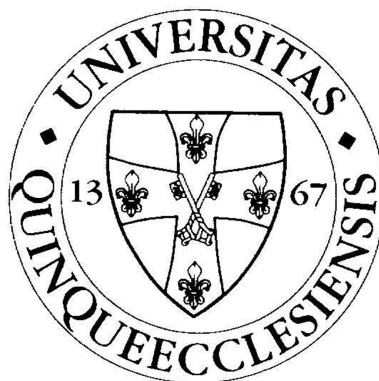


**PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM**  
**BÖLCSÉSZETTUDOMÁNYI KAR**  
**PSZICHOLÓGIA DOKTORI ISKOLA**  
**SZEMÉLYISÉGPSZICHOLÓGIA PROGRAM**



**PSZICHOSZOCIÁLIS ALKALMAZKODÁS RHEUMATOID ARTHRITISES  
BETEGEKNÉL: PSZICHOPATOLÓGIAI ÉS SZEMÉLYISÉGLÉLEKTANI  
VONATKOZÁSOK**

**DOKTORI (Ph.D.) ÉRTEKEZÉS**

**CSÓKÁSI KRISZTINA**

**TÉMAVEZETŐ: PROF. DR. KISS ENIKŐ CSILLA**

**Pécs**

**2016**

## Tartalomjegyzék

1. BEVEZETÉS .....	5
2. A RHEUMATOID ARTHRITIS ORVOSI ASPEKTUSA .....	6
2. 1. Az autoimmunitás és az autoimmun betegségek.....	6
2. 2. A rheumatoid arthritis epidemiológiája, tünettana és terápiája.....	10
3. A RHEUMATOID ARTHRITIS EGÉSZSÉGPSZICHOLOGIAI VONATKOZÁSAI .....	18
3.1. Életminőség, jól-lét és étellel való elégedettség rheumatoid arthritisben .....	19
3.2. A betegséghez való alkalmazkodás rheumatoid arthritisben .....	21
3.2.1. A betegséggel való megküzdés, mint alkalmazkodás .....	21
3.2.2. Kognitív adaptáció .....	23
3.2.2.1. Az élet értelme és a betegség elfogadása rheumatoid arthritises betegeknél.....	25
3.2.2.2. A betegség feletti kontrollérzet rheumatoid arthritises betegeknél.....	27
3.2.2.3. Az önértékelés és az énkép rheumatoid arthritises betegeknél .....	29
4. A RHEUMATOID ARTHRITISSEL ÖSSZEFÜGGŐ SZEMÉLYISÉGJELLEMZŐK....	31
4. 1. A hagyományos pszichoszomatikus (pszichodinamikai) megközelítés.....	31
4.2. Személyiségjellemzők: a neuroticizmustól az énhatékonyság-érzésig .....	35
5. A RHEUMATOID ARTHRITIS SZOCIÁLIS ASPEKTUSA.....	40
5. 1. Szociodemográfiai tényezők .....	40
5. 2. Társas kapcsolatok, attachment, társas támogatás.....	42
5. 3. Társadalmi vonatkozások .....	46
6. KOMORBID PSZICHIÁTRIAI KÓRKÉPEK .....	47
6.1. Depresszió .....	48
6.2. Szorongás .....	53
6.3. Szkizofrénia.....	57
7. VIZSGÁLAT .....	59
7.1. Célkitűzés .....	59
7.2. A vizsgálat hipotézisei.....	60
7.3. Vizsgálati eljárás .....	62
7.4. Vizsgálati módszerek .....	63
7.4.1. Temperamentum és Karakter Kérdőív (Temperament and Character Inventory, TCI) .....	64
7.4.2. Center for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D).....	67
7.4.3. Kórházi Szorongás és Depresszió Skála (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).....	67
7.4.4. Minnesota Többtényezős Személyiség-Kérdőív-2 (MMPI-2).....	68
7.5. Statisztikai elemzések.....	72
7.6. Első vizsgálat: a szorongás, a depresszió, illetve a temperamentum- és karakterjellemzők vizsgálata .....	73

7.6.1. Vizsgálati minta.....	73
7.6.2. Eredmények.....	75
7.6.2.1. Szorongás és depresszió (prevalencia, tünetek, demográfiai változókkal való kapcsolat) .....	75
7.6.2.2. Temperamentum és karakter (RA-s betegek temperamentum- és karakterjellemzői; a szorongás és a depresszió magyarázóváltozói) .....	82
7.7. Megvitatás .....	96
7.8 Második vizsgálat: személyiség- és pszichopatológiai jellemzők vizsgálata az MMPI-2 kérdőívvel.....	110
7.8.1. Vizsgálati minta.....	111
7.8.2. Eredmények.....	113
7.8.2.1. A vizsgálati csoportok MMPI-2 profiljai .....	113
7.8.2.3. Rheumatoid arthritises betegek MMPI-2 profiljának mintázatai .....	121
7.9. Megvitatás .....	124
8. ÖSSZEGZÉS ÉS KITEKINTÉS.....	133
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....	139
IRODALOMJEGYZÉK.....	140
MELLÉKLETEK .....	160

## Ábrajegyzék

1. ábra A szisztémás autoimmun betegségek kialakulása .....	9
2. ábra A vizsgálati minta kialakításának folyamata a TCI, HADS és CES-D kérdőívekre vonatkozó elemzésekhez .....	74
3. ábra A vizsgálati csoportok átlagpontszámai az Újdonságkeresés alfaktoraiban .....	84
4. ábra A vizsgálati csoportok átlagpontszámai az Ártalomkerülés alskáláin .....	85
5. ábra A vizsgálati csoportok átlagpontszámai a Jutalomfüggőség alfaktorai mentén.....	86
6. ábra A vizsgálati csoportok átlagpontszámai az Önirányítottság alfaktorain .....	87
7. ábra A vizsgálati csoportok átlagpontszámai az Együttműködés alfaktoraiban .....	88
8. ábra A vizsgálati csoportok átlagpontszámai a Transzcendencia-élmény alfaktorain .....	89
9. ábra A vizsgálati minta kialakításának folyamata.....	112
10. ábra A vizsgálati csoportok átlagértékei az MMPI-2 tartalmi skáláin .....	119
11. ábra A klaszteranalízissel azonosított RA-s alcsoportok MMPI-2 profiljai .....	123

