ban szenvedő nők naplójának tanulmányozása során szignifikáns kapcsolatot találtak a fájdalom, a stressz és a negatív érzelmek jelenléte között (Affleck, Tennen, Urrows & Higgins, 1994 in Hamilton, Zautra & Reich, 2005), valamint a krónikus fájdalomra adott stressz-válaszban (Hamilton, Zautra & Reich, 2005).

Fontos megemlíteni, hogy a RA betegek körében a stressz, úgy mond beágyazódott, mint potenciális betegséget kiváltó ok. Ezek a betegek jóval gyakrabban nevezték meg a stresszt betegségük kiváltó okaként, mint bármilyen más lehetséges tényezőt (Zautra et. al. 1989 in Zautra, Hamilton, Potter & Smith 1999a). E széles körben elterjedt hiedelemmel ellentétben csak kevés direkt bizonyíték van arra nézve, hogy pozitív kapcsolat lenne a személyes életében bekövetkező stresszteli események és a betegség lefolyása között (Zautra, Hamilton, Potter & Smith, 1999a).

2.2. A szorongás és a depresszió

A krónikus betegségeket leggyakrabban szorongás és depresszió is kíséri (Clarke & Currie, 2009). Ez érthető, hiszen, amint azt már részletesen bemutattuk, a krónikus betegséggel való együttélés nagy kihívásokat állít a betegek elé az élet szinte minden területén, amelyhez a betegnek adaptálódnia kell. Ebben a megvilágításban a szorongást és a depressziót tárgyalhatjuk, mint inadekvát megküzdési módot, amely negatív hatást gyakorol a betegség további alakulására. Mindazonáltal a pszichés distressz (szorongás, depresszió) közvetlenül is negatív hatást gyakorol a fizikai egészségi állapotra, egészen pontosan az endokrin rendszerre, a központi idegrendszerre, valamint az immunológiai válaszokra (Csókási, 2013). Ezek azok a tényezők, amiért úgy gondoljuk, hogy fontos ezzel a témával foglalkozni.

2.3. Szorongás és depresszió vizsgálata RA-s betegeknél

Egy 1992-es cikkben, Young átvizsgálja a rheumatoid arthritissel kapcsolatos addigi kutatásokat, pszichológiai és viselkedéses faktorok addigi leírását ebben a betegség típusban. Az egyik következtetése, hogy a fájdalom egy nagyon nagy horderejű probléma a betegséggel kapcsolatban, ami számos más következményhez is vezet. De ugyanakkor arra is rávilágít, hogy a depresszió a legsűrűbben kutatott pszichológiai eltérés az RA-ban. (Young, 1992)

Egy másik tanulmány ugyancsak olyan cikkekkel foglalkozik, amelyekben egészségeseket és RA-s betegeket hasonlítottak össze a depresszió előfordulása alapján. Itt egyértelműen azt az eredményt kapják, hogy a főbb depresszióformák, 13-17%-ban fordulnak elő az RA-soknál, és az ő esetükben 2-szer, 3-szor gyakoribb a depresszió előfordulásának a valószínűsége, mint az egészséges populációban. (Dickens és mtsai., 2002)

Abból amit tudunk a betegségről, azt gondolhatjuk ez egy triviális összefüggés, azonban egy 2006-os kutatás arra hívja fel a figyelmet, hogy erre a problémára igen is oda kell figyelni. Hiszen az amúgy is megterhelő nehézségek mellett, amiket a betegség okoz, és amelyekkel ezeknek a betegeknek szembe kell nézniük, a depresszió még jobban megnehezítheti az életüket, továbbá ronthatja esélyeiket mind lelki mind fizikai jóllétükkel kapcsolatban. Ebben a vizsgálatban például a 7000-es mintából 19%-nál találtak diagnosztizálhatóan depressziót. Ha létrejön a depresszió, akkor erősödik a fájdalomérzet is, valamint tovább romlik a munkaképesség, esetleg befolyással lehet a terápiához való viszonyra, az ahhoz való elkötelezettségre, továbbá kockázati tényezője lehet a korábbi halálozásnak is. Konklúzióként annyit mindenképp érdemes elmondani, hogy a betegség

kezelése során a biológiai eljárások mellett, érdemes odafigyelni, módot keríteni a depresszió, továbbá más negatív pszichológiai következmények kezelésére is. (Sheehy és mtsai., 2006)

2.4. A kognitív változók és az RA

A kognitív változók jelentőségét a rheumatoid arthritis lefolyásában már viszonylag régóta vizsgálják a kutatók. Beck (1976 in Rice, Talton, Helms & Young, 1994) elmélete szerint a disfórikus érzelmeket és a maladaptív viselkedést gyakran a kognitív torzítások eredményezik. RA betegek esetében 4 kognitív torzítást vázoltak fel és vizsgáltak meg a kutatók: a *katasztrofizációt*, vagyis bizonyos események kimenetelének félre értelmezése, téves interpretációja, a katasztrofikus irányban történő végkimenetelről való meggyőződés. A *túláltalánosítás* esetében az egyén egy bizonyos esemény végkifejletét, minden jövőbeli hasonló esemény várható eredményeként tekinti. A harmadik vizsgált torzítás a *perszonalizáció*, azaz bizonyos negatív eseményeket, amelyekért az egyén nem felelős, úgy ítél meg, hogy az a személyes hibájából következett be. Az utolsó torzítás, amelyet tüzetesebben vizsgáltak a *szelektív absztrakció*. E kognitív torzítás lényege, hogy a személy élete negatív aspektusaira irányítja figyelmét, a pozitívakat pedig figyelmen kívül hagyja (Becham, Rice, Talton, Helms & Young, 1994).

Ezen kutatásokból világossá vált, hogy azok a betegek, akik több negatív interpretációt jeleztek általánosan az életükkel, vagy specifikusan a betegségükkel kapcsolatban, szignifikánsan depresszívebb viselkedést mutattak, mint azok a társaik, akik a körülöttük zajló eseményeket kevésbé értelmezték negatívnak (Smith, Peck, Milano & Ward, 1988 in Becham, Rice, Talton, Helms & Young, 1994). Továbbá, azon betegek, akik a fájdalomra adott válaszaikban a katasztrofizáció, mint kognitív torzítás, figyelhető meg, várhatóan kisebb mértékben képesek szabályozni a fájdalomra adott érzelmi válaszaikat, valamint kevésbé hatékony coping jellemzi őket. Turk és Rudy (1992 in Bachem, Rice, Talton, Helms & Young, 1994) szerint a sikeres coping nem az adaptív coping stratégiák alkalmazásának az eredménye, hanem a katasztrofizáció hiányának a velejárója.

2.5. A korai maladaptív sémák bemutatása

A séma fogalmát Barlett, brit tudós vezette be 1932-ben. Elméletében a séma az információknak egy struktúrált, valamint hosszú távú reprezentációját jeleni. E reprezentáció segítségével lesz képes az egyén értelmezni, tárolni és előhívni az új információkat. Mindemellett kihangsúlyozza, hogy a sémák kialakulásában egyaránt meghatározó szerepet

játszanak a társadalmi és kulturális hatások. Tehát elmondhatjuk, hogy a sémák a világról, bizonyos eseményekről, cselekvésekről és emberekről alkotott összefüggő ismerethalmazok (Braddeley, Eyesenk, Anderson, 2010).

Segal (1988 in Vankó, 2013) hasonló képpen fogalmazza meg a séma jelentését, ugyanakkor hangsúlyozza, hogy csakis impliciten válik hozzáférhetővé a kutatók számára. Ezzel szemben Beck (1967 in Vankó, 2013) úgy véli, hogy a sémák explicit módon is hozzáférhetőek az egyén számára. Megfogalmazása szerint a séma olyan kognitív struktúra, amelynek segítségével lehetővé válik a személy számára az őt ért ingereket megszüntetni, kódolni és értékelni. Kiemeli továbbá a negatív sémákat, mint kockázati tényezőket a depresszióknak, szorongásnak, valamint a személyiségzavaroknak.

Beck a kogníciót 3 szinten különítette el:

1. Automatikus gondolatok: a leginkább hozzáférhető szint, meghatározzák az egyén hangulatát.
2. A közbülső hiedelmek: általában „ha” szócskával kezdődnek és különféle szabályokat tartalmaznak.
3. *Sémák* vagy alaphiedelmek: a legmélyebb, nem tudatos szinten helyezkednek el, már gyermekkorban elkezdnek beépülni, ridegek és túláltalánosítottak, valamint az egyén abszolút igazságként tekint rájuk (Vankó, 2013).

A becki séma fogalmát Young a következő képpen egészítette ki: vélemény szerint a sémák/ alaphiedelmek nem csak kogníciókat tartalmaznak, hanem érzelmeket, emlékképeket, testi érzeteket, valamint részük van a viselkedés alakításában (Young, Klosko & Weishaar, 2003 in Vankó, 2013).

Így Young (1990, in Smidt, Joiner, Young & Telch 1995) bevezette a Korai Maladaptív Séma (KMS) fogalmát. E sémák jellemzően gyermekkorban alakulnak ki. Amint a sémák megszilárdulnak, a személyt érő tapasztalatok szűrőivé válnak. Továbbá a sémák élethosszig tartóak, kiterjednek és beszövik az egyén életét. Gyermekkorban ezen sémák az adaptációt szolgálják, felnőtt korban azonban fő okaivá válhatnak a szorongásnak és a depresszióknak.

Maladaptív természetük ellenére a sémák önfenntartóak, ami a sémákra adott önsorsrontó cselekvési válaszok és a kognitív szűrő funkciójának eredménye (Unoka, Róza, Fábíán, Mervó & Simon, 2004). Az élet során változnak. A KMS alapját képezi az egyén önmagáról alkotott fogalma, elképzelése, továbbá nem idegen számára és nem feltételhez kötött. Ez a nem feltételhez kötött természete a KMS-nek megelőzi a séma- inkonzisztens információk realisztikus feldolgozását. Kognitív szinten a sémát erősítő információk

felnagyítottak és az azzal inkonzisztens információk pedig gyengítődnek, minimalizálódnak (Smidt et. al., 1995). Mindazonáltal fontos kiemelni, hogy ezek a sémák, Young elmélete szerint, nem részei a maladaptív viselkedésnek, hanem az azokra adott válasznak mondhatóak (Young, 2003 in Unoka et. al., 3004). Young 19 sémát különböztetett meg, amelyeket 5 magasabb szintű, átfogó sématartományba sorolt. (A kérdőív részletesen az eszközök fejezetben kerül bemutatásra.)

A legújabb kutatást a témában Rezaei és mtsai.(2014) végezték. Vizsgálatukban az általam is használt Young- féle Séma Kérdőívet alkalmazták és ennek segítségével hasonlították össze az egészséges populációt az RA betegségben szenvedőkkel az 5 sémartomány, valamint a 19 korai maladaptív séma mentén. Eredményeik szerint az RA betegek mind a 19 alsémában magasabb pontszámot értek el, mint egészséges társaik. A két legmagasabb pontszámot az RA betegek az önfeláldozás, valamint az érzelmi megvonás alsémákon érték el. Ugyanakkor a legnagyobb különbség a *dependencia-inkompetencia* és a *sérülékenység-veszélyeztetettség* sémák átlagai között mutatkozott.

3. Narratív pszichológiai vonatkozások

„Narratívumokban álmodunk, narratívumokban emlékezünk, narratív formájúak az előérzeteink, narratívumokban remélünk, esünk kétségbe, hiszünk, kételkedünk, tervezünk, módosítunk, kritizálunk, alkotunk, pletykálunk, tanulunk, gyűlölködünk és szeretünk” (Hardy,1968, 5. o).

3.1. A narratív pszichológia tömör ismertetése

A narratív pszichológia elnevezés Theodor Sarbintól (1986) származik. Sarbin értelmezésének megfelelően az én-elbeszélés/élettörténeti elbeszélés egy identitásterv kibontakozása, amely során az elbeszélő felépíti én-jét. Az elbeszélésekből következtetni lehet -a belső tartalom, az elbeszélések társas, kulturális és történeti értelmezés mentén- az elbeszélő cáljaira, vágyira, elkötelezettségeire (Sarbin, 2001 in László, 2008.)

A narratívum, mint szöveg, definiálásakor három dolgot kell kiemelnünk: eseményről számol be, rendelkezik idői, illetve oksági koherenciával (Hoshmand, 2005 in László, 2008). Fontos kiemelni, hogy az elbeszélések, azaz a narratív beszámolók társas cselekvésekbe ágyazódnak, valamint az események narratívumok segítségével válnak szociálisan láthatóvá.

E történetekben jellemzően megjelenik a *kezdet*, a *tetőpont*, valamint a *mélypont* vagy *befejezés* szakasza (László, 2008).

3.2. A tudományos narratív pszichológia

A tudományos narratív pszichológia fókuszában a nyelv és a pszichológiai folyamatok, valamint az elbeszélés és az identitás közötti kapcsolat áll. Ez utóbbi az, ami megkülönbözteti a tudományos narratív pszichológiát a korábbi pszichometriai vizsgálatoktól (Pennebaker, 2001 in László, 2008). László (2008) feltételezései szerint, amennyiben egy elbeszélés komplex pszichológiai tartalmak hordozójának tekinthető, akkor a narratívum vizsgálata által az emberi társas alkalmazkodásról empirikus módon is megbizonyosodhatunk. Jellemzően egy élettörténeti elbeszélés során az egyén a történetekbe a saját, jelentős életeseményeit meséli el. E megfogalmazások által láthatjuk, hogy az egyén hogyan szervezi meg a társas világhoz fűződő viszonyát, valamint tetten érhetjük azt is, hogy miként alkotja meg identitását. László (2008) szerint, ha belátjuk, hogy az egyének saját identitásukat és a pszichológiailag érvényes valóságukat sok lényeges vonatkozásban történetek által alkotják meg „akkor jogosan feltételezhetjük, hogy ezeknek a történeteknek a kompozíciós tulajdonságai és élményminőségei a történetmondók várható viselkedéses adaptációjáról és megküzdési kapacitásáról vallanak (László, 2008, 13. o.).”

3.3. „Történetek az életből”

Az élettörténet tulajdonképpen párhuzamosan a „biológiai élettel halad, a születésünktől kezdődik, és halálunkig tart. Mivel alapvető igény van bennünk arra, hogy elsimítsuk a dolgokat, és egy kerek egész „jó életet”, így élettörténetet is kapjunk, ezért ezt az értelmezés során szoktuk megtenni. Ezért, ha a valódi élmények szintjén szeretnénk képet kapni az identitás fejlődéséről, állapotairól, akkor célszerűbb nem az egész élettörténetet, hanem az egyes életeseményeket vizsgálni. Mivel az identitásfejlődés legjobban az „élmény síkján” vizsgálható, több eséllyel mutatkozik meg olyan életesemények történeteiben, melyekhez pozitív vagy negatív emóciók köthetők. Ezért kialakult a meghatározó életesemények „elbeszélgetésének” technikája, mint újfajta lehetőség az „önéletrajzi emlékezet” kutatásában. Ez azért ez jó lehetőség, mert bár szintén történetszerűen mutatkozik meg, akárcsak az élettörténet, képes kihangsúlyozni a szelf egyes részeit valamint különböző nézőpontjait. Tehát a kiemelkedő életesemények elbeszéléseiben az „én-reprezentációs minőségek” továbbá az „intrapszichikus állapotok” is megnyilvánulnak. (László, 2005)

3.4. Az életesemények tulajdonságai

Ezek az egyéni epizódok, meghatározott módon, egyfajta rangsor szerint elrendezhető „emlékezeti alakzatok”. Az egyedi életútnak is vannak, egyetemes életszakaszai, például a gyermekkor vagy a fiatal felnőtt kor, épp ezért az életeseményeink is ezek mentén szerveződnek, jönnek létre. Az úgy nevezett „sematizálódó, összegződő életesemények”, mondjuk a mindennapi feladatok ellátása alkotják egy-egy csoportot, az „egyedi-epizodikus események” pedig a másik csoportot. Utóbbiból válhatnak ki azok a „jelentős életesemények”, melyek tényleg sorsfordítóak is lehetnek az egyén számára, és amelyeket minden ezzel a témával foglalkozó kutatót érdekelnek. Bármilyen fajta is legyen az esemény, mivel egyedi élettörténetünk része, egyrészt mindig személyes jelentéseket fogunk tulajdonítani neki, sőt semmilyen vonatkozásban nem lesz objektív „valósága”, hiszen minden egyes epizód egy adott kontextusban jön létre, ahol mindennek egyedi értelmezése van. Másrészt, az individuális életút minden esetben valamely „kollektív múlt” közelebb vagy távolabb álló csoport, környezet múltjával fonódik össze, emiatt a „kollektív emlékezetből” is merít. Tehát a környezetünkkel, a családukkal, kultúránkkal, a nemzetünkkel megosztjuk az emlékeinket, ugyanakkor ezt mindenki másképp, egyéni módon teszi meg, ettől válik teljesen személyessé (Pataki, 2001).

Tengelyi (1998), „sorseseeményeknek” nevezte el azokat az életútban megtörténő epizódokat, melyek tulajdonképpen fordulópontot jelentenek a személy számára. Ez a „sorsszerű” történés mindig abban a pillanatban jelenik meg, amikor az adott esemény történik, s ezzel elkezdődik az értelmezés valamint egy új fejezet is az addigi életútban.

3.5. Korai narratív kutatások a pszichológia területén

Az 1980-as években Pennebaker érdeklődése az élettörténeti szövegek nyelvi/szóhasználati, valamint a strukturális jellemzőinek a szociál- és személyiségpszichológiai változók mentén való összehasonlítása felé irányult. Kutatásának fókuszában az élmények történetként való megfogalmazásának gyógyító hatása és az élettörténeti események elbeszélésének nyelvi jellemzői álltak (Pennebaker, 2001). Eredménye szerint, ha az egyének 3 napon keresztül, mindössze 15 percet szánnak arra, hogy az aznap történt érzelmdús történéseket történetekként megfogalmazzák, az pozitív hatással van a fizikai és lelki egészségükre. A javulás mértékét 177 befolyásolja a történetekben megjelenő szavak érzelmekre és kognitív folyamatokra vonatkozó eloszlása, valamint a történetek koherenciája.

A legnagyobb javulás ott fedezhető fel, ahol az egyének történetei az idő múlásával egyre koherensebbé válnak, a kezdeti negatív-érzelem szavakat pozitív-érzelem szavak váltják fel, valamint nő a kognitív szavak előfordulási gyakorisága (Pennebaker & Seagal, 1999 in László, 2008).

3. 6. Narratív kutatások a rheumatoid artritis betegek körében

Williams (1984) RA betegekkel végzett kutatásának fő célja volt, hogy tisztázza, értelmezze a betegek gondolkodási stílusát és ezáltal „értelmet adjon” a betegség megjelenésének a vizsgálati személyek életében. Bár a vizsgálatban 30 személy vett részt, végül 3 konkrét interjú ismertetésére korlátozza tanulmányát. Az első alany úgy gondolja, hogy nincs semmilyen személyes felelőssége a betegség kialakulásában, csakis külső tényezőket tett felelőssé életének lefolyásában. A 2. alany betegségének fő okául önmagának elveszését jelölte. Vélemény szerint a feleség és anya szerep teljesen elnyomta saját identitását. Fontosnak tartotta megemlíteni, hogy betegsége egy 12 hónapos katasztrófa-sorozat végkifejlete. A betegsége 36 óra leforgása alatt az ambulánsról ágyhoz kötötté vált. Vélemény szerint ez nagyban betudható annak, hogy 12 hónapos intervallumon belül a férjét súlyos betegség támadta meg, aminek következtében meghalt. A lánya viharos körülmények között megszökött otthonról, míg a fia motor balesetben hunyt el ugyanazon évben, kiemelte továbbá, hogy Istenbe vetett hitét is abban az évben veszítette el. A 3. alanya Istenbe vetett hitére hivatkozva állítja, hogy sosem gondolkodott el azon, miért lett beteg, hiszen kicsoda ő, hogy kérdőre vonja Istent! Kijeleni, hogy élete örömteli és teljes volt. Hálás, hogy van ereje ezt elviselni és igyekszik figyelmen kívül hagyni a betegséget mindennapjai során .

Williams végül azt a következtetést vonja le ezen interjúkból, hogy jóval szofisztikáltabb eljárási módszer alkalmazására lenne szükség -a pusztai tartalmi értelmezésen túl- ahhoz, hogy bármilyen általános következtetést tudjon levonni arra vonatkozólag, hogy mi vezet a rheumatoid arthritis betegség kialakulásához.

