

Debreceni Egyetem
Bölcsészettudományi Kar
Pszichológia Intézet

**A korai maladaptív sémák és a harag megjelenésének vizsgálata
gyulladásos bélbetegséggel élő felnőtteknél**

Készítette:

Rendes Boglárka

Harmadéves pszichológia szakos hallgató

Témavezető:

Kató Szabolcs

egyetemi tanársegéd

Debrecen

2023

Plágium nyilatkozat

NYILATKOZAT

Alulírott RENDES BOGLÁRKA,
a Debreceni Egyetem Bölcsészettudományi Karának hallgatója ezennel büntetőjogi
felelősségem tudatában nyilatkozom és aláírással igazolom, hogy
az általam adaptív témák és a hangjegyek
szövegei...gyűjtés és közzétételével
című diplomamunkám saját, önálló munkám; az abban hivatkozott nyomtatott és
elektronikus szakirodalom felhasználása a szerzői jogok nemzetközi szabályainak
megfelelően készült.

Tudomásul veszem, hogy diplomamunka esetén plágiumnak számít:

- szó szerinti idézet közlése idézőjel és hivatkozás megjelölése nélkül;
- tartalmi idézet hivatkozás megjelölése nélkül;
- más szerző publikált gondolatainak saját gondolatként való feltüntetése.

Alulírott kijelentem, hogy a plágium fogalmát megismertem. Tudomásul veszem,
hogy plágium esetén diplomamunkám visszautasításra kerül.

Továbbá felelősségem tudatában nyilatkozom arról, és aláírással igazolom,
hogy a Debreceni Egyetem Elektronikus archívumába (DEA) a
<http://dea.lib.unideb.hu/dea/handle/2437/85081> címre feltöltött diplomamunkám
mindenben megegyezik a benyújtott papíralapú és/vagy CD formátumú
dolgozattal.

Debrecen, 2022. év 11 hó 08 nap

..... Rendes Boglárka
aláírás

Tartalom

Bevezetés	5
Szakirodalmi áttekintés	6
<i>Pszichoszomatika</i>	6
<i>A pszichoszomatika irányzatai</i>	7
<i>A biopszichoszociális szemlélet kialakulása</i>	10
<i>Érzelmelek és érzelmszabályozás</i>	10
<i>Érzelmszabályozás története</i>	10
<i>Érzelmszabályozási stratégiák-a rumináció</i>	12
<i>Agresszió és harag</i>	14
<i>Haragrumináció</i>	15
<i>Sémaelmélet</i>	15
<i>Gyulladásos bélbetegségekről</i>	17
<i>Epidemiológia</i>	17
<i>Panaszok, tünetek, szövődmények</i>	18
<i>Az IBD kezelése</i>	18
<i>IBD-vel élő betegek személyiségképe</i>	19
<i>IBD-kutatások a pszichológiában</i>	20
Vizsgálat	20
<i>Célkitűzések és kérdésfelvetések</i>	20
<i>Hipotézisek</i>	21
<i>Kérdésfelvetések</i>	21
<i>Vizsgálati módszer</i>	22
<i>A vizsgálat menete</i>	22
<i>Vizsgálati minta</i>	22
<i>A vizsgálati eszközök</i>	22
<i>Az eredmények bemutatása és értékelése</i>	24
<i>Hipotézisek eredményei</i>	25
<i>A betegség aktivitására irányuló hipotézisek</i>	27
<i>Kérdésfelvetések eredményei</i>	30
Megbeszélés	33
Limitációk és kitekintés	36
Összefoglalás	37
Irodalom	38

Absztrakt

A gyulladásos bélbetegségek (IBD) olyan krónikus betegségek, melyek prevalenciája világszerte növekvő tendenciát mutat (Kovács&Lakatos, 2019). Kialakulásának pontos oka máig ismeretlen, de feltételezhető, hogy genetikai és környezeti tényezők interakciója által vezérelt, kórosan regulált immunfolyamatok játszhatnak szerepet. A tünetek változatossága, a betegséggel járó megváltozott életminőség és a lefolyás kiszámíthatatlansága miatt a betegséghez való alkalmazkodásban kiemelt fontosságú a pszichés tényezők szerepe.

A vizsgálat célcsoportját a gyulladásos bélbetegséggel élő személyek alkották. A kutatás célja volt feltérképezni, hogy mely korai maladaptív sémák, sématartományok aktívak a gyulladásos bélbetegséggel élő felnőtteknél, továbbá megvizsgálni a harag érzésének megjelenését, kifejeződését. A vizsgálatban kapcsolatokat tártunk fel az említett változók között. Az adatok begyűjtéséhez önkitöltős kérdőíveket használtam, ezek a Betegségteher Index, a Young-féle Séma Kérdőív, a Haragrumináció Skála, a Harag és Düh Kifejezési Mód Skála, illetve egy saját készítésű demográfiai kérdőív, valamint a betegséggel kapcsolatos alapadatokra vonatkozó kérdőív. A kérdőívek kitöltése a közösségi oldalakon keresztül, IBD-vel élő felnőttek csoportjaiban megosztott, online, kérdőíves formában valósult meg. Az adatgyűjtésre 2022 októberében került sor. A kutatásban 77 fő személy vett részt, ebből 65 nő és 12 férfi. Colitis ulcerosában 28, Crohn-betegségben 42 fő volt érintett, míg 7 személy mindkét betegséggel együtt él. 27 beteg relapszusban van, míg 50 beteg remisszióban.

Az eredmények egy része elvárásainknak megfelelően alakult. A Friedman-próba eredményei alapján elmondható, hogy az IBD-vel élő felnőtteknél az aggályosság és gátlás sématartomány sémái aktívak ($X^2F(4)=93.20$, $p<0,001$, $N=77$). A Pearson-korreláció szerint a magasabb haragrumináció és a magasabb betegségteher között gyenge pozitív irányú kapcsolatot ($r(75)=0,25$, $p=0,03$, $N=77$). A kétmintás t-próba nyomán a relapszusban lévő betegeknel a betegségteher mértéke ($t(75)=4,55$, $p<,001$, $N=77$). A Spearman korreláció azt mutatta, hogy a harag befelé fordítása és a harag kinyilvánításának gyakorisága között negatív irányú, gyenge kapcsolat van ($\rho(111243)= -0,46$, $p<,001$, $N=77$). A Spearman-korreláció eredménye szerint a haragrumináció és a harag befelé fordítása között pozitív, erős kapcsolat van ($\rho(22297)=0,71$, $p<,001$). Ugyanakkor, várakozásainkkal ellentétben, azt találtuk, a harag befelé fordítása és a betegségteher között nincs kapcsolat, valamint azt tapasztaltuk,

hogy a betegség aktivitása nem befolyásolja sem a haragot kiváltó eseményeken való rágódást, sem azt, hogy a betegek kifelé, vagy befelé fordítják a haragjukat. Az a feltételezésünk sem igazolódott, hogy a betegség aktivitása befolyásolná, hogy mely sémátartományok, sémák aktívak. Egyedül az elhagyatottság sémája aktívabb relapszusban. A három csoportban sem találtunk szignifikáns különbséget a haragrumináció, a harag befelé fordítása és a betegségteher tekintetében, valamint az életeseményeket tekintve sem volt szignifikáns a különbség az említett változóban.

A kapott eredmények korábbi kutatásokkal részben megegyeznek, ugyanakkor a kutatásunk eredményeinek tisztább áttekintéséhez, valamint az egymásnak ellentmondó eredmények megértéséhez további kutatásokra van szükség. Fontos a betegek mentális állapotának és egészségének vizsgálata, hiszen mind az IBD megjelenésében és lefolyásában komoly szereppel bírnak a pszichés tényezők. A kedvező kórlefolyás eléréséhez a betegek gyógyszeres kezelésén túl a pszichológiai gondozásbavétel is javasolt lehet.

Bevezetés

A témaválasztásomat az érdeklődésem túl a személyes érintettségem is indokolja, ugyanis több mint tíz éve élek Crohn-betegséggel. Szerencsésnek mondhatom magam, hiszen a betegség diagnosztizálása óta nem súlyosbodtak a tüneteim, ugyanakkor a sorstársaim elmondásai alapján el tudom képzelni, milyen lelki és fizikai megterheléssel jár a betegség. Egy krónikus betegség diagnosztizálása megváltoztathatja az egyén addigi életvitelét, a világról és önmagáról alkotott képét, erős lehet a tehetetlenség és a kiszolgáltatottság érzet (Rigó & Zsigmond, 2015), az érzelmi élet egyensúlya negatív irányba mozdulhat el (Kököneyi, 2015).

A gyulladássos bélbetegségekhez tartozó colitis ulcerosa és Crohn-betegség prevalenciája világszerte, köztük Magyarországon is növekvő tendenciát mutat (Kürti, 2018). Kialakulásának pontos oka máig ismeretlen, de feltételezhető, hogy a környezeti és a genetikai tényezők interakciója mellett a pszichés tényezők is szerepet játszanak. Az orvostudományban sokáig organikus betegségként kezelték, majd később felvetődött a betegség pszichés eredetének lehetősége, amit külföldi vizsgálatok eredményei is támogattak.

A szomatizálás a lelki, pszichés problémák testi megnyilvánulása, vagyis egy olyan fizikai, szomatikus tünet, amely érzelmi hatás következtében jelenik meg. Franz Alexander klasszikus elméletében az érzelmi kifejezés elnyomását, szuppresszióját köti össze különböző betegségek kialakulásával. Hét pszichoszomatikus betegséget különböztetett meg, ezek közül

az egyik a gyulladásos bélbetegségek csoportjába (IBD) is tartozó colitis ulcerosa, vagy fekélyes vastagbélgyulladás.

Az eddigi kutatások főként az életminőségben történő változásokat vizsgálták. Kutatásommal szeretném megtudni, hogy mely sémák aktívak a gyulladásos bélbetegséggel (IBD) élő betegeknél, külön figyelmet fordítva a betegség állapotára (relapszus vagy remisszió). A szakirodalmi adatok szerint azokban a betegségekben, amelyek remissziók és relapszusok váltakozásával, így kiszámíthatatlansággal jellemezhetők, többek között a szorongás előfordulása is növekszik (Kököneyi, 2015). Ezt figyelembe véve térek ki a vizsgálatban arra, hogy a betegség aktivitása hogyan befolyásolja az alapvetően stabil, nehezen változtatható sémák aktivitását. Hangsúlyt fektetek még a harag megjelenésére, megélésére és kifejezésére, összefüggésben az aktív, maladaptív sémákkal, és a betegség aktivitásával.

Szakirodalmi áttekintés

Pszichoszomatika

A test és a lélek egységként való felfogása régóta létező elképzelés. A téma első írásos bizonyítékai az ókorból származnak. Az orvostudományok atyjaként is emlegetett Hippokratész szerint az egészség csak akkor tud fennmaradni, ha az ember képes a testi-lelki, valamint az önmaga és a környezete között harmóniát teremteni. A harmónia megbomlásakor különböző betegségek jelentkezhetnek. Hippokratész gondolatát napjainkban egyre több kutatás igazolja. Diósi (2021) szerint a belekben élő mikroorganizmusok egyensúlya, folyamatai határozzák meg testi, lelki és mentális egészségünket. Ennek az egyensúlynak a megbomlása a kutatásom tárgyát képező IBD-ben is jelentős szereppel bír.

A pszichoszomatika gondolatrendszere Descartes emberképén alapszik, amit interakcionista dualizmusnak neveznek (Oláh, 2006). Ez alapján az embert két szubsztancia alkotja, a különböző tulajdonságokkal rendelkező, ám kölcsönösen egymásra ható test és lélek (Oláh, 2006). A mai értelemben vett pszichoszomatikus kifejezés Heinroth 1818-as könyvéből származik, miszerint a lelki tényezők a mentális és a szomatikus betegségek kialakulásában is szerepet játszanak. A terminológiát bővítve, Jacobi bevezette a szomatopszichés kifejezést, ami arra vonatkozik, hogy egy személy organikus betegsége másodlagosan pszichológiai, pszichiátriai tünetekhez vezethet (PTE, 2020). A 19. században a materialista természettudományok váltak jelentőssé az orvoslásban, így a lelki jelenségek

tanulmányozását mellőzték. A pszichoszomatika kifejezést Deutsch emelte újból a köztudatba 1922-ben. Georg Groddecknek köszönhetően a két világháború között került bevezetésre az első pszichoszomatikus kórházmodell, valamint a pszichoanalitikus alapokon nyugvó belgyógyászati osztály. A 40-es évektől kezdődően Helen Dunbar tette általánosan elfogadottá a pszichoszomatikus pszichoszomatika fogalmát (Luban-Plozza & Plöding, 1994). A magyar származású Franz Alexander nevéhez fűződik az 1950-es években a pszichoszomatika tudományának mélyítése, a kórképek pszichodinamikus megértése (PTE, 2020).

A hagyományos pszichoszomatikus megközelítések általában négy fő irányzatot különböztetnek meg: a pszichoanalitikus, pszichofiziológiai, rendszerszemléleti és a szociopszichoszomatikus irányzatot (Császár, 1980; Luban-Plozza & Plöding, 1994).