## Táblázatok jegyzéke

1. táblázat A rheumatoid arthritis diagnosztikai kritériumai.....	14
2. táblázat A vizsgálati csoportok szocio-demográfiai jellemzői.....	75
3. táblázat A CES-D és HADS kérdőívek átlagai a vizsgálati csoportokban.....	76
4. táblázat A szorongásos és depressziós állapotok előfordulási gyakorisága a HADS és a CES-D kérdőívek alapján.....	78
5. táblázat A CES-D kérdőív faktorainak diszkriminancia analízise .....	79
6. táblázat Bináris logisztikus regressziós modell, a szorongás prediktorai .....	81
7. táblázat Bináris logisztikus regressziós modell, a depresszió prediktorai.....	82
8. táblázat A vizsgálati csoportok adatai a TCI kérdőív faktorai mentén .....	83
9. táblázat A temperamentum-típusok előfordulási gyakorisága a vizsgálati csoportokban ...	90
10. táblázat Karaktertípusok gyakorisága a vizsgálati csoportokban.....	91
11. táblázat A karakter érettségére vonatkozó típusok előfordulási gyakorisága a vizsgálati csoportokban .....	92
12. táblázat A HADS Szorongás magyarázóváltozói a vizsgálati csoportokban.....	95
13. táblázat A HADS Depresszió magyarázóváltozói a vizsgálati csoportokban.....	96
14. táblázat A vizsgálati csoportok szociodemográfiai jellemzői .....	113
15. táblázat A vizsgálati csoportok T-értékei az MMPI-2 klinikai skáláin.....	115
16. táblázat A magas (65T-érték vagy efeletti) pontértéket elérők aránya a betegcsoportokban .....	116
17. táblázat A rheumatoid arthritises és a sclerodermás betegcsoportok átlag értékei az MMPI-2 Depresszió és Hisztéria skáláinak alskáláin, valamint a 64T-érték feletti pontértéket elérők aránya .....	117
18. táblázat A magas ( $\geq 65T$ ) pontértéket elérők aránya a betegcsoportokban .....	120
19. táblázat A rheumatoid arthritises betegek MMPI profilja korábbi kutatások alapján.....	128

## 1. BEVEZETÉS

Az egészségpszichológia népszerűségének növekedésével egyre több figyelem irányul a különböző krónikus betegségek pszichológiai vonatkozásaira. Bizonyos pszichés tényezők ugyanis szerepet játszhatnak ezek kialakulásában, de még inkább meghatározóak a krónikus szomatikus állapotok lefolyását illetően. Az utóbbi évek, évtizedek kutatásai elsősorban a stresszre és az ezzel való megküzdésre helyezik a hangsúlyt, valamint a krónikus betegségek olyan további következményeire, mint a szorongás, a depresszió, illetve az életminőség jelentős mértékű csökkenése. Nincs ez másként az immunrendszer megbetegedéseit illetően sem. Ennek következtében a személyiség-lélektani korrelátumaikról jóval kevesebb tudományos ismerettel rendelkezünk. Még az olyan – egyébként régóta pszichoszomatikusnak tartott – betegség esetében is elmondható ez, mint a rheumatoid arthritis. Vizsgálatunk ezt a hiányosságot próbálja némileg pótolni azzal, hogy megpróbáljuk feltárni az érintett betegek temperamentum- és karakter-jellemzőit, valamint a társuló pszichopathológiai problémákat. A személyiségtényezők ismerete azért lehet fontos, mert befolyásolják a betegséggel való megküzdést, hiszen hatással lehetnek a tünetek észlelésére és értelmezésére, az orvoshoz fordulás gyakoriságára és a kezeléssel való együttműködésre, vagy éppen a hétköznapi problémák esetén alkalmazott megküzdési stratégiákra. Összességében tehát a különböző személyiségváltozók jelentős szerepet játszanak abban, hogy a krónikus betegek sikeresen tudnak-e alkalmazkodni a betegségükhöz, vagy ennek következtében jelentős mennyiségű pszichés distresszt (esetleg szorongást és depressziót) tapasztalnak-e meg. Jelen kutatás célja tehát a rheumatoid arthritises nők személyiségének és pszichopathológiai tüneteinek átfogó feltárása, amelyet egy másik autoimmun kórképben, szisztémás sclerosisban érintett nők és egészséges kontroll személyek egy csoportjának jellemzőivel hasonlítunk össze. A rheumatoid arthritises betegek vizsgálata lehetőséget ad a régi hagyományokkal bíró pszichoszomatikus szemlélet és az egészségpszichológiai megközelítés összevetésére. Másfelől, ez a leggyakoribb autoimmun kórkép, amely az érintettekre nézve súlyos következménnyel jár (fájdalom, munkaképtelenség, depresszió, stb.), így jelentősen rontja az életminőségüket és életkilátásaikat. Emellett szűkebb környezetükre, vagyis családjukra, gondozóikra is komoly terhet ró az állapotuk. Mindezekon felül, mivel egy krónikus kórképről van szó, amely élethosszig tartó ellátást igényel, és rokkantságot okoz, ezért jelentős gazdasági kihatásai is vannak. Következésképpen, a rheumatoid arthritises betegek gondozásának javítása, és a számukra elérhető intervenciók hatékonyságának növelése mind az egyének és szociális környezetük, mind a társadalom szintjén érzékelhető hatással járna és fontos lenne.

## **2. A RHEUMATOID ARTHRITIS ORVOSI ASPEKTUSA**

A különböző krónikus betegségek klinikai egészségpszichológiai szempontú ismertetése felöleli az adott kórkép orvosi aspektusát, vagyis etiológiáját, tünettanát, lefolyását és kezelési lehetőségeit, valamint magában foglalja a betegség kialakulásával, fennállásával és esetleges progressziójával összefüggő pszichológiai tényezőket és pszichés folyamatokat. Az előbbiek mellett természetesen nem hagyhatók figyelmen kívül a szociális vonatkozások sem, melyek egyaránt megmutatkoznak mikro- (pl. az érintett személy családi és szűkebb társas kapcsolataiban okozott változásokban) és makro-szinten (pl. az adott betegség társadalmi szintű költségeiben). A különböző betegségek ilyen komplex módon való megközelítését kívánja meg az a szemléletmód, amelyet az egészségpszichológia tudományterülete magáénak vall, hiszen a bio-pszicho-szociális modell keretein belül igyekszik kezelni az egészséggel és betegséggel kapcsolatos jelenségeket. Ennek megfelelően elsőként az autoimmun betegségek általános jellemzőit vesszük sorra, továbbá bemutatjuk a rheumatoid arthritis (továbbiakban RA) patomechanizmusát, tünettanát és terápiás lehetőségeit. Annál is inkább, mivel a tünetek és a bevett terápiás eljárások ismerete elősegíti annak megértését, hogy ezek mekkora terhet jelentenek az érintetteknek és milyen mértékű alkalmazkodást követelnek meg a mindennapok során.

### **2. 1. Az autoimmunitás és az autoimmun betegségek**

Az immunrendszer neve a latin „immunitas” szóból ered, amely az adóktól és közterhektől való mentességet jelenti. Az orvostudomány a XX. század eleje óta használja a szót átvitt értelemben a fertőzésekkel szembeni védelemre és az ezzel kapcsolatos tudományág megnevezésére (Fonyó, 1997).