Burrows (1982, 2001) krónikus arthritis betegségben szenvedőkkel végzett munkája során azt találta, hogy betegség-történeteikben előre- hátra ugárltak a laikusként tett percepcióik között és egyre nagyobb jártassággal beszélnek az orvos által javasolt kezelési módokról. Beszámolóik során betegségük kezdetét gyakran társították konkrét eseményekkel, amelyek nagy hatással voltak az életükre, ugyanakkor nagyon nyitottak az orvosilag megalapozott magyarázatokra is.

Kutatásunkban hasonlóan a fent említett szerzőkhöz, magunk is élettörténeti elbeszéléseket, valamint betegség-történeteket vettünk górcső alá. Ugyanakkor az egyszerű tartalmi elemzésen túllépve igyekeztünk felkutatni azokat a jellegzetes nyelvi változókat, amelyek kapcsolatba hozhatók a reumatoid arthritis betegséggel. Egy pontosabb elemzési keret definiálása érdekében. Aktivitás-passzivitás, intenció, kényszer, de jelen dolgozatban a

4. A vizsgálat célja, kutatásunk újszerűsége

A vizsgálat, amelyet részletesebben be fogunk mutatni, egy nagyobb kutatás keretein belül valósult meg, „A szisztémás autoimmun kórképek narratív- és egészségpszichológiai vizsgálata” címmel. A kutatás célja tehát az volt, hogy a betegek életútját, életeseményeit megismerve, majd ezeket különböző pszichológiai tesztekkel kiegészítve, átfogóbb képet kaphassunk az adott beteg fizikai és pszichológiai állapotáról. Ezen kívül a reumatoid arthritis betegségre specifikus jelenségeket tárhassunk fel, ezzel segítve az autoimmun betegségek, különösen az RA jobb megértését, esetleges hatékonyabb kezelését. Továbbá szerettük volna megtudni, hogy a pszichés állapotuk egyezik-e az aktuális fizikai jóllétükkel.

Ezen kívül, vizsgálatunk célja azon jellegzetes nyelvi változók feltárása, amelyek kapcsolatba hozhatók a reumatoid arthritis betegségben szenvedőkre jellemző gondolkodásmóddal, bizonyos szituációkhoz, valamint szociális környezetükhöz való alkalmazkodásuk módjával. Az elbeszélések elemzése során a kényszerre, mint nyelvi változóra, fókuszáltunk. Mindeztidáig ez egy egyedülálló eljárási mód, hiszen ilyen mértékű pontossággal korábban még nem vizsgálták a reumatoid arthritises betegek narratív interjúit. Feltételezéseink szerint a fizikai korlátozottság esetlegesen áttevődhet egyfajta pszichés korlátozottságra, ami az élettörténeteikben azáltal érhető tetten, hogy nem mint aktív, intenciózus ágens jelenik meg saját történeteiben, hanem cselekvéseit a kényszer és a szükség határozza meg. Például: „muszáj volt dolgoznom”, „meg kellett tennem”. Noha az adataink hiányosak, hiszen az illesztett kontroll csoport interjúi még kiegészítésre várnak, a betegség pszichodinamikáját nyelvileg igyekeztünk operacionalizálni.

Young-féle Séma Kérdőív alkalmazása krónikus autoimmun betegcsoporton szintén újdonságnak számít, hiszen tudomásunk szerint korábban egy kutatásban (Razei, 2014) fordul elő.

5. Hipotézisek

1. A betegcsoport és kontrollcsoport között szignifikáns eltérés lesz a szorongást és depressziót mérő kérdőívek pontszámai valamint a fáradtság és fájdalom szubjektív észlelése között. A betegcsoport ér el magasabb pontszámokat.
2. A depresszió és a szorongás (HADS) pozitív együtt járást mutat a betegségaktivitással (DAS 28, DAS 28-CRP), valamint a funkcionális állapottal (HAQ). Ezen változókkal a fáradtság és a fájdalomérzet pozitív kapcsolatban van.
3. Az RA betegcsoport az egészséges kontroll csoporthoz képest szignifikánsan magasabb pontszámot mutat a Young-féle Séma Kérdőív alábbi alszálláin:
 - a. - Dependencia-inkompetencia száma,
 - i. Elutasítottság érzés száma,
 - b. - Önfeláldozás száma,
 - c. - Érzelmi gátoltság száma,
 - d. - Könnyörtelen mércék-hiperkritikusság száma.
4. Mind a pozitív mind a negatív történetekben áthatóan magas a kényszerre utaló nyelvi változók.

6. A vizsgálat menete

6.1. Módszer

A kutatás két részből állt. Az első része egy félig strukturált interjú helyzet volt, melyben a betegeket személyesen, egyenként kerestük meg, és előre megbeszélrt időpontban, egy viszonylag kötetlen beszélgetés keretein belül kérdeztük őket személyes életeseeményeikről, történeteikről, illetve a betegségükkel kapcsolatos gondolataikról, érzéseikről. Az interjú személytől függően körülbelül 40-60 percet vett igénybe, a történetek elmesélésekor a betegektől kért engedély után, az interjút diktafonnal rögzítettük.

Ezután, mivel szeretttünk volna egy objektív képet is kapni a vizsgálatban résztvevő betegek aktuális egészségi állapotáról, ezért megkértük kezelőorvosukat, hogy az interjú helyzetet követően vizsgálja meg a betegeket, és állapítsa meg betegségük jelenlegi aktivitását.

A vizsgálat második részét tesztekkel végeztük el olyan módon, hogy az előre összeállított tesztcsomagot odaadtuk a betegeknek, akik otthon, nyugodt körülmények között töltötték ki őket, majd visszaküldték nekünk.

6.2. Eszközök

A kutatás részeként több kérdőívet is felvettünk, melyek közül a jelenlegi dolgozatban az alábbiak kerülnek bemutatásra.

a.) Demográfiai adatok és az interjú

Az interjúk helyzetben, megkértük az alanyt, hogy soroljon fel olyan életeseményeket, melyeket jelentősnek, és nagyon meghatározónak tart az életében. Ezeket az eseményeket később, egy mínusz 3-tól plusz 3-ig tartó skálán kellett értékelniük, aszerint, hogy mennyire tartják pozitívnak, vagy negatívnak az adott eseményt. Ezután, megkértük őket, hogy meséljenek el négy kerek történetet, melyből az egyik egy nagyon boldog, pozitív, a másik egy szomorú, negatív történet volt, és ezeken kívül kettő olyat, amelyeket a kialakult betegségükhöz tudtak kapcsolni, vagy amelyekről úgy gondolták, hogy hozzájárultak a betegség megjelenéséhez az életükben.

Még az interjú elején rákérdeztünk szociodemográfiai változókra, mégpedig a nemre, életkorra, családi állapotra, gyermekek illetve testvérek számára, foglalkozásra vagy a betegek korábbi foglalkozásaikra, valamint arra, hogy van-e hasonló autoimmun betegség a családban. Ezt azért tartottuk fontosnak, mert gyakori a családon belüli felhalmozódás, így abban az esetben, ha a beteg tudott ilyen vagy hasonló jellegű betegségről, megkértük mondja meg milyen típusú az adott kórkép és milyen rokoni ágon fordul elő a családban

Ezen kívül érdeklődtünk betegséggel kapcsolatos adatokról is, így a tünetek kezdetének dátumát, majd a kialakult RA diagnózis idejét, tartottuk fontosnak lejegyezni. Az narratív élettörténeti interjút a kontroll csoporttal nem vettük fel.

b.) HAQ (Health Assessment Questionnaire)

A „HAQ”, a funkcionális állapot, képesség felmérésére szolgáló kérdőív, az RA-ban szenvedő betegek számára. Ez a kérdőív, gyorsan elvégezhető, önkitöltős módszerrel összesen nyolc kategóriában méri fel főleg az ízületek funkcionális képességeit, a mindennapra vonatkozó általános kérdések segítségével. Ez a nyolc kategória, a felkelés, étkezés, közlekedés, öltözködés, tisztálkodás, fogás, nyúlás, valamint a számára fontos, általános, mindennapi feladatok ellátása. Ezen kívül egy fájdalom vizuális analóg skála is található benne. A lehetséges válaszok súlyozottak, például „némi nehézséggel”, ”komoly nehézséggel”. Ez a kérdőív számos más hasonló kutatásban szerepel, hiszen viszonylag

objektív mutatója lehet a betegek aktuális fizikai állapotának. Emellett bevett használati eszköze az RA-s betegek kezelőorvosainak is, így bizonyos időközönként az orvosok is fel szokták venni. Magyarországi adaptációja során is úgy látták, hogy ez egy megbízható, jól reprodukálható eljárás az RA-s betegek funkcionális állapotának feltérképezésére. A kérdések, érthetőek a betegek számára, valamint kellően írják le mindennapjaikat, vagyis jól illeszkednek azokhoz a problémás területekhez, amelyek számukra gondot okoznak főleg a mozgáskorlátozottságból és a fájdalomból, erőtlenségből kifolyólag, például: „képes-e korábban kinyitott befőttesüvegről lecsavarni a tetőt?” (Rojkovich, és mtsai.,1997)

c.) DAS 28 (Disease Activity Score) süllyedéssel, (DAS 28-S) CRP-vel (DAS 28-CRP)

Mivel az RA-t a jelenleg ismert gyógyszerekkel nem lehet meggyógyítani csak a progresszió valamint a fájdalmas tünetek enyhíthetőek, ezen kívül a deformitások és torzulások elkerülése a cél, amelyek a gyulladások következményei, ezért annak mérséklése a legfontosabb feladat. A gyulladást épp ezért folyamatosan figyelni kell, ami nem egyszerű, ugyanis egy komplex folyamatról van szó (Surányi, 2006).

A DAS 28 az úgy nevezett „betegség aktivitási score” a gyulladásos betegség aktivitás mérésére szolgáló index. (Prevoo és mtsai., 1995). Ezt az értéket az orvosoknak kell kiszámítani egy képlet segítségével, melybe behelyettesítik a 28 ízület megvizsgálásakor kapott értékeket, itt a duzzadtságot és a nyomásérzékenységet figyelik, ezen kívül a szükséges labor eredményt, valamint egy vizuális analóg skálán mérve a fájdalom erősségét, majd megkapják ezeknek a súlyozott átlagát. Így egy objektív adat mutatja meg a betegség pillanatnyi, jelenlegi aktivitását. Mivel ezzel a betegséggel az ízületek gyulladása folyamatosan együtt jár, a sikeres kezelés érdekében az aktivitást rendszeresen mérni kell. Ezért az orvosok RA-s betegeknel 2-3 havonta megismétlik a DAS 28 kiszámítását. Ez egy 10-ig terjedő folyamatos skála, ha az érték 2,6 vagy az alá esik, akkor a betegség remisszióban van, ez a lehető legjobb állapot, amit el lehet érni a betegség kezelése során. Ha az érték 2,6 és 3,2 közé esik, akkor alacsony, ha 3,2 és 5,1 közé esik vagy azzal egyenlő akkor közepes mértékű, és ha az eredmény 5,1 fölé kerül, akkor magas aktivitásról beszélhetünk. Kétféleképpen lehet kiszámolni a DAS 28 értékét a laboreredményből kapott vörösvértestek süllyedési sebességéből, vagy a CRP (C-reaktív protein), szintén a vérből meghatározható fehérje segítségével. Mindkét érték a gyulladás mértékét jósolja be (Surányi, 2006). Kutatásunkban mindkét módon kiszámolt DAS 28 értéket használtuk.

e.) HADS (A Hospital Anxiety and Depression Scale)

A „HADS”, kórházi szorongás és depresszió skála egy 14 tételből álló viszonylag rövid kérdőív a depresszió és a szorongás tüneteinek súlyosságának megismerésére, (Zigmond & Snaith, 1983). Azért is választottuk ezt a kérdőívet, olyan itemeket, melyekben a depresszió szomatikus és klinikai tünetei jól elkülöníthetők. Ezen kívül a depresszió kognitív aspektusaira utaló állításokat sem tartalmazza a teszt, így jól méri a krónikus betegségben szenvedők pszichiátriai komorbiditását. A kérdőívben egy szorongás és egy depresszió skála található, mindkét esetben 7 tétellel. A kitöltőknek egy Likert-skálán, önbeszámolás módon 0-3-ig kell válaszolniuk a tételekre, mégpedig az előző hétre vonatkoztatva válaszaikat. A kérdőív egészséges és beteg csoporton egyaránt használható, minél magasabb a skála pontszáma, annál valószínűbb a szorongás és depresszió az adott egyénre nézve. A depresszió és szorongás skála egyaránt 8-10 pont között jelez „közepes” mértékű, 11 pont felett pedig már klinikai szintű depressziót vagy szorongást.

f.) Fájdalom, fáradtság vizuális-analóg skála

A kérdőívcsomag részeként a vizsgálati személyeknek két darab vizuális analóg skálát is ki kellett tölteniük, az elmúlt heti fájdalmukra valamint fáradtságukra vonatkoztatva. Ezeken a skálákon egy 0-10 cm-es vonalon jelölhette be az egyén, mennyi érezte magát fáradtnak és mennyi fájdalmat élt át az adott időszakban. Az elemzés során minden mm-ert figyelembe vettünk, így 0-100 pont volt elérhető mindkét skála esetében.

g.) Young-féle séma kérdőív

Young 19 sémát különböztetett meg, amelyeket 5 magasabb szintű, átfogó sématautomatizmusba sorolt:

1. *Elszakítotttság/ Elutasítotttság* sématautomatizmus: Azon személyek, akiknél az ide tartozó alsémák aktívak, nem képes biztonságos és meleg kapcsolatot kialakítani más személyekkel. Az ide tartozó alsémák az 1. *elhagyatottság-instabilitás séma*, mely során a személy kapcsolatait bizonytalannak érzi és a számára fontos személyek érzelmeit irányában pedig instabilnak, labilisnak észleli. 2. *Érzelmi depriváció-érzelem megvonás séma* aktivitása következtében a személy úgy érzi, hogy nem fogja megkapni környezetétől az érzelmi támogatást és együttérzést, amire szüksége lenne. 3. *Bizalmatlanság-Abúzus séma* aktivitása esetén a személy azt gondolja, hogy a másik szándékosan ártani fog neki (megcsalja, megalázza, stb.) 4. *Csökkentéértékűség-szegény séma* esetében a személy úgy véli, hogy bizonyos külső és/vagy belső tulajdonságai miatt csökkent értékű. 5. *Társas izoláció-elidegenedettség séma* aktivitása során az egyén úgy gondolja, hogy semmilyen csoporthoz nem tartozik,

mivel különbözik mindenkitől. 6. *Elutasítottság érzés séma* esetén a személy úgy érzi, hogy bizonyos negatív tulajdonságai miatt nem kívánatos a többi társaság számára.

2. *Károsodott autonómia és teljesítőképesség*: e séma aktivitása esetén az egyén nem képes megfelelően leválni, függetlenedni a családjától. E személyek önbizalma a szülői viselkedés következtében alacsony, mivel sosem kapták azt a visszajelzést, hogy önállóan is képesek megállni helyüket a világban. 7. *Dependencia-inkompetencia séma aktivitása* során az egyén nem tudja egyedül ellátni mindennapi kötelezettségeit. 8. *Sérülékenység-veszélyeztetettség séma* során a személy úgy érzi, hogy bármikor bekövetkezhet egy katasztrófa (pl. egészség, érzelmek), amellyel képtelen megküzdeni. 9. *Összeolvadtság- éretlenség séma* során az egyén más életébe való érzelmi bevonódása túlzott mértékű, és az önállósága rovására megy. 10. *Kudarccra ítélttség séma* aktivációja során úgy érzi, hogy egész eddigi élete során, valamint a jövőben is kudarcot vall.
3. *A határok károsodott volta sématartomány*: amennyiben az ehhez a sématartományhoz tartozó sémák aktívak, az egyénben nem alakultak ki megfelelően a belső korlátok az önfegyelem és a kölcsönösség terén. 11. *Feljegozottság-grandiozítás séma* szerint az egyénmeggyőződése, hogy felsőbbrendű, ezért úgy érzi, hogy őt különleges jogok illetik meg. Általában nem együtt érzőek. 12. *Elégtelen önkontroll-önfegyelem séma* legjellemzőbb tulajdonsága az alacsony frusztráció tolerancia. Tehát a személy nem rendelkezik megfelelő önkontrollal, kerüli a fájdalmat, a kényelmetlenséget, a konfliktust, a felelősséget, stb.
4. *Kóros másokra irányultság sématartomány*: akiknél az ide tartozó sémák aktívak, azok hajlamosak saját igényeiket figyelmen kívül hagyni és túlzottan igazodnak mások szükségleteihez. Ezt a viselkedésformát a büntetés elkerülése, az elismerés és az érzelmi kapcsolatok fenntartása céljából alkalmazza. Feltételezhetően ezen személyek gyermekként nem követhették szabadon vágyaikat, mert szüleik kívánságai és érzelmi igényei elnyomták a gyermek önálló szükségleteit és érzéseit. 13. *Behódolás séma* szerint a személy kényszerítve érzi magát arra, hogy az irányítást egy másik személynek adja. Ezzel az alárendeltséggel a másik személy haragját, bosszúját, stb. akarja elkerülni. 14. *Önfeláldozás séma* estében önszántából adja fel saját igényit, mások igényeinek előtérbe helyezéséért. 15. *Elismeréshajszolás séma* esetében az egyén önbecsülése nem a saját értékítéletétől függ, hanem elsődlegesen mások reakcióitól. Tehát az egyén törekszik mások elfogadásának, helyeslésének elérésére.

5. *Aggályosság és gátlás sématartomány* aktivitása jelzi, hogy a személy igen nagy hangsúlyt fektet a spontán érzések és impulzusok elnyomására. Gyakran az önkifejezés és a boldogság árán igyekszik eleget tenni merev belső szabályainak, az elvárásoknak és az etikai normáknak. A jellemző családi háttér ebben az esetben szigorú és büntető szülők. 16. *Negativizmus-pesszimizmus séma* esetében jellemző az élet pozitív eseményeinek bagatellizálása, a negatív történések élethosszig tartó kiemelése. 17. *Érzelmi gátoltság séma* szerint a leggyakrabban gátlás alá kerülő területek: a harag, az agresszió a pozitív érzelmek kifejezése, a saját sérülékenység kimutatása, valamint a túlzott racionalitás kihangsúlyozása. 18. *Könyörtelen mércék-hiperkritikusság séma* azzal jár, hogy a személy határozott elképzelése, hogy igen magas belsővé tett mércéknek kell megfelelnie, annak érdekében, hogy ne ériék kritikák, vagy ne szégyenüljön meg. E személyek állandó nyomás alatt érzik magukat, nem tudnak lazítani, pihenni és nagyon ritkán érznek megelégedést. Ezen séma jellemző megnyilvánulásai a perfekcionizmus, a „kell” állítások, a figyelemnek állandó időre és teljesítményre való fókuszsa. 19. *Büntető készenlét sémát* jellemzi, hogy a személy nem képes elfogadni azt, ha valaki hibázik, vagy azt, hogy „minden ember haladó”. Úgy véli, hogy az esetlegesen felmerülő hibákat minden esetben szigorúan meg kell büntetni. A kérdőív magyarul is elérhető verziója, melyet a vizsgálatban mi is használtunk, egy rövidebb verzió, mivel a 19 helyett, 15 sémával operál (Unoka, Róza, Fábián, Mervó & Simon, 2004).

6.3. Résztvevők

A vizsgálat résztvevői önként jelentkező személyek voltak, valamint fontos kritérium volt a részvételhez az ép mentális állapot.

a.) RA-s betegek

A kutatásban résztvevő személyek mindegyike 18 éve feletti diagnosztizált RA-ben szenvedő beteg volt, akik ugyanahhoz a kezelőorvoshoz járnak. Így a vizsgálati mintánkban 30 RA-s nőbeteg vett részt. A korosztály igen széles, a legfiatalabb résztvevő 36, a legidősebb pedig 79 éves. Az átlagéletkor, 59,13 év, a szórás 11,968 (lásd: első táblázat).

b.) Kontroll csoport

Ezen kívül, a tesztek azon részét, amelyek nem feltétlenül a betegséghez köthetőek, illesztett egészséges kontroll csoporttal is felvettük, akiknél az volt a fő kritérium, hogy ne legyen krónikus vagy bármilyen diagnosztizált betegségük.