A pszichoszomatika irányzatai

A pszichodinamikai irányzat

A pszichodinamikus irányzat képviselői a betegségek mögött húzódó pszichés konfliktusok szerepét emelték. A legkiemelkedőbb közülük Sigmund Freud volt, rámutatott a testi tünetek mögött álló pszichés konfliktusok, lelki jelenségek fontosságára. Ugyan pszichoszomatikus betegségekkel nem foglalkozott, de úgy vélte, hogy az elfojtott pszichés konfliktus testi tünet formájában, szimbolikusan jelenik meg, és a konverzió mechanizmusával ér véget.

Deutsch szerint a freudi konverzió nemcsak beteg embereknél jelentkezik, hanem a mindennapi élet velejárója, az egészséges élet feltétele. A pszichoszomatikus betegségek mögött álló személyiséget vizsgálva alkotta meg Dunbar a személyiségprofil-teóriát (Császár, 1989). A pszichoanalitikus Adler szerint egy veleszületett szervgyengeséggel vagy csökkentértékűséggel rendelkezünk, ami döntően határozza meg az egyéni sorsot attól függően, hogy a hibát az egyén mennyire képes kompenzálni. Megfelelő kompenzáció esetén nincs testi tünet, azonban elégtelen kompenzációkor a pszichés konfliktusok a csökkent szervet vezetődnek le.

Az irányzat jeles alakja a magyar származású Franz Alexander. Konceptiója szerint az egyes pszichoszomatikus betegségek patogenezisében tudattalan konfliktusszituációk játszanak kóroki szerepet (Császár, 1989). Az alapkönfliktus egy, a fejlődés során bekövetkező affektív traumatizáció, aminek kialakulásában környezeti és szervi tényezők is szerepet játszhatnak. Egy aktuális probléma aktiválhatja az alapkönfliktust és kiválthatja a

betegséget. A betegség abban a szervben nyilvánul meg, ami sérülékenyebb. Alexander hét pszichoszomatikus betegséget határozott meg, amiket pszichoszomatikus hétszentségként ismerhetünk Császár, 1989).

1. astma bronchiale – asztma
2. ulcus pepticum – gyomorfekély
3. rheumatoid arthritis – sokízületi gyulladás
4. colitis ulcerosa (ileitis terminalis Crohn) – fekélyes vastagbélgyulladás
5. neurodermatitis – bőrgyulladás, atópiás ekcéma
6. hyperthyreosis – pajzsmirigy túlműködés
7. hypertonia – magas vérnyomás

Pszichofiziológiai irányzat

A mélylélektani megközelítés mellett a pszichofiziológiai irányzat is kezdett utat törni magának. Elsősorban a stresszre adott válaszban, illetve annak mintázódásában vélte megtalálni a pszichoszomatikus betegségek kialakulásának hátterét (Oláh, 2006).

A pszichofiziológia alapjait Pavlov rakta le, aki szerint az affektusok feltétlen reflexekkel társulnak, ebből épül fel az idegrendszeri működéseken keresztül a magatartás, a lelki élet, és ebben a mechanizmusban bekövetkező zavarok vezetnek szervi betegségekhez (Császár, 1989). Cannon is hangsúlyozta, hogy az affektusok hatással vannak a szervezet válaszreakcióira, kiemeli ennek az alkalmazkodásban betöltött szerepét. Megállapítása szerint bizonyos emóciókkal szomatikus változások a harci cselekvésre vagy menekülésre való felkészülést szolgálják, ez a Cannon-féle vészreakció. (Császár, 1980). Az irányzat jeles alakja volt Harold Wolff is, aki a pszichoszociális stressz hatására bekövetkező fiziológiai változásokat vizsgálta.

A magyar Selye János írta le és értelmezte a krónikus stressz által okozott általános adaptációs szindrómát (Oláh, 2006). A stressz a szervezet nem specifikus válasza minden olyan igénybevételre, amelyek megítélésünk szerint veszélyeztetik fizikai és pszichés jóllétünket. Az ilyen események a stresszorok, amik alkalmazkodásra készítetik a szervezetet, a rájuk adott reakciók pedig a stresszválaszok. Krónikussá váló, vagy kiszámíthatatlan stresszor esetén a stresszválaszok egyre maladaptívabbak lesznek, és akadályozzák az alkalmazkodást, a szervezet egyensúlyának, integritásának megőrzését (Atkinson & Hildgard, 2005).

A stressz hatására bekövetkező, minden élőlényben megjelenő aspecifikus élettani változások összessége az általános adaptációs szindróma. Selye János szerint három szakaszban válaszolunk a stresszre. Az első a vészreakció szakasza, amikor a fenyegetettség hatására mozgósítjuk energiáinkat, ami a források átmeneti feléléséhez vezet, majd létrejön egy riadókészültség (Atkinson & Hildgard, 2005). Ezt követően a hosszútávú alkalmazkodást szolgáló reakciók jelennek meg. Ha az alkalmazkodás nem történt meg, a riadókészültség tünetei állandósulnak, kimerül a szervezet. Ez a szakasz a pszichoszomatikus történés előrehaladott állapotának felel meg (Császár, 1989). A teljes kimerülés következtében a szervezet vésztartalékai elfogynak, ami organikus károsodáshoz is vezethet. A tartósan fennálló stressz hatására többek között IBD is kialakulhat. A különféle stresszorok hatására a szervezet egészének a működésében pszichofiziológiai változások következnek be. Többek között gyorsul a szívritmus, tágul a pupilla, fokozódik a verejték termelődése.

Általános rendszerszemlélet

A rendszerszemléleti megközelítés az egyént a körülötte lévő kapcsolatain keresztül, azok összefüggésében értelmezi. A szemlélet megalkotója Ludvig von Bertalanffy. A rendszerszemléleti modellek többsége kiemeli a család szerepét, a pszichés problémák értelmezésekor a család, mint rendszer működését vizsgálja. Kimondja, hogy a család egy tagjának tünete az egész család működésének zavaráról árulkodik, így a betegre úgy tekint, mint a család tünethordozójára (Császár, 1989).

A pszichoszomatikus zavarokkal küzdő családokat vizsgálta Minuchin. Megállapította, hogy ezen családok szerveződési és interakciós működésében rendellenes jegyek vannak. Jellemző az összerosottság, a tagok túlságosan bevonódnak egymás életébe, így a határok elmosódnak. A túlvédés is gyakori, ami főként akkor jelentkezik, ha a beteg tünete kifejeződik. A család gyakran ebbe a folyamatba fojtja az egymás közötti konfliktusokat. Ezek a családokban erős az ellenállás a változással szemben. Gyakran próbálják az egységes és harmonikus család benyomását kelteni, ahol a beteg betegségén kívül nincs más gond, így nem ismerik el, hogy változásra van szükség. A külvilággal való kapcsolat is ritka, a család begubózik a saját homeosztázisának fenntartásába. A pszichoszomatikus családokat jellemzi még a konfliktusok elkerülése, az ellentétek elrejtése is, ebben a beteg is szerepet játszik. A szülők közti feszültség növekedésével a beteg egy tünet, vagy roham megjelenésével magára vonja a családtagok figyelmét. A tünet közreműködik a rendszer homeosztatisz merevségének a megőrzésében (Onnis, 1993).

A szociopszichoszomatikus irányzat

A szociopszichoszomatikus megközelítés a szélesebb társas környezet és események szerepét emeli ki. Ebbe az irányzatba tartozik a Rahe-féle életeseemény koncepció, amely szerint a társas-környezeti eseményekhez való alkalmazkodás eredményeképpen létrejövő stressz az oka számos betegség kialakulásának. Nem választható el teljesen a stressz pszichofiziológiai irányzatának jelenségeitől, csak a fókusza más, az egyén életében előforduló társas, szociális eseményekre helyezi a hangsúlyt (Szabó, 2013).

A biopszichoszociális szemlélet kialakulása

A biomedikális modell szerint a betegségek kialakulásában a genetikai vagy szerzett, fiziológiai, testi, szöveti tényezők vesznek részt (Szabó, 2013). A pszichés zavarok mögött is biológiai okokat feltételez, a betegség kialakulásában és lefolyásában a pszichés tényezők szerepét mellőzi. A biomedicinális szemlélet korlátaira a 20. század második felében egyre inkább rádőbbsent az orvostudomány. Kezdték felismerni, hogy a pszichés, vagy a társadalmi és kulturális tényezők is igen lényegesek lehetnek a betegségek kialakulásában. Paradigmaváltásra volt szükség, ez vezetett a tudományos életben fontos lépésnek tartható általános rendszerelmélet megjelenéséhez is (Túry, 2013).

A biopszichoszociális szemlélet a rendszerelmélet talaján alakult ki, létrehozva ezzel egy holisztikus szemléletet, amely betegségközpontú és nem betegközpontú (Rafael és mtsai, 2020). A biopszichoszociális szemlélet megalkotója Engel volt. Az elképzelés hangsúlyozza, hogy a biomedikális okok mellett pszichológiai, társadalmi is szerepet játszanak a betegségek kialakulásában (Oláh, 2006).

Érzelme és érzelemszabályozás

Érzelemszabályozás története

Az érzelemszabályozás a nyolcvanas években jelent meg a fejlődépszichológiában (Gross, 1998). Az érzelemszabályozás folyamata azt jelenti, hogy a személy befolyásolja, hogyan, mikor, milyen érzelmeket él át, és milyen mértékben fejezi ki azokat. Thompson (1994 idézi Bodrogi és mtsai, 2017) szerint az érzelemszabályozás az érzelme dinamikájának változása, mely magában foglalja az affektív folyamatok monitorozását, értékelését és az érzelmi reakciók módosítását. Az érzelmi válaszaink intenzitásának, minőségének és időbeli jellemzőjének szabályozása által csökkenteni vagy növelni lehet az átélt érzelm intenzitását, lassítani vagy gyorsítani az érzelmi tartományt, és befolyásolni az érzelmi válaszok minőségi jellemzőit (Bodrogi és mtsai, 2017).

Az érzelemszabályozás kutatásának története három előzményhez kapcsolható. Míg a pszichoanalízisben az elhárító mechanizmusokat, addig a stresszkutatásban a megküzdést emelik ki. A fejlődépszichológiában az önszabályozással kapcsolatos elképzeléseket és vizsgálatokat tartják előzménynek (Kököneyi, 2008).

Pszichoanalitikus nézőpont

A pszichoanalitikus irányzat az elhárító mechanizmusok, mint érzelemszabályozó stratégia szerepét emelik ki. Freud szerint az elhárítások védelmet nyújtanak a szexuális és agresszív ösztönökkel szemben, valamint segítenek ezen ösztönök okozta szorongás enyhítésében (Vaillant, 1997; Komlósi & Rózsa, 2001 idézi Kököneyi, 2008). Funkciójuk a gondolatok vagy érzelmek tudatos élményének módosítása (Cramer, 2002 idézi Kököneyi, 2008). Az elhárítások lehetővé tehetik, hogy a fontos személyekkel való konfliktus csillapodjon, a megváltozott énkép helyreállításához szükséges idői nyereség rendelkezésre álljon, a konfliktusokból származó szorongás, szégyen vagy büntudat érzése elviselhető mértékben legyen csak jelen, valamint biztosítják a céljainknak megfelelő viselkedés fenntartását (Vaillant, 1994; Kököneyi, 2008).

Érzelemszabályozás és stresszkutatás

Az érzelemszabályozás-kutatás másik jelentős előzménye a stressz és megküzdés témakörében végzett kutatások (Kököneyi, 2008). A megküzdési stratégiák olyan nagy megterhelésre adott válaszokat foglalnak magukban, amelyek megrendítik a megszokott stabilitásérzést, és az egyén szokásos tevékenységei szempontjából fenyegetést jelentenek. Lazarus nyomán megkülönböztetünk problémaközpontú és érzelemfókuszú megküzdést. A problémaközpontú megküzdés a problémamegoldásra, a helyzet megváltoztatására irányuló stratégiákat foglalja magába. Az érzelemfókuszú megküzdés az érzelmek szabályozására, az agresszió és a szorongás megszüntetésére irányulnak. Ide tartoznak a viselkedéses és kognitív stratégiák. Ezek az egészséges, érett személyiség megküzdési folyamatai. A patológiás megküzdés az elhárító mechanizmusok alkalmazását jelenti (Kököneyi, 2008).

Érzelemszabályozás és önszabályozás

Az érzelemszabályozás fejlődésében a korai tapasztalatok bírnak nagy jelentőséggel. Amikor világra jövünk, agyunk, idegrendszerünk fejletlen, információfeldolgozó és válaszképessége korlátozottabb (Mogyorósy-Révész, 2021). A csecsemő ekkor még képtelen szükségleteit kielégíteni, így gondozására van szüksége. Ezt a funkciót testesíti meg az anya, aki gondozói feladatai ellátása közben hangolódik a babára. „Minél nagyobb összhangban képes az anya ráhangolódni a baba mentális és fizikai állapotaira (például dühére, örömére, kíváncsiságára,

fáradtságára, vagy teltségérzésére), annál élénkebb és részletesebb kép alakul ki a csecsemőben saját valós szelfjéről, azaz önmagáról.” (Szajcz, 2022, p. 39). Winnicott szerint is a tartó környezet adja az agresszió és a szeretet integrálásának kereteit, lehetővé teszi az ambivalencia elviselését és az együttérzés kialakulását.