Szervezetünket folyamatosan külső és belső károsító hatások érik, melyekkel szemben védekeznie kell és meg kell őriznie integritását. Ezek az exogén tényezők lehetnek fizikai (pl. hő, sugárzás), vegyi (pl. savak, lúgok, toxinok) vagy biológiai eredetűek (pl. vírusok, gombák, baktériumok). Ezzel párhuzamosan a szervezeten belül is keletkezhetnek olyan anyagok (tumorsejtek, vérrögök, nekrotizált szövetrészek, stb.), amelyek veszélyeztethetik annak működését. Ennek ellenére, a szervezetre a morfológiai és funkcionális egyensúly a jellemző, ami többek között a specifikus és aspecifikus védekező-rendszernek köszönhető, melyek egymással együttműködve fejtik ki hatásukat. Az előbbiek alapján tehát az immunrendszer

legfontosabb feladata az idegen (antigének) és a megváltozott saját struktúrák felismerése, és ezek elpusztítása vagy hatástalanítása (Fonyó, 1997).

Ezen túlmenően azonban az immunrendszer kizárólag akkor tekinthető megfelelően működőnek, ha a saját struktúrákat nem csak felismerni képes, de azokkal szemben toleráns is. Ez az immuntolerancia a T- és a B-sejtekre egyaránt érvényes, és a fenntartása különböző folyamatok egyensúlya által valósul meg. Egyik fajtája a központi tolerancia, amely az elsődleges nyirokszervekben a még éretlen T- vagy B-sejtekben kialakuló toleranciát jelenti. Ebben az esetben azok a T-sejtek, amelyek érésük és differenciálódásuk során találkoztak a nekik megfelelő antigénnel, nem kerülnek ki a keringésbe, hanem elpusztulnak (klonális deléció), míg az ilyen B-sejtek anergiássá válnak és elvesztik reaktivitásukat (klonális anergia). A perifériás tolerancia a már érett sejtek esetében jön létre, amennyiben találkoznak bizonyos antigénekkal (Józsa, 2001).

Az autoimmun betegségek hátterében az előbb említett autotolerancia megszűnése áll, amelynek következtében a szervezetben a saját antigénekkal szemben immunreakció indul be. Fontos azonban kiemelni, hogy autoimmun mechanizmusok a tünet- és panaszmentes személyeknél is előfordulnak (ún. fiziológias szintű autoreaktivitás), de ezeket a megfelelően működő immunrendszer féken tudja tartani. Ennek értelmében autoimmun betegségekről csak akkor beszélhetünk, ha az autoimmun folyamatok klinikai tünetekkel is együttjárnak, azaz valamilyen funkcionális rendellenesség, betegség lép fel sajátos hisztopatológiai és morfológiai elváltozásokkal. Következésképpen, csakis azok az állapotok számítanak autoimmun kórképnek, melyekben az immunrendszer egy vagy több auto-antigén struktúrával szemben olyan támadást indít, amelynek klinikai következményei vannak. Azonban még ezekben az esetekben is kérdéses az, hogy az autoimmun jelenségek és a betegség elsődleges vagy másodlagos autoimmun betegség-e, azaz az autotolerancia megszűnése közvetlen oka-e a betegségnek vagy ezt más folyamatok váltják ki és csak kísérője az adott kórképnek (Szegedi, 2000). Jelenleg körülbelül 80 autoimmun betegséget különböztetnek meg, pontos számuk azonban nem adható meg, mert újabb és újabb kórképekről derül ki időnként, hogy autoimmun folyamatok állnak a hátterükben. Arra a kérdésre sem lehet teljesen kielégítő választ adni, hogy növekszik-e az autoimmun betegségekben szenvedők száma. Annyi bizonyos, hogy az egyes kórképek incidenciája növekszik, főként a diagnosztikus lehetőségek javulása, a pontosabb klasszifikációs rendszerek és a finomabb labordiagnosztikai lehetőségek miatt. Mindezek következtében napjainkban már az enyhébb és az atípusos kórformák is felismerhetők. Emellett a prevalencia is növekszik a kezelési lehetőségek bővülése és a

terápiás hatékonyság fejlődése miatt, valamint annak következtében, hogy ezeknek köszönhetően az elmúlt időszakban jelentősen javult a túlélési ráta. Összességében elmondható, hogy az autoimmun kórképek gyakorisága kb. 5-6%, ami betegségekre lebontva azt jelenti, hogy hazánkban néhány száz, vagy néhány ezer beteggel kell számolnunk kórformánként. Megjegyzendő azonban, hogy az utóbbi években szignifikáns növekedés mutatkozik a betegek számában egyes betegségekre, például a sclerosis multiplex, a szisztémás lupus erythematosus, illetve a scleroderma esetében (Czirják, Kiss & Kiss, 2007).

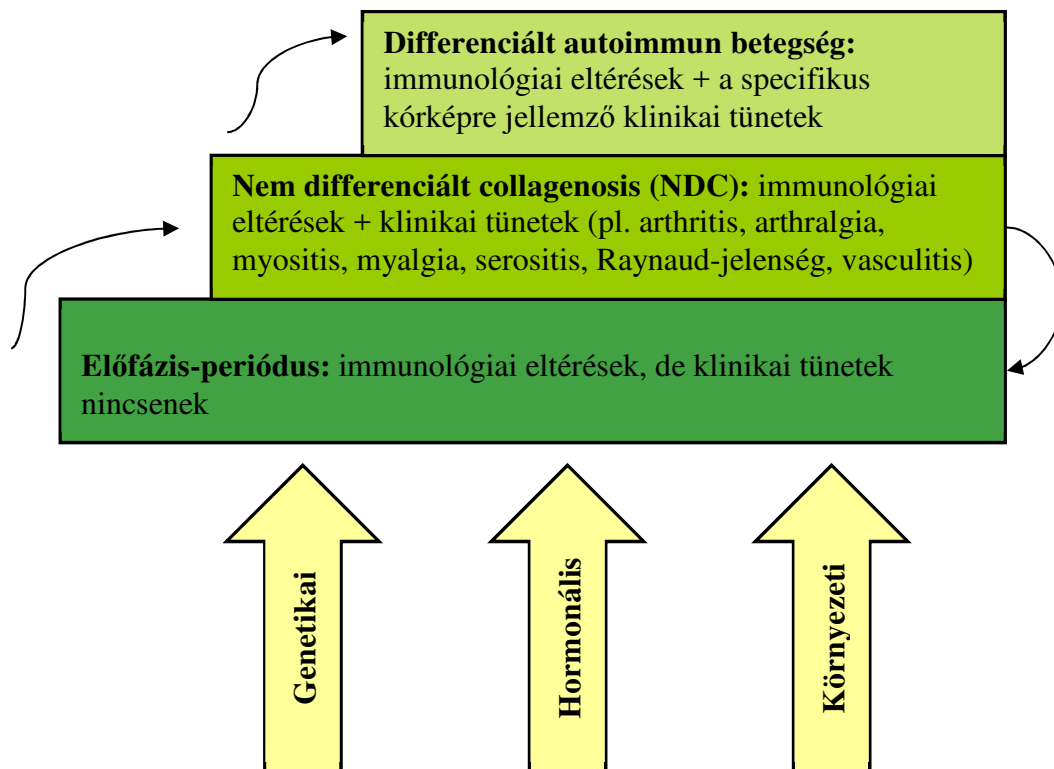
Az autotolerancia megszűnésének több lehetséges okát tárták fel a kutatók, amelyek különböző mértékben és általában egymást átfedve játszanak szerepet az egyes autoimmun betegségek kialakulásában (Szegedi, 2000). Az egyik lehetséges ok szerint az egyes szervek (pl. a szemlencsék vagy a herék) az immunrendszertől elzártan fejlődnek ki, így sérülésük esetén az egyébként ép immunrendszer ezeket idegenként fogja azonosítani (Józsa, 2001). Ugyancsak immunreakciót válthatnak ki a külső- vagy belső hatásra szerkezetileg megváltozó anyagok vagy azok a saját antigének, amelyek nagymértékben hasonlítanak valamely idegen antigénre. Harmadrészt, az immunrendszer komplex működésében és szabályozásában szerepet játszó folyamatok valamelyik lépcsőjén bekövetkező hiba – például a szupresszor T-sejtek számának vagy aktivitásának csökkenése – szintén immunreakciót válthat ki (Józsa, 2001).