A kontroll csoport létszáma 31 nő volt. Az átlag életkor 51,48 év, a legfiatalabb vizsgálati személy 28, a legidősebb 74 éves volt. (lásd: első táblázat)

A beteg csoport és a kontroll csoport között szignifikáns különbség jelenik meg az életkor tekintetében, ($t(59)=2,766$ $p<0,05$) ami zavaró hatású lehet az eredményekre nézve

NŐ	Átlag életkor	Szórás	Min.	Maximum
Beteg csoport N=30	59,13	11,968	36	79
Kontroll csoport N=31	51,48 év	9,441	28	74

1. táblázat: Életkori eloszlás

6.4. Eljárás

A kutatást az Egyesített Egészségügyi Intézmények- Lánc utcai rendelőintézete közreműködésével jöhetett létre, így a betegek megkeresésére, továbbá interjúztatására is a rendelőintézetben került sor. Az immunológus kezelőorvosuk által előre kiválogatott betegeket személyesen kerestük fel, egy előre megbeszélt időpontban, ez egyik járó beteg szakrendelés alkalmával. Az interjú kezdete előtt informáltuk őket a vizsgálat menetéről, szóban és írásban egyaránt, továbbá tájékoztattuk őket céljainkról a kutatással kapcsolatban. Ezután beleegyező nyilatkozatot kértünk tőlük, tehát a kutatásban való részvétel teljesen önkéntes és anonim jellegű volt, az etikai szabályoknak megfelelően.

Ezt követően zajlott az interjú helyzet, mely négy szemközt történt. Az első felében kérdeztünk rá a demográfiai adatokra, valamint a számottevő életeseményekre, majd diktafonnal rögzítettük a beteg által elmesélt négy történetet. Ez az adott személytől függően körülbelül 40-50 percet vett igénybe. A narratív történetekben a kényszerre utaló nyelvi változókat igyekeztünk feltárni. A kódoláskor például az ilyen és ehhez hasonló szavakra, szókapcsolatokra koncentráltunk: „muszáj volt”, „meg kellett tennem”, „ott kellett lennem”, stb.

Az interjút követően adtuk oda a betegeknek a tesztsomagot, amely már „nem ellenőrzött” keretek közt, egyéni ütemben haladva került kitöltésre. Csak annyi instrukciónk volt, hogy egy adott tesztet lehetőség szerint ne hagyjanak félbe.

Mielőtt hazamentek volna a betegek, kezelőorvosuk megvizsgálta őket, majd kiszámolta a DAS 28 értékeiket az akkor készült labor eredmény valamint orvosi vizsgálat segítségével, amit a betegségük jelenlegi aktivitása miatt mi is szeretnénk volna megtudni, így fontos volt,

hogy ez a vizsgálat egybe essen az interjú időpontjával. Ezen kívül további immunszerológiai értékeket is megállapított a laboreredményekből annak érdekében, hogy a vizsgálati személyek betegségének aktuális állapotáról több objektív mutató is rendelkezésünkre álljon a kutatás során.

A tesztek a betegek juttatták vissza nekünk, körülbelül egy héten belül minden teszt visszakerült hozzánk. Összességében elmondható, hogy az eljárásban résztvevő betegek nagyon segítőkészek, kedvesek és érdeklődők voltak a vizsgálat iránt, pozitívak és nyitottak voltak az interjú során, annak ellenére, hogy nagyon nehéz feladatra kértük őket, hiszen életük legboldogabb, de ugyanakkor legmegrázóbb eseményeiről kérdeztük őket. A legtöbb esetben nem rejtették el érzelmeiket és nyíltan, őszintén mesélték el történeteiket, tulajdonképpen az életüket. Megkérdeztük őket, hogy ha folytatódna a kutatás részt vennének-e a továbbiakban is ilyen jellegű beszélgetésekben, esetleg tesztek kitöltésében, és két személy kivételével lelkesek és nyitottak voltak a folytatásra is. Mindezekből úgy gondoljuk, a tesztek kitöltése közben is koncentrált volt az odafigyelés.

7. Eredmények

Az adatokat az IBM SPSS Statistics program 19-es verziójának segítségével elemeztük és az alábbi eredményeket kaptuk:

7.1. Kérdőíves eredmények

A betegcsoport és a kontrollcsoport összehasonlításához, független mintás t-próbát végeztünk, így azt az eredményt kaptuk, hogy a betegcsoport szignifikánsan eltér a szubjektív fájdalom érzetben, valamint az elvárásainknak megfelelően a depressziót és szorongást mérő skálákon is magasabb pontszámokat értek el a kontroll csoporthoz képest. A szubjektív fáradtságérzés tekintetében nem volt szignifikáns különbség a két csoport tekintetében.

Betegcsoport és Kontroll csoport különbség				
	Egyenlet	Csoport	Átlag	Szórás
Fájdalom	t(60)=6,379 p<0,05	RA	47,129	25,55
		Kontroll	10,93	18,577
Fáradtság	t(60)=1, 916	RA	45, 77	29,86

	Nem szignifikáns	Kontroll	31,51	28,56
HADS-Depresszió	t(61)=2,063 p<0,05	RA	7,84	4,15
		Kontroll	5,8	3,6
HADS-Szorongás	t(61)=2,586 p<0,05	RA	6,81	4,12
		Kontroll	4,45	3,02

2.táblázat: RA és kontroll csoport közti eltérések eredményei

Annak érdekében, hogy megtudjuk van-e kapcsolat a betegség aktivitását mérő objektív (DAS 28 (S), DAS 28 (CRP)), kevésbé objektív (HAQ) és szubjektív (fájdalom, fáradtság) mérőeszközei között, valamint, hogy ezek kapcsolatba hozhatóak-e a depresszióra és szorongásra utaló tünetek mennyiségével Pearson-féle korrelációt végeztünk. Az így kapott eredményeket átláthatóan és részletesen a 3. táblázat szemlélteti.

DAS28 (CRP)		
DAS28 (S)	r= 0,880	p<0,05
HAQ	r=0,688	p<0,05
Fájdalom	r=0,821	p<0,05
Fáradtság	r=0,536	p<0,05
Das28 (S)		
HAQ	r=0,611	p<0,05
Fájdalom	r=0,665	p<0,05
Fáradtság	r=0,452	p<0,05
HAQ		
Fájdalom	r=0,710	p<0,05
HADS-Depresszió	r=0,551	p<0,05
HADS-Szorongás	-	n.s.
Fájdalom		
HADS-Depresszió	r=0,567	p<0,05
HADS-Szorongás	r=0,357	p<0,05

Fáradtság		
HADS-Depresszió	r=0,567	p<0,05
HADS-Szorongás	r=0,466	p<0,05

4. táblázat: korrelációs eredmények

Annak érdekében, hogy feltárjuk a korai maladaptív sémák aktivitásában mutatkozó különbségeket az rheumatoid arthritises betegcsoport, valamint az egészséges kontroll csoport között független mintás T-póbát végeztünk. Az eredmények azt mutatják, hogy az RA csoport 2 Sémartományban és a hozzájuk tartozó sémákban érték el magasabb pontszámot, vagy a károsodott autonómia-teljesítőképesség sémartományban és 2 sémájában: dependencia-inkompetencia és sérülékenység, valamint az aggályosság-gátlás sémartományban és a hozzá tartozó sémában a könyörtelen mércék-hiperkritikusság sémában. Ezen eredmények mellett a kudarcra ítéltség séma és az önfeláldozás séma is fokozottabb aktivitást mutatott az RA csoportnál, mint a kontroll csoportnál, ugyanakkor ezen sémák átfogó sémartományában nem mutatkozott eltérés, de ez nem azt jelenti, hogy ezen eredmény kevésbé lenne jelentős.

Young-féle Séma Kérdőív Eredményei					
Sémartomány és a hozzá tartozó séma	Egyenlet	Csoport	Átlag	Szórás	Szignifikancia
Károsodott autonómia-Teljesítőképesség	t(61)=2,088	RA	36,15	16,75	p<0,05
		Kontroll	29,61	6,9	
• Dependencia/inkompetencia	t(60)=2,081	RA	9,12	5,03	p<0,05
		Kontroll	6,96	2,96	
• Sérülékenység	t(60)=2,086	RA	10,56	5,7	p<0,05
		Kontroll	8,22	2,7	
Aggályosság-Gátlás	t(61)=2,068	RA	24,87	9,24	p<0,05
		Kontroll	20,45	7,6	
• Könyörtelen mércék	t(60)=2,152	RA	15,4	5,4	p<0,05
		Kontroll	12,48	5,37	
Egyéb sémák, amelyek önmagukban mutatnak eltérést a sémartomány nélkül					
Kudarcra ítéltség	t(60)=1,976	RA	8,78	4,69	p=0,05
		Kontroll	6,96	2,1	
Önfeláldozás	t(60)=2,263	RA	20,78	5,28	p<0,05
		Kontroll	17,61	5,82	

5. táblázat: Young-féle séma kérdőív összehasonlítása a két csoport között

7.2. Narratív eredmények

Adataink elemzésére az IBM SPSS Statisztikai program 19. verzióját használtuk. Fontos megjegyezni, hogy a résztvevők 5 tagjánál nem volt elemezhető a narratív interjú, ezért ebben a részben 27 fős mintán dolgoztunk (Átlag: 58,44, Szórás: 12,411, min.: 36, max.: 79). Annak érdekében, hogy megnézzük mely történeti elbeszélésben fordult elő gyakrabban a kényszerre utaló nyelvi változó összetartozó mintás t-próbát alkalmaztunk. Az eredmények szerint a legtöbb kényszerre utaló szó a negatív történetekben fordult elő (M: 8,96), míg a legkevesebb a pozitív történetekben (M: 4,05). Mind a negatív és pozitív, valamint a pozitív és a betegség történetek között mutatkozott szignifikáns eltérés. Ugyanakkor a negatív és a betegségtörténetek között nincs szignifikáns különbség a kényszerre vonatkozóan.

Az élettörténeti események és betegségtörténetek				
Történet jellege	Egyenlet	Átlag	Szórás	Szignifikancia
Pozitív történetekben megjelenő kényszer	t(24)= - 2,86	4,05	4,97	p<0,05
Negatív történetekben megjelenő kényszer		8,96	8,31	
Pozitív történetekben megjelenő kényszer	t(24)= - 2,27	4,05	4,97	p<0,05
Betegség történetekben megjelenő kényszer		8,22	7,81	
Negatív történetekben megjelenő kényszer	t(24)= 0,341	8,96	8,31	n.s.
Betegség történetekben megjelenő kényszer		8,22	7,81	

5. táblázat: narratív statisztikai eredmények

Exploratív jelleggel végzett elemzések eredményei

Bár adataink jelenleg hiányosak, az összes történetben, tehát a pozitívokban és negatívokban, valamint a betegségtörténetekben egyaránt megjelenő kényszer, valamint a szorongás tüneteinek mennyisége között szignifikáns kapcsolat jelenik meg. ($r=0,355$, $p<0,05$)

8. Diszkusszió

8.1. Kontroll és betegcsoport összehasonlítása a szorongás, depresszió, fájdalom, valamint fáradtság tükrében

Az első hipotézisünk szerint azt vártuk, hogy az RA-s betegcsoport és az egészséges kontrollcsoport között szignifikáns különbség lesz a szorongás és depresszió kérdőíveken elért pontszámokban, valamint a szubjektíven megítélt fáradtság és fájdalom vizuális analóg skálákon egyaránt. Ez a feltevésünk a fáradtság skála kivételével igazolódott, hiszen a szorongás és depresszió továbbá a fájdalom tekintetében is szignifikáns eltérést kaptunk a betegcsoport javára. Mint ahogy azt már számos vizsgálat bebizonyította (pl. Sheehy és mtsai., 2006) az RA-s betegek csakúgy, mint más krónikus betegségben szenvedők nem meglepő módon magasabb pontszámokat érnek el a szorongás és depresszió tekintetében, 2-er 3-or nagyobb eséllyel vannak kitéve a pszichés distressznek, mint az egészséges személyek. Az általunk kapott eredmények is igazolták ezt a tendenciát (Dickens és mtsai., 2002) A depresszív és szorongásos tünetek megemelkedésének okát, ahogy már említettük valószínűleg a krónikus betegségben találjuk, (Clarke és Currie, 2009) hiszen az ezzel való megküzdés, a mindennapi nehézségek, az életmódbeli változtatások valamint a jelentős mennyiségű fájdalom mind hozzájárulhatnak a pszichés distressz megemelkedéséhez. Egy másik vizsgálatban, ahol sclerodermásokat hasonlítottak össze az RA-val azonban tendenciózus különbséget találtak a depresszív tünetek mennyiségében, a rheumatoid arthritis betegcsoport ugyanis több depresszív tünetről számolt be, annak ellenére, hogy a scleroderma is egy autoimmun betegség, tehát több szempontból hasonlít a két betegség egymásra. Ez azonban arra enged következtetni, hogy az RA-s betegek esetén nem pusztán a krónikus betegségből adódhat a depresszív tünetek mennyiségének megnövekedése, hanem például a jelentős mozgáskorlátozottságból. Mivel a betegség az ízületi gyulladások miatt rengeteg fájdalommal, valamint konkrét cselekvések, mozdulatok, tevékenységek elvesztésével, tehát jelentős mértékű mozgáskorlátozottsággal jár, ez vonhat maga után egyfajta érzelmi, szociális, akár „pszichológiai korlátozottságot” is. Hiszen ha az illető például nem tud felkelni, így kimenni az lakásból sétálni egyet, vagy találkozni a barátaival, esetleg beszélgetni a szomszédokkal számos szociális közegből kirekesztődik, vagy éppen a szükséges társas támogatást se kapja meg kellő mértékben (Csókási, 2013). Szintén nem meglepő, hogy az elvárásnak megfelelően, szubjektíven több fájdalmat éltek át a betegek az elmúlt hétre vonatkoztatott vizuális analóg skálán, mint az egészséges kontroll csoport, azonban meglepő,

hogy a fáradtság tekintetében nem mutatkozott meg ez az összefüggés. Ez talán abból is adódhat, hogy egy ilyen skála igen szubjektívnek mondható, nincsenek irányított, világos kérdések, az „általános” fáradtságról ad tájékozódást, ami mindenkinek mást jelenthet.

8.2. A reumatoid arthritis-t jellemző szubjektív és objektív mutatók összevetése a szorongásos és depressziós tünetekkel

Második hipotézisünkben azt feltételeztük, hogy a betegség aktivitását jellemző objektív orvosi mutatók (DAS 28-S, DAS 28-CRP) és szubjektív funkcionális állapotot mérő HAQ kérdőív, valamint az ennél is szubjektívabb fáradtság és fájdalom vizuális analóg skálák korrelálnak majd a depresszióval és szorongással. Elképzeléseink csak részben igazolódtak, ugyanakkor érdekes eredményeket kaptunk. Mind a szorongás, mind a depresszió mértéke összefüggött a fájdalom valamint a fáradtságészleléssel, amely megfelel a szakirodalomban találtaknak (pl. Sheehy és mtsai., 2006., Dickens és mtsai., 2002), mivel számos kutatás alátámasztja az RA-val kapcsolatban is, hogy a hangulati állapot befolyással van a fájdalomérzetre, így magasabb szintű depressziós tünetek magasabb szintű fájdalomérzékeléssel járnak. Ezen kívül, a szorongás és depresszió tünetei között, szerepel a fáradtság is, mint egyik fontos tényező. Jakobsson és Hallberg, (2002) azt is kimutatták, hogy a fájdalomészlelés és a depresszió között nem csupán korrelációs kapcsolat mutatkozik meg, a fájdalom rizikótényezőként szerepel az esetleges depresszió kialakulásánál, ami egy „ördögi kör” kezdetéhez vezethet, hiszen a magasabb fokú hangulati zavar, depresszív tünetek megemelkedése még magasabb fájdalomészlelést von maga után.

A három állapotot felmérő kérdőív, tehát a két objektív orvosi mutató (DAS 28), és a funkcionális állapotot felmérő HAQ kérdőív, melyet a betegek töltöttek ki így szubjektívnek ítéltük meg az orvos által meghatározott laboreredményből és orvosi vizsgálatból származó mutatókhoz képest együtt járást mutattak, tehát elmondhatjuk, hogy kellőképpen leírják az általunk elvárt módon a betegséget. Azonban az előzetes elvárásunk alapján, miszerint a szorongás és depresszióval is találhatunk majd kapcsolatot a betegségaktivitás tekintetében csak félig igazolódott, hiszen a két objektív mutató sem a depresszióval sem a szorongással nem mutatott összefüggést, míg a HAQ kérdőív, melyet ugye a betegek töltöttek ki saját állapotukról korrelált a depresszióval. Úgy véljük ez egy releváns összefüggés, hiszen mindebből arra következtethetünk, hogy bár objektív adatokkal, orvosi mutatókkal nem lehet alátámasztani a betegség aktívabb, előbbre tartó állapotát, a betegek ezt szubjektívan

rosszabbul élik meg. Ezen felül nem lesz igaz az sem, hogy a magasabb fokú depressziós tüneteket átélő betegek súlyosabb szomatikusabb állapotban lennének.

Annak ellenére, hogy a HAQ kérdőív, melyet a betegek ily módon kitöltöttek, a bevett orvosi protokoll része, és konkrétan, erre a betegségtípusra vonatkoztatva teszi fel kérdéseit a kitöltő számára, így számos hasonló jellegű kutatásban objektív mutatónak tekintik a betegség leírása szempontjából. Mindezek mellett viszont érdekes továbbá, hogy a szorongás tekintetében nem kaptunk összefüggést a funkcionális állapotot felmérő kérdőívvel kapcsolatban. Tehát a szorongásos tünetek megemelkedése még a szubjektíven megítélt állapottal sem függ össze, ami talán csak megerősítheti azt a fajta tanulságot, hogy a rheumtaoid arthritis-sel kapcsolatban a depresszió és ennek hatására megemelkedő fájdalomérzet az, amellyel érdemes foglalkozni továbbra is (Sheehy és mtsai., 2006). Hiszen ez lehet olyan szintű distressz a betegek életében, ami már annyira jelentős, hogy általa jelentősen rosszabbnak ítélik meg állapotukat is, ami nem mellékes például a betegséghez való viszonyuk, a kezelésekkal való együttműködés, vagy bármilyen szociális kapcsolatuk

8.3. Yung-féle sémák

A sémákra vonatkozó hipotézisek megalkotásakor elsődleges útmutatónkul Johnson, Shapiro és Alexander (1947) tanulmánya szolgált. Vizsgálataik során az alábbi közös jellemzőket vélték felfedezni a rheumatoid arthritisben szenvedő női vizsgálati személyekben: gyermekkorban jellemző a fizikai aktivitás, versengésre való hajlam. Ez a tendencia felnőtt korban is jelen van. Kiemelendő továbbá, hogy érzéseik expresszióját erős kontroll alatt tartják, valamint jelentős hangsúlyt fektetnek arra, hogy hasznára, segítségére legyenek másoknak. A párkapcsolataikra általában jellemző a dependencia, vagyis úgy érzik, hogy függnek a partnerüktől. A családi háttérüket illetően Kulcsár (1993) szerint az anyával való kapcsolatukat szintén jellemzi a dependencia, dominancia, valamint a félelem. Kulcsár okfejtése szerint a szigorú, félelmet ébresztő anya mellett a rheumatoid arthritises személyek sosem tudták, merték kiélni lázadó késztetéseiket. Továbbá, Alexander szerint hajlamosak az önfeláldozó és mazochisztikus magatartásra.

A fentiekből tehát, egyértelművé válik, hogy vizsgálatunkban miért koncentráltunk a hipotéziseinkben megjelenő youngi sémákra. Elsősorban a dependenciát, a mazochisztikus viselkedést, az önfeláldozás jellemzőit igyekeztünk megragadni. Mindazonáltal első hipotézisünk, miszerint az RA betegcsoport az egészséges kontroll csoporthoz képest szignifikáns eltérést mutat

a Young-féle Séma Kérdőív alábbi alszámláin: az *elutasítottság érzés séma*, amelyet főként az anyai rideg viselkedés miatt feltételeztük, az *önfeláldozás séma*, az *érzelmi gátoltság*, a *könyörtelen mércék-hiperkritikusság séma*, valamint a *dependencia-inkompetencia séma* csak részben igazolódott be. Eredményeink szerint ugyanis, az RA csoport szignifikánsan magasabb pontszámot ért el a kontroll csoporthoz képest a károsodott autonómia-teljesítő képesség sématarományban és ennek két sémájában a dependencia-inkompetencia, a sérülékenység és a kudarcra ítéltség sémákban, továbbá az aggályosság-gátlás sématarományban és ennek egy sémájában könyörtelen mércék-hiperkritikusság sémában. További eltérések mutatkoztak a kudarcra ítéltség és az önfeláldozás sémákban.