Ha az anya érzelmileg nem elérhető, nincs meg az empátiás odafordulás a gyermek felé, nem tudja a külvilágból származó ingereket valamint a saját érzelmeit kezelni és visszatükrözni, akkor a csecsemő azt tapasztalja meg, hogy saját magát kell egyben tartania (Mogyorósy-Révész, 2021). Ezt csak úgy tudja megtenni, ha a figyelmét különböző önmegnyugtató cselekvésekkel eltereli a feszültségekről, melyek mentén kialakul egy hamis szelf (Mogyorósy-Révész, 2021). Ez arra fog szolgálni, hogy a gyermek elnyomja azokat az érzéseket, amelyekre az anya elutasítóan reagál, később pedig az egyén viselkedésével azt válthatja ki, hogy mások mondják meg mit csináljon, miközben ellenérzést vált ki belőle, hogy irányítják (Szajcz, 2022). A diszfunkcionális érzelemszabályozási formák számos pszichopatológiában megjelennek, pl. evészavarok, depresszió, szorongásos zavarok, pszichoszomatikus zavarok. „Az érzelemszabályozás a pszichés egészségre kifejtett hatása mellett a testi egészség fenntartásában, valamint a krónikus betegségekhez való alkalmazkodásban is hangsúlyt kap.” (Kököneyi, 2008, p. 45).

Érzelemszabályozás és pszichoszomatika

Az érzelemszabályozás és egészség kapcsolatának kutatása történetileg a pszichoszomatikáig nyúlik vissza (Kököneyi, 2008). Alexander is kiemeli, hogy a pszichoszomatikus betegségek kialakulásában az érzelmek kifejezésének elnyomása áll. Az elnyomott érzelmek feszültséget okoznak, amely így az érzelmet kísérő vegetatív innerváció mértékének fokozódását és időbeli elhúzódását eredményezi. Történeti előzményként említhetjük Sifneos nyomán az alexitímia fogalom megjelenését is, mely az érzelmek kognitív feldolgozásának és szabályozásának deficitjeként tartott számon (Kököneyi, 2008; Kököneyi, 2015). Fain és Marty azt hangsúlyozták, hogy a pszichoszomatikus betegekben a képzeleti tartalmak üressége miatt ún. pszichikus űr, másképpen egyoldalú operacionális gondolkodás, a konkrétumokhoz való tapadás észlelhető, ami megakadályozza a fantáziába való menekülést (Császár, 1989).

Érzelemszabályozási stratégiák-a rumináció

Az érzelemszabályozás egyik legismertebb elméletét James Gross írta le, ennek lényege, hogy szabályozás akkor lép életbe, ha a keletkező érzelmek nem tűnik megfelelőnek egy helyzetben (Mogyorósy-Révész, 2021). A fő különbséget Gross abban látja, hogy a változtatást vagy az

érzelmei keletkezése előtt vagy után alkalmazzuk (Mogyorósy-Révész, 2021). Az előzményközpontú stratégiák az érzelemgenerálódás folyamatára gyakorolnak hatást, a válaszközpontú stratégiák már a létrejött kimenetel megváltoztatását, vagyis a kész érzelem megváltoztatását jelentik, ilyen pl. a katasztrofizálás és a rumináció is (Kököneyi, 2015). A rumináció egyik, és talán máig is a legszélesebb körben elfogadott megközelítése Susan Nolen-Hoeksemától származik, aki a rágódást egy olyan ismétlődően előforduló, betolakodó gondolkodási folyamatként azonosította, amely során a személy passzív módon, saját negatív érzelmeire, tüneteire, illetve azok lehetséges okaira és következményeire fókuszál (Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema et al., 2008 idézi Kocsel, 2019). A későbbi megközelítések a ruminációt már nemcsak a depresszív hangulatra adott válaszként értelmezték, hanem általános kognitív érzelemszabályozási stratégiaként tekintettek rá, amely stresszhatást követően képes a negatív érzelmeket állandósítani (Garnefski és mtsai, 2001; Alloy és mtsai, 2000 idézi Kököneyi, 2015). A rágódás gyakran negatív kogníciókkal és affektusokkal együtt jelentkezik.

A ruminációt magyarázó modellek egy része a rágódást vonásként kezeli, míg mások a rumináció állapot jellegét hangsúlyozzák, ugyanakkor ezek a megközelítések nem zárják ki egymást. Ezen felül, a rágódás a jelenlegi és elérni kívánt állapot különbözőségeiből ered, amelyeknek jelzései egyaránt származhatnak külső vagy belső forrásból, magukba foglalva a metakognitív hiedelmeket. Emellett a ruminációra egy alapvetően tudatos, szándékolt folyamatként gondolhatunk, amelyet a jelenlegi és elérni kívánt állapot különbözőségei válthatnak ki. Mindemellett a gyakran (negatív hangulatban) alkalmazott tudatos ruminációból egy idő után mentális szokás válhat, így a rágódó gondolati kör kezdete már nem feltétlenül. A különböző rumináció elméletek közös pontnak tűnik, hogy a rumináció valószínűleg az aktuális distressz forrásának keresésére irányul (Kocsel, 2019).

Rumináció és egészség

A perszeveratív kogníciók, köztük a ruminálás tartósabbá tehetik a stresszorok pszichológiai hatásait, és fenyegetik az egyén fizikai és pszichológiai integritását (Kocsel, 2019). A kognitív reprezentációk aktiválódása kiváltja a „flight or fight”reakciókat, valamint az ehhez kapcsolódó biológiai változásokat (Brosschot és mtsai, 2005, idézi Kököneyi, 2008). A reprezentációk krónikus aktivációja pedig tartós arousallel és negatív affektivitással jár együtt (Ursin & Eriksen, 2004, idézi kököneyi, 2008). A perszeveratív kogníciók hátrányosan érinthetik a szomatikus egészséget, számos akut és krónikus betegség, önbeszámolás testi tünet kialakulásában és fenntartásában részt vesznek (Kocsel, 2019). Soo és munkatársai

(2009 idézi Kökönyei, 2015) fontosnak tartják a rumináció vizsgálatát krónikus betegségekben, mivel a rumináció egyfajta kognitív válaszként is értelmezhető a betegséggel kapcsolatos stresszorokra. Ezen felül a perszeveratív kogníciók, így a rumináció is, alacsonyabb életminőséggel és nagyobb fájdalommal jártak különféle krónikus betegségekben is, többek között gyulladásos bélbetegségekben (Evers és mtsai, 1998; Kökönyei és mtsai, 2016; Malin & Littlejohn, 2015; McCombie és mtsai 2013; Ricci és mtsai, 2016 idézi Kocsel, 2019).

Agresszió és harag

Ranschburg (1983) megfogalmazása szerint agressziónak nevezhetünk minden olyan szándékos cselekvést, amely nyílt vagy szimbolikus formában, szándékosan sérelmet vagy fájdalmat okoz valakinek. A harag, a düh az agresszió indulati megjelenése. A harag nem csupán a szorongás, hanem különféle lelki feszültségek nyomán is jelentkezhet. Az agresszió Freud szerint ösztönös, reaktív mechanizmus, melyet a környezet frusztratív ingerei váltanak ki, a külvilág és az egyén ütközésének következménye. A harag ennek a frusztrált agresszióknak a következménye: akkor keletkezik, amikor az ösztönzés erős, a körülmények azonban megakadályozzák az agresszió nyílt kifejezését. A harag ebben az értelemben biztonsági szelep, melyen a fölösleges energia kiáramlik, és így az organizmus megmenekül a „robbanástól”. Későbbi felfogásában az összeütközés már az egyénen belül megy végbe, melynek eredményeként az agresszió kifelé fordul, és a külvilágból érkező hatásoktól függetlenül a környezet elpusztítására tör. A modern pszichoanalitikusok az agresszió létrejöttében a gyermek szocializációs tapasztalatait is kiemelik (Ranschburg, 1998).

Az etológia híres alakja, Konrad Lorenz szerint az emberi agresszió keletkezésében a múltbeli tapasztalatoknak, a szociális tanulásnak van fontos szerepe. A harag érzelme nem a frusztrált agresszió következménye, hanem az agresszív viselkedés közvetlen oka, motívuma (Ranschburg, 1998). Dollard és mtsai frusztráció-agresszió hipotézisükben kifejtik, hogy a frusztráció törvényszerűen agresszív tendenciához vezet, és a harag akkor jelenik meg, ha a nyílt agresszióra nincs lehetőség (Ranschburg, 1998). Az agresszió a mimikában, a fiziológiai működésekben, a beszédben és a viselkedésben is megnyilvánulhat (Hárdi, 1992 idézi Csibi és mtsai, 2017).

Agresszió és harag pszichoszomatikus betegségekben

A pszichoszomatikus irányzat mutatott rá először az agresszió szerepére a pszichoszomatikus betegségek megjelenésében. A regresszív konverziós modell szerint a feszültség

autoagresszív irányulású, így az agresszív lelki tartalmak szomatikus feldolgozása következik be. Ammon szerint az agresszió a szorongás elleni kompenzáló elhárítás, ami egyben agresszív és önromboló is egyben. A pszichoanalitikusok többsége is az agresszív viselkedés fő determinánsának a frusztrációt tartják (Császár, 1989).

A viselkedéslélektani irányzatban megkülönböztetik a befelé és kifelé irányuló agressziót. Pszichoszomatikus betegségek vagy zavarok esetén különösen a befelé forduló agresszió jelentős, mivel az agresszió szervkárosító módon vezethet akár organikus változások kialakulásához (Császár, 1989). Császár Gyula és mtsai is kimutatták a feszültség „acting in” szervkárosító jellegét gasztrointesztinális betegségekben.

Haragrumináció

A haragrumináció egy olyan passzív gondolkodási stílus, ami legtöbbször valamilyen személyes konfliktus vagy sérelem hatására alakulhat ki, jelenléte pedig növelheti a harag érzésének gyakoriságát, intenzitását (Ray és mtsai, 2008; Rusting és mtsai, 1998; Sukhodolsky és mtsai, 2001 idézi Szabó és Kökönyei, 2022). A haragrumináció során a dühös hangulat vagy érzés jelentésével, illetve annak lehetséges okaival és következményeivel foglalkozik a személy (Szabó & Kökönyei, 2022). Olyan ismétlődő, akaratlanul is visszatérő negatív gondolatokat takar, amely a harag átélése során jelentkezik a személyben, és a haragot kiváltó eseményt követően is tartósan fennmarad (Sukhodolsky és mtsai, 2001 idézi Szabó & Kökönyei, 2022). Maladaptív érzelmszabályozási stratégiának tekinthetjük, mivel csökkentheti a düh kontrollálásának képességét, növeli az ellenségesség és az agresszív viselkedés előfordulását (Anestis és mtsai, 2009; Bushman és mtsai, 2005; Pedersen és mtsai, 2011 idézi Szabó & Kökönyei, 2022).

Sémaelmélet

A sématerápiát Jeffrey E. Young és munkatársai dolgozták ki az 1990-es évek elején (Unoka, 2010). A sématerápia a kognitív viselkedésterápiás modell, a kötődéselmélet, a pszichodinamikus tárgykapcsolat-elméletek, az én-állapotok elmélet és a Gestalt-terápia integrációjából jött létre (Unoka, 2011). A séma egy olyan struktúra, amely a tapasztalatok alapján alakul ki és befolyásolja a későbbi kapcsolatok és események megélését. A séma lehet pozitív vagy negatív, adaptív vagy maladaptív, korai vagy késői. A valóságra vagy élményre illesztett minta, mely segít a személynek a jelenség értelmezésében, közvetíti az értelmezést és irányítja a reakciót.

Young sémakoncepciója a korai maladaptív sémákra helyezi a hangsúlyt. A korai maladaptív sémák jellemzői: kiterjedt, pervazív mintázat, emlékekből, érzelmekből, kogníciókból és testi érzésekből áll, az egyénre, magára és másokkal való kapcsolataira vonatkozik, gyermekkorban vagy serdülőkorban alakul ki, az egész életen át finomodik, jelentős mértékben diszfunkcionális (Young és mtsai, 2003 idézi Unoka, 2010). Jelentős mértékben torzítják a személy önmagáról és másokról alkotott képét. A séma szűrő funkcióval rendelkezik, mely funkció a sémába illő információkat kiemeli, hatásukat fokozza, a sémának ellentmondó tapasztalatok hatását pedig érvényteleníti. A sémák dimenzionálisak, vagyis súlyosságuk és kiterjedtségük szintje eltérő. Minél súlyosabb a séma, annál több szituációban aktiválódik és annál intenzívebb valamint tartósabb negatív érzellemmel jár az aktiválódása (Young és mtsai, 2010 idézi Unoka, 2010).