Az autoimmun betegségek etiológiájuk tekintetében multifaktoriálisak. Ennélfogva, a kialakulásukban számos tényező vesz részt, melyek közül egyesek prediszponálóak, mások pedig közvetlen kiváltó faktorok. Az előbbiekre tartoznak a genetikai tényezők – ezek mindig poligénes elváltozások -, amelyek különböző mértékben ugyan, de szerepet játszanak a kórképek létrejöttében, jóllehet, önmagukban nem elegendőek a betegségek kialakulásához. Szerepüket bizonyítják a betegek rokonai körében végzett vizsgálatok, illetve az a tény, hogy gyakoriak az autoimmun betegségek társulásai egy személy esetében (overlap szindróma) (Buzás, Falus & Szegedi, 2007). A közvetlen kiváltó okok közé azok a külső vagy belső hatások tartoznak, amelyek megszüntetik az autotoleranciát, vagy amelyek fokozzák az immunmediátorok termelődését, ezáltal pedig gerjesztik a gyulladós folyamatokat – ilyen tényezők például a fertőzések vagy a napsugárzás. Továbbá annak következtében, hogy az immunrendszer és a hormonrendszer egymással szoros kapcsolatban állnak, a hormonháztartás megváltozása (pl. várandósság esetén) kihat az immunfolyamatokra is, így a hormontermelésben bekövetkező változások iniciálhatják az autoimmun kórképeket. Ezek mellett nem elhanyagolható jelentőségűek a környezeti faktorok sem, mint mondjuk a



napfény, a fizikai terhelés vagy a táplálkozás, amelyek szintén hatással lehetnek az immunszabályozásra (Szegeci, 2000). Végül, de nem utolsó sorban, ezen betegségek kialakulása és lefolyása jelentős mértékben összefügg a beteg életében jelen lévő stresszorokkal, melyek egyaránt lehetnek fizikai és pszichés stresszorok.

Az autoimmun betegségek klasszifikációja leggyakrabban annak alapján történik, hogy az adott szindróma hány szervet érint. Eszerint poliszisztémás, vagyis az egész szervezetre kiterjedő, illetve szervspecifikus, azaz egyetlen szervet érintő betegségeket különítenek el egymástól (Szegeci, 2000). Ez a besorolás azonban nem teljesen állja meg a helyét, mivel a betegségek legtöbbször a két végpont között helyezkednek el. Ezen osztályozási rendszer másik hibája az, hogy nem valódi ok-okozati kapcsolatú patogenetikai tényezőkre épül, vagyis nem veszi figyelembe a patogenetikai háttérláncolatot. Újabb a két csoport mellett egy szövet-és sejtspecifikus autoimmun betegség-csoportot is elkülönítenek, azonban az említett problémát ez sem oldja meg teljesen (Zeher & Szegeci, 2007).



1. ábra A szisztémás autoimmun betegségek kialakulása

Az autoimmun betegségek diagnosztikája speciális kritériumok alapján történik: ha a kritériumtünetek elegendő száma bizonyos ideig fennáll, akkor kimondható az adott betegség diagnózisa. Ezt azonban nehezíti az a tény, hogy az autoimmun kórképek kezdete hónapokig vagy esetleg évekig is elhúzódhat. A kialakulásuk ugyanis tulajdonképpen egy folyamatnak tekinthető (ld. 1. ábra). Kezdetben nincsenek specifikus megfigyelhető tünetek, ilyenkor a nem differenciált collagenosis (NDC) diagnózisát szokták adni. A beteg már ebben az állapotban is megfelelő ellátást igényel, jóllehet, a betegség progrediálása ebből a szakaszból az eseteknek csak kb. 60%-ában történik meg, a maradék 40%-ban pedig vagy stagnál, vagy megszűnik. Emellett ebben a szakaszban azt sem lehet eldönteni, hogy a betegség vajon melyik definitív kórkép irányába fog előrehaladni. Következésképpen, az NDC stádium tulajdonképpen egy dinamikus állapotnak tekinthető, melyet az előbb említett három lehetőség – a stagnálás, a megszűnés és a progrediálás – bármelyike követhet (Bodolay, Dérfalvi, ifj.Gergely & Poór 2007).

A szisztémás autoimmun betegségek, mint amilyen az RA is, sok specifikus sajátossággal jellemezhetőek ugyan, de vannak közöttük az eltérések mellett hasonlóságok is. Ezen utóbbiak a kóroki tényezőkben, a patomechanizmusban, a kórlefordulásban és a klinikai tünetekben egyaránt megnyilvánulhatnak. Közös sajátosságuk a női dominancia, az általános tünetek (gyengeség, fáradékonyság, láz), a hullámzó vagy ritkábban a krónikus progresszív kórlefordulás, és legtöbbször előfázissal kezdődnek (Kiss, Dankó, Sütő & Zeher, 2007). Ezen hasonlóságok ellenére az autoimmun betegségek inkább heterogénnek nevezhető csoportot alkotnak, melyek közül az alábbiakban a rheumatoid arthritist mutatjuk be részletesebben.

## **2. 2. A rheumatoid arthritis epidemiológiája, tünettana és terápiája**

A rheumatoid arthritis, vagy más néven krónikus sokízületi gyulladás ismeretlen etiológiájú, autoimmun patomechanizmusú, progresszív lefordulású gyulladásos betegség, amely elsősorban az érintett ízületek destrukciójában mutatkozik meg, de emellett súlyos károsodásokat okoz(hat) egyéb szervekben is. Az ízületek eróziójának következtében jelentős mértékű mozgáskorlátozottsággal és életminőség-romlással jár együtt. Ezen túlmenően pedig mintegy 10 évvel megrövidíti a várható élettartamot (Bálint & ifj. Gergely, 2000).