A *károsodott autonómia-inkompetencia* sémataromány fokozott aktivitása jelzi, hogy a vizsgálati személyek nem képesek megfelelően leválni, függetlenedni a családjuktól. E személyek önbizalma a szülői viselkedés következtében alacsony, mivel sosem kapták azt a visszajelzést, hogy önállóan is képesek megállni helyüket a világban. Unoka (2004) összefüggést Johnson és mtsai. (1947) már jóval korábban tett megfigyeléseivel, hiszen vizsgálataik során maguk is azt tapasztalták, hogy a RA-s személyeknek mind a párkapcsolataira, mind pedig a szüleivel való kapcsolataikra jellemző a dependens ragaszkodás. A *dependencia-inkompetencia séma* esetében fontos észrevenni, hogy e séma fokozott jelenléte az RA csoportban adódhat a fent említett nem megfelelő anya-gyermek kapcsolatból, esetleg a párkapcsolati jellegzetességekre is visszavezethető vagy fakadhat a betegségükből egyaránt. Hiszen a betegségük előrehaladtával csökken a mozgási, fogási képességük, így gyakran társukra (férj, élettárs) rokonaikra vannak szorulva mindennapos, akár egészen egyszerű tevékenységeik során. A *sérülékenység séma* aktivitása is nagy valószínűséggel a betegség organikusan is megjelenő tüneteivel hozható összefüggésbe, vagy a betegség során fokozatosan kialakult érzéssel, miszerint bármikor bekövetkezhet egy olyan esemény, amellyel a beteg képtelen megküzdeni. A *kudarcra ítéltség séma* sem mondhatjuk teljes bizonyossággal, hogy e sémák kialakulása a gyermekkorra tehető. Ebben az esetben számos lelki tényezőt vehetünk figyelembe. Hiszen mondhatjuk ugyan, hogy az elutasító, rideg anyai viselkedés miatt alakult ki e séma, de tekintve a RA betegséggel járó külső és belső (lelki) tüneteket sokkal inkább elképzelhető, hogy a betegség számlájára írható mindez. Figyelembe kell vennünk, hogy a betegséggel járó erős fájdalom miatt már a betegség kezdetén sok hétköznapi feladat végrehajtása megnehezül, vagy akár lehetetlenné válik, így a kudarc megélése mindennapossá válhat. Ugyanakkor a beteg azt is érezheti, hogy mint egészséges ember is kudarcot vallott, hiszen megbetegedett, ezzel elvesztve az egészséges ember státuszát. Tovább

fokozza ezt a tudat, hogy ebből a betegségből, bármit is tegyen a személy, már sosem lesz képes felépülni.

A következő séma, amelyben az RA csoport szignifikánsan magasabb pontszámot mutat az egészséges kontroll csoportnál, a *könyvertelen mércék- hiperkritikusság séma, amely az aggályosság-gátlás sématartományhoz tartozik*. Johnson és munkatársainak (1974) megfelelően mondhatjuk, hogy e séma aktivitása adódhat az RA betegekre jellemző mazochisztikus fislkedésből. A szigorú anyának való megfelelés vágya szintén erős késztetés lehet a fokozott teljesítményre, továbbá jól láthatjuk, hogy az RA betegek életét végig kíséri a versengés. E motívum szintén jól tükrözi, hogy a kiemelkedő teljesítmény elsődleges számukra. Mindemellett e séma aktivitását jellemzi, hogy a személy magas belsővé tett mércéknek akar megfelelni, annak érdekében, hogy ne érék kritikák, vagy ne szégyenüljön meg Véleményünk szerint ez szintén visszavezethető a betegség fizikai tüneteire, látható organikus elváltozásaira. Hiszen az ízületi rigiditás a fájdalom és mozgási nehézség nagyban megnehezíti e személyek mindennapjait. A betegség előrehaladtával egy egyszerűnek tűnő fogmosás is olyan cselekvéssorozatot képviselhet, amit igen nehezen képes az egyén megvalósítani vagy más, számunkra hétköznapi tevékenység kivitelezésével kapcsolatban is állíthatnak maguknak olyan mércéket, amelyek a fizikai állapotuk tükrében igen nehéz, és amelynek a kudarca szégyennel tölti el őket.

A sort az önfeláldozás sémával zárjuk. Erre a magatartásformára szintén már egész korán felfigyeltek a kutatók (Johnson at al., 1967). Továbbá az is említésre méltó lehet, hogy a rheumatoid arthritises nőknek fontos, hogy hasznosnak érezzék magukat mások számára, ami elképzelhető, hogy gyakran jár saját céljaik háttérbe szorításával. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy ez a séma az, amiről esetlegesen az is elmondható, hogy valóban korábban alakult ki, mint a betegség maga. Ebben az esetben nem feltétlenül juthatunk arra a következtetésre, hogy ez a betegség miatt alakult ki, ugyanakkor természetesen nem zárható ki teljes mértékben.

Összességében nagyon fontosnak tartjuk kiemelni, hogy bár a Séma kérdőív azt hivatott mérni, hogy mely sémák alakultak ki gyermekkorban és maradtak fent felnőtt korban is, ugyanakkor ebből nem feltétlenül következtethetünk vissza a gyermekkori sémákra és főleg nem tehetjük ezek felelőssé a betegség kialakulásáért, hiszentekintettel kell lennünk a betegség tipikus tüneteire. Ha ugyanis egyben tekintjük át az eltérés tárgyát képező sémákat – kudarcra ítéltség, dependencia/inkompetencia, valamint könyörtelen mércék/ hiperkritikusság - láthatjuk, hogy valamennyi séma szoros összefüggésbe hozható, jól magyarázható az RA következtében kialakult

mozgási nehézséggel, fájdalommal, amely megnehezíti, vagy éppen ellehetetleníti a mindennapi tevékenységek elvégzését, az önállóságot, a hasznosság érzését.

8.4. A narratív eredmények megvitatása

Negyedik hipotézisünk nem igazolódott be. A betegség dinamikájából adódóan azt vártuk, hogy a kényszerre utaló nyelvi kódok áthatóan jelen lesznek mind a negatív, mind pedig a pozitív történetekben. Általában elmondható, hogy a személyek negatív és pozitív élettörténeti eseményeiben nincs jelentős különbség az elbeszélő aktivitását és szándékolt cselekvéseit illetően. Ugyanakkor jelentős különbség mutatkozik az elbeszélő kényszerű cselekvéseinek számában az életesemény valenciájának függvényében. Elmondható, hogy a negatív életeseményekben jelentősen több kényszert élnek át a személyek, mint a pozitív élettörténetekben. A negatív életeseményekben a szereplő cselekvései kevésbé önindított (intenciózus) jellegűek, ezzel szemben jobban érvényesül bennük a kényszerűség hatása. Ugyanakkor fontos szem előtt tartani, hogy a negatív történetekben természetesen több a kényszer, kutatásunkban azt vártuk, hogy áthatóan jelen van a kényszerre utaló nyelvi változó, azaz mind a pozitív, mind a negatív történetekben jelentős mértékben jelen kéne lennie. Tehát ezen eredmény alapján semmilyen általános következtetést nem vonhatunk le. Fontos azonban kiemelni, hogy szükség lenne egy illesztett kontroll csoportra viszonyítási alapul, hogy ki tudjuk mutatni, hogy ez a változó egy RA specifikus vonás.

8.5. Exploratív jelleggel végzett elemzések eredményeinek megvitatása

Noha az adataink hiányosak a kényszer a betegség pszichodinamikájában betöltött szerepét igazolni látszik az az eredmény, miszerint a történetekben (pozitívban, negatívban, betegség megjelenő kényszer gyakorisága összességében összefüggést mutat a szorongással.

9. Korlátok

Bár összességében elmondható, hogy a vizsgálat jól sikerült, az eredményeket csak egyfajta irányadóként, kellő kritikával kell kezelnünk. Mivel a mintánk viszonylag kis elemszámú volt, és számos pontos eléggé homogén, emellett a betegek jelenlegi betegségaktivitása is nagyon egyneműnek mondható, így nem beszélhetünk igazán rossz állapotban lévő betegekről, továbbá szignifikáns különbség van a betegek életkora és a kontroll csoport között, ami szintén befolyásoló tényező. Ezért lehet, hogy bizonyos

kapcsolatok azért jöttek ki, mert a kis elemszám és a homogén minta „melléktermékei”, azonban az is lehet, hogy ezeken túlmenően is kaphatnánk eredményeket, amennyiben egy kicsit javítanánk a minta összetételén, valamint ahogyan már utaltunk rá, egy másik krónikus betegségben szenvedő illesztett kontroll csoporttal is elvégeznénk a vizsgálati eljárást.

Ezen kívül, érdemes lenne a narratív elemzésekre nagyobb hangsúlyt fektetni, főleg abban az esetben, ha már megvannak a már feldolgozott illesztett kontroll csoport adataink.

10. Kitekintés

Mindazonáltal a kialakult összefüggéseket bár fenntartással kell kezelnünk, véleményem szerint hozzájárulhatnak egy újabb, átfogóbb kutatás megkezdéséhez, vagy éppen ezen a mintán való longitudinális vizsgálódáshoz. Ugyanis valószínű, hogy releváns eredményeket akkor mondhatunk ki, ha hosszú távon is meg tudjuk figyelni például a betegség objektív alakulását, és az ehhez kapcsolódó depresszió, és szorongás mértékét, valamint az erre adott megküzdési válaszokat. Azonban már ezekből az eredményekből is jól látható, hogy ennél a betegségnél is fontos lenne az orvosi aspektuson túl, főleg a pszichés distresszel foglalkozni, lehetőség szerint azt felismerni és kezelni, a jobb copingot és rehabilitációt elősegíteni, ha kell több informális segítséget nyújtani annak érdekében, hogy komplexebb módon történjen a kezelés, ezáltal csökkenjen a progresszió mértéke, és létrejöhessen valamennyi javulás annak ellenére, hogy krónikus betegségről beszélünk.

Ezért úgy gondoljuk, hogy minden ilyen hosszú távú krónikus betegséggel, tehát a rheumatoid arthritis-szel is foglalkozó vizsgálatra szükség van. Ahogy már Péntek Márta (2007) is kimutatta, az RA-s betegeknek Magyarországon jelentős hatással van az életminőségükre az egészségi állapotuk, amibe beletartozik a pszichés és fizikai jóllét is. Ezért minden olyan eredmény és adat, ami segítheti őket abban, hogy megfelelőbb módon tudják kezelni és elfogadni ezt a betegséget, célokat és értelmet tudjanak keresni a jövőben, és jobban érezzék magukat ezzel kialakítva egy újfajta, de kellően jó életminőséget, az csak hasznos lehet.

Irodalomjegyzék

- Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality.*, 64:899–922. In Hamilton, N. A., Zautra, A. J., & Reich, J. W. (2005). Affect and Pain in Rheumatoid Arthritis: Do Individual Differences in Affective Regulation and Affective Intensity Predict Emotional Recovery From Pain? *Annals of Behavioral Medicine* 29, 3, 216–224
- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., & Higgins, P. (1994) Person and contextual features of daily stress reactivity: Individual differences in relations of undesirable daily events with mood disturbance and chronic pain intensity. *Journal of Personality and Social Psychology.* 66:329–340.
- Affleck, G., Pfeiffer, C., Tennen, H., & Fifield, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 273–279.
- Baddeley, A., Eyesenk, M. W., Anderson, M. C. (2010). *Emlékezet*. Budapest, Akadémia Kiadó.
- Beck, A. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International
- Beckham, J. C., Rice, J. R., Talton, S. L., Helms, M. J., & Young, L. D. (1994). Relationship of cognitive constructs to adjustment in rheumatoid arthritis patients. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 5, 479–496.
- Burry, M. (2001). Illness narratives: fact or fiction? *Sociology of Health & Illness*, 23, 3, 263–285.
- Burry, M. R. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4, 2, 167–182.
- Clarke, D. M., & Currie, K. C. (2009). Depression, anxiety and their relationship
Clinical Nursing, 11(4), 430–443.
- Csókási, K. (2013). Szorongás és depresszió rheumatoid arthritises betegeknél – személyiséglélektani korrelátumok és intervenciós implikációk. ELTE PPK, Budapest.
Szakdolgozat
- Dickens, C., McGowan, L., Clark-Carter, D., & Creed, F. (2002). Depression in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 52–60.
- Ehmann B. (2002): *A szöveg mélyén. Pszichológiai tartalomelemzés*. Budapest, Új Mandátum.

- Gergely, P. (1997). Klinikai immunológia. Medintel Könyvkiadó, Budapest.
- Hamilton, N. A., Zautra, A. J., & Reich, J. W. (2005). Affect and Pain in Rheumatoid Arthritis: Do Individual Differences in Affective Regulation and Affective Intensity Predict Emotional Recovery From Pain? *Annals of Behavioral Medicine* 29(3):216–224
- Hardy, B. (1968): Towards a poetics of fiction: An approach through narrative. *Novel*, 2, 5–14.
- Jakobsson, U. L. F., & Hallberg, I. R. (2002). Pain and quality of life among older
- Johnson, A., Shapiro, L. B., & Alexander, F. (1947). Preliminary report on a psychosomatic study of rheumatoid arthritis. *Psychosom. Med*, 9(295), 56.
- Journal of Australia*, 190(7), S54.
- Keefe, F. J., Smith, S. J., Buffington, A. L. H., Gibson, J., Studts, J. L., & Caldwell, D. S. (2002). Recent Advances and Future Directions in the Biopsychosocial Assessment and Treatment of Arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol. 70, No. 3, 640–655
- Kopp M., Berghammer R. szerk.(2009). *Orvosi pszichológia*. Budapest, Medicina Kiadó
- László, J. (2005). A történetek tudománya. Bevezetés a narratív pszichológiába. Új
- László, J. (2008). Narratív pszichológia. *Pszichológia*, 28(4), 301-317.
- Lerman, C. E. (1987). Reumatoid Arthritis: Psychological Factors in the Etiology, Course, and Treatment. *Clinical Psychology Review*, Vol. 7, 413-425
- Mandátum Kiadó, Budapest.
- Moos, R. H., & Solomon, G. E (1965). Psychologic comparisons between women with rheumatoid arthritis and their non arthritic sisters. I. Personality and interview rating data. *Psychosomatic Medicine*, 27, 135-149.
- OLÁH A. (2004) Megküzdés és pszichológiai immunitás. In PLÉH CS., BOROSS O. (szerk.) *Bevezetés a pszichológiába*. 631–663. Osiris, Budapest
- Pataki, F. (2001). Élettörténet és identitás. Osiris Kiadó, Budapest.
- Pennebaker, J. W. (2001): A stressz szavakba öntése: egészségi, nyelvészeti és terápiás implikációk. In: László J., Thomka B. (szerk.): *Narratív pszichológia. Narratívák* 5. Budapest, Kijárat, 189–205.
- Pennebaker, J. W., Seagal, J. (1999): Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1243-1254. 188
- Péntek M. (2007): *Rheumatoid arthritises betegek egészségi állapota és betegségterhe Magyarországon*. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Klinikai Orvostudományok Doktori Iskola, Budapest.

- people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis: a literature review. *Journal of*
- Pólya T. (2008): A narratív értékelés hatása a szubjektív élmény észlelt minőségére. In László J. (2008). Narratív pszichológia. *Pszichológia*, 28, 4. Williams, G. (1984). The genesis of chronic illness: narrative re-construction. *Sociology of Health and Illness* Vol. 6 No. 2. 175-200.
- Prevoo, M. L. L., Van't Hof, M. A., Kuper, H. H., Van Leeuwen, M. A., Van de Putte, L. B. A., & Van Riel, P. L. C. M. (1995). Modified disease activity scores that include twenty - eight - joint counts development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 38(1), 44-48.
- Rezaei, F., Doots, H. T. N., Molavi, H., Abedi, M. R., & Far, M. K., (2014). Comparative Study of Early Maladaptive Schemas in Rheumatoid Arthritis Patients and Normal Adult. *International Journal of Basics and Applied Science*. Vol. 02, No. 03, 53-58
- Rojkovich, B., Poór, G., & Gergely, P. (1997). A fizikai aktivitás mérése és összefüggése a rheumatoid arthritis gyulladásával és az ízületi destrukcióval. *Magyar Rheumatol*, 38, 23-30.
- Sarasota, FL, Professional Resources Press.
- Segal, Z.V. (1988). Appraisal of the self-schemata construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103, 147-162. In Vankó T. (2013).
- Sheehy, C., Murphy, E., & Barry, M. (2006). Depression in rheumatoid arthritis—underscoring the problem. *Rheumatology*, 45(11), 1325-1327.
- Smitdt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of Psychometric Properties and the Hierarchical Structure of a Measure of Maladaptive Schemas. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 19. No. 3, 295-321.
- Surányi P. (2006) A rheumatoid arthritis klinikuma és diagnosztikája. In. Szekanecz Z. (szerk.) Rheumatoid Arthritis. 5-45. Sanofi Aventis Magyarország, Budapest.
- Surányi, P. (2005). A rheumatoid arthritis klinikuma. Gömör B. (szerk), *Klinikai Reumatológia. Medicina Könyvkiadó RT, Budapest*, 319-334.
- Szekanecz Z. (2006) A rheumatoid arthritis definíciója és története. In. Szekanecz Z. (szerk.) Rheumatoid Arthritis. 5-45. Sanofi Aventis Magyarország, Budapest.
- Tamási L. (2006) A rheumatoid arthritis kezelése. In. Szekanecz Z. (szerk.) Rheumatoid Arthritis. 76-154. Sanofi Aventis Magyarország, Budapest.
- Tiringer, I., Simon, A., Németh, K., Bánki, C., Molnár, E., Szamosi, E., ... & Veress, G. (2011). A Freiburgi Betegségfeldolgozási Kérdőív rövidített változatának (FKV-LIS) hazai

adaptációja. A megerősítő faktoranalízis eredményei. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(4), 631-667.

Universities Press.

Unoka Zs., Rósa S., Fábián Á., Mervó B., & Simon L. (2004). A Young-féle Séma Kérdőív: A korai maladaptív sémák jelentőségét mérő eszköz pszichometriai jellemzőinek vizsgálata. *Psychiatry Hungary*, 19 (3)244-256.

Vankó T. Kötődés és korai maladaptív sémák vizsgálata egyes pszichés zavarokban. Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar, Pécs. *Doktori Értekezés*

Williams, G. (1984). The genesis of chronic illness: narrative re-construction. *Sociology of Health and Illness* Vol. 6 No. 2. 175-200.

with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Medical*

Young, J. E. , Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy. A Practitioner's Guide*. New York, Guilford Press.

Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*.

Young, L. D. (1992). Psychological factors in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), 619.

Zatura, A. J., Okun, M., Robinson, S., Lee, D., Roth, S., & Emmanuel, J. (1989). Life stress and lymphocyte alterations among rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology*, 8, 1-14.
In Zautra, A. J., Hamilton, N. A., Potter, P., & Smith, B. (1999a). Field research on the relationships between stress and disease activity in rheumatoid arthritis. *New York Academy of Sciences*. 876:397–412.

Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983): The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67 (6): 361-370.

11. Mellékletek

11.1. Kérdőívesomagok

a.) Narratív élettörténeti interjú

Kedves Résztvevő!

A Pécsi Tudományegyetemen pszichológiai kutatócsoportja a reumatoid arthritis betegséget igyekszik lélektani szempontból feltérképezni, jobban megismerni. Ezt a betegséget általában orvosi szempontból szokták vizsgálni. A mi kutatócsoportunk arra kíváncsi, hogy a lélektani tényezők milyen hatást gyakorolnak a betegség alakulására, az érintett betegek milyen érzéseket, gondolatokat, problémákat tapasztalnak meg a betegséggel való együttélés során. Ennek alaposabb megismeréséhez szeretnénk kérni a segítségét.

A vizsgálatban való részvétel önkéntes, az adatokat teljesen bizalmasan kezeljük, harmadik személynek nem adjuk ki. A vizsgálat két nagy részből áll. Az első részben különböző személyes életesemények elmesélését fogjuk kérni Öntől, amik meghatározóak voltak az Ön életében. Ezeket, ha Ön is beleegyezik, diktafonnal fogjuk rögzíteni, és természetesen a hanganyagot is szigorúan bizalmasan fogjuk kezelni, és a kutatás befejezése után megsemmisítjük. A vizsgálat második felében tesztek kitöltésére szeretnénk megkérni, melyeket magával vihet és otthon is kitölthet, ám kérjük, hogy a kitöltött kérdőíveket két héten belül juttassa vissza a megadott címre.

Előre is köszönjük az együttműködését!

Demográfiai adatok

Nem: nő férfi

Életkor:

Születési év:

Iskolai végzettség: általános iskola
szakmunkásképző
szakközépiskola
gimnázium
főiskola
egyetem

Családi állapota: egyedülálló
házas, házastársával együtt él
házas, házastársától külön él
elvált
élettársi kapcsolatban él
özvegy

Van gyermeke? igen nem

Gyermekek száma:

Testvérek száma:

Hasonló, autoimmun betegség a családban (milyen, rokoni fok):

Foglalkozása (korábbi):

1. Kérem gondolja végig az eddigi életét, és sorolja fel azokat az eseményeket, amiket a legfontosabbnak ítél meg az élete alakulásában. Ezek lehetnek pozitív, illetve negatív események, amelyekről úgy gondolja, hogy különösen meghatározóak voltak az életében.