A korai maladaptív sémák akkor alakulnak ki, ha a gyermek elsődleges szükségletei nincsenek kielégítve. Young öt alapvető érzelmi szükségletet különít el, amelyek szükségesek ahhoz, hogy egy adaptív, egészséges személyiséggé fejlődjön az egyén. Ez az öt alapvető szükséglet: 1. biztonságos kötődés, 2. az autonómia, a kompetencia és az én-azonosság érzésének szükséglete, 3. a szükségletek és érzelmek szabad kifejezésének a szükséglete, 4. a spontaneitás és a játékosság iránti szükséglet, 5. realisztikus korlátok és az önkontroll elsajátítása iránti szükséglet (Unoka, 2010). Ezek az alapszükségletek univerzálisak, minden kultúrában megjelenik. Ha az öt szükséglet közül valamelyik sikertelenül van kielégítve, akkor jelennek meg a maladaptív sémák. A korai maladaptív sémák kialakulásában a toxikus gyermekkorban van a legnagyobb szerepe, mivel a legkorábban kialakuló és legsúlyosabb sémák ekkor alakulnak ki. A korai élményeken kívül a gyermek temperamentuma is fontos. A temperamentum és a korai traumatikus élmények kölcsönhatásából születnek meg a korai maladaptív sémák, mivel a veleszületett temperamentum szelektíven teszi ki a csecsemőt bizonyos környezeti hatásoknak, körülményeknek (Unoka, 2010). A későbbi életkorban is kialakulhatnak sémák, de ezek általában nem annyira kiterjedtek és súlyosak, mint a kora gyermekkorban és serdülőkorban rögzülő maladaptív sémák.

Young az érzelmi szükségletekhez igazodóan öt sématartományba csoportosít tizenkilenc specifikus korai maladaptív sémát (Young és mtsai, 2010 idézi Unoka, 2010). A sématartományok:

1. Elszakítottság és elutasítás sématartomány
2. Autonómia vagy teljesítőképeség zavara

3. Nem megfelelő korlátok, a határok károsodott volta
4. Kóros másokra irányultság
5. Fokozott éberség és gátlás

Young elképzelése szerint a sémák egy része alapvető szerepet játszik különböző pszichés problémák kialakulásában, főleg azok, amelyek a káros gyermekkori élményekből alakulnak ki (Young 1990, 1999 idézi Unoka, 2011). Ugyanakkor fontos kiemelni, hogy a maladaptív sémákkal rendelkező személyek, nem feltétlenül patológiás esetek. Az egészséges populációhoz tartozó személyek is bírhatnak önsorsrontó sémákkal, melyek nem vezetnek a klinikumba való bekerüléshez, csak adott helyzeteket nehezítenek meg (Unoka, 2010 idézi Kozekiné, 2020).

Gyulladós bélbetegségekről

Gyulladós bélbetegség (Inflammatory Bowel Disease, IBD) elnevezés alatt az emésztőtraktus ismeretlen eredetű, hullámzó lefolyású, tünetekkel járó, krónikus gyulladós betegségét értjük, melynek a gyógyítása ma még nem lehetséges, csak a kezelése. A klinikai tünetek, az endoszkópos kép, a szövettani eltérések és a képalkotó vizsgálatok eredményei alapján két betegség tartozik ide: a colitis ulcerosa és a Crohn-betegség (Kovács és Lakatos, 2019).

Epidemiológia

A colorectalis betegségek tipikusan civilizációs kórképek. Az elmúlt évszázadban a környezetünkben, életmódunkban, táplálkozásunkban bekövetkezett drámai változások egyik fő elszenvedője a vastagbél, és ennek egyik következménye az IBD. A colitis ulcerosa és a Crohn-betegség a 20. század elején még ritka betegség volt, majd a század közepétől vált egyre gyakoribbá. Előbb a gazdaságilag fejlettebb, iparosodott országokban, majd később világszerte nőtt a jelenléte. Az előfordulás jelentős egyenlőtlensége összefügg a betegség mindmáig ismeretlen etiológiájával. Hazánkban néhány évtizede az IBD ritkaság volt, ma a kelet-európai országok közül nálunk a legmagasabb a prevalenciája, ami 0,5% körül van. A nemek tekintetében a két betegség megközelítően hasonló arányban alakul ki, colitis ulcerosában enyhe férfi, Crohn-betegségben enyhe női túlsúly figyelhető meg. A betegség leggyakrabban fiatal felnőttkorban kezdődik, de egyre több a gyermekkori betegségkezdet (Kovács & Lakatos, 2019).

Panaszok, tünetek, szövődmények

Az IBD mindkét formájára jellemző, hogy krónikus gyulladásos betegség, hullámzó lefolyású, így fellángolások és tünetmentes periódusok váltakoznak. Ugyanakkor a két betegségben különbségek mutatkoznak meg, amit az 1. sz. táblázat is szemléltet (Ábel & Szentkereszty, 2019).

1.sz. táblázat

A Colitis ulcerosa és a Crohn-betegség összehasonlítása

	Colitis ulcerosa	Crohn-betegség
Endoszkópos eltérések	• egész emésztőrendszer érintett lehet • orális és perianális • nem folyamatos a gyulladás • fekélyek, fistulák, sipoly, tályog	• csak colonérintettség • rectumban kezdődő és proximálisan terjed • folyamatos a gyulladás • vérző nyálkahártyafekélyek, pseudopolypok
Szövettani kép	• transzmurális gyulladás • 50%-ban granuloma	• nyálkahártya-gyulladás • nincs granuloma
Tünetek	• véres, nyákos hasmenés, hasi fájdalom • sürgető székelési inger • súlyosabb esetben fogyás, láz • tachycardia, anaemia	• hasi fájdalom, véres széklet, hasmenés • fogyás és a láz gyakori • fekélyek a belekben
Intesztinális szövődmények	• súlyos acut colitis vagy fulmináns colitis • bélperforáció, bélszűkület	• hasi tályog, bélsipolyok, fistulák
Extraintesztinális szövődmények	• ízületi eltérések • bőrgyógyászati problémák (vörös csomók a lábszárakon, afták a szájüregben) • szemészeti kórképek (elülső üvegtest gyulladása gyakori) • májfunkciós eltérések, epekőveség • vashiány (vérvettség, csökkent tápanyagbevitel miatt) • immunológiai betegségek (pl.asztma), vastag- és végbélrák kockázata fokozottabb	

Az IBD kezelése

Az IBD kezelésében elsődleges cél a remisszió létrehozása és fenntartása, a panaszok és szövődmények megszüntetése, megelőzése, valamint kezelése (Kovács & Lakatos, 2019). A gyógyszeres kezelés az egyik alapvető megoldás. Az IBD-ben az alábbi gyógyszercsoportok kerülnek alkalmazásra: gyulladásgátlók (5-ASA, mesalazin származékok), kortikoszteroidok, antibiotikumok, biológiai kezelés. Sebészi kezelésre a gyógyszerre nem reagáló esetekben, vagy műtéti megoldást igénylő szövődmény esetén kerül sor (Kovács & Lakatos, 2019). Az IBD gyógyszeres és sebészi kezelésén túl nagyon fontos a betegség okozta panaszok enyhítése, a tüneti kezelés (hasmenést gátló szerek, görcsoldók, fájdalomcsillapítók), valamint a táplálkozási hiányok (vas, vitaminok, kalcium, kalória) pótlása, a szupportív kezelés.

A betegség kezelésében elengedhetetlen a támogató pszichoterápia. A feszültségoldó eljárások mellett fontos a stabil, bátorító beszélgetési forma is, mely elsősorban a műtétek okozta megterhelés és a betegséggel járó szociális következmények feldolgozása érdekében ajánlott. Ez egyfajta én-erősítő terápia, melynek célja a beteg saját kompetenciájának, autonóm erőinek és bizalmának fokozása. A belgyógyászati és a pszichoterápia optimális kombinációja úgy tűnik, meghosszabbíthatja a remissziókat, enyhítheti a betegek szenvedését és elősegítheti újra bekapcsolódásukat a szociális hálózatba (Luban-Plozza & Plöding, 1994).

IBD-vel élő betegek személyiségképe

A betegek leginkább szimbiotikus struktúrával rendelkező családból származnak, ahol keveset beszélnek az érzelmekről. Önérzetük gyenge, túlérzékenyek a kudarccal szemben és erős a bennük a gondoskodás és függőség iránti igény (Luban-Plozza & Plöding, 1994). Ennek megfelelően választják ki emberi kapcsolataikat, ha a beteg elveszíti kapcsolatát a kulcsfigurával, akkor azt tudattalanul a saját létének fenyegetéseként éli meg. Miután a betegek affektív élményeiket elhárítják, nincsenek abban a helyzetben, hogy a veszteségeket és elválásokat feldolgozzák, így a nem verbalizálható konfliktusok szervi formát öltenek (Luban-Plozza & Plöding, 1994).

A colitises betegeket a veszteségektől való félelmek irányítják, ezért maradnak függőek. Emiatt harag és düh ébred bennük, amit elfojtanak. Colitises betegekben az intrapszichés dinamika és a bélben lejátszódó folyamatok közötti összefüggést Karush és mtsai vizsgálták. Az emóciók és a szegmentális colon motilitás között összefüggést sikerült találniuk, szerintük a döntő affektus a félelem. Jellemző az önállóság és a felelősségérzet kerülése, agresszív megnyilvánulásaikban gátoltak, azokat elfojtják. Ehelyett látszólag társadalmilag alkalmazkodóak, kerülnek a konfliktust, a leggyakoribb jellemzők a rendesség, pontosság, lelkiismeretesség, határozatlanság, makacsság, túlzott alkalmazkodás. Egyes betegek külsőre energikusak és szorgalmasak, de valószínűleg kisebbségi érzések és az önbizalomhiány másodlagos feldolgozása, ami ezt az aktivitást és kezdeményezőkézséget aktiválja (Hoffmann & Hochapfel, 2001).

Crohn-betegségnél főleg válási félelmek, fenyegető vagy átélt elválások és ezekhez kapcsolódó konfliktusok fordulnak elő. A crohnos betegek sokkal aktívabbak, mint a colitisek, és gyakran pseudofüggetlen magatartást tanúsítanak, ami leginkább arra szolgál, hogy elhárítsák igazi, passzivitás utáni vágyaikat, és védelmet nyújtson számukra a

csalódások ellen. Ezzel összhangban van azzal a megerősítéssel, miszerint a betegek agressziójukban gátoltak, emocionálisan labilisak. Wirssching és Stierlin sajátos családi konstellációt ír le ezeknél a betegeknél: családi összetartás rendkívül erős, a családtagok és a generációk között a pszichológiai korlátok megszűntek, a család a külvilággal szemben élesen elkülönül, az érzelemnyilvánítás tabuvá válik, a tehetetlenség és reménytelenség érzései válnak uralkodóvá (Hoffmann & Hochapfel, 2001).

IBD-kutatások a pszichológiában

Az eddigi kutatások főként a betegek életminőségét vizsgálták. Ezekben arra keresték a választ, hogy mely pszichés tényezők rontják a betegek életminőségét. Egy magyar kutatásban (Nagy és Laczkóné, 2012) azt találták, hogy a gyulladásos bélbetegeket a nem béleredetű panaszok, valamint az érzelmi problémái zavarják leginkább, ezt követik a bél eredetű tünetek és a szociális kapcsolatok nehezítettsége. A Pécsi Tudományegyetemen végzett kutatás (Varga és mtsai, 2013) eredményei azt mutatták, hogy az IBD-sek betegségterhe magas, ennek csökkentésére kell törekedni.

Egy 2019-ben végzett multicentrikus tanulmányban (Sánta és mtsai, 2020) a depresszív tüneteket és öngyilkossági gondolatokat befolyásoló tényezőket vizsgálták IBD-vel élők körében. Az eredmények alapján a betegek egy nagyobb része mutat depresszív tüneteket, valamint öngyilkossági gondolatokat. A depresszív tüneteket magyarázó tényezők közé tartozik többek között a reménytelenség mértéke, a bélen kívüli tünet felállása, illetve a betegség aktivitása is.

Egy 2020-as romániai kutatásban (Rada és mtsai, 2020) azt vizsgálták, hogy mely sémák aktívak a gyulladásos bélbetegséggel élő betegek körében. Az eredmények alapján a remisszióban és relapszusban lévő betegek között különbség mutatkozik annak tekintetében, hogy mely sémák aktívak. Míg a relapszusban lévő betegeknek az ötödik sématartomány sémái voltak aktívabbak (np=negativizmus-pesszizmus, ei=érzelmi gátoltság, us=könyörtelen mércék, pu=büntető készenlét), addig a remisszióban lévőknél a negyedik sématartomány sémái (ss=önfeláldozás, sb= behódolás, as= elismerés-hajszolás) mutattak magasabb aktivitást.

Vizsgálat

Célkitűzések és kérdésfelvetések

Az előző részekben igyekeztem egy átfogó képet adni a betegség kialakulása mögött állható mechanizmusokról, a betegek személyiségképéről, valamint a betegség prevalenciájáról is.

Ezekre alapozva a vizsgálat célja feltérképezni az IBD-s betegeknél előforduló korai maladaptív sémákat, valamint a harag érzésének megélését, annak kifejezését. Emellett figyelmet fordítok a betegség aktivitására, a kórkép okozta betegségteher mértékére illetve arra, hogy ezek kapcsolatban állnak-e a harag megélésével, kifejezésével. A kutatásban azt is vizsgálom, hogy a betegség aktivitása hogyan befolyásolja a sémák aktivitását, valamint a harag kifejeződését.

Hipotézisek

A fentebb ismertetett elméletekre és kutatásokra alapozva fogalmaztam meg a hipotéziseimet.