## **EPIDEMIOLOGIA**

Az autoimmun betegségek egyik leggyakoribb fajtája az RA, ugyanis a népesség 1-1,5%-nál alakul ki. A nemi megoszlás tipikus mintázatot mutat: nők között 3-4-szer gyakrabban fordul elő, mint férfiaknál (Bálint & ifj. Gergely, 2000). Hazánkban egy közelmúltbeli felmérés adatai szerint a 14 és 65 év közötti korosztályban a prevalencia nők között 0,37%, férfiak között 0,23%. Mindösszesen legalább 100.000, biztosan arthritises magyar beteggel számolhatunk (OEP, 2010). A prevalenciát, sőt, a lefolyást és a súlyosságot, illetően is különbségek mutatkoznak az egyes népcsoportok között, azonban a világ minden táján jelentkezik ez a betegség. Többek között megfigyelhető, hogy Észak-Európában súlyosabb formában manifesztálódik, valamint a per os szedett fogamzásgátlók csökkentik a gyakoriságát (Bálint & ifj. Gergely, 2000).

## **ETIOLÓGIA**

A betegség genetikai hátterét bizonyítja a családi halmozódás és az egypetéjű ikreknél kimutatható magas konkordancia. A betegségre való hajlam azonban, a fentebb említetteknek megfelelően, poligénes öröklődésű. A genetikai tényezőkön kívül környezeti faktorok is hozzájárulnak az RA kialakulásához (Buzás és mtsai, 2007). Bizonyos retrovírusok és az Epstein-Barr-vírus kóroki szerepét illetően vannak bizonyítékok, míg más vírusok (humán herpesvírus 6, parvovírus B19, hepatotrop vírusok) esetében nem meggyőzőek a kutatási eredmények. A kiváltó környezeti tényezők baktériumok is lehetnek, amit alátámaszt többek között az a megfigyelés, miszerint antibakteriális szerek hatékonyak lehetnek az RA kezelésében. Emellett az is bizonyítást nyert, hogy bizonyos baktériumok ellen irányuló immunválasz mutatható ki az RA-s betegekénél, illetve bélflórájuk megváltozik, de ennek befolyásolása pozitívan hat a kórfolyamatra. A vírusokon és baktériumokon kívül etiológiai faktorként vagy legalábbis súlyosbító tényezőként tartják számon a nemi hormonokat, az állati fehérjéket tartalmazó diétát, továbbá a lelki és fizikai stresszt (Bálint & ifj. Gergely, 2000).

## **PATOGENEZIS**

Az RA patogenezise összetett folyamat, amely nem minden részletében ismert. Az első patológiai jelenségek valószínűleg a synovialis kiserekben játszódnak le. Elképzelhető, hogy a primer kórokozó az erek elváltozását okozza, valamint ezeken keresztül jut be az ízületbe. Ezt követi a B-sejt, T-helper sejt, makrofág és neutrofil granulocita infiltráció és aktiváció, melyek eredményeképp rheumatoid faktorok termelődése, illetve synovialis sejt

proliferáció és chondrocita és osteoclast aktiváció történik, és ezek együttesen gyulladáshoz és ízületi destrukcióhoz vezetnek. A folyamat következményeként végül károsodik a porc és a csont, megnő az ízületi nyomás, tágul az ízületi tok, és ettől instabillá válik az érintett ízület, továbbá gyengülnek a periarticularis izmok (Bálint & ifj. Gergely, 2000).

### **KEZDETI TÜNETEK ÉS KÖRLEFOLYÁS**

A betegség többnyire különösebb előzmény nélkül, lassan, lappangva kezdődik. Egyes esetekben azonban vírusfertőzés, ízületi trauma, szülés utáni hormonális változás vagy nagy lelki megrázkódtatás előzi meg. Az első tünetek általában a kéz kisízületeiben jelentkeznek, és csak lassan fejlődik tovább a betegség. Csak ritkán figyelhető meg, hogy az RA először valamely nagy ízületben kezdődik (térd, könyök, váll), és hosszú idő után terjed tovább más nagy ízületekre és a kéz kisízületeire. A betegségkezdet harmadik formájában, amely az esetek mintegy 10%-ában fordul elő, a betegnél hirtelen, akutan alakul ki a kórkép, szinte egyszerre érintve szimmetrikusan az összes ízületet. A betegség lefolyását illetően szintén három típus különíthető el. Leggyakrabban az RA közepesen súlyos lefolyású és ezen esetek 60-70%-ban szeropozitívak. A betegek 10-20%-ánál enyhe lefolyás figyelhető meg, amely gyakran spontán gyógyul és többnyire szeronegativitás jellemzi. További 15-20%-ban a betegség súlyos lefolyású és gyors progressziójú, így a diagnózis után rövid időn belül alakulnak ki ízületi deformitások – mi több, gyakori a letális kimenetel. Ennél a formánál szinte kivétel nélkül minden beteg reumafaktor (RF) pozitív (Bálint & ifj. Gergely, 2000). A betegség progressziójával rosszabbodik a betegek általános egészségi állapota és életminősége. Mindazonáltal, a betegség-specifikus életminőség romlása csak egy bizonyos határig (középsúlyos stádiumig) mutat együttjárást a betegség progressziójával, ugyanis a kórfolyamat további előrehaladása egy határon túl már nem okoz további életminőség-csökkenést (Péntek és mtsai, 2008).

Általánosságban elmondható, hogy a kórlefordulás szempontjából az első 2 év a döntő. Spontán vagy kezelés hatására bekövetkező remisszió is ekkor észlelhető. Másrészt, az ez idő alatt érintett ízületek száma a későbbiek során jelentősen már nem növekszik. Érdemes kiemelni továbbá, hogy a várandósság 70%-ban szintén remisszióhoz vezet, részben hormonális, részben immunológiai okok következtében. A betegség fellángolását jóval több tényező idézheti elő, melyek közé a fizikai és lelki stressz, infekciók (a fertőzésekre való hajlamot a szteroid- és immunszuppresszív kezelés még inkább fokozza), hormonális depresszió (pl. szülés utáni állapot, laktáció), immobilitás és a bázisterápiás vagy a szteroidkezelés hirtelen abbahagyása tartoznak.

### **KLINIKAI TÜNETEK – ÍZÜLETI ELVÁLTOZÁSOK**

Az ízületi elváltozások – a korábban említettek szerint – leggyakrabban a kézen, a csuklón, a láb kisízületeiben, illetve a térdízületben tapasztalhatóak először. A kéz és a csukló érintettsége esetén különösen szembetűnők a tünetek: a kéz radiális irányba történő diszlokációja, illetve a kisízületek duzzanata, gyulladása és deformálódása. A lábujjakon jóval kevesebb klinikai tünet figyelhető meg. Az előbbieken kívül a betegség a progresszió következtében rendszerint a váll-, a csípő- és a nyaki gerinc ízületeire terjed ki. Mindazonáltal, bármely ízület érintett lehet, akár az állkapocs- vagy a gégeízület is, mely utóbbi esetben a betegek gégefájalmat és reggeli afóniát észlelnek (Bálint & ifj. Gergely, 2000).