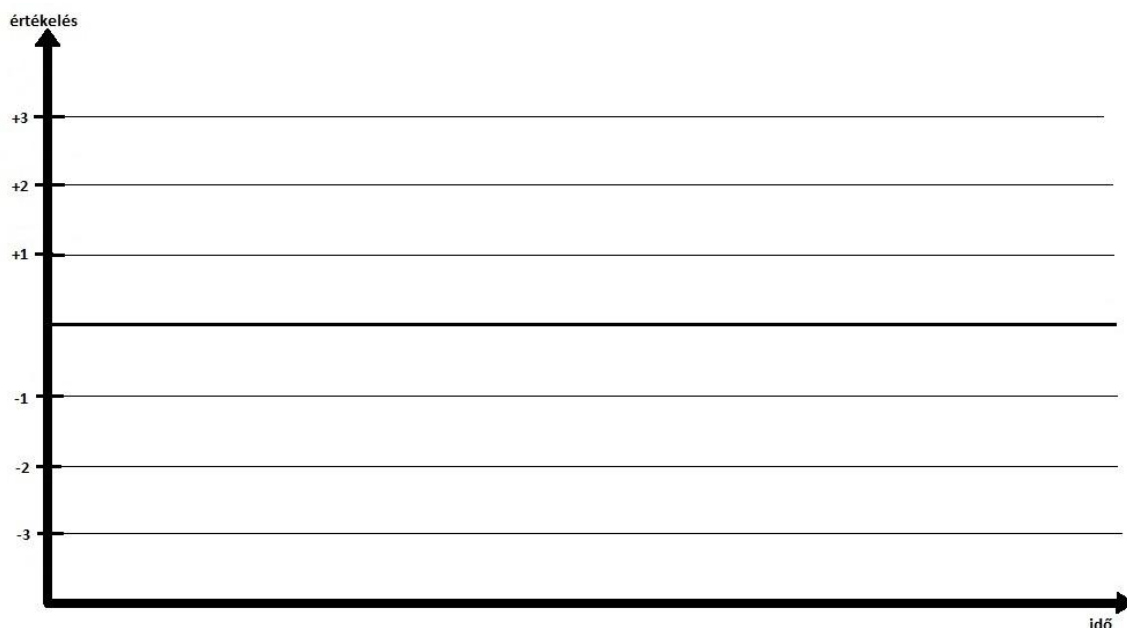
	Nagyon negatív	Kevésbé	Kicsit	Semleges	Kicsit	Inkább	Nagyon pozitív
_____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
_____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
_____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
_____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
_____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
_____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
_____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
_____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
_____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
_____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
_____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
_____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
_____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
_____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
_____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
_____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
_____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
_____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
_____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
_____	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

2. Arra kérem, hogy értékelje a felsorolt eseményeket egy +3-tól -3-ig terjedő skálán, ahol a +3 a nagyon pozitív, a -3 pedig a nagyon negatív eseményt jelöli. A +3 tehát azt jelenti, hogy az adott esemény nagyon pozitív volt, boldognak és elégedettnek érezte magát közben, és pozitív hatással volt az életére. Ehhez képest a -3 azt jelenti, hogy az eseménnyel kapcsolatban nagyon erős negatív érzései voltak, vagy az esemény rosszul befolyásolta az életét. Természetesen nem csak ebben a két végpontban gondolkodhat, -3-tól +3-ig minden számot használhat attól függően, hogy mennyire érzi pozitívnak vagy negatívnak az eseményt. Táblázat!

Kérem nézze végig a felsorolt eseményeket. Próbáljon visszaemlékezni, hogy mikor történtek ezek az események. El tudja nagyjából helyezni őket időben? Melyik évben történt? vagy Hány éves volt akkor? (koordináta rendszer használata!)

Emlékszik, hogy mikor észlelte a tüneteket először?

Meg tudná mondani, hogy mikor diagnosztizálták a betegségét?



3. Kérem gondolja végig még egyszer, hogy melyik volt életének legnegatívabb eseménye, amikor a legszomorúbb volt, ami hosszú távon leginkább hatással volt Önre, és/vagy érzelmileg nagyon megterhelő volt. Ha nincs listában, idő és értékelés!

Kérem, próbálja meg egy kerek történetként elmesélni ezt az eseményt, minél részletesebben, melyben kitér az eseményhez vezető előzményekre (mi volt az esemény oka, mi vezetett oda, hogy az esemény megtörténjen) a szereplőkre (kik között történt? Mit csináltak?), az esemény következményeire, illetve hogy hogyan érezte Ön magát. Elmesélés közben max annyi, hogy "És utána mi történt?"

4. Most kérem gondolja végig, hogy melyik az az esemény, amit élete legpozitívabb történéseként értékelne, amikor a legboldogabb volt, és ami leginkább hatással volt az életére.

Kérem az előzőhöz hasonlóan próbálja meg elmesélni. (Ismételni: minél részletesebben, melyben kitér az eseményhez vezető előzményekre, a szereplőkre, az esemény következményeire, illetve hogy hogyan érezte magát.)

5. Elgondolkozott-e már azon, hogy van-e összefüggés a betegsége és az életében bekövetkező események között.

Kérem nézze végig újra a felsorolt eseményeket és válassza ki azokat, amikről úgy gondolja, hogy kapcsolatban állhatnak a betegségével. Ha van olyan esemény, ami a listán nem szerepel, de fontosnak tartja, nyugodtan említse meg. Karikázás!

Válassza ki azt a két eseményt, amiről úgy gondolja, hogy a legjelentősebb volt a betegsége kialakulásában, ami leginkább hatással volt rá. Ha személyt mond, akkor kérjük meg, hogy mondjon egy-két eseményt a személlyel kapcsolatban. (miért pont az adott személy lehet a kiváltó ok? milyen jellegű a személlyel a kapcsolata, tudna-e mondani egy tipikus példát, ami jól jellemzi a személlyel való kapcsolatát. Fontos, hogy történeti formában mondja el!!!).

El tudná nekünk az előzőhöz hasonlóan mesélni ezt a két történetet? ha nem érti:

(Kérem, próbálja meg egy kerek történetként elmesélni, minél részletesebben, melyben kitér az eseményhez vezető előzményekre, a szereplőkre, az esemény következményeire, illetve hogy hogyan érezte magát. Elmesélés közben max annyi, hogy "És utána mi történt?"

b.) Beteg kérdőívcsomag:

Egészségi állapotot kiértékelő kérdőív (HAQ)

Ezekkel a kérdésekkel azt szeretnénk megtudni, hogy betegsége hogyan befolyásolja képességeit mindennapi életében. Ha bármi mást szeretne hozzáfűzni, kérjük, jegyezze fel a hátlapra!

Kérjük, jelölje meg X-szel azt a választ, amelyik a legjobban leírja AZ ELMÚLT HÉTRE jellemző szokásos képességeit.

	NEHÉZSÉG NÉLKÜL	NÉMI NEHÉZSÉG- GEL	KOMOLY NEHÉZSÉG- GEL	NEM VAGYOK KÉPES RÁ
ÖLTÖZKÖDÉS, TESTÁPOLÁS				
Képes-e:				
Önállóan beleértve a cipőfűző megkötését és a gombok begombolását?	_____	_____	_____	_____
Megmosni a haját?	_____	_____	_____	_____
FELÁLLÁS				
Képes-e:				
Felállni karfa nélküli székből?	_____	_____	_____	_____
Lefeküdni és felkelni az ágyból?	_____	_____	_____	_____
ÉTKEZÉS				
Képes-e:				
Elvágni a húst?	_____	_____	_____	_____
Szájához emelni egy tele csészét vagy poharat?	_____	_____	_____	_____
Kinyitni egy megnyitatlan dobozos tejet?	_____	_____	_____	_____
JÁRÁS				
Képes-e:				
A szabadban járni sima talajon?	_____	_____	_____	_____
Felmenni öt lépcsőfokot?	_____	_____	_____	_____

Kérjük, jelölje X-szel azokat a SEGÉDESZKÖZÖKET, amelyeket a fentiekben felsorolt tevékenységekhez általában használ:

_____ Bot	_____ Használ-e segédeszközt öltözködéshez? (gombolkozó, zipzárhúzó, hosszúnyelű cipőkanál, stb.)
_____ Járókeret	_____ Speciális segédeszközök (pl. evéshez, főzéshez)
_____ Mankó	_____ Speciális (vagy magasított) szék

_____ Tolószék _____ Egyéb (éspedig: _____)

Kérjük, jelölje meg X-szel azokat a tevékenységeket, amelyekhez általában MÁS SZEMÉLY SEGÍTSÉGÉT igényli:

_____ Öltözködés, testápolás _____ Étkezés
_____ Felállás _____ Járás

Kérjük, jelölje meg X-szel azt a választ, amelyik a legjobban leírja AZ ELMÚLT HÉTRE jellemző szokásos képességeit.

	NEHÉZSÉG NÉLKÜL	NÉMI NEHÉZSÉG- GEL	KOMOLY NEHÉZSÉG- GEL	NEM VAGYOK KÉPES RÁ
TISZTÁLKODÁS				
Képes-e:				
Megmosni és megtörölni egész testét?	_____	_____	_____	_____
Kádban megfürdeni?	_____	_____	_____	_____
Ráülni a WC-re és felállni róla?	_____	_____	_____	_____
TÁRGYAK MEGRAGADÁSA				
Képes-e?				
Kinyitni egy autó ajtaját?	_____	_____	_____	_____
Lecsavarni egy előzőleg már kinyitott konzervüveg tetejét?	_____	_____	_____	_____
Kinyitni és elzárni a csapot?	_____	_____	_____	_____
TÁRGYAK ELÉRÉSE				
Képes-e:				
Elérni és leemelni egy 2 kg-os tárgyat (pl. egy csomag krumplit) a feje felett levő polcra?	_____	_____	_____	_____
Lehajolni és a földről felvenni egy ruhadarabot?	_____	_____	_____	_____
TEVÉKENYSÉGEK				
Képes-e:				
Bevásárolni?	_____	_____	_____	_____
Be- és kiszállni egy autóból?	_____	_____	_____	_____
Házimunkát végezni? (pl. porszívózás, kertészkedés)	_____	_____	_____	_____

Kérjük, jelölje meg X-szel azokat a SEGÉDESZKÖZÖKET, amelyeket a fentiekben felsorolt tevékenységekhez általában használ:

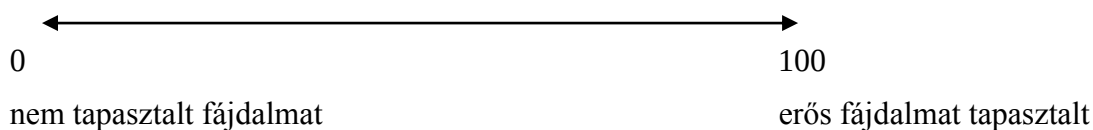
_____ Emelt WC ülőke _____ Fürdőkádra szerelt kapaszkodó
_____ Fürdőkádszék _____ Hosszúnyelű eszközök tárgyak eléréséhez

_____ Konzervüveg nyitó (előzőleg _____ Hosszúnyelű eszközök tisztálkodáshoz
már kinyitott konzervüvegekhez) _____ Egyéb (éspedig: _____)

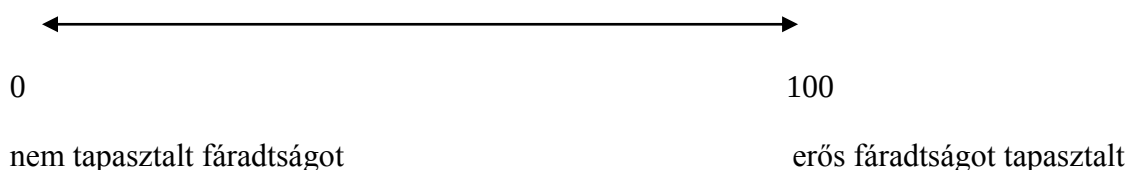
**Kérjük, jelölje meg X-szel azokat a tevékenységeket, amelyekhez általában MÁS SZEMÉLY
SEGÍTSÉGÉT igényli:**

_____ Tisztálkodás	_____ Tárgyak megragadása és kinyitása
_____ Tárgyak elérése	_____ Bevásárlás és házimunka

Az elmúlt héten betegsége következtében milyen erős fájdalmat tapasztalt? A fájdalom erősségét jelölje az egyenesre húzott függőleges vonallal.



Az elmúlt héten betegsége következtében milyen súlyos fáradtságérzetet tapasztalt? A fáradtság erősségét jelölje az egyenesre húzott függőleges vonallal.



Hogyan minősítené az egészségi állapotát a hasonló korúakkal összehasonlítva?

Kiváló	Jó	Közepes	Rossz	Nagyon rossz

1. Az Ön véleménye BETEGSÉGÉRŐL.

Alább felsoroltunk néhány tünetet, amiket esetleg tapasztalhatott betegsége óta. Kérjük, jelölje meg az **igent** vagy **nemet**, aszerint, **hogyan tapasztalta-e az adott tünetet, illetve úgy gondolja-e, hogy a tünet kapcsolatban áll a betegségével.**

	Tapasztaltam ezt a tünetet a betegségem óta		Ez a tünet kapcsolatos a betegségemmel	
	<i>Igen</i>	<i>Nem</i>	<i>Igen</i>	<i>Nem</i>
Fájdalom				
Torokfájás				
Hányinger				
Légszomj				
Súlyvesztés				
Fáradtság				
Merev ízületek				
Szemszárazság				
Zihálás				
Fejfájás				
Gyomorrontás				
Alvászavar				
Szédülés				

Erőtlenség				
------------	--	--	--	--

2. Az Ön személyes véleménye érdekelt minket arról, hogyan látja jelenlegi betegségét. Jelölje meg a megfelelő négyzetben, mennyire ért egyet az alábbi, betegségről szóló állításokkal.

Soronként egy választ adjon!	Egyáltalán nem értek egyet	Nem értek egyet	Egyet is értek, meg nem is	Egyet értek	Teljes mértékben egyetértek
Betegségem rövid ideig fog tartani.					
A betegségem inkább tartós, mint időszakos.					
Betegségem hosszú ideig fog tartani.					
Ez a betegség hamar elmúlik.					
Úgy gondolom, ez a betegség életem végéig megmarad.					
Betegségem súlyos állapot.					
Betegségemnek jelentős következményei vannak az életemre nézve.					
Betegségem nincs nagy hatással az életemre.					
Betegségem jelentősen befolyásolja azt, ahogy mások látnak engem.					
Betegségemnek komoly anyagi következményei vannak.					
Betegségem nehézséget okoz a hozzám közelállóknak.					
Sok mindent tehetek a tüneteim megfékezése érdekében.					
Amit teszek, hatással van a betegségem rosszabbodására vagy javulására.					
A betegségem lefolyása rajtam múlik.					
Bármit teszek, nem befolyásolja a betegségemet.					
Módomban áll befolyásolni a betegségemet.					
Amit teszek, nem lesz hatással a betegségem kimenetelére.					
Betegségem idővel javulni fog.					
Nagyon keveset lehet tenni a betegségem javítása érdekében.					
A kezelés hatásos lesz a betegségem gyógyításában.					
Kezeléssel megelőzhetőek a betegség negatív hatásai.					
Kezelésem megfékezheti a betegségemet.					
Semmi sem javíthat az állapotomon.					
Állapotom tüneteinek elgondolkodtatnak.					
Betegségem rejtély számomra.					
Nem értem a betegségemet.					
Betegségemnek számomra nincsen értelme.					
Teljesen tisztában vagyok az állapotommal.					
Betegségem tüneteinek nagyban változnak napról napra.					
Tüneteim szakaszokban jelentkeznek.					
Betegségem nagyon kiszámíthatatlan.					

Olyan szakaszokon megyek át, amelyekben betegségem javul és rosszabbodik.					
Lehangol, ha a betegségemre gondolok.					
Ideges leszek, ha a betegségemre gondolok.					
A betegségem dühössé tesz.					
A betegségem nem aggaszt.					
Betegségem nyugtalanná tesz.					
Betegségem félelemmel tölt el.					

3. Arra vagyunk kíváncsiak, Ön mit tart a betegsége lehetséges okainak. Minket inkább az érdekel, hogy Ön miket tart betegségét okozó tényezőknak, és nem az, hogy mások, pl. orvos vagy család miket javasoltak. Kérjük, a megfelelő négyzet beikszelésével jelölje, mennyire ért egyet az alábbi lehetséges okokkal!

	Egyáltalán nem értek egyet	Nem értek egyet	Egyet is értek, meg nem is	Egyetérték	Teljes mértékben egyetérték
Stressz vagy aggodás					
Örökség- családban jellemző					
Baktérium vagy vírus					
Étrend vagy étkezési szokások					
Véletlen vagy balszerencse					
Korábbi rossz orvosi kezelés					
Környezeti szennyezés					
Saját viselkedésem					
Gondolkodásmódom, pl. negatív gondolatok az életről					
Családi problémák vagy gondok okozták a betegségemet					
Túl sok munka					
Érzelmi állapotom, pl. lehangoltság, magányosság, nyugtalanság					
Öregedés					
Alkohol					
Dohányzás					
Baleset vagy sérülés					
A személyiségem					
Megváltozott immunitás					

A következő kérdőív olyan állításokat tartalmaz, melyek segítségével bárki jellemezheti saját magát. Kérjük, olvassa el az egyes állításokat és értékelje, hogy mennyire illenek Önre. Amennyiben bizonytalan, választát arra alapozza, amit igaznak *érez*, és ne *mérlegelés alapján* döntsön!

Kérjük, a következő számokkal jelezze, hogy mennyire illenek Önre az egyes állítások:

1 = Egyáltalán nem igaz rám

2 = Többnyire nem igaz rám

3 = Valamivel többször igaz, mint nem igaz rám

4 = Valamennyire igaz rám

5 = Többnyire igaz rám

6 = Tökéletesen igaz rám

1	Többnyire nem volt senkim, akihez tanácsért vagy érzelmi támogatásért fordulhattam volna.	
2	Általában nem voltak olyan emberek, akik melegséget, biztonságot, és szeretetet adtak volna.	
3	Életem során többnyire nem éreztem, hogy valaki számára különösen fontos vagyok.	
4	Többnyire nem volt olyan személy, aki valóban meghallgatott és megértett volna valódi szükségleteimmel, érzelmeimmel.	
5	Ritkán volt részem abban, hogy egy rátermett személy igazi tanácsot és útmutatást nyújtott volna, amikor nem tudtam, mihez kezdjek.	
6	Azt veszem észre, hogy a hozzám közel állókhoz betegesen ragaszkodom, mert attól félek, hogy el fognak hagyni.	
7	Aggódok, hogy szeretteim elhagynak vagy elhanyagolnak.	
8	Kétségbe esek, mikor azt érzem, hogy egy szeretett személy kezd eltávolodni tőlem.	
9	Néha annyira félek, hogy elhagynak, hogy inkább elüldözöm magamtól az embereket.	
10	Annyira szükségem van másokra, hogy aggódok mi lesz, ha elveszítem őket.	
11	Úgy érzem, ki akarnak használni.	
12	Úgy érzem, mások jelenlétében nem engedhetem el magam igazán, mert akkor szándékosan bántani akarnak.	
13	Csak idő kérdése, mielőtt valaki elárul.	
14	Elég gyanakvó vagyok mások hátsó szándékait illetően.	
15	Általában próbálom kitalálni, mi lehet a másik hátsó gondolata.	
16	Nem illek sehova.	
17	Alapvetően más vagyok, mint a többi ember.	
18	Nem tartozom sehova; magamnak való vagyok.	