A haragrumináció, a betegségteher és a harag kifejeződésének kapcsolatát vizsgáló hipotézisek

1. A Haragrumináció Skálán elért magasabb pontszám korrelál a Betegségteher Indexen elért magas ponttal.
2. A harag befelé fordítása alskálán elért magasabb pontszám pozitívan korrelál a Betegségteher Indexen elért magasabb pontértékkel.
3. A harag befelé fordítása alskálán elért magasabb pontszám és a harag kinyilvánítása skálán elért alacsonyabb pontszám között negatív korreláció van.
4. A Haragrumináció Skálán elért magasabb pontszám korrelál a harag befelé fordítása alskálán elért magasabb ponttal.

A betegség aktivitását vizsgáló hipotézisek

5. Relapszusban lévő betegek magasabb pontot érnek el a Betegségteher Indexen, mint a remisszióban lévő személyek.
6. A relapszusban lévő betegek magasabb pontot érnek el a Haragrumináció Skálán, mint a remisszióban lévők.
7. A relapszusban lévő betegekre jellemzőbb a harag befelé fordítása, mint a remisszióban lévő emberekre, így ők a Harag és Düh Kifejezési Mód Skála harag befelé fordítása alskálán magasabb pontot érnek.

A sématarományokra és a sémákra irányuló hipotézisek

8. Az IBD-vel élő betegeknél az ötödik sémataromány (gátlás és aggályosság sémataromány) magasabb aktivitást mutat mint, a többi sémataromány.

Kérdésfelvetések

Megvizsgálom továbbá, hogy a betegség állapota befolyásolja-e a sémák aktivitását. Emellett azt is megnézem, hogy a három csoportban (Crohn, colitis és mindkét betegséggel élők) vannak-e különbségek az egyes változók tekintetében. Arra is kitérek, hogy a betegség

megjelenéséhez kapcsolt életesemények miként befolyásolják a haragruminációt, a betegségterhet és a harag befelé fordítását.

Vizsgálati módszer

Az adatok begyűjtéséhez önkitöltős kérdőíveket használtam, melyek a mellékletben megtalálhatók. Ezek a Betegségteher Index, a Young-féle Séma Kérdőív, a Haragrumináció Skála és a Harag és Düh Kifejezési Mód Skála, illetve egy saját készítésű demográfiai kérdőív, valamint a betegséggel kapcsolatos alapadatokra vonatkozó kérdőív. A kutatásban a kapcsolatok vizsgálatához Pearson és Spearman-féle korrelációs számítást végeztem, A relapszusban és remisszióban lévő különbségek megvizsgálására kétmintás t-próbát, valamint Mann-Whitney-próbát használtam. A három betegcsoport vizsgálatakor Anova-t és Kruskal-Wallis-próbát végeztem el. A sématautomatákat Friedman-próbával és Khi-négyzetpróbával vizsgáltam. Emellett tartalomelemzésre is sor került. A próbák lefuttatását normalitásvizsgálat előzte meg. Normál eloszlás esetén alkalmaztam Pearson-korrelációt, kétmintás t-próbát, Anovát, míg nem normál eloszláskor Spearman-korrelációt, Mann-Whitney-próbát, Kruskal-Wallis-próbát is használtam.

A vizsgálat menete

A vizsgálati személyek kiválasztása kényelmi mintavételezéssel, hólabda módszerrel történt online IBD-s közösségekben. A kérdőívek kitöltése a közösségi oldalakon keresztül, IBD-vel élő felnőttek csoportjaiban megosztott, online, kérdőíves formában valósult meg 2022 októberében. A kérdőív a Google Űrlap segítségével készült.

Vizsgálati minta

A kutatásban gyulladásos bélbetegséggel, tehát colitis ulcerosával, Crohn-betegséggel, vagy mindkét betegséggel diagnosztizált felnőttek vettek részt. A kutatásban 77 fő személy vett részt, ebből 65 nő és 12 férfi. Colitis ulcerosában 28, Crohn-betegségben 42 volt érintett, míg 7 személy mindkét betegséggel együtt él. 27 beteg relapszusban van, míg 50 beteg remisszióban.

A vizsgálati eszközök

Demográfiai kérdőív

A demográfiai kérdőív saját készítésű volt (1.sz. melléklet), melyben a kitöltő nemére, életkorára, iskolai végzettségére, családi állapotára, valamint arra vonatkozó kérdések szerepeltek, hogy dolgozik-e jelenleg az illető, valamint van-e gyermeke.

Betegséggel kapcsolatos kérdőív

A betegséggel kapcsolatos alapadatokra vonatkozó kérdéseket tartalmazott, ezek a betegség típusa, a betegségkezdet, a betegség jelenlegi állapota, betegséget kiváltó életesemény, jelenlegi és kapott kezelések, társuló betegségek, a betegség családban való előfordulása, illetve hogy a betegség miatt leromlott egészségi állapot következtében dolgozik-e a kitöltő.

Young-féle Séma Kérdőív

Young (1998) szerint a személyiségzavarok, enyhébb karakter problémák és számos krónikus I tengely zavar hátterében korai maladaptív sémák állnak. Ezen sémák azonosítására és mérésére dolgozta a Séma Kérdőívet, mely 19, öt magasabb szintű sématarományba sorolható sémát tartalmaz. A kérdőív önkitöltős, nincsenek fordított tételei. A tételeket hat pontos skálán kell a személynek értékelnie (1=egyáltalán nem jellemző rám; 6= tökéletesen jellemző rám). A kérdőív magyar változatát Unoka Zsolt és mtsai dolgozták ki, valamint elvégezték pszichometriai jellemzőinek vizsgálatát is. A kérdőív skáláinak belső konzisztenciája igen magas, faktorstruktúrája konzisztens a más (USA, Ausztrália) mintákon nyert eredményekkel, és validitása is igazolást nyert (Unoka és mtsai, 2004).

Betegségteher Index

A „betegségteher” koncepciója azt tükrözi, hogy mind a krónikus betegség, mind annak kezelése ezen a tényezőn keresztül befolyásolja az élet különböző területeit. Az „illness intrusiveness” az egészséggel kapcsolatos életminőség egyik igen fontos meghatározó tényezője, melynek hatását az egyéni kontroll, megbirkózási készség és különböző pszichoszociális tényezők módosítják. Az IIRS kérdőívet (Devins Gm, 1993, Ford. Novák M., 2004) az elmúlt két évtized során több krónikus betegcsoport esetében, illetve transzplantáción átesett beteg körében is használták. A kérdőív 13, az élet különböző területeire vonatkozó kérdést tartalmaz, amelyek mérik, mennyire befolyásolja a betegség vagy annak kezelése az életük egyes területeit. A kérdések három faktorba sorolhatóak. Kapcsolatok és személyes fejlődés (5,9,10,11,12,13), intimitás (7,8), műveleti (1,2,3,4,6). A validálás során hazai mintán végzett vizsgálatban a kérdőívet 365, vese-dialízis osztályokon hemodializált beteg töltötte ki. A kérdőív pszichometriai mutatói jónak bizonyultak (Cronbach alfa 0,80).

Haragrumináció Skála

A Haragrumináció Skálát Dennis Sukhodolsky és mtsai dolgozták ki egyetemi hallgatók mintáján 2001-ben (Anger Rumination Scale, ARS; Sukhodolsky és mtsai, 2001, idézi Szabó és Kökönyei, 2022). A skála olyan kognitív folyamatok mérésére lett kifejlesztve, amelyek a

düh érzésének átélésekor alakulhatnak ki a személyben (Sukhodolsky és mtsai, 2001, idézi Szabó és Kökönyei, 2022). Feltáró faktorelemzést alkalmazva négy faktort azonosítottak be. Ezek a haraggal kapcsolatos utógondolatok, (amikor a haragot okozó eseményt újra és újra elképzei, átéli a személy), haraggal kapcsolatos emlékek (múltbeli események felidézésre vonatkozik), bosszúval kapcsolatos gondolatok (személyt ért sérelmek megtorlására irányul), valamint az okok megértése (dühöt kiváltó események megértésére, elemzésére vonatkozik) (Szabó és Kökönyei, 2022). A 19 tételes önbeszámolón alapuló mérőeszköz tételeit négyfokozatú skálán kell értékelni aszerint, hogy az állítások mennyire jellemzők a kitöltőre (1= szinte soha, 4 =szinte mindig), a kérdőívben így minimum 19, maximum 76 pont érhető el (Szabó és Kökönyei, 2022). A magasabb pontszám arra utal, hogy a személy fokozottan hajlamos a haragruminációra. A kérdőív fordítását Kökönyei és mtsai csoportja készítette.

Harag és Düh Kifejezési Mód Skála

Harag és Düh Kifejezési Mód Skálát Spielberger és mtsai dolgozták ki 1985-ben, Magyarországon Oláh Attila adaptálta (Perczel Forintos és mtsai, 2015; idézi Csibi és mtsai, 2017). A harag és a düh nyílt kifejezésére vagy elfojtására való hajlamnak mint tartós személyiségvonásnak a mérésére szolgál, tehát a dühelfojtás és a dühkinyilvánítás dimenziókat mérve különíti el a személyeket. A 20 tételből álló skála (4-fokú válasz lehetőséggel) három alszálából áll. A düh/harag kinyilvánításának gyakorisága (Anger Expression, A/EX), a düh/harag benntartása (Anger In, A/I) és a düh/harag kifelé való levezetése (Anger Out, A/O). A düh és harag kifejezése (A/EX) összesített pontérték, amely a düh és harag kinyilvánításának gyakoriságát jelzi (a maximális pontérték 80, a minimum 20), az A/I a düh benntartása és önmaga felé (max. 32, min. 20) és az A/O a düh kifelé való (max. 32, min. 20) levezetését jelöli. Magyarországi vizsgálatokban a kérdőív pszichometriai mutatója jónak bizonyult (Cronbach-alfa 0,75) (Csibi és mtsai, 2017).

Az eredmények bemutatása és értékelése

Leíró statisztika

A válaszadók átlagéletkora 37 év (Min.:19, max.: 68 év). A válaszadók megjelölték, hogy hány éves korukban diagnosztizálták a betegséget. A betegségkezdet szerint 5 csoportot hoztam létre. Az életkorcsoportok szerinti megoszlást az 2. táblázat tartalmazza.

2. táblázat

A betegségkezdés megoszlása korcsoportonként

Életkor szerinti csoportosítás	Elemzés (hányan jelölték meg)
0-15 év	7
16-25 év	32
26-35 év	30
36-45 év	7
45 év felett	1

A betegek közül 39-en jelezték, hogy van más, mind testi és mentális betegségük. Többek között pajzsmirigy problémák, pikkelysömör, asztma, cukorbetegség, szorongásos zavarok szerepeltek.

Hipotézisek eredményei

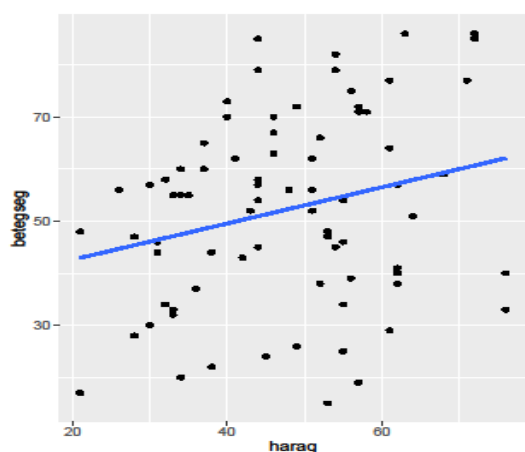
A haraggrumináció, a betegségteher és a harag kifejeződésének kapcsolatát vizsgáló hipotézisek

H1: A Haraggrumináció Skálán elért magasabb pontszám korrelál a Betegségteher Indexen elért magasabb pontszámmal.

A hipotézis vizsgálatához Pearson-féle korrelációs számítást használtam, mivel a Shapiro-Wilk-próba normál eloszlást mutatott. Ahogyan az 1. ábrán látható, a haraggrumináció és a betegségteher között gyenge, pozitív irányú kapcsolat van ($r(75)=0,25$, $p=0,03$, $N=77$).

1. ábra

A haraggrumináció és a betegségteher kapcsolata



H2: hipotézis: A harag befelé fordítása alskálán elért magasabb pontszám pozitívan korrelál a Betegségteher Indexen elért magasabb pontértékkel.

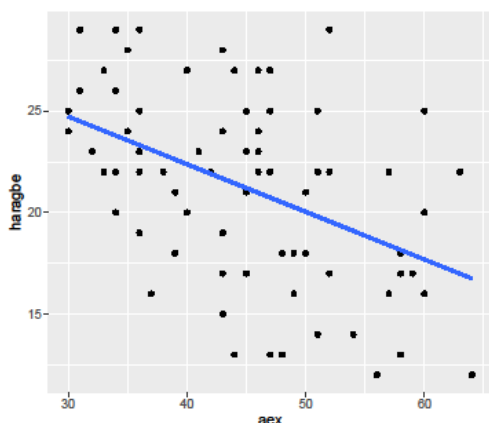
A Shapiro-Wilk-próba szerint a mért változók nem normál eloszlásúak, ezért a hipotézis vizsgálatához használt Spearman-féle korrelációs számítást használtam. Ennek eredménye alapján nincs kapcsolat a harag befelé fordítása és a betegségteher között ($\rho(61384)=0,19$, $p=0,09$, $N=77$) (8.sz.melléklet).

H3: A harag befelé fordítása alskálán elért pontszám negatívan korrelál a harag kinyilvánítása alskálán elért pontszámmal.