### **KLINIKAI TÜNETEK – ÍZÜLETEN KÍVÜLI ELVÁLTOZÁSOK**

Az extraarticularis elváltozások szinte bármelyik szervrendszerben megjelenhetnek, lévén az RA a szisztémás autoimmun kórképek közé tartozik. Meglehetősen gyakran tapasztalhatók például csontelváltozások, melyek közül legáltalánosabban az osteoporosis fordul elő. Ez egyrészt a gyulladáshoz kapcsolódó citokinek hatására, másrészt pedig az inaktivitás, a Ca- és D-vitamin-felszívódási zavar, vagy éppen az RA-re kapott szteroidkezelés nyomán alakul ki. A betegek többségénél megfigyelhetők az izomerő-gyengülés és az izom-atrófia formájában jelentkező izomelváltozások, melyeket az ízületi belnyomás emelkedése vagy az inaktivitás okoz elsősorban, de előfordulhat neurogén eredetű izomsorvadás is. Az idegrendszeri érintettség főként perifériás neuropathiaként mutatkozik meg (a kéz és/vagy a láb hirtelen fellépő, kesztyűszerű zsibbadása). A betegek 20-40%-ánál detektálhatók rheumatoid csomók, melyek a bőr alatt elhelyezkedő, szabad szemmel jól látható, rugalmas tapintású, elmozgatható csomók. Előfordulhatnak az ujjakon, a hajas fejbőrön, a belső szervekben (tüdőben, gerincsatornában), de leginkább a könyöktájékon keletkeznek. Mindenesetre, a megjelenésük súlyosabb prognózisra utal. Mindenképpen említést érdemelnek a testszerte kialakuló gyulladások. Ezek közé olyan klinikai tünetek tartoznak, mint a scleritis, episcleritis (a szem ínhártyájának gyulladása), szekunder Sjögren szindróma (a szem- és a száj szárazsága) és vasculitis (a kis- és középnyag erek gyulladása az érfalba lerakódó immunkomplexek miatt; generalizált formája a végtagok és a belső szervek ereit betegíti meg, mely a végtagokon bőrfekélyeket és bőrelváltozásokat okozhat). Az inflammáció kiterjedhet a legfontosabb belső szervekre is, így ennek eredményeként, az RA leggyakoribb ízületen kívüli manifesztációi a tüdőt (pl. pleuritis, tüdőfibrózis), a szívet (pericarditis, myocarditis, endocarditis, valvulitis, coronaritis) és a veséket (pl. pyelonephritis

és a következményes veseelégtelenség) érintően alakulnak ki (Bálint és ifj. Gergely, 2000). Ezek részben primer szövödmények, részben pedig szekunderek, azaz vagy az előbbieken talaján alakulnak ki, vagy a kezelés által indukáltak (Bernscherer, Karabélyos & Tarján, 2008).

### **DIAGNOSZTIKA**

Az RA diagnózisát rendszerint az Amerikai Reumatológiai Kollégium klasszifikációs kritériumai alapján állapítják meg. A diagnosztikai kritériumok (1. táblázat) közül legalább négynek kell teljesülnie olyan módon, hogy az 1-4. tünetek csak akkor értékelendők, ha legalább 6 héten keresztül fennállnak (Bálint & ifj. Gergely, 2000).

<b>Kritérium</b>	<b>Leírása</b>
1. Reggeli merevség	Az ízületekben és környékükön jelentkező merevség, mely legalább 1 órán át tart
2. Három vagy több ízületi régió gyulladása	Legalább 3 ízületet érintően egyszerre jelentkező lágyrész duzzanat vagy folyadékgyülem
3. Kéz ízületeinek gyulladása	Legalább egy ízületi régió gyulladása a csukló és a kéz kisízületei közül
4. Szimmetrikus ízületi gyulladás	A gyulladás mindkét oldalon tapasztalható
5. Rheumatoid csomók	Bőr alatti csomók csontos alapon, általában extensor felszínen <u>Megjegyzés:</u> Legspecifikusabb, de csak 20-40%-ban fordul elő; súlyos állapotra vagy súlyos prognózisra utal
6. Rheumatoid faktor (RF) jelenléte a szérumban	RF magasabb szintje a szérumban <u>Megjegyzés:</u> A betegség első évében csak 40-60%-ban mutatható ki, a 2.-3. évben eléri a 80%-ot
7. Radiológiai elváltozások	Jellegzetes elváltozások a kéz és a csukló röntgenfelvételén

**1. táblázat A rheumatoid arthritis diagnosztikai kritériumai**

A reumafaktoron kívül más antitestek is kimutathatóak RA-ban, többek között antikreatin-antitestek és antinukleáris faktor. A további laboratóriumi vizsgálatok közül kiemelendő a vérsejtsüllyedés és a C-reaktív protein szintjének mérése, melyek – különösen az utóbbi – a gyulladás aktuális mértékére engednek következtetni. A vérképben jellegzetesek még az anémiára utaló eredmények, amely a krónikus gyulladás következménye – vagy ha vashiányos anémiáról van szó, akkor azt a nem szteroid gyulladásgátlók által előidézett gasztrointesztinális vérvesztés okozza. Emellett megfigyelhető még a fehérvérsejtek és a vérlemezkék alacsony száma. A laboratóriumi vizsgálatokat kiegészítik még radiológiai vizsgálattal, amely az ízületi eróziót, destrukciót, deformitást mutatja meg. Az eredménye alapján megállapítható a betegség progressziója és súlyossága (Bálint & ifj. Gergely, 2000).

A betegség aktuális gyulladásos aktivitását a szubjektív és szemisubjektív klinikai paraméterek pontosabban és megbízhatóbban jelzik, mint a laboratóriumi leletek, melyek közül a C-reaktív protein szintje a legmegbízhatóbb. Ebből kifolyólag a következőket regisztrálják a beteg vizsgálatakor: kezek reggeli ízületi merevségének ideje percben, nyomásérzékeny és gyulladt ízületek száma, fájdalomérzet és a beteg véleménye saját állapotáról vizuális analóg skálán. Ezek a mégoly szubjektív adatok hitelt érdemlően tükrözik a beteg állapotát, mi több, a terápiás hatások mérésére is alkalmasak. A mozgásszervi funkció jellemzésére a Steinbrocker-féle funkcionális osztályozást használták régebben, napjainkban azonban egyre inkább a Health Assessment Questionnaire (HAQ) segítségével mérik a beteg fizikai funkcionálását, és ezáltal a betegség klinikai aktivitását (Bálint & ifj. Gergely, 2000). A HAQ-index értéke többnyire jellegzetes változást mutat a betegség lefolyása során: az első két évben csökken, majd fokozatosan növekszik (Péntek és mtsai, 2008).