19	Úgy érzem, a többi ember számára idegen vagyok.	
20	Mindig csoporton kívülnek éreztem magam.	
21	Senki, akire vágyom, nem kívánna, nem szeretne, ha ismerné a hiányosságaimat.	
22	Senki, akire vágyom nem maradna a közelemben, ha megismerné valódi énemet.	
23	Nem érdemlem meg mások szeretetét, figyelmét, megbecsülését.	
24	Úgy érzem, nem vagyok méltó a szeretetre.	
25	Alapvető tulajdonságaim túlságosan lefoglalnak ahhoz, hogy felfedjem magam mások előtt.	
26	Szinte semmi, amit a munkahelyemen (iskolában) csinálok, nem annyira jó, mint amit mások meg tudnak csinálni.	
27	Ha teljesítenem kell, nem tudok megfelelni.	
28	A legtöbb ember nálam többre képes a munka és a teljesítmény terén.	
29	Nem vagyok olyan tehetséges a munkámban, mint a legtöbb ember.	
30	Ha munkáról (iskoláról) van szó, nem vagyok olyan intelligens, mint legtöbben.	
31	Úgy érzem, egyedül nem tudok elboldogulni a mindennapi életben.	
32	Úgy gondolom, hogy a hétköznapi életben másoktól függő személy vagyok.	
33	Nincs józan ítélőképességem.	
34	A hétköznapi életben nem támaszkodhatom a saját véleményemre.	
35	Nem érzem magam képesnek a mindennapi életben felmerülő problémák megoldására.	
36	Úgy tűnik, nem tudok szabadulni a gondolattól, hogy bármelyik percben történhet valami.	
37	Úgy érzem, bármelyik percben jöhet valami katasztrófa (természeti, bűncselekmény, gazdasági vagy egészségügyi).	
38	Félek, hogy megtámadnak.	
39	Attól félek, hogy minden pénzemet elvesztem, és nyomorogni fogok.	
40	Aggódok, hogy valami komoly betegségem van, annak ellenére, hogy ilyesmit nem mondott az orvosom.	
41	Nem tudtam olyan mértékben leválni a szüleimről, mint ahogy ezt –látszólag- a velem egykorú emberek tették.	
42	A szüleim és én túlságosan is hajlamosak vagyunk beleszólni egymás életébe és problémáiba.	
43	A szüleimnek és nekem nagyon nehezen megy, hogy büntudat és csalódás érzése nélkül bármilyen intim apróságot elhallgassunk egymás elől.	
44	Gyakran érzem, hogy nincs saját identitásom, ami elkülönítene a szüleimtől vagy a partneremtől.	
45	Gyakran érzem, hogy a szüleim rajtam keresztül élnek –nincs saját életem, külön életem.	
46	Azt hiszem, sok bajom származna abból, ha azt csinálnám, amit akarok.	
47	Úgy érzem, nincs más választásom, mint hogy mások kérésére beadjam a derekam különben valamilyen módon megtorolnák, vagy elutasítanának.	
48	Kapcsolataimban hagyom, hogy a másik fél diktáljon.	
49	Úgy érzem, hogy életem legfontosabb döntéseit nem én hoztam.	

50	Nehezemre esik, hogy megköveteljem saját jogaim tiszteletben tartását, és érzelmeim figyelembe vételét.	
51	Legtöbbször végül én vagyok az, aki gondoskodik a hozzám közel állókról.	
52	Jó ember vagyok, mert másokkal többet törődöm, mint saját magammal.	
53	Annyira lefoglal, hogy szeretteimről gondoskodjak, hogy magamra alig marad időm.	
54	Mindig is én voltam az, aki mindenki mást meghallgatott.	
55	Más emberek úgy látják, hogy túl sok mindent teszek meg másokért, és túl keveset magamért.	
56	Túlságosan zavarban vagyok, ha pozitív érzelmeimet ki kell fejeznem mások előtt (pl. szeretet, törődés kimutatása).	
57	Szégyellem kifejezni az érzelmeimet mások előtt.	
58	Nehezemre esik, hogy barátságos és spontán legyek.	
59	Annyira uralkodom magamon, hogy az emberek azt hiszik, nincsenek érzelmeim.	
60	Az emberek úgy látják, érzelmileg merev vagyok.	
61	Muszáj, hogy mindenben, amit csinálok, a legjobb legyek, nem fogadom el a második helyet.	
62	Próbálom a lehető legjobbat nyújtani, a „megfelelő” nem elég jó.	
63	Minden feladatomat teljesíteni kell.	
64	Úgy érzem, állandó nyomás alatt állok, hogy teljesítsek, és véghez vigyek dolgokat.	
65	Nem engedhetem meg magamnak, hogy könnyelműen elnézzek magamnak dolgokat, vagy kifogásokat találjak a hibáimra.	
66	Amikor akarok valamit másoktól, nagyon nehezemre esik elfogadni a visszautasítást.	
67	Különleges ember vagyok, és nem kell elfogadnom a többi emberre vonatkozó korlátokat.	
68	Utálom, ha korlátoznak, vagy visszatartanak attól, hogy azt csináljam, amit akarok.	
69	Úgy érzem, nem kellene elvárni, hogy betartsam a normális szabályokat és azokat a megkötéseket, amelyeket mások betartanak.	
70	Úgy érzem, amit én tudok nyújtani, az többet ér mások hozzájárulásánál.	
71	Úgy tűnik, képtelen vagyok erőt venni magamon, hogy elvégezzek egy unalmas vagy rutinfeladatot.	
72	Ha nem sikerül elérnem a célom, könnyen frusztrált leszek és feladom.	
73	Nagyon nehezemre esik, hogy az azonnali kielégülést feláldozzam egy hosszú távú cél elérése érdekében.	
74	Nem tudom magam arra kényszeríteni, hogy olyasmit csináljak, amit nem élvezek; még akkor sem, ha tudom, hogy ez a jól felfogott érdekem.	
75	Ritkán tudtam betartani elhatározásaimat.	

Az orvosok tisztában vannak azzal, hogy a legtöbb betegségnél az érzelmek fontos szerepet játszanak. Ha az orvosa jobban meg tudja ismerni ezeket az érzelmeket, akkor több lehetősége lesz az Ön gyógyítására. Olvassa el az alábbi mondatokat, majd helyezzen egy X-et az a-val, b-vel, c-vel és d-vel jelölt négyzetekbe, mely legközelebb áll ahhoz, ahogy érezte magát az elmúlt héten. Ne töltsön el sok időt a válaszadással. Az első reakciója a kérdésre valószínűleg pontosabb, mint egy hosszasan megfontolt válasz.

1. Feszültnek és zaklatottnak érzem magam.	
a)	<i>Legtöbbször</i>
b)	<i>Gyakran</i>
c)	<i>Időnként</i>
d)	<i>Egyáltalán nem</i>
2. Tudok még úgy örülni, mint azelőtt.	
a)	<i>Pontosan ugyanannyira</i>
b)	<i>Már kevésbé</i>
c)	<i>Csak egy kicsit</i>
d)	<i>Szinte egyáltalán nem</i>
3. Félelem fog el, hogy valami borzasztó történhet.	
a)	<i>Kifejezetten</i>
b)	<i>Igen, de nem túlzottan erősen</i>
c)	<i>Valamennyire, de igazán nem aggódom</i>
d)	<i>Egyáltalán nem</i>
4. Tudok nevetni, és a dolgok vidám oldalát is észreveszem.	
a)	<i>Ugyanúgy, mint eddig</i>
b)	<i>Már nem annyira</i>

c)	<i>Sokkal kevésbé, mint eddig</i>
d)	<i>Egyáltalán nem</i>

5. Aggasztó gondolatok járnak a fejemben.

a)	<i>Az idő nagy részében</i>
b)	<i>Igen gyakran</i>
c)	<i>Időnként, de nem túl gyakran</i>
d)	<i>Csak alkalomadtán</i>

6. Jókedvű, vidám vagyok.

a)	<i>Egyáltalán nem</i>
b)	<i>Ritkán</i>
c)	<i>Néha</i>
d)	<i>Majdnem mindig</i>

7. Jólesően le tudok ülni, és el tudok lazulni.

a)	<i>Igen, teljesen</i>
b)	<i>Általában igen</i>
c)	<i>Nem túl gyakran</i>
d)	<i>Egyáltalán nem</i>

8. Úgy érzem, mintha lelassultam volna.

a)	<i>Majdnem mindig</i>
b)	<i>Nagyon gyakran</i>
c)	<i>Néha</i>
d)	<i>Soha</i>

9. Szorongok, szorul a gyomrom.	
a)	<i>Egyáltalán nem</i>
b)	<i>Néha</i>
c)	<i>Elég gyakran</i>
d)	<i>Nagyon gyakran</i>

10. Elvesztettem az érdeklődésemet a megjelenésem iránt.	
a)	<i>Kifejezetten</i>
b)	<i>Nem törődöm vele annyira, mint kellene</i>
c)	<i>Kevesebbet törődöm vele, mint régebben</i>
d)	<i>Ugyanannyit törődöm vele, mint mindig</i>

11. Nyugtalan vagyok, „fel vagyok pörögve”.	
a)	<i>Igen, tényleg nagyon</i>
b)	<i>Meglehetősen</i>
c)	<i>Nem nagyon</i>
d)	<i>Egyáltalán nem</i>

12. Örömmel nézek a dolgok elébe.	
a)	<i>Ugyanannyira, mint eddig</i>
b)	<i>Valamivel kevésbé, mint korábban</i>
c)	<i>Sokkal kevésbé, mint korábban</i>
d)	<i>Szinte egyáltalán nem</i>

13. Hirtelen pánik fog el.	
a)	<i>Nagyon gyakran</i>
b)	<i>Elég gyakran</i>
c)	<i>Nem túl gyakran</i>
d)	<i>Egyáltalán nem</i>

14. Tudok élvezni egy jó könyvet, egy rádió-vagy TV műsort.	
a)	<i>Gyakran</i>
b)	<i>Néha</i>
c)	<i>Ritkán</i>
d)	<i>Nagyon ritkán</i>

Az alábbi kérdőívben azt szeretnénk megtudni, hogy **az elmúlt héten** hogyan viszonyult betegségéhez, mit gondolt, érzett és tett a betegségével kapcsolatban, s hogy ez mennyiben segítette Önt a helyzetével történő megbirkózásban. Kérjük, becsülje meg, hogy az adott kijelentés Önre milyen mértékben jellemző.

		1=egyáltalán nem	2=kevésbé	3=közepesen	4=meglehetősen	5=kifejezetten
1	Igyekeztem a betegségemről , s annak kezeléséről minél többet megtudni	1	2	3	4	5
2	Nehezen tudtam elhinni, hogy mindez velem történik.	1	2	3	4	5
3	Nem hittem, hogy a betegségem komoly veszélyt jelentene	1	2	3	4	5
4	Sokat álmodoztam azon, milyen lenne egészségesnek lenni	1	2	3	4	5
5	Felelősnek éreztem magam a betegségem kialakulásáért	1	2	3	4	5
6	Másokat vádoltam azért, hogy megbetegedtem	1	2	3	4	5
7	Aktívan törekedtem a problémák megoldására	1	2	3	4	5
8	Végiggondoltam, hogy mit kell tennem, és eszerint cselekedtem	1	2	3	4	5
9	Türelmetlenebb, ingerültebb voltam másokkal, mint korábban	1	2	3	4	5
10	Nem lepleztem, hogy mennyire felkavart a betegségem	1	2	3	4	5
11	Igyekeztem uralkodni magamon, és nem kimutatni, amit érzek	1	2	3	4	5

12	Alkohollal vagy nyugtatókkal próbáltam a hangulatomon javítani	1	2	3	4	5
13	Olyasmivel is megjutalmaztam, amiről korábban úgy éreztem, hogy nem engedhetem meg magamnak	1	2	3	4	5
14	Amikor megtudtam, hogy beteg vagyok, elhatároztam, hogy tartalmasabban élek és jobban kihasználom az időmet	1	2	3	4	5
15	Igyekeztem mindent megtenni a betegségem legyőzéséért	1	2	3	4	5
16	Sajnáltam magam a betegségem miatt	1	2	3	4	5
17	Arra gondoltam, ami bátorságot ad	1	2	3	4	5
18	Arra koncentráltam, amit biztosan meg tudok csinálni, s amiben sikeres lehetek	1	2	3	4	5
19	Az időm nagy részét más elfoglaltságokkal töltöttem ki, így nem kellett a betegségemre gondolnom	1	2	3	4	5
20	Igyekeztem elfogulatlanul látni magamat és a betegségemet	1	2	3	4	5
21	Úgy éreztem, ez a sorsom, amit el kell fogadnom	1	2	3	4	5
22	Sokat rágódtam, töprengtem a problémáimon	1	2	3	4	5
23	A hitben kerestem vigasztalódást	1	2	3	4	5
24	Igyekeztem a betegségemben értelmet keresni	1	2	3	4	5
25	Azokra gondoltam, akik nálam is rosszabb helyzetben vannak	1	2	3	4	5
26	A sorsom miatt bosszankodtam, panaszkodtam	1	2	3	4	5
27	Pontosan tartottam magam az orvosi tanácsokhoz	1	2	3	4	5
28	Az orvosokban bíztam	1	2	3	4	5
29	Bizalmatlan voltam az orvosaimmal szemben, ezért más orvossal is megvizsgáltattam magam	1	2	3	4	5
30	Sokat gondoskodtam másokról is	1	2	3	4	5
31	Keserű humorral éltem meg a helyzetemet	1	2	3	4	5
32	Gondjaimban mások segítségére támaszkodtam	1	2	3	4	5
33	Szívesen fogadtam mások gondoskodását	1	2	3	4	5
34	Úgy éreztem, egyedül kell megoldást találnom, kevesebbet találkoztam barátaimmal, ismerőseimmel	1	2	3	4	5
35	Arra gondoltam, amit hasonló nehéz helyzetekben már megtapasztaltam	1	2	3	4	5

Kérjük, jelölje meg, hogy mennyire jellemzőek Önre **általában** az alábbi állítások!

	Egyáltalán nem jellemző 1	Alig jellemző 2	Jellemző 3	Teljesen jellemző 4
1, Mindig sikerül megoldanom a nehéz problémákat, ha nagyon akarom.				
2, Ha valaki szembeszegül velem, megtalálom a módját, hogy elérjem, amit akarok.				
3, Nem esik nehezemre, hogy kitartsak szándékaim mellett, és elérjem a céljaimat.				
4, Ötletességemnek köszönhetően, tudom				

miként kezeljem a váratlan helyzeteket.				
5, Biztos vagyok benne, hogy jól tudok boldogulni a váratlan helyzetekben.				
6, Megfelelő erőfeszítéssel majdnem minden problémára találok megoldást.				
7, Meg tudom őrizni nyugalmamat a nehézségekkel szemben, mert támaszkodni tudok megoldó-képességemre.				
8, Ha szembesülök egy problémával, általában több ötletem támad a megoldásra.				
9, Ha sarokba szorítanak, rendszerint kitalálom, mitévő legyek.				
10, Bármí történik, általában kezelni tudom a helyzeteket.				

Az alábbi lista érzéseket és viselkedéseket tartalmaz. Kérjük, jelölje meg, hogy milyen gyakran érzi, illetve mennyire jellemezték Önt az egyes állítások **az elmúlt hét során**.

1. *Ritkán vagy soha (Kevesebb, mint 1 nap)*
2. *Néha (1-2 nap)*
3. *Gyakran (3-4 nap)*
4. *Nagyon gyakran, vagy mindig (5-7 nap)*

	1. ritkán vagy soha	2. néha	3. gyakran	4. nagyon gyakran vagy
1. Olyan dolgok miatt nyugtalankodtam, amiért általában nem szoktam aggódni.				
2. Nem volt kedvem enni; rossz volt az étvágyam.				
3. Úgy érzetem, hogy nem tudok szabadulni a rosszkedvemtől még családom vagy barátaim segítségével sem.				
4. Úgy éreztem, hogy ugyanolyan jó vagyok, mint mások.				
5. Nehezemre esett odafigyelnem arra, amit éppen csinálok.				
6. Lehangoznak éreztem magam.				

7. Úgy éreztem, hogy bármit teszek minden megerőltető számomra.				
8. A jövőt reményteljesnek éreztem.				
9. Úgy gondoltam, hogy az életem hiábavaló; kész kudarc.				
10. Félttem.				
11. Nyugtalanul aludtam.				
12. Boldog voltam.				
13. Nem voltam annyira beszédes, mint általában.				
14. Magányosnak éreztem magam.				
15. Az emberek barátságtalanok voltak velem.				
16. Élveztem az életet.				
17. Sírós időszakaim voltak.				
18. Szomorú voltam.				
19. Úgy éreztem, hogy az emberek nem szeretnek engem.				
20. Nem tudtam hozzákezdeni a dolgokhoz.				

TCI Kérdőív*

Ebben a kérdőívben olyan állításokat talál, amelyeket az emberek gyakran használnak saját véleményük, hangulatuk, viselkedésük vagy lelki állapotuk jellemzésére. Mindegyik állításhoz kétféle válaszlehetőség tartozik: „**igaz**” vagy „**nem igaz**”. Kérjük, olvassa el figyelmesen valamennyi kijelentést, azután jelölje be a válaszlapon azt a választ, amelyik meggyőződése szerint jobban illik Önre. Ne töprengjen túlságosan sokáig az egyes válaszokon! Előfordulhat, hogy némelyik megállapításra nehéz egyértelmű „igaz” vagy „nem igaz” választ adnia – ilyenkor jelölje X-el azt, amelyik viszonylag jobban jellemző az Ön érzéseire vagy a véleményére.

A kérdőívben nincsenek helyes vagy helytelen, „jó” vagy „rossz” válaszok, hiszen az emberek érzései és véleményei különbözőek. Ezért habozás nélkül jelölje meg minden esetben az Önhöz közelebb álló válaszokat, és ne legyen tekintettel arra, hogy mit gondolnának ugyanarról mások.

* © 1987,1992, C. Robert Cloninger; Magyar fordítás: Dr. Bánki M. Csaba (1994)

Befejezés előtt szíveskedjen még egyszer ellenőrizni, hogy egyetlen kérdés se maradjon megválaszolatlanul! Figyelmét és fáradozását köszönjük!

	IGAZ	NEM IGAZ
Gyakran kipróbálok olyan dolgokat is pusztán kíváncsiságból vagy szórakozásból, amiket mások időpocsékolásnak tartanak.		
Mindig bízom a dolgok kedvező kimenetelében még olyankor is, amikor a legtöbben aggodalmaskodnak.		
Egy szép beszéd vagy egy szép vers mélyen meg tud indítani.		
Gyakran érzem magam a körülmények áldozatának.		
Általában olyannak fogadom el az embereket, amilyenek - még ha nagyon különböznek is tőlem.		
Hiszem, hogy csodák tényleg megtörténnek		
Élvezettel állok bosszút azokon, akik megsértene.		
Amikor valami leköti a figyelmemet, könnyen megfeledkezem az idő múlásáról.		
Sokszor úgy érzem, hogy az életemnek nincs különösebb célja vagy értelme.		
Szeretek a problémákra olyan megoldásokat találni, amelyek mindenki számára előnyösek.		
Biztosan többre is képes lennék, de nem látom értelmét a szükségesnél jobban hajtani magam.		
Idegen helyen akkor is feszült és ideges vagyok, ha mások szerint semmi ok aggodalomra.		
Többször a pillanatnyi hangulatom szerint cselekszem anélkül, hogy visszagondolnék a korábbi hasonló esetekre.		
Általában inkább a magam útját követem, mintsem a mások kívánságait teljesíteném.		

	IGAZ	NEM IGAZ
15. Gyakran olyan közel érzem magamhoz a körülöttem lévő embereket, mintha nem is lenne		

	közöttünk választóvonal.		
16.	Nem túlságosan kedvelem azokat, akik másképpen gondolkodnak, mint én.		
17.	Természetes reakcióim a legtöbb helyzetben a begyakorolt jó szokásaimon alapulnak.		
18.	Bármilyen törvénybe nem ütköző dolgot megtennék, hogy gazdag és híres legyek, még ha a barátaim bizalmát ezzel el is veszíteném.		
19.	Másoknál sokkal tartózkodóbb és fegyelmezettebb vagyok.		
20.	Sokszor félbehagyom a megkezdett dolgaimat, mert elfog a kétely, hátha rosszul fognak végződni.		
21.	Érzéseimet, élményeimet jobban szeretem nyíltan megbeszélni a barátaimmal, mint magamban tartani.		
22.	Másoknál jóval kevesebb az energiám és hamarabb elfáradok.		
23.	Gyakran szórakozottnak látszom, mert úgy el tudok merülni a dolgaimban, hogy minden másról megfeledkezem.		
24.	Csak ritkán választhatom meg szabadon, hogy mit akarok csinálni.		
25.	Mások érzéseit ugyanannyira figyelembe szoktam venni, mint a sajátjaimat.		
26.	Szívesebben indulok kissé kockázatos kalandokra (pl. meredek hegyi serpentinre autózni), mintsem órákig csendben és tétlenül üldögéljek.		
27.	Rendszerint kerülöm az idegenek társaságát, mert nem bízom azokban, akiket nem ismerek.		
28.	Szeretek mások kedvében járni, amennyire csak tudok.		
29.	Sokkal jobban szeretem a „rég, jól bevált” módszereket, mint az „Új, modern” eljárásokkal való kísérletezést.		