A Shapiro-teszt nem normál eloszlást jelzett, így a hipotézist Spearman-féle korrelációval teszteltem ($\rho(111243)=-0,46$, $p<,001$, $N=77$). Eszerint közepes erősségű, negatív irányú a kapcsolat a két változó között, amit a 2. ábra is szemléltet.

2. ábra

A harag befelé fordítása és a harag kinyilvánításának gyakorisága

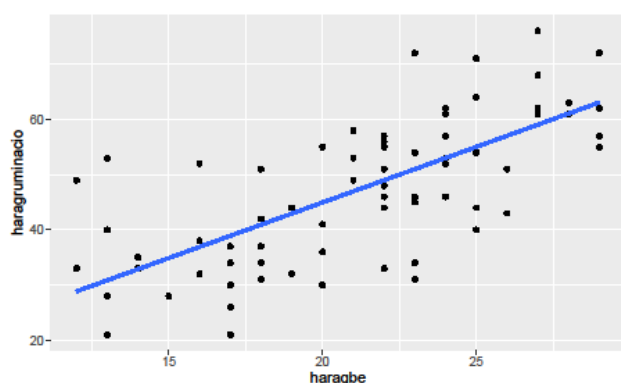


H4: A Haragrumináció Skálán elért magasabb pontszám korrelál a harag befelé fordítása alskálán elért magasabb ponttal.

A Shapiro-Wilk-próbát követően Spearman-féle korrelációs számítást végeztem ($\rho(22297)=0,71$, $p<,001$). Ez alapján erős, pozitív irányú a kapcsolat a két változó között. Ezt a 3. ábrán is láthatjuk.

3. ábra

A haraggrumináció és a harag befelé fordításának kapcsolata



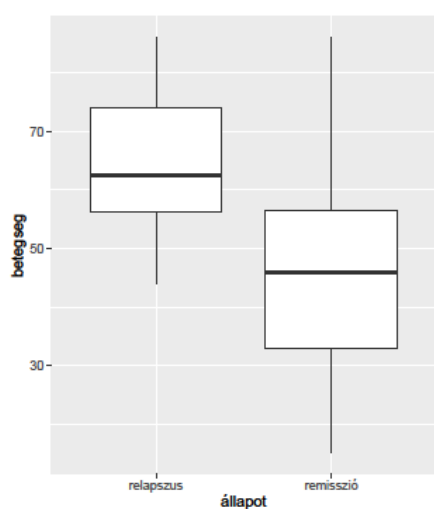
A betegség aktivitására irányuló hipotézisek

H5: A relapszusban lévő betegek magasabb pontszámot érnek el a Betegségteher Indexen, mint a remisszióban lévők.

A Shapiro-Wilk-próba szerint a változó a két csoportban normál eloszlású, ezért két mintás t-próbát futattam le, melynek eredménye alapján elmondható, hogy a két csoport között szignifikáns különbség van ($t(75)=4,55$, $p<,001$, $N=77$). Ahogyan a 4. ábra is szemlélteti, a relapszusban lévő betegek nagyobb betegségteherről számoltak be.

4. ábra

A betegségteher alakulása a betegség aktivitásának függvényében



H6: Hipotézis: A relapszusban lévő betegek magasabb pontszámot érnek el a Haragrumináció Skálán, mint a remisszióban lévők.

A normalitásvizsgálatot követően két mintás t-próbát futtattam le, mivel a minta normál eloszlást követ. A próba szerint nincs különbség a két csoport között ($t(75)=0,53$, $p = 0,299$, $N=77$) (8.sz.melléklet).

H7: A relapszusban lévő betegekre jellemzőbb a harag befelé fordítása, mint a remisszióban lévő betegekre.

A normalitásvizsgálat után Mann-Whitney próbával teszteltem a hipotézist. Ez alapján elmondható, hogy a két csoport között nincs szignifikáns különbség ($U(605)$, $p= 0,267$, $N=77$)(8.sz.melléklet)

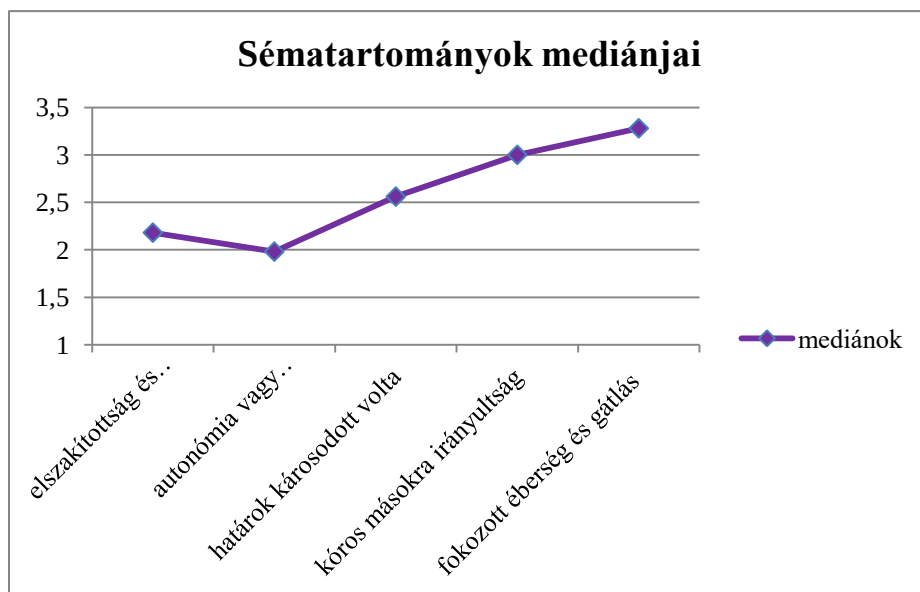
A sématartományokra és a sémákra irányuló hipotézisek

H8: hipotézis: Az IBD-vel élő betegnél az ötödik sématartomány mutat magasabb aktivitást, mint a többi sématartomány.

A Shapiro-Wilk-próba nem normál eloszlást mutatott, így a hipotézis vizsgálatához Friedman-próbát alkalmaztam. Ez alapján elmondható, hogy az ötödik sématartomány magasabb aktivitást mutat, mint a többi ($X^2F(4)=93.20$, $p<0,001$, $N=77$). (A 3. sz. táblázat tartalmazza a sématartományok közötti különbségek szignifikancia-értékeit, lásd 8.sz. melléklet). Az 5. ábra tartalmazza a sématartományok mediánjait (a tartományok csak a profilszemléltetés céljából vannak összekötve). A 6. ábrán láthatóak az egyes sémákhoz tartozó átlagok, melyen látszik, hogy a legmagasabb átlagot elérő séma az önfeláldozás, ezt követi az ötödik sématartomány sémái

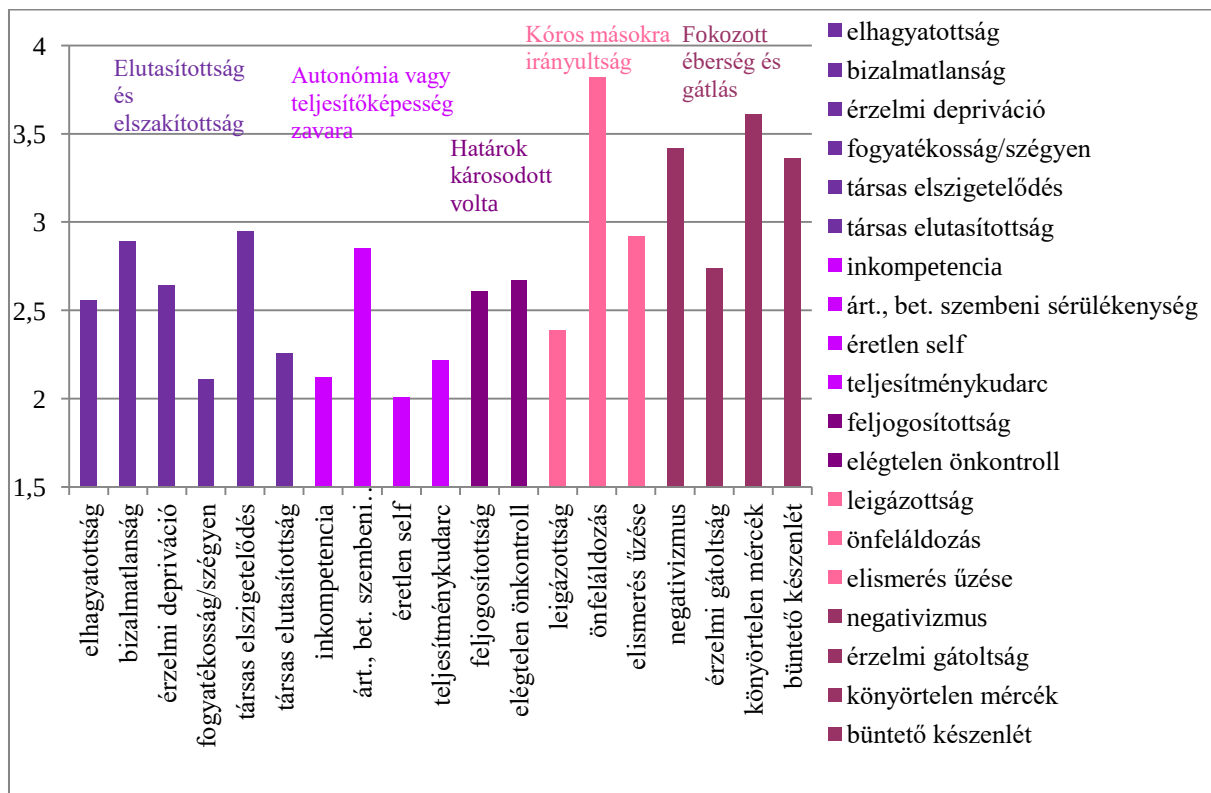
5. ábra

A sémartartományok mediánjai



6. ábra

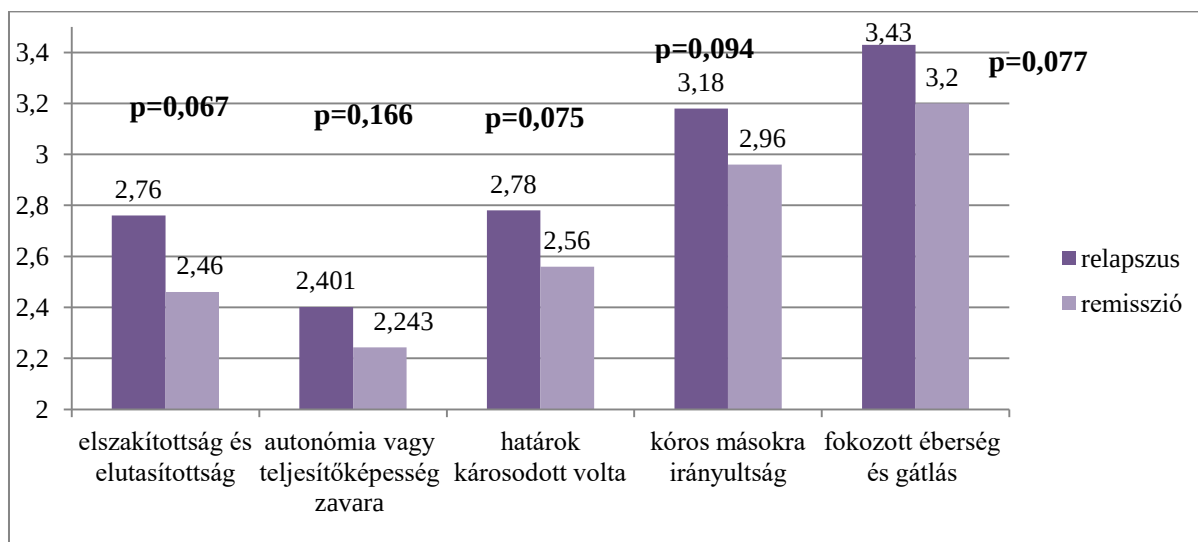
Az egyes maladaptív sémákhoz tartozó átlagok sémartartományok szerinti csoportosításban



Kérdésfelvetésem, miszerint van-e különbség abban, hogy mely maladaptív sémák, sémartományok aktívak relapszusban és remisszióban, kétmintás t-próbával hasonlítottam össze, de egy tartomány esetében sem találtam szignifikáns eltérést. Ugyanakkor egy tendencia megfigyelhető, hogy a betegség aktivitása a sémartományokat is aktívabbá teszi, ahogyan az a 7. ábrán is látható. A sémákat külön is megnéztem, kétmintás t-próbák segítségével. Egyedül az elhagyatottság séma mutatott szignifikáns különbséget ($U(454)$, $p=0,025$), a többi séma nem, de a 8. és 9. ábra jól mutatja, hogy relapszusban mindegyik séma aktívabb.