### **TERÁPIA – GYÓGYSZERES ÉS SEBÉSZI KEZELÉS**

A betegek gyógyszeres kezelése rendszerint nem szteroid gyulladáscsökkentők, bázissterápiás szerek és szteroidok alkalmazását foglalja magába (Gergely & Fekete, 2007). Nem szteroid gyulladáscsökkentőkkel (nonstreoidal anti-inflammatory drugs - NSAIDs) kezdik a betegség kezelését, melyek a gyulladás nem specifikus csökkentésére szolgálnak. Ebbe a gyógyszercsoportba nagyjából azonos hatású és mellékhatás-spektrumú szerek tartoznak, azonban a betegek között meglehetősen nagy eltérések tapasztalhatók a hatékonyság és a mellékhatások tekintetében. Ennélfogva, általában több készítményt is kipróbálnak egy-egy betegnél, melyek közül majd a leghatásosabbat választják ki (Bálint & ifj. Gergely, 2000). A gyógyszerválasztásnál további szempont a beteg kora, az anamnézisben szereplő korábbi vagy társult betegségek, valamint az RA kezelésére alkalmazott egyéb

gyógyszerek (pl. szteroidkezeléssel nem kombinálандók az NSAID-k). A betegségmodifikáló, vagy más néven bázisterápiás szerek (disease modifying antirheumatic drugs - DMARDs) hatásmechanizmusa nem pontosan ismert, jórészt empirikus eredmények alapján kerültek be a terápiás eljárások közé. Néhányuknak azonban bizonyítottan immunszuppresszív, illetve immunmoduláló hatása van. A terápiás protokoll előírása alapján, érdemes ezeket a szereket a betegség minél korábbi szakaszában adni. A leggyakrabban elrendelt készítmények közé a chloroquin, methotrexát, ciklosporin és az injekciós aranykészítmény tartoznak. A szer kiválasztásánál ebben az esetben is jobbra a beteg kora és a betegség progressziója a legfontosabb irányelv. A gyógyszeres terápia harmadik pillére az ízületbe adott szteroid, amely igen hatékony és a hatása tartósnak bizonyul. Alkalmazhatósága azonban limitált, évente legfeljebb háromszor-négyszer ajánlatos adni. A szteroidkezelés szisztémásan is elkezdhető (nem csak helyileg, az ízületbe juttatva), azonban jelentős mellékhatásokkal jár (osteoporosis, bőrratófia), így kiváltképp akkor élnek ezzel a lehetőséggel, ha az RA kezdete heveny, nagy aktivitású, és csak addig adagolják, amíg a bázisterápiás szerek hatása megmutatkozik, vagy abban az esetben, ha a betegség aktivitása más módon nem fékezhető meg. Az eddig említetteken felül további terápiás lehetőségek nyíltak/nyílnak meg a kutatásoknak köszönhetően, így hatékonyak tűnnek a gyulladáscsökkentő szerek (TNF- $\alpha$ -gátlók, IL-1 receptor antagonisták), a nagy dózisú intravénás immunglobulin, valamint ígéretesnek mutatkoznak a génterápiás próbálkozások is (Bálint & ifj. Gergely, 2000). Ide sorolható a már hazánkban is elrendelhető ún. biológiai terápia, amely a bevett gyógyszeres kezelésekkel (szteroidok, bázisterápia) ellentétben nem aspecifikusan csökkenti a gyulladást, hanem specifikusan, a gyulladáscsökkentő folyamatokra hatva. Ehhez a szövetekből extrahált, farmakológiai hatással rendelkező fehérjéket használnak, amelyek a kórfolyamat adott pontján beavatkozva gátolják a betegség progresszióját. Az ilyen biológiai szerek szintetikus úton nagy mennyiségben is előállíthatók (Tamási & Szekanecz, 2007). Gyulladásgátló hatásuk mellett bizonyítást nyert az is, hogy a betegek nagy részénél kedvezően befolyásolják a kórkép kimenetelét, az ízületi és más szervi elváltozásokat, a fizikai képességet és az életminőséget egyaránt (Fehér & Lengyel, 2009; Narayanan, Bhakuni & Garg, 2009). Hatásuk az RA esetében kifejezetten jól bizonyított, mert a biológikumok többségét ezen a betegcsoporton már kipróbálták, és sikerrel alkalmazták (Brodzky és mtsai, 2007; Tamási & Szekanecz, 2007). Különösen a hosszabb betegségfennállás esetén tapasztalható nagyobb relatív hatás (Brodzky, 2011; Szekanecz, 2009). A mesenchymális őssejtek, melyek számos sejttípussá képesek alakulni, többek között porc-, csont-, ín- és izomszövetet, szintén rendelkeznek immunmoduláló és gyulladáscsökkentő hatással. Terápiás



felhasználásuk már a klinikai kipróbálás fázisában van, és elképzelhető, hogy akár a közeljövőben gyógyíthatóak lesznek a segítségével olyan kórképek, ahol immunszuppresszióra van szükség (Kiss, Urbán, Dudics, Vas & Uher, 2008).

A gyógyszeres kezelés mellett viszonylag gyakori a sebészi kezelés, melynek célja elsődlegesen a betegség aktivitásának és a helyi deformitások csökkentése, illetve az ízületi funkció helyreállítása vagy pótlása. Az eljárások egy részében megszüntetik az ízületet, ezáltal a gyulladást is, ugyanakkor az adott testtáj terhelhető marad és a továbbiakban képes lesz megfelelően funkcionálni. Gyakoriak még a plasztikai jellegű beavatkozások, melyekkel az ínakat vagy az ízületet állítják helyre (Bálint & ifj. Gergely, 2000). Ezen beavatkozások eseténként kiegészülnek rehabilitációval is, ami tovább növeli az eljárások hatékonyságát. A mozgásszervi rehabilitáció során megtanítják a betegeket, hogyan nyújtsák és hajlítsák a műtéttel korrigált ízületeiket (Burr, Pratt & Smith, 2002).

### **TERÁPIA: ÍZÜLETVÉDELEM, MOZGÁSTERÁPIA, GYÓGYTORNA**

A megfelelő terápia elengedhetetlen részét képezi az ízületvédelem, a mozgásterápia és a gyógytorna. Szükséges ugyanis, hogy egy gyógytornász szakember megtanítsa a betegnek, hogyan védje meg gyulladt ízületeit a túlterheléstől, milyen technikákkal végezze a hétköznapi teendőit, és milyen átalakított tárgyakat használhat tevékenységei megkönnyítésére. Emellett gondot kell fordítani arra is, hogy az állapotának megfelelő tornát tanítsanak a betegnek és növeljék az aerob kapacitását (Bálint & ifj. Gergely, 2000), erősítsék az izomzatát, valamint növeljék és/vagy fenntartsák az ízületek mozgási tartományát (Heine és mtsai, 2012). Az intervenciók egy része a teljes testet célozza meg, másik részük pedig kifejezetten a kéz ízületeinek mozgatására (Heine és mtsai, 2012; Ronningen & Kjekken, 2008) és mozgathatóságának megőrzésére fókuszál. Felmerült ugyan, hogy a mozgásos programok károsak is lehetnek, mert ennél a betegcsoportnál erősíthetik a betegség aktivitását. Mára azonban úgy tűnik, hogy mindkét beavatkozási típus biztonságos, hasznos és hatékony (Heine és mtsai, 2012). A funkcionális kapacitásra gyakorolt hatásuk tisztázatlan, azonban a fenti célkitűzéseket maradéktalanul teljesítik (Gaudin és mtsai, 2008), sőt, ezen túlmenően, a csontállomány denzitásának megőrzésében, és a fájdalom csökkentésében is sikeresek (Kennedy, 2006). Ugyanakkor hatékonyságuk egyik kulcsa a beteg adherenciája, különösen az otthoni gyakorlásra vonatkozóan. Ezen problémával kapcsolatban megoldást jelenthet, ha a program részeként naplót vezetnek a résztvevőkkel a napi testmozgást illetően (Heine és mtsai, 2012).

### **TERÁPIA: DIÉTÁS KEZELÉS**

Adjuváns terápiaként szóba jöhetnek még táplálkozási ajánlások is, melyek egyik legfontosabb irányelve, hogy a beteg olyan módon táplálkozzon, ami biztosítja azt, hogy nem hízik meg - annak érdekében, hogy a túlsúllyal ne terhelje az ízületeit. Fontos továbbá a vitaminokban és tápértékben gazdag étrend. Egyes megfigyelések szerint az állati fehérjékben szegény, laktovegetáriánus diéta sok esetben csökkenti a gyulladás mértékét – ámbár az összefüggés oka nem tisztázott. Ehhez hasonló hatású a halolaj is (Bálint & ifj. Gergely, 2000). A halakban gazdag étrend egyúttal preventív értékű is, az olívaolajjal és a nyers vagy párolt zöldségekkel egyetemben. A tudományos vizsgálatok szerint a mediterrán étkezési szokások követése együttjárhat a fizikai funkcionálás és az életminőség (elsősorban a vitalitás) javulásával (Skoldstam, Hagfors & Johansson, 2003). Az eddigi kutatási eredmények összegzéseként megállapítható, hogy számos olyan étel vagy tápanyag létezik, amely javít vagy javíthat az RA-s betegek fizikai állapotán (pl. funkcionálás, gyulladt ízületek száma, fájdalomérzet vonatkozásában). Ezek közül is az n-6 és n-3 telítetlen zsírsavak jótékony hatásával összefüggésben gyűlt össze eddig a legtöbb bizonyíték, de vannak adatok az antioxidánsok (C- és E-vitamin), a folsav vagy a cink esetleges pozitív következményeit illetően is (Rennie, Hughes, Lang & Jebb, 2003). Kellő számú és bizonyító erejű kutatási eredmény hiányában azonban hivatalos orvosi álláspont nincs az étkezéssel kapcsolatban. Ennek ellenére a betegek mintegy fele rendelkezik arra vonatkozó hiedelmekkel, hogy a táplálkozásuk összefügg a tünetek súlyosságával, következésképpen különböző diétákat próbálnak ki és igyekeznek egészségesebben táplálkozni (Salminen és mtsai, 2002).

### **3. A RHEUMATOID ARTHRITIS EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIAI VONATKOZÁSAI**

A betegek beszámolóí alapján a betegség egyik legjelentősebb következménye a károsodott mobilitás (Whalley, McKenna, de Jong & van der Heijde, 1997), melynek eredményeképp nehézséget okoz számukra a közlekedés és nagyfokú dependenciát tapasztalnak meg. Emellett komoly problémát jelent számukra a kézügyesség romlása, amely az olyan hétköznapi tevékenységek végzését is megnehezítheti, mint az írás, evés vagy akár az öltözködés. A betegség két további, szintén megterhelő tünete a fáradtság és a fájdalomérzet. Mindezek hozzájárulnak ahhoz, hogy a betegek gyakorta tapasztalnak meg érzelmi, hangulati problémákat: leginkább frusztrációról, lehangoltságról, dühről és irritabilitásról számolnak be. Ezekhez társulhatnak még koncentrációs problémák, amelyek

akadályozhatják a szabadidős és szociális tevékenységek (pl. olvasás, beszélgetés) végzését, de természetesen hatással lehetnek más kognitív funkciókra (pl. emlékezés) és a motivációs állapotra is (pl. érdeklődés fenntartása). Sokuknál a betegség jól látható fizikai elváltozásokkal, deformitásokkal jár együtt, míg másoknál a dizabilitás nem feltűnő, markáns testi jegyek nem utalnak rá. Mindkettő okozhat ugyanakkor problémákat: az előbbi csoportba tartozókat ugyanis gyakorta zavarba ejtő módon megbámulják, míg az utóbbiak a meg nem értéssel, valamint a segítség és támogatás elmaradásával küzdenek. Mindezekből és az immobilitásból következően sokan küzdenek a szociális izolációval. Emellett a szociális, a munka és a hétköznapi tevékenységek beszűkülése könnyen azt eredményezheti, hogy a betegek napjai rutinszerűvé, monotonná válnak. Mindent összevetve tehát az RA számos területen befolyásolja a betegek életét, hiszen egyaránt hatással lehet az érintettek érzelmi és kognitív állapotára, szociális életére és kapcsolataira, a hétköznapi és szabadidős tevékenységeire, illetve természetesen a fizikai állapotára. A következőkben azt tekintjük át, hogy a betegség különböző tünetei és a betegek addigi életének széleskörű megváltozása milyen hatást gyakorol az életminőségükre és milyen alkalmazkodási stratégiákat igényel.

### **3.1. Életminőség, jól-lét és étellel való elégedettség rheumatoid arthritisben**

Az RA-s betegek életminőségét vizsgáló tanulmányok eredményei is alátámasztják, hogy a betegség széleskörű hatást gyakorol az érintettek életére, jelentős károsodásokat okozva szinten minden életterületen. Összességében azonban a fizikai egészség vonatkozásában alacsonyabb életminőségről számolnak be a betegek a mentális egészséggel összevetve (Bendtsen & Hörnquist, 1992; Husted, Gladman, Farewell & Cook, 2001; Rupp, Boshuizen, Jacobi, Dinant & van den Bos, 2004). A leginkább érintett területnek a fizikai funkcionálásból adódó szerepkorlátozás tűnik, de számottevően csökkent vitalitásról, energizáltságról, valamint nagyfokú fájdalomról adnak számot a betegek. Az életminőségük kevésbé tér el az átlagpopulációétól a mentális egészség és a szociális funkcionálás vonatkozásában (Husted és mtsai, 2001; Rupp és mtsai, 2004).

Úgy tűnik azonban, hogy az életminőségük nem feltétlenül alacsonyabb más krónikus betegekkel, például krónikus obstruktív tüdőbetegségben (COPD) vagy diabetes mellitusban szenvedőkkel összehasonlítva (Arne és mtsai, 2009). Jóllehet, egyes területeken, mint amilyen a mobilitás és a fájdalom- vagy diszkomfort érzet, hozzájuk viszonyítva is több problémát tapasztalnak meg. A pszichés jól-létüket illetően is hasonló következtetésekre juthatunk, azaz a diabeteses betegekhez