30.	Többnyire képtelen vagyok a dolgaimat fontossági sorrendben elvégezni, mert soha nincs elég időm.		
31.	Aktívan segítem a veszélyeztetett állatok és növények védelmét.		
32.	Gyakran azt kívánom, bárcsak én lennék a legokosabb a világon.		
33.	Élvezem, ha az ellenségeimet szenvedni látom.		
34.	Szeretek mindent módszeresen végezni, és ha tehetem, szívesen írok elő szabályokat mások számára is.		
35.	Nehezemre esik hosszabb ideig ugyanazzal foglalkozni, mert a figyelmem gyakran másfelé kalandozik.		
36.	Tanult és begyakorolt szokásaim erősebbek, mint a pillanat hatása vagy mások rábeszélése.		
37.	Rendszerint kitartóan tovább dolgozom akkor is, amikor mások már régen abbahagyták.		
38.	Vonzanak az élet olyan jelenségei, amelyekre nincs tudományos magyarázat.		
39.	Sok olyan rossz szokásom van, amelyektől szeretnék megszabadulni.		
40.	Rendszerint másoktól várom, hogy ők oldják meg az én problémáimat.		

		IGAZ	NEM IGAZ
41.	Gyakran az utolsó filléremet is elköltöm, és azután kénytelen vagyok kölcsönkérni.		
42.	Azt hiszem, a jövőben minden remekül fog sikerülni.		

43.	Kisebb betegség vagy megrázkódtatás után másoknál nehezebben jövök rendbe.		
44.	Nem bánnám, ha állandóan egyedül kellene lennem.		
45.	Kikapcsolódás közben sokszor váratlanul megvilágosodnak előttem a dolgok összefüggései.		
46.	Nem érdekel különösképpen, hogy mások kedvelnek-e engem, vagy a módszereimet.		
47.	Elsősorban magamnak igyekszem megszerezni, amire szükségem van, hiszen úgysem lehet mindenki kedvére tenni.		
48.	Türelmetlen vagyok azokkal, akik nem hajlandók elfogadni az én nézeteimet.		
49.	Az emberek többségét képtelen vagyok igazából megérteni.		
50.	Üzleti sikereket tisztességesen is el lehet érni.		
51.	Néha olyan közel érzem magam a természethez, mintha minden egyetlen élő szervezet része volna.		
52.	Sokkal jobban szeretek másokat hallgatni, mint én magam beszélni.		
53.	Másoknál hamarabb szoktam felcsattanni, felháborodni.		
54.	Idegenek társaságában félénkebb, gátlásosabb vagyok másoknál.		
55.	Szentimentálisabb vagyok, mint a legtöbb ember.		
56.	Egy „hatodik érzékemmel” néha pontosan megérzem, és előre tudom, hogy mi fog történni.		
57.	Ha bármilyen formában megsértenek, mindig igyekszem a számlát kiegyenlíteni.		
58.	Az én hozzá állásomat többnyire rajtam kívül álló körülmények határozzák meg.		
59.	Minden nap igyekszem egy lépéssel közelebb kerülni a céljaimhoz.		

60.	Gyakran azt kívánom, bárcsak én lennék a legerősebb a világon.		
61.	Döntések előtt szeretem hosszasan végiggondolni a dolgokat.		
62.	A legtöbb embernél keményebben dolgozom.		
63.	Napközben is kell pihennem vagy szundítanom; mert könnyen elfáradok.		
64.	Szívesen állok mások rendelkezésére.		
65.	Bármilyen átmeneti nehézség ellenére én mindig arra számítok, hogy a dolgok végül jóra fordulnak.		
66.	Még ha van is bőségesen elegendő pénzem, nem szívesen költöm el magamra.		
67.	Fizikailag veszélyes helyzetekben is nyugodt, magabiztos szoktam maradni.		
68.	A problémáimat legszívesebben megtartom magamnak.		
69.	Személyes gondjaimat akár egy felszínes, rövid ismeretség után is kész vagyok másokkal megbeszélni.		
		IGAZ	NEM IGAZ
70.	Jobban szeretek otthon ülni, mint utazni, vagy új helyekkel ismerkedni.		
71.	Szerintem nincs sok értelme a gyengéket segíteni, akik nem tudnak segíteni magukon.		
72.	Azoknak sem tudok nyugodt szívvel ártani, akik pedig velem szemben tisztességtelenek voltak.		
73.	Az emberek nekem hamar és könnyen elmondják az érzéseiket.		
74.	Gyakran azt kívánom, bárcsak örökre fiatal maradhatnék.		
75.	Egy közeli barát elvesztése engem jobban megvisel, mint a legtöbb embert.		
76.	Időnként úgy érzem, mintha része lennék egy térben és időben végtelen valaminek.		
77.	Néha úgy érzem, hogy szavakkal megmagyarázhatatlan, közvetlen lelki kapcsolatba kerülök másokkal.		

78.	Igyekszem tekintettel lenni még azok érzéseire is, akik pedig korábban ártottak nekem.		
79.	Szeretem, ha az ember merev szabályok és előírások nélkül azt teheti, amihez kedve van.		
80.	Még barátságtalannak mondott idegenek között is oldott és közvetlen tudnék lenni.		
81.	Másoknál jobban aggódom azért, hogy a jövőben rosszul alakulhatnak a dolgok.		
82.	Mielőtt döntenék, általában minden körülményt aprólékosan végig szoktam gondolni.		
83.	A mások iránti megértés és együttérzés fontosabb, mint a szakszerűség és a tárgyilagosság.		
84.	Sokszor úgy érzem, mintha egészen eggyé válnék a körülöttem lévő világgal.		
85.	Gyakran azt kívánom, bárcsak különleges, természetfeletti képességeim lennének.		
86.	Mások engem túlságosan irányítanak és befolyásolnak.		
87.	Szeretem továbbadni másoknak mindazt, amit én tudok.		
88.	Az életem igazi célját vallásos élményeim segítettek megérteni.		
89.	Gyakran és sokat tanulok más emberektől.		
90.	Állandó gyakorlással tettem szert azokra a képességeimre, amelyeknek a sikereimet köszönhetem.		
91.	Legtöbbször a túlzásokat, sőt a valótlanúságot is el tudom hitetni az emberekkel.		
92.	Amikor betegségből lábadozom, kiadós pihenésre és sok biztatásra, támogatásra van szükségem.		
93.	Vannak az életben alapelvek; amiket senki nem szeghet meg hosszú távon büntetlenül.		
94.	Egyáltalán nem akarok a világ leggazdagabb embere lenni.		
95.	Boldogan kockára tenném az életemet is azért, hogy a világ jobb legyen.		
96.	Megtanultam még hosszas töprengés után is jobban bízni a megérzéseimben, mint a logikus érvekben.		
97.	Néha úgy érzem, hogy az életemet egy emberek felett álló szellemi erő irányítja.		

	IGAZ	NEM IGAZ
98. Jólesik durvának lennem azokhoz, akik durvák voltak hozzám.		
99. Józan és tárgyilagos ember hírében állok, aki nem cselekszik indulatból.		
100. Könnyedén rendezni tudom a gondolataimat, miközben valaki mással beszélek.		
101. Váratlan hírekre olyan hevesen szoktam reagálni, hogy sokszor meg is bánom, amit ilyenkor mondok vagy teszek.		
102. Nagyon megindítanak az érzelmekre (pl. a szegények vagy a sérült gyermekek megsegítésére) irányuló felhívások.		
103. Mindig jobban hajtom magam másoknál, mert mindent a lehető legjobban akarok megcsinálni.		
104. Annyi a hibám, hogy nem is túlságosan kedvelem magamat.		
105. Nincs időm arra, hogy hosszútávú megoldásokat keressek a problémáimra.		
106. Gyakran azért nem tudok a bajokkal megbirkózni, mert egyszerűen nem tudom, mit tegyek.		
107. Gyakran azt kívánom, bárcsak meg tudnám állítani az idő múlását.		
108. Utálok az első benyomásaim alapján dönteni.		
109. Sokkal jobban szeretem költeni, mint félretenni a pénzt.		
110. Ügyesen tudok lódtítani egy kicsit, ha valakit meg akarok tréfálni, vagy ha egy történetet hatásosabban akarok elmesélni.		
111. Még egy megromlott barátságot is próbálok mindig a végsőkéig fenntartani.		
112. Gyorsan túl tudom tenni magam egy kínos vagy egy megalázó élményen.		
113. Változó körülményekhez nagyon nehezen tudok alkalmazkodni, mert olyankor feszült, ideges, és fáradékony leszek.		
114. Nagyon alapos indokok kellene ahhoz, hogy hajlandó legyek a megszokott módszereimen változtatni.		

115.	A helyes szokások begyakorlásához nekem még mások segítségére van szükségem.		
116.	Szerintem a telepátia vagy a jövőbelátás valóságosan létezik.		
117.	Szeretném, ha állandóan közeli és odaadó barátok vennének körül.		
118.	Sokszor újra meg újra megpróbálkozom azokkal a dolgokkal, amelyekkel odáig nem boldogultam.		
119.	Szinte mindig nyugodt és gondtalan vagyok még olyankor is, amikor majdnem mindenki ideges.		
120.	Nagyon unalmasnak találom a szomorú dalokat és filmeket.		
121.	A körülmények gyakran rákényszerítenek, hogy a saját szándékaim ellenére cselekedjem.		
122.	Nehezemre esik elviselni a tőlem különböző embereket.		

		IGAZ	NEM IGAZ
123.	Azt hiszem, a legtöbb csodának nevezett esemény egyszerűen a véletlen műve.		
124.	A sértéseket inkább kedvességgel viszonzom, mintsem bosszút állnék miattuk.		
125.	Gyakran úgy leköt, amivel foglalkozom, hogy közben a helyről és az időről is teljesen megfeledkezem.		
126.	Nem hiszem, hogy az életemnek különösebb célja vagy értelme volna.		
127.	Mindig igyekszem tőlem telhetően együttműködni másokkal.		
128.	Elégedett vagyok azzal, amit elértem, és nem vágyom sokkal többre.		
129.	Szokatlan helyzetben akkor is feszült és ideges szoktam lenni, ha mások szerint semmiféle veszély nem fenyeget.		
130.	Rendszerint inkább az ösztöneimet és a megérzéseimet követem, mintsem a részleteket gondolnám végig.		

131.	Gyakran túlságosan is önállónak tartanak, mert nem azt teszem, amit mások szeretnék.		
132.	Sokszor érzek erős és közvetlen lelki, érzelmi kapcsolatot minden körülöttem lévő emberrel.		
133.	Könnyen meg tudok kedvelni olyan embereket is, akiknek egészen más az értékrendje, mint az enyém.		
134.	Igyekszem a lehető legkevesebbet dolgozni, még ha mások többet várnak is tőlem.		
135.	Kifejlesztett jó szokásaim „második természetemmé” váltak, ma már szinte teljesen ösztönösek és automatikusak.		
136.	Egyáltalán nem zavar, ha mások valamiről többet tudnak nálam.		
137.	Rendszerint megpróbálom magam a másik helyébe képzelni, ha jobban meg akarom őt érteni.		
138.	Az élet bizonyos területein az elvek, mint a tisztesség vagy a becsület, csekély szerepet játszanak.		
139.	Másoknál jobban tudok takarékoskodni.		
140.	Csak nagyon ritkán jövök ki a sodromból: ha valami nem sikerül, egyszerűen mással kezdek foglalkozni.		
141.	Amikor mások nem tartják fontosnak, akkor is ragaszkodom hozzá, hogy a dolgokat szabályos, előírásszerű módon végezzük el.		
142.	Szinte minden társaságban magabiztos, határozott szoktam lenni.		
143.	A barátaim sem ismerik igazán az érzéseimet, mert csak nagyon ritkán mondom el a személyes véleményemet.		
144.	Utálok a megszokott módszereimen változtatni, még ha sokak szerint léteznek újabb és jobb módszerek is.		
145.	Oktalanság olyan dolgokban hinni, amikre nincs tudományos magyarázat.		
146.	Szeretem elképzelni, amint az ellenségeim szenvednek.		
147.	Másoknál energikusabb vagyok, és csak lassabban fáradok el.		
148.	Szeretek a részletekre pontosan odafigyelni mindenben, amit csinállok.		

	IGAZ	NEM IGAZ
149. Gyakran félbehagyom, amin dolgozom, mert elbizonytalanodom, még ha mások szerint minden jól is halad.		
150. Gyakran azt kívánom, bárcsak nekem volna a legnagyobb hatalmam a világon.		
151. Rendszerint magam döntöm el, hogy mit akarok csinálni.		
152. Gyakran úgy elmerülök a munkámban, hogy egy ideig még arról is megfeledkezem, hogy hol vagyok.		
153. Közös vállalkozásban ritka a tisztességes osztozkodás.		
154. Szívesebben vállalkoznék veszélyes dolgokra is (pl. sziklamászásra vagy ejtőernyős ugrásra), mintsem órákon át csendben és tétlenül üljek.		
155. Könnyen költök el túl sok pénzt a pillanat hatása alatt, ezért még igazán fontos dolgokra sem tudok spórolni.		
156. Nem vagyok hajlandó mások kedvéért a magam útjáról letérni.		
157. Idegenek között egyáltalán nem vagyok gátlásos.		
158. Gyakran engedek a barátaim kívánságainak.		
159. Időm java részét szükségesnek látszó de számomra nem igazán fontos dolgokkal töltöm el.		
160. Szakmai vagy üzleti döntésekben vallási vagy erkölcsi elveknek (hogy mi helyes és mi nem) nincs sok keresnivalójuk.		
161. Gyakran megpróbálom félretenni a saját véleményemet, hogy jobban megértsem mások érzéseit.		
162. Számos rossz szokásom nehezíti meg fontos és értékes céljaim elérését.		
163. Személyes áldozatokat is hozok azért, hogy a világ jobb legyen (segítem pl. a háborúk, a szegénység, a jogtiprás elleni mozgalmakat).		
164. Soha nem szoktam aggódni a jövőben esetleg bekövetkező szörnyűségek miatt.		

165.	Szinte soha nem veszítem el az önuralmam.		
166.	Gyakran abba hagyom a munkát, ha jóval tovább tart, mint eredetileg gondoltam.		
167.	Társaságban inkább én kezdek el beszélgetni, mintsem arra várjak, hogy mások megszólaljanak.		
168.	Legtöbbször hamar megbocsátok azoknak, akik ártottak nekem.		
169.	A tetteimet többnyire rajtam kívül álló tényezők határozzák meg.		
170.	Sokszor változtatnom kell a döntéseimen, mert az első benyomásaim tévesnek vagy hibásnak bizonyulnak.		
171.	Jobban szeretem megvárni, amíg valaki más átveszi a kezdeményezést.		
172.	Általában tisztelni szoktam mások véleményét.		
173.	Voltak olyan nagyszerű, elragadtatót élményeim, amelyekből világosan megértettem, hogy mi a dolgom az életben.		
174.	Élvezem, ha magamnak vásárolok dolgokat.		
175.	Azt hiszem, saját magam is képes vagyok telepátiára vagy jövőbelátásra.		
176.	Az az érzésem, hogy valami nincs rendjén az agyammal.		
		IGAZ	NEM IGAZ
177.	Viselkedésemet döntően a magam által kitűzött életre szóló céljaim irányítják.		
178.	Többnyire oktalanság mások sikereit elősegíteni.		
179.	Gyakran azt kívánom, bárcsak örökké élhetnék.		
180.	Szívesebben vagyok hűvös és távolságtartó az emberekkel.		
181.	Szomorú filmekben könnyebben sírok, mint a legtöbb ember.		
182.	Kisebb betegségből, túlerőltetésből másoknál hamarabb szoktam felépülni.		
183.	Gyakran megszegem a szabályokat és az előírásokat, ha úgy látom,		

	hogyan baj nélkül megúszható.		
184.	Még sokat kell gyakorolnom, amíg kifejlődnek bennem a pillanatnyi kísértéseknek biztosan ellenálló helyes szokások.		
185.	Jobban szeretném, ha az emberek nem beszélnek folyton olyan sokat.		
186.	Mindenkihez tisztelettel és méltósággal kell közeledni, még ha jelentéktelennek vagy hitványnak látszik is.		
187.	Szeretek gyorsan dönteni, és azután rögtön hozzálatni a tennivalókhoz.		
188.	Nekem többnyire sikerülni szokott, amibe belefogok.		
189.	Biztosra veszem, hogy könnyedén képes lennék mások által veszélyesnek tartott dolgokra (pl. jeges úton autóval száguldásra) is.		
190.	Értelmetlennek látom a munka folytatását, ha nincs jó esély a sikerre.		
191.	Szeretek új dolgokat, új módszereket kipróbálni.		
192.	Jobban szeretek takarékoskodni, mint szórakozásra, mulatságra elkölteni a pénzt.		
193.	Az egyén jogai fontosabbak, mint bármely csoport közös szükségletei.		
194.	Személyesen is éreztem már kapcsolatot titokzatos természetfeletti, isteni erővel.		
195.	Voltak olyan boldog pillanataim, amikor világosan és tisztán egynek éreztem magam minden létezővel.		
196.	Begyakorolt szokásaim könnyítik meg számomra, hogy a dolgokat a saját szándékaim szerint alakítsam.		
197.	A legtöbb ember ügyesebb és tehetségesebb nálam.		
198.	A problémáimat többnyire más emberek, vagy a külső körülmények okozzák.		
199.	Örömmel segítek még azoknak is, akik régebben rosszat tettek nekem.		
200.	Sokszor úgy érzem, mintha része volnék egy hatalmas és minden életet irányító szellemi erőnek.		

201.	Még barátok között sem szeretem túlságosan kiadni magam.		
------	--	--	--

		IGAZ	NEM IGAZ
202.	Többnyire reggeltől estig dolgozni tudok anélkül, hogy különösképpen erőltetnem kellene magam.		
203.	Még ha gyors döntést várnak is tőlem, először majdnem mindig végiggondolom az összes tényt és részletet.		
204.	Ha rajtakapnak valamin, meglehetősen ügyetlen vagyok a kimagyarázkodásban.		
205.	Másoknál jobban törekszem mindig mindenben a tökéletességre.		
206.	Hogy valami helyes-e vagy helytelen, az kizárólag nézőpont kérdése.		
207.	Ösztönös reakcióim többnyire összhangban vannak az elveimmel és a hosszútávú céljaimmal.		
208.	Hiszek abban, hogy az életet mindenestől egy lényegében kifürkészhetetlen szellemi erő irányítja.		
209.	Nyugodt és magabiztos tudnék maradni olyan idegenek között is, akik állítólag dühösek rám.		
210.	Az emberek szívesen fordulnak hozzám segítségért, megértésért és együttérzésért.		
211.	Másoknál nehezebben lelkesedem új ötletekért vagy új módszerekért.		
212.	Még akkor is nehezemre esik hazudni, amikor azzal csak mások érzéseit próbálom kímélni.		
213.	Vannak emberek, akiket ki nem állhatok.		
214.	Nem vágyom arra, hogy mindenki másnál jobban csodáljanak.		
215.	Sokszor ránézek egy hétköznapi dologra, és mintha csoda történne: úgy érzem, mintha most látnám először életemben.		
216.	A legtöbb ember csak magával törődik és fütyül arra, kinek okoz kárt		

	vagy fájdalmat.		
217.	Többnyire feszült és ideges leszek, ha valami új és ismeretlen dologba kell fogynom.		
218.	Gyakran a kimerülésig hajszolom magam és többet próbálok teljesíteni, mint amennyire a képességeim futják.		
219.	Egyesek szerint anyagiakban túlságosan is szűkmarkú, zsugori vagyok.		
220.	A misztikusnak mondott élmények egyszerűen csak vágyteljesítő fantáziák.		
221.	Nincs elég akaraterőm a nagyobb kísértéseknek ellenállni, még ha tudom is, hogy bánni fogom a következményeket.		
222.	Utálom, ha valakit szenvedni látok.		
223.	Pontosan tudom, hogy mit akarok elérni az életben.		
224.	Rendszeresen szakítok időt annak végiggondolására, hogy helyes-e vagy helytelen amit éppen teszek.		
225.	Ha nem vagyok elég óvatos, gyakran balul sikerülnek a dolgaim.		
226.	Az idegességet jobban viselem a barátaim között, mint egyedül.		