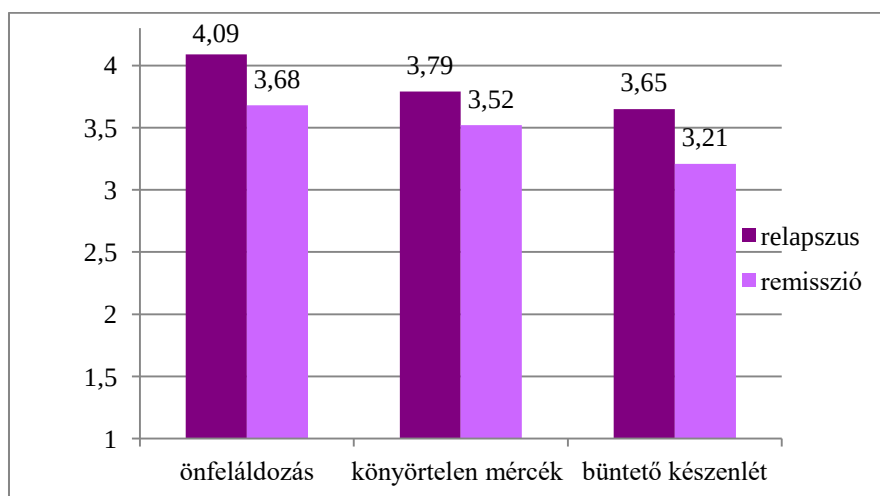
7. ábra

A sémartományok alakulása remisszióban és relapszusban



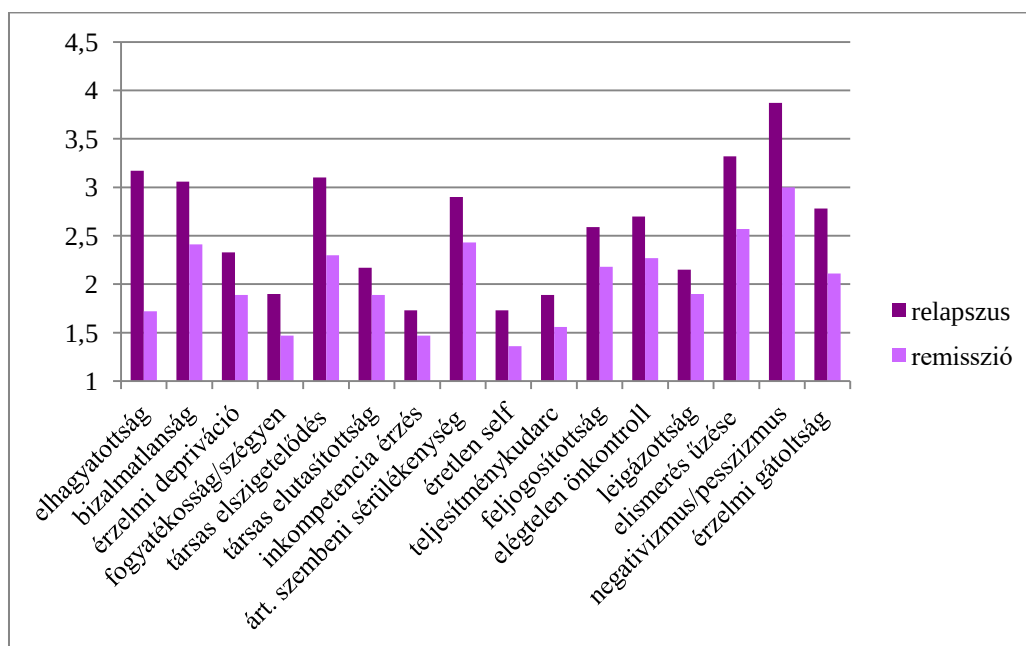
8. ábra

A normál eloszlást követő sémák különbségei relapszusban és remisszióban



9. ábra

A nem normál eloszlást követő sémák különbségei relapszusban és remisszióban



Azt is megnéztem, hogy a három csoport között van-e eltérés a haragrumináció, betegségteher, a harag befelé fordítását tekintve. Sem a haragruminációban ($F(2,18,54)=3,26$, $p=0,061$), sem a betegségteher ($F(2,21,43)=0,96$, $p=0,398$), továbbá a harag befelé fordításában sem volt különbség ($X^2(2)=0,36$, $p=0,835$) (8.sz. melléklet). A haragrumináció és a betegségteher esetében Anovát használtam, mert normál eloszlásúak voltak, a harag

befelé fordítása a normalitásvizsgálat alapján nem normál eloszlású, ezért Kruskal-Wallis próbával vizsgáltam meg.

Megnéztem, hogy annak fényében, hogy milyen életeseményekkel hozták összefüggésbe a személyek a betegségük megjelenését, lesz-e különbség a haragrumináció, a betegségteher és a harag befelé fordítása tekintetében. Tartalomelemzéssel a válaszokat kilenc csoportra osztottuk az alapján, hogy milyen jellegű események kerültek megválaszolásra. Az így kialakított kategóriák: munkahelyi problémák, akadémiai (tanulmányokkal összefüggő) stressz, pénzügyi problémák, családon belüli konfliktus, élethelyzet változása, egészséggel kapcsolatos problémák, halál/vesztésgélmény, párkapcsolati kudarc/krízis, aggodalom (olyan válaszok alkották ezt a kategóriát, amelyekben az egészségi állapot miatti aggodalom jelent meg), stressz (ezt a kategóriát azok a válaszok teszik ki, ahol a válaszadó nem fejtette ki milyen jellegű stressz érte, csak a stressz szót írta le válaszként), továbbá egy csoportot alkottak azon személyek válaszai, akik nem tudtak életeseményt megnevezni. Ahogyan a 10. ábrán is látszik, hogy azok voltak legtöbben, akik nem tudtak életeseményt megnevezni, ezt követték a tanulmányi kapcsolatos események, és a halál/vesztés. Az így kialakult csoportokat összehasonlítottam a haragrumináció ($X^2(10)=12,17$, $p=0,274$), betegségteher ($F(10, 14,50)=1,01$, $p=0,477$) és a harag befelé fordítása ($X^2(10)=13,84$, $p=0,180$) mentén, de szignifikáns eltérést nem találtam. A normalitásvizsgálatot követően a betegségterhet Anovával, a haragrumináció és a harag befelé fordítását Kruskal-Wallis próbával vizsgáltam.

10. ábra

Életesemények megoszlása



Megbeszélés

Szépen jelzi első hipotézisem (*H1*) eredménye, hogy minél többet rágódik valaki egy egykor belőle dühöt, haragot kiváltó eseményen, az a személy által megélt betegségteher emelkedett mértékével jár együtt. A második hipotézis (*H2*) eredménye alapján szignifikáns kapcsolat nincs a harag befelé fordítása és a betegségteher mértéke között, ugyanakkor a kapott értékre egy tendenciaként tekinthetünk. Amikor fokozódik a betegségteher mértéke, akkor a betegség az élet egyre több területét befolyásolja, a személyes tér beszűküléhez, elszigetelődéshez vezethet, ami együtt járhat azzal, hogy a személy az érzelmeit, köztük a haragját is befelé fordítja. A szakirodalmi adatok azt mutatják, hogy az IBD-vel élő emberekre az agresszió, a harag befelé fordítása jellemző. A harmadik hipotézisem eredménye (*H3*) is ezt erősíti, mivel egy negatív irányú kapcsolat van a harag befelé fordítása és a harag kinyilvánításának gyakorisága között. Tehát akire jellemzőbb a harag befelé fordítása, önmagában való megélése, kevésbé nyilvánítja azt ki mások felé. A negyedik hipotézisem (*H4*) eredménye azt mutatja, hogy egy erős, pozitív kapcsolat van a haragrumináció és a harag befelé fordítása között. Tehát aki sokat rágódik az egykor haragot kiváltó eseményeken, jellemzőbb, hogy a haragját is befelé fordítja. Azt is mondhatjuk, hogy a rumináció során megélt haragját a személy önmagában éli meg.

Az IBD egy hullámzó lefolyású betegség, amiben a nyugalmi periódusok (remissziók) és a fellángolások, újbóli tünetmegjelenések (relapszusok) váltják egymást. Relapszusban sokkal nehezebb a mindennapi teendők ellátása, a megszokott életvitel gyakorlása, a tünetek(pl. véres széklet, hasmenés) újbóli megjelenése jelentősen beszűkítheti a személy életterét (Sánta, 2020), így nem meglepő az ötödik hipotézisem (*H5*) eredménye, miszerint relapszusban nagyobb a betegség okozta teher mértéke. A betegség aktivitása a személy érzelmi világára is hatással van, tünetes periódusban gyakrabban jelentkezhetnek negatív érzések, önvádaskodás, szégyenérzet és elszigetelődés. A betegség aktivitását tekintve azt feltételeztem, hogy a relapszusban lévők többet ruminálnak a haragot kiváltó eseményeken (*H6*), illetve jellemzőbb rájuk a harag befelé fordítása (*H7*). A hipotéziseim nem igazolódtak be. Az eredményeket az is befolyásolhatta, hogy a harag befelé fordítása egy tartós személyiségvonás, a betegség pedig hullámzó lefolyású, valószínűleg mindkét csoportba egyaránt megjelenik a harag befelé fordítása és a haragrumináció, függetlenül a betegség aktivitásától. Valószínűleg a haragrumináció és harag befelé fordítása együttjár, de a betegség aktivitása ezen tényezők mértékét nem növeli. Azt is figyelembe kell venni, hogy a két

csoportban az elemszámok nem kiegyenlítettek, így ez is hatással lehetett a kapott eredmény alakulására.

Az ötödik sémartományba tartozó vizsgálati személyek jellemzően rigid, internalizált szabályokat követnek, képtelenek a spontaneitásra, még akkor is, ha annak testi-lelki jólétük az ára (Young és mtsai, 2010). A nyolcadik hipotézisem (*H8*) szerint ez a tartomány lesz aktív az IBD-vel élőknél, hiszen jellemző rájuk az érzelmi gátoltság, a perfekcionizmus, a túlzott alkalmazkodás, negatív érzelmeiket többnyire befelé fordítják. Szakirodalmi adatoknak megfelelően (Rada, 2020) a legmagasabb átlaga az önfeláldozás sémának van, ami a kóros másokra irányultság sémartományhoz tartozik. Akiknél ez a séma aktív, jellemzően önként áldozzák fel saját szükségleteiket és igényeiket annak érdekében, hogy ne legyen bűntudatuk és ne okozzanak másnak lelki fájdalmat. Mások fájdalma iránt fokozott érzékenységet mutatnak, ugyanakkor a folyamatos önfeláldozás egy idő után haragot szül, minél önfeláldozóbb valaki, annál nagyobb a felgyülemelő feszültség mértéke (Young és mtsai, 2010). Ezt alátámasztja kutatásunk eredménye is, hiszen a haragrumináció és a harag befelé fordítása között erős kapcsolatot találtunk. Nem meglepő, hogy az IBD-vel élő betegeknél is aktív ez a séma, hiszen rájuk is jellemző, hogy saját igényeiket önként feladják, helyette mások igényeit igyekeznek kielégíteni.

Három séma volt kimagasló az ötödik sémartományból. A negativizmus-pesszizmus séma a negativumokra való fókuszálást jelöli, miközben a személy minimalizálja vagy figyelmen kívül hagyja az élet pozitív aspektusait folyamatosan aggodalmaskodik (Young és mtsai, 2010). Az IBD-vel élőkre is jellemző, hogy pozitív kvalitásaikat nem veszik észre. Ez feltételezhetően haragot ébreszt a betegekben, amit befelé fordítanak és valószínűleg ez a haragruminációval függhet össze. A könyörtelen mércék sémával rendelkezőknek magasak az elvárásaik önmaguk felé, ha ezeknek nem felelnek meg, az szégyenérzetet vált ki belőlük. Emiatt megjelenhetnek perfekcionizmusra utaló jegyek, mint túlzott figyelem a részletekre (Young és mtsai, 2010). Az illető állandó nyomás alatt érzi magát, kritikussá válik önmaga és mások felé is. Az IBD-vel élő betegekről is elmondható, hogy a tökéletességre törekednek, magas, belső szabályaik vannak, amikhez mereven ragaszkodnak. A büntető készenlét séma arra az érzésre utal, hogy ha valaki hibát követ el azt meg kell büntetni. A sémával rendelkező általában haragos, intoleráns azokkal a személyekkel, akik nem felelnek meg elvárásainak és mércéinek (Young és mtsai, 2010). Az IBD-vel élő személyeknél is ez jelenik meg. Nemcsak saját maguk, hanem mások felé is magasak az elvárásaik, ha valaki nem felel meg ennek, az

haragot szül bennük, ez pedig nem az interperszonális kapcsolataikban jelenik meg, hanem magukban tartják, rágódnak rajta, így ez összefüggésben állhat a haragruminációval.

Egy 2021-es kutatásban (Rada és mtsai) azt találták, hogy relapszusban a negativizmus-pesszizmus, az érzelmi gátoltság, a könyörtelen mércék és a büntető készenlét sémák aktívak, míg remisszióban az önfeláldozás, a leigázottság és az elismerés üzése aktívak. A kutatásunk eredményei azt mutatták, hogy a betegség aktivitásától függetlenül a negativizmus, büntető készenlét, könyörtelen mércék és az önfeláldozás sémái a legaktívabbak a betegekénél.

A kutatásba kontrollcsoportot nem vontunk be, de fontosnak tartottuk megemlíteni egészséges minták, valamint más betegcsoport adatait is, hogy a saját eredményeinket megfelelően tudjuk értelmezni. A Betegségteher Indexen a vesedializált betegek átlaga 39, 35 pont volt (Novák és mtsai, 2005). A mintánkban ez az érték magasabb, 52,18 volt, tehát az IBD-vel élők betegségterhe nagyobb. A harag befelé fordításának átlaga egészséges mintán 16,11, míg a mi mintánkban 21,30 volt. Így az IBD-vel élőkre jellemzőbb a harag befelé fordítása mint az egészségesek személyek (Oláh, 1989). Egészséges személyek esetében az ötödik sématartomány átlaga (Nyitrai és mtsai, 2018) 2,78 volt, és ebben a kutatásban is az önfeláldozás sémája volt a legaktívabb 3,44-es átlaggal. Ehhez képest a kutatásomban az ötödik tartomány (3,28) és az önfeláldozás (3,82) is magasabb átlaggal bír. A haragrumináció egészséges személyek körében 1,95-ös átlaggal rendelkezett (Sukhodolsky és mtsai, 2001). míg a mintámban az átlag 2,50 volt. A haragruminációt nem alsókálákra bontva, hanem egészében vizsgáltam, továbbá a statisztikai próbák lefuttatásakor a pontszámokkal dolgoztam. A korábbi kutatásokkal összehasonlítva a mintánk magasabb értékeket produkált a vizsgált változók mentén.

Egy 2021-es romániai kutatásban megvizsgálták, hogy van-e a különbség a remisszióban és relapszusban lévő betegek aktív sémái között. Azt találták, hogy relapszusban az ötödik sématartomány sémái aktívak, addig remisszióban a negyedik tartomány sémái. A vizsgálatban én is megnéztem, hogy a betegség aktivitása befolyásolja-e, hogy mely maladaptív sémák, valamint sématartományok lesznek aktívak, de nem kaptam szignifikáns különbséget. Ugyanakkor egy tendenciaszerű eltérés van a sématartományokban és sémákban mivel mindegyik tartomány és séma aktívabb relapszusban, mint remisszióban. A betegség aktivitása a mintánkban kizárólag az elhagyatottság sémáját befolyásolta. Az elhagyatottság sémával rendelkezők úgy érzik kapcsolataik nem stabilak, a fontos másik el fogja hagyni őket

(Young és mtsai, 2010). A relapszusokban megjelenhet az élettér, a társas kapcsolatok beszűkülése, így a relapszusban lévők érezhetik magukat elhagyatottnak. Valószínűleg azzal van összefüggésben, hogy a betegség aktivitásával a sémák is erősebbek lesznek.

Nem találtam szignifikáns eltérést a mintát alkotó három csoportban (Crohn-betegséggel, Colitis ulcerosával és mindkét betegséggel élők) a haragrumináció és a betegségteher tekintetében. Azt vártam, hogy azok, akik mindkét betegséggel élnek, többet ruminálnak, és nagyobb mértékű betegségterhet élnek meg (tekintve, hogy ebben az esetben a betegség a tápcsatorna nagyobb részét érinti, több tünet jelentkezik), de a csoportok között nem volt szignifikáns eltérés, tehát nem kaptunk kórkép specifikus adatokat, tehát ezek megjelennek minden kórkép esetében.

A betegség kialakulásában pszichoszociális tényezők, így az életesemények vizsgálata sem elhanyagolható. Ezért is néztem meg, hogy van-e különbség a haragrumináció, a betegségteher és a harag befelé fordítása között azt figyelembe véve, hogy milyen életeseményeket írtak le az erre vonatkozó kérdésnél. A gyakorisági adatokat tekintve szubjektív megítélés szerint többen nem tudják kapcsolni a betegséget specifikus életeseményhez, de a két másik leggyakoribb életesemény a halál, veszteségélmény és az akadémiai, tanulmánnyal összefüggő esetek voltak, a többi kategória kiegyenlített volt. Egy kutatás is azt találta, hogy az akadémiai stressznek szerepe lehet a betegség fellángolásában (Sirois & Hirsch, 2017), feltehetően a betegség okozta teher mértéke felerősödik ezen események hatására. A várakozásaimmal ellentétben, itt sem volt szignifikáns különbség a csoportok között, ez magyarázható a kis elemszámmal, valamint azzal, hogy a minta nem volt kiegyenlített.

Limitációk és kitékintés

A kutatásom eredményei fenntartással kezelendők. Az online kérdőívek magukban hordozzák azt a veszélyt, hogy az emberek nem gondolják át kellően válaszaikat, figyelembe kell vennünk, hogy nem kontrollált keretek között történt az adatfelvétel. Úgy vélem, ha a minta nagyobb lett volna, több férfi kitöltővel, talán átfogóbb képet kaptam volna arról, hogy a betegség aktivitása miként befolyásolja a sémák vagy a harag megélését. Ugyan a romániai kutatás eredményei különbséget véltek felfedezni a sémák tekintetében, de az egymásnak ellentmondó eredmények végett a téma mélyebb, összetettebb kutatásokat igényel. Kérdéses, hogy a kapott eredmények a személyiségszerveződés nyomán alakultak-e így, és ha igen, mik

azok a tényezők, folyamatok, amelyek a sémák kialakulása, és a harag befelé fordítása mögött állhatnak. Kérdéses, hogy ha a betegség kialakulásában a negatív életeseményeknek nincs etiológiai szerepe, mik voltak és mikor történtek azok az élmények, melyek a sémák megjelenésére hatottak, illetve az aktív sémák mennyire tekinthetők IBD-specifikusnak. Felvetődhet a kérdés, hogy ezek a sémák szerepet játszanak-e a betegség kialakulásában, vagy a betegség hatására aktivizálódtak. Érdemes lenni megvizsgálni, hogy harag érzésére, illetve megélésére hogyan hatnak az aktív sémák, esetleg a sémák szerepet játszanak-e a harag befelé fordításában. A közeljövőben tervezzük a téma mélyebb feltárását komplexebb statisztikai eljárások vizsgálatával, majd az eredmények publikálását.

Összefoglalás

Mint láthattuk, egy igen összetett kórképről van szó, melynek kialakulásában és lefolyásában a genetikai, környezeti valamint a pszichés tényezők szerepe egyaránt fontos. A betegség aktivitása fokozhatja a mindennapokban megélt terheket, fokozott alkalmazkodást kíván meg a beteg, és környezete részéről is, hiszen a betegséggel való megküzdésben az egyéni kontroll és a különböző pszichoszociális tényezőkön túl fontos szerepet töltenek be a társas kapcsolatok is.

A kutatásaink eredményei azt mutatják, hogy a betegek haragjukat jellemzően befelé fordítják, haragjukon pedig rágódnak. A többet rumináló betegek nagyobb mértékű betegségteherről számoltak be. A betegekre jellemzőek a saját maguk és mások felé támasztott magas elvárások, ezek be nem teljesülése haragot ébreszthet bennük. Hajlamosak az erényeik felett átsiklani, helyette az élet pesszimista aspektusai kötik le a figyelmüket, ami pedig szintén haragot kelthet bennük, amit önmagukban élnek meg, és sokat rágódnak rajta. A betegség aktivitása nem befolyásolja a haragruminációt, a harag befelé fordításának mértékét, feltehetően ez a betegekre jellemző személyiségvonás.

A gyógyszeres kezelésén túl fontos a betegek mentális egészségének ápolása is, a betegek multidiszciplináris kezelése javasolt. Fontos hangsúlyozni, hogy a nagyobb betegségteher, a harag befelé fordítása, illetve az aktív sémák megléte az IBD-vel élő személyek pszichoterápiába való bevonását igényelheti. A sématerápiás, vagy a kognitív viselkedésterápiás ülések, illetve a relaxációs módszerek alkalmazása segíthet a betegek életminőségében javításában, valamint az érzelemszabályozási nehézségeik adaptívabb kezelésében is.

Irodalom

Ábel, T. & Szentkereszty, B. (2019). Gyulladásos bélbetegségek. In Ábel, T. (szerk.), *Klinikai dietetika és orvostudomány*. Akadémiai Kiadó. <https://mersz.hu/kiadvany/659>

Atkinson, R. C. & Hildgard, E. (2005). *Pszichológia*. Osiris Kiadó.

Bodrogi, B., Bereczkei, T. & Deák, A. (2017). Érzelemszabályozás és az érzelmi intelligencia kapcsolata kognitív átkeretezési feladatban. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 72(4/3), 509-531. <https://doi.org/10.1556/0016.2017.72.4.3>

Császár, Gy. (1989). *Pszichoszomatikus orvoslás*. Medicina Könyvkiadó.

Császár, Gy. (1980). *Pszichoszomatika a gyakorlatban*. Pszichoteam.

Csibi, S., Csibi, M. & Grezsa, F. (2010). Agressziókifejezés és a megküzdési stílus vizsgálata serdülők körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11(2), 115-128. <https://doi.org/10.1556/Mental.11.2010.2.2>

Diósi, K. (2021). Minden betegség a belekben kezdődik. In L. Szőnyi, K. Diósi, Sz. Gyüre-Lihovay, L. Helstáb, A. Kacsur, K. Kovács, F. Liber, D. Mezősi, Zs. Németh, B. Román, J. Szabó (szerk.), *Mindset Bookazine* (pp. 146-149). Mindset Pszichológia Kft.

Hoffmann, S. O. & Hochapfel, G. (2000). *Neuróziselmélet, pszichoterápia és pszichoszomatikus medicina*. Medicina Könyvkiadó Rt.

Horváth, Zs., Urbán, R., Kökönyei, Gy. & Demetrovics Zs. (2022). *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó Zrt.

Kocsel, N. (2019). *A perszeveratív kogníciók pszichológiai és biológiai korrelátumai*. [Nem publikált doktori közlemény.] Eötvös Loránd Tudományegyetem.

Kovács, Á. & Lakatos, L. (2019). *Gyulladásos bélbetegségek – Amit az IBD-ről tudni kell*. Medicina Könyvkiadó Zrt.

Kozekiné, H., Zs. (2017). *Sématerápia alkalmazásának lehetősége egyéni terápiában*. Kapcsolat Tanácsadás. (p. 2.) <https://kapcsolat-tanacsadas.hu/2017/04/13/sematerapia-alkalmazasanak-lehetosege-egyen-terapiaban/>

Kököneyi, Gy. (2015). Érzelemszabályozás krónikus betegségekben. In Kiss, E., Cs. & Sz., M., H. (szerk.), *Gyász, krízis trauma és a megküzdés lélektana* (pp. 313-337). Pro Pannonia Kiadói Alapítvány.

Kököneyi, Gy. (2008). *Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban*. [Nem publikált doktori közlemény.] Eötvös Loránd Tudományegyetem.

Kulcsár, Zs. (2002). *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó.

Luban-Plozza, B., Pöldinger, W., Kröger, F. (1994). *Pszichoszomatikus betegek az orvosi gyakorlatban*. Animula Könyvkiadó.

Mogyorósy-Révész, Zs. (2019). Ézelmi regulációs változások krízisben és traumában – a helyreállítást segítő, pszichológiai tanácsadássorán alkalmazható módszerek és gyakorlatok. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 20(3), 267-298.
<https://doi.org/10.1556/0406.20.2019.007>

Mogyorósy-Révész, Zs. (2021). *Érzelemszabályozás a gyakorlatban - Újrapcsolódás belső önmagunkhoz*. Kulcslyuk Kiadó.

M, Novák (2005). Factor structure and reliability of the Hungarian version of the Illness Intrusiveness Ratings Scale. *Psychosom Medicine* (58), 103-110.

Oláh, A. (1989). *A harag és düh kifejezési mód skála tesztkönyve*. Munkaügyi Kutatóintézet.

Oláh, A. (2006). p. 715. *Pszichológiai alapismeretek*. Bölcsész Konzorcium.

<https://mek.oszk.hu/05400/05478/05478.pdf>

Onnis, L. (1993). *A pszichoszomatikus zavarok rendszerszemlélete*. Animula Kiadó.

Pécsi Tudományegyetem. (2020, október 14.) Pszichoszomatikus betegségek. [Video].

YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=qhhj0hGROOU>

Ranschburg, J. (1998). *Félelem, harag, agresszió*. Nemzeti Könyvkiadó.

Rigó, A. & Zsigmond, O. (2015). A szomatikus betegség, mint trauma. In Kiss, E., Cs. & Sz., M., H. (szerk.), *Gyász, krízis trauma és a megküzdés lélektana* (pp. 291-312). Pro Pannonia Kiadói Alapítvány.

Fuschia, M., S. & Jameson, K.,H. (2017). A longitudinal study of the profiles of psychological thriving, resilience, and loss in people with inflammatory bowel disease. *Health Psychology* 22(4), 920-939. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12262>

Szabó G. (2013). *Az életesemények pszichoszociális összefüggései és a krónikus betegségekkel való kapcsolata*. [Nem publikált doktori közlemény]. Semmelweis Egyetem.

Szajcz, Á. (2022). A hamis szelf? – Ki van az álarc mögött? *Mindennapi Pszichológia*, 3, 38-42.

Túry, F. (2003). Az orvosi szemlélet modelljei-a biopszichoszociális modell. In Kopp, M. & Berghammer, R. (Eds.), *Orvosi pszichológia tankönyv* (pp. 24-37). Medicina Könyvkiadó.

Unoka, Zs. (2010). Sématerápia. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(1), 31-45. <https://doi.org/10.1556/MPSzle.66.2011.1.3>

Young, J.,F., Kloska, J., S., Weishaar, M., E. (2010). *Sématerápia*. VIKOTE.