		IGAZ	NEM IGAZ
227.	Szerintem lehetetlen igazán megosztani az érzéseinket valaki mással, hacsak az a másik nem élte át ugyanazt.		
228.	Sokszor mintha nem is ebben a világban élnék, úgy meg tudok feledkezni a körülöttem zajló dolgokról.		
229.	Gyakran azt kívánom, bárcsak én lennék a legszebb a világon.		
230.	Sokat hazudtam ebben a tesztben.		
231.	Lehetőleg kerülöm az idegenekkel való találkozást, még ha		

	biztosítanak is róla, hogy barátságos emberek.		
232.	A tavasszal nyíló virágok nekem ugyanakkora örömet okoznak, mint egy régi barátom viszontlátása.		
233.	A nehéz helyzeteket többnyire jó alkalomnak, kihívásnak szoktam tekinteni.		
234.	Akik velem kapcsolatba kerülnek, azoknak meg kell tanulniuk mindent az én elvárásaim szerint csinálni.		
235.	A becstelenség csak akkor jelent problémát, ha rajtakapnak.		
236.	Még egy kisebb betegség vagy stressz után is több az energiám és az önbizalmam, mint a legtöbb embernek.		
237.	Szeretek mindent végigolvasni, amit alá kell írnom.		
238.	Amikor semmi új nem történik, rendszerint keresek magamnak valami izgalmas elfoglaltságot.		
239.	Néha felidegesítem magam.		
240.	Alkalomadtán a hátuk mögött is beszélek az emberekről.		

c.) Kontroll kérdőívcsomag:

Megegyezik e beteg kérdőívcsomag tartalmával mellőzve abból a betegségre utaló kérdőíveket, a betegségrepresentációt mérő kérdőívet, és a funkcionális állapotot mérő kérdőívet.

d.) Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat

BETEGTÁJÉKOZTATÓ

A kutatás címe: „A szisztémás autoimmun kórképek narratív- és egészségpszichológiai vizsgálata”

KEDVES BETEGÜNK!

Arra kérjük, hogy vegyen részt egy tudományos vizsgálatban, amely az Önt kezelő egészségügyi intézmény, az Egyesített Egészségügyi Intézmények - Lánc utcai rendelőintézete, valamint a Pécsi Tudományegyetem Pszichológiai Intézetének együttműködésében valósul meg.

A vizsgálat általános célja, hogy feltárja azokat az élettörténeti eseményeket, érzéseket, gondolatokat és problémákat, amelyek kapcsolatba hozhatóak egy szisztémás autoimmun betegséggel, és az ezzel való együttéléssel. További célunk azon tényezők azonosítása, amelyek hozzájárulnak a betegséggel való sikeres megküzdéshez, és ezáltal a betegek jobb életminőségéhez és egészségi állapotához. Úgy gondoljuk, hogy az autoimmun betegségek megfelelő kezeléséhez az orvosi segítség mellett a betegséggel együtt járó, azt megelőző, vagy azt követő lélektani jelenségekre is oda kell figyelni. Kutatásunkkal szeretnénk hozzájárulni az autoimmun betegségek mélyebb megértéséhez, valamint azok hatékonyabb kezeléséhez.

Ez a kutatás az Ön részére semmiféle kockázatot nem jelent. Az Ön feladata e vizsgálatban mindössze annyi, hogy válaszoljon néhány kérdésre és kitöltse az Önnek átadott kérdőíveket. Az alábbi információk megkönnyíthetik az Ön arra vonatkozó döntését, hogy részt kíván-e venni a vizsgálatban.

A részvétel önkéntes

Az Ön részvétele a kutatásban teljesen önkéntes, szabadon visszautasíthatja a részvételt. Ha beleegyezett abba, hogy részt vesz a vizsgálatban, a vizsgálat során bármikor megváltoztathatja szándékát és kiléphet abból indoklás nélkül. Amennyiben úgy dönt, hogy nem vesz részt a vizsgálatban, vagy abbahagyja azt, ez Önre nézve semmilyen hátrányos következménnyel nem jár. A részvétel visszautasítása semmilyen módon nem befolyásolja az Ön kezelését és a további ellátását.

A vizsgálat lefolytatása

Ha Ön úgy dönt, hogy részt vesz ebben a kutatásban és aláírja a Beleegyező Nyilatkozatot, arra fogjuk kérni, hogy válaszoljon néhány kérdésre az életével, az életében történt jelentős eseményekkel kapcsolatban, majd töltsön ki otthon egy kérdőívesomagot, amely az Ön viselkedésével, véleményével, érdeklődésével és érzéseivel kapcsolatos kérdőíveket tartalmaz. A beszélgetés nagyjából 30 percet, a kérdőívek kitöltése pedig körülbelül egy órát vesz igénybe. A kérdőíveket otthon is kitöltheti, ám kérjük, hogy minden kérdésre válaszoljon, mert csak a hiánytalanul kitöltött tesztek tudjuk értékelni. A válaszadás után, kérjük, hogy a felbélyegzett borítékon megjelölt címre juttassa vissza a kérdőíveket azok kézhezvétele után két héten belül.

Bizalmas jelleg és titoktartás

Minden Önnel kapcsolatos információt, melyet a vizsgálat során nyerünk, bizalmasan kezelünk, és név nélkül dokumentálunk. Sem az Ön személyét, sem olyan adatot, amely alapján Ön azonosítható lenne, nem fedünk fel. Ennek érdekében Ön a vizsgálat elején egy számot kap, majd a továbbiakban minden információt névtelenül gyűjtünk.

Ha bármi kérdése, kétsége maradt a tájékoztató elolvasása után, kérem, vegye fel a kapcsolatot a kutatás vezetőivel vagy az Önt kezelő orvossal.

Segítségét előre is köszönjük!

Kutatásvezetők:

.....

Csókási Krisztina

(egyetemi tanársegéd)

.....

Dr. Vincze Orsolya

(egyetemi adjunktus, tanszékvezető)

.....

Beteg aláírása

.....

Dátum

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

- „A szisztémás autoimmun kórképek narratív- és egészségpszichológiai vizsgálata”
című kutatásban való részvételhez *Név..... Születési
hely..... Születési év hó:nap:*

kijelentem, hogy megfelelő tájékoztatást kaptam a tudományos vizsgálat céljáról, módjáról, időigényéről. Megkaptam a Betegtájékoztató és a Beteg Beleegyező Nyilatkozat egy-egy másolatát. Elegendő időm volt, hogy ezeket gondosan elolvassam, és dönthessek arról, hogy a vizsgálatban részt kívánok-e venni. Megértettem a tájékoztatás tartalmát és a felmerülő kérdéseimet a vizsgáló orvossal/vizsgálatvezetővel megbeszéltem, és azokra kellő magyarázatot kaptam.

Tisztában vagyok azzal, hogy további kérdéseimre, esetleges kétségeimre választ kérhetek orvosomtól vagy a kutatás vezetőitől.

Elfogadom a vizsgálatban való részvétel feltételeit, de fenntartom a jogot arra, hogy a vizsgálatból bármikor kiléphessek, anélkül, hogy ennek okát meg kellene magyaráznom. Továbbá biztosítottak arról, hogy a kutatásból való kilépésem kezelésemet, ellátásomat illetően semmiféle hátránnyal nem fog járni.

Elfogadom, hogy a kutatás során adataimat bizalmasan kezelik és az összegyűjtött adatokat tudományos célokra használják fel.

.....
a beteg aláírása dátum

11.2. Statisztikai próbák

1. Kérdőíves adatok:

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Életkor	30	36	79	59,13	11,968
Valid N (listwise)	30				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Életkor	31	28	74	51,48	9,441
Valid N (listwise)	31				

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Életkor	31	28	74	51,48	9,441
Valid N (listwise)	31				

Independent Samples Test

Levene's t-test for Equality of Means

Test for

Equality of

Variances

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	Lower	Upper
Életkor	Equal variance	3,727	,058	2,77	59	,007	7,649	2,755	2,137	13,162	

es

assume

d

Equal 2,76 55,12 ,008 7,649 2,766 2,107 13,19

varianc 6 1 2

es not

assume

d

Correlations

		DAS28	CRP	C	C	Fájdalom	Fáradtság	HADS_SZORONGÁS	HADS_DEPRESSZIÓ	HAQ_SZUMMA
DAS28	Pearson	1	,880**	-	,665**	,452*	-,170	-,107	-,611**	
	Correlation			,218						
	Sig. (2-tailed)		,000	,284	,000	,023	,407	,604	,001	
	N	26	26	26	25	25	26	26	25	
CRP	Pearson	,880*	1	-	,821**	,536**	,000	-,248	-,688**	
	Correlation			,204						
	Sig. (2-tailed)	,000		,319	,000	,006	,998	,222	,000	
	N	26	26	26	25	25	26	26	25	
CCP	Pearson	-,218	-,204	1	-,141	-,022	,118	-,058	-,222	
	Correlation									
	Sig. (2-tailed)	,284	,319		,493	,913	,557	,773	,276	
	N	26	26	27	26	26	27	27	26	

Fájdalom	Pearson	,665*	,821**	-	1	,552**	,357**	,567**	,710**
	Correlation			,141					
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,493		,000	,004	,000	,000
	N	25	25	26	62	62	62	62	26
Fáradtság	Pearson	,452*	,536**	-	,552**	1	,466**	,567**	,433*
	Correlation			,022					
	Sig. (2-tailed)	,023	,006	,913	,000		,000	,000	,027
	N	25	25	26	62	62	62	62	26
HADS_SZORONGÁS	Pearson	-,170	,000	,118	,357**	,466**	1	,658**	,292
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)	,407	,998	,557	,004	,000		,000	,148
	N	26	26	27	62	62	63	63	26
HADS_DEPRESSZIÓ	Pearson	,107	,248	,058	,567**	,567**	,658**	1	,551**
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)	,604	,222	,773	,000	,000	,000		,004
	N	26	26	27	62	62	63	63	26
HAQ_SZUMMA	Pearson	,611*	,688**	-	,710**	,433*	,292	,551**	1
	Correlation			,222					
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,276	,000	,027	,148	,004	
	N	25	25	26	26	26	26	26	26

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Group Statistics

csoport		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Fájdalom	1	31	47,1290	25,55353	4,58955
	2	31	10,9355	18,57765	3,33664
Fáradtság	1	31	45,7419	29,86745	5,36435
	2	31	31,5161	28,56673	5,13074
HADS_SZORONGÁS		32	7,8438	4,15901	,73522
HADS_DEPRESSZÍV	1	31	5,8065	3,65531	,65651
	2	31	4,4516	3,02036	,54247

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variance		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
									Lower	Upper	
Fájdalom	Equal variances assumed	2,449	,123	6,379	60	,000	36,19355	5,67425	24,84335	47,54375	

	Equal variance s not assume d			6,37 9	54,78 8	,000	36,19355	5,67425	24,8211 0	47,5660 0
Fáradtság	Equal variance s assume d	,029	,86 5	1,91 6	60	,060	14,22581	7,42299	-,62238	29,0739 9
	Equal variance s not assume d			1,91 6	59,88 1	,060	14,22581	7,42299	-,62298	29,0745 9
HADS_SZORONGÁS	Equal variance s assume d	,000	,98 7	2,06 3	61	,043	2,03730	,98772	,06224	4,01236
	Equal variance s not assume d			2,06 7	60,43 9	,043	2,03730	,98567	,06595	4,00864
HADS_DEPRESSZIÓ	Equal variance s assume d	3,25 6	,07 6	2,58 6	61	,012	2,36089	,91294	,53534	4,18643

Equal variance s not assume d			2,59 9	56,83 8	,012	2,36089	,90852	,54150	4,18027
---	--	--	-----------	------------	------	---------	--------	--------	---------

Group Statistics

csoport	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ÉRZELMI_DEPRIVÁCIÓ 1	32	10,3438	6,67015	1,17913
2	31	8,9677	4,72217	,84813
ELHAGYATOTTSÁG_1	32	11,3438	6,09394	1,07727
INSTABILITÁS 2	31	9,5484	4,91826	,88334
BIZALMATLANSÁG_1	32	10,7188	5,70927	1,00927
ABÚZUS 2	31	8,7097	3,56084	,63955
TÁRSAS_IZOLÁCIÓ 1	32	8,7813	5,05285	,89323
2	31	7,1935	2,70086	,48509
CSÖKKENTÉRTÉKŰSÉG_SZÉGYEN 1	32	6,6875	2,03894	,36044
2	31	6,3871	2,09249	,37582
KUDARCRA_ÍTÉLTÉS 1	32	8,7813	4,69546	,83005
2	31	6,9677	2,18302	,39208
DEPENDENCIA_INKOMPETENCIA 1	32	9,1250	5,03376	,88985
2	31	6,9677	2,96067	,53175
SÉRÜLÉKENYSÉG 1	32	10,5625	5,76943	1,01990
2	31	8,2258	2,78938	,50099
ÖSSZEOLVADTSÁG 1	32	7,6875	3,34507	,59133
2	31	7,4516	2,59279	,46568
BEHÓDOLÁS 1	32	9,9688	6,14074	1,08554
2	31	9,2258	4,13690	,74301
ÖNFELÁLDOZÁS 1	32	20,7813	5,28378	,93405
2	31	17,6129	5,82339	1,04591

ÉRZELMI_GÁTOLTS	1	32	9,4688	5,16180	,91249
ÁG	2	31	7,9677	3,99570	,71765
KÖNYÖRTELEN_MÉ	1	32	15,4063	5,40525	,95552
RCÉK	2	31	12,4839	5,37197	,96483
FELJOGOSÍTOTTSÁG	1	32	10,9688	4,84924	,85723
	2	31	9,0968	2,86769	,51505
ELÉGTELEN_ÖNKON	1	32	10,2188	4,00592	,70815
TROLL	2	31	9,5161	3,84596	,69075
Elszakítoottság_Elutasítot	1	32	47,8750	19,87988	3,51430
tság	2	31	40,8065	14,66156	2,63329
károsodottautonómia_tel	1	32	36,1563	16,75460	2,96182
jesítőkéesség	2	31	29,6129	6,90255	1,23973
Határok_károsodott_volt	1	32	21,1875	7,40722	1,30942
a	2	31	18,6129	5,85763	1,05206
Kóros_másokra_írányult	1	32	30,7500	9,65535	1,70684
ság	2	31	26,8387	8,20202	1,47313
Aggályosság_Gátlás	1	32	24,8750	9,24139	1,63366
	2	31	20,4516	7,62819	1,37006

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
ÉRZELMI_DEPRIVÁCIÓ	Equal variances assumed	2,533	,117	,942	61	,350	1,37601	1,46027	-1,54399	4,29601

	Equal variance s not assumed			,947 0	55,91	,348	1,37601	1,45247	- 1,5337 4	4,28575
ELHAGYATOTTSÁG_INSTABILITÁS	Equal variance s assumed	1,023 6	,31 4	1,28 4	61	,204	1,79536	1,39788	- ,99987	4,59060
	Equal variance s not assumed			1,28 9	59,09 5	,203	1,79536	1,39313	- ,99218	4,58291
BIZALMATLANSÁG_ABÚZUS	Equal variance s assumed	10,72 4	,00 2	1,67 0	61	,100	2,00907	1,20335	- ,39717	4,41531
	Equal variance s not assumed			1,68 1	52,19 7	,099	2,00907	1,19484	- ,38833	4,40647
TÁRSAS_ISZOLÁCIÓ	Equal variance s assumed	6,918 1	,01 8	1,54 8	61	,127	1,58770	1,02560	- ,46310	3,63851
	Equal variance s not assumed			1,56 2	47,69 5	,125	1,58770	1,01645	- ,45634	3,63174
CSÖKKENTÉRTÉKŰSÉG_SZÉGYEN	Equal variance s assumed	,005 6	,94 6	,577 61	,566	,30040	,52051	- ,74042		1,34122
	Equal variance s not assumed			,577 4	60,79 4	,566	,30040	,52073	- ,74093	1,34173

KUDARCRA_ÍTÉLTSÉG	Equal variance s assumed	7,221 9	,00 5	1,95 61	,055 1,81351	,92759 -	- ,04132	3,66833
	Equal variance s not assumed			1,97 6	44,10 8	,054 1,81351	,91799 -	3,66347 ,03646
DEPENDENCIA_INKOMPETENCIA	Equal variance s assumed	6,022 7	,01 5	2,06 61	,043 2,15726	1,04479 1,04479	,06808 -	4,24644
A	Equal variance s not assumed			2,08 1	50,44 6	,043 2,15726	1,03663 ,07559	4,23893
SÉRÜLÉKENYSÉG	Equal variance s assumed	14,78 6	,00 0	2,03 61	,046 2,33669	1,14774 1,14774	,04164 -	4,63175
	Equal variance s not assumed			2,05 6	45,05 4	,046 2,33669	1,13630 ,04814	4,62525
ÖSSZEOLVADTSÁG	Equal variance s assumed	,514 6	,47 6	,312 61	,756 2,23589	,75572 -	- 1,2752 6	1,74703
	Equal variance s not assumed			,313 1	58,23 1	,755 2,23589	,75268 -	1,74242 1,2706 4
BEHÓDOLÁS	Equal variance s assumed	2,374 9	,12 9	,561 61	,577 7,74294	1,32347 -	- 1,9034 9	3,38938

	Equal variance s not assumed			,565 2	54,49	,575	,74294	1,31547	- 1,8938 7	3,37976
ÖNFELÁLDOZÁS	Equal variance s assumed	,561 7	,45	2,26 3	61	,027	3,16835	1,40008	,36870	5,96799
	Equal variance s not assumed			2,25 9	60,00 1	,028	3,16835	1,40228	,36338	5,97332
ÉRZELMI_GÁTOLTSÁG	Equal variance s assumed	2,051 7	,15	1,28 8	61	,203	1,50101	1,16559	- ,82972	3,83174
	Equal variance s not assumed			1,29 3	58,20 1	,201	1,50101	1,16088	- ,82258	3,82460
KÖNYÖRTELEN_MÉRCÉK	Equal variance s assumed	,052 1	,82	2,15 2	61	,035	2,92238	1,35805	,20679	5,63796
	Equal variance s not assumed			2,15 2	60,95 8	,035	2,92238	1,35791	,20703	5,63773
FELJOGOSÍTOTTSÁG	Equal variance s assumed	5,185 6	,02	1,85 7	61	,068	1,87198	1,00787	- ,14338	3,88733
	Equal variance s not assumed			1,87 2	50,60 7	,067	1,87198	1,00006	- ,13611	3,88007

ELÉGTELEN_ÖNKONTROLL	Equal variance s assumed	,132	,71 8	,710	61	,481	,70262	,98990	- 1,2768 1	2,68206
	Equal variance s not assumed			,710	60,99 6	,480	,70262	,98925	- 1,2755 2	2,68076
Elszakítottság_Elutasítottság	Equal variance s assumed	3,594	,06 3	1,60	61 2	,114	7,06855	4,41239	- 1,7545 8	15,8916
	Equal variance s not assumed			1,61	57,01 2	,113	7,06855	4,39142	- 1,7250 7	15,8621
károsodottautonómia_teljesítőképesse g	Equal variance s assumed	13,65	,00 2	2,01	61 5	,048	6,54335	3,24779	,04899	13,0377
	Equal variance s not assumed			2,03	41,49 8	,048	6,54335	3,21082	,06133	13,0253
Határok_károsodott_volta	Equal variance s assumed	2,211	,14 2	1,52	61 7	,132	2,57460	1,68597	- ,79670	5,94590
	Equal variance s not assumed			1,53	58,67 3	,131	2,57460	1,67971	- ,78688	5,93608
Kóros_másokra_irányultság	Equal variance s assumed	,527	,47 1	1,73	61 0	,089	3,91129	2,26053	- ,60892	8,43150

	Equal variance s not assumed			1,735	59,989	,088	3,91129	2,25464	-	,59868	8,42126
Aggályosság_Gátlás	Equal variance s assumed	1,406	,240	2,061	618	,043	4,42339	2,13865	,14690		8,69987
	Equal variance s not assumed			2,075	59,518	,042	4,42339	2,13212	,15781		8,68897

2. Narratív elemzések adatai:

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Poz_kény	4,0502	25	4,97623	,99525
	Neg_kény	8,9600	25	8,31916	1,66383
Pair 2	Poz_kény	4,0502	25	4,97623	,99525
	Bet_kény	8,2287	25	7,81184	1,56237
Pair 3	Neg_kény	8,9600	25	8,31916	1,66383
	Bet_kény	8,2287	25	7,81184	1,56237

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
			Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval of the Difference				
					Mean				Lower
Pair 1	Poz_kény - Neg_kény	-4,90988	8,58136	1,71627	-8,45209	-1,36766	-2,861	24	,009

Pair	Poz_kény -	-	9,19958	1,83992	-7,97593	-,38113	-2,271	24	,032
2	Bet_kény	4,17853							
Pair	Neg_kény -	,73135	10,69636	2,13927	-3,68389	5,14659	,342	24	,735
3	Bet_kény								

Correlations

		neg_kenyszer_ narr	HADS_SZORO NGÁS
neg_kenyszer_narr	Pearson Correlation	1	,169
	Sig. (2-tailed)		,410
	N	26	26
HADS_SZORONGÁS	Pearson Correlation	,169	1
	Sig. (2-tailed)	,410	
	N	26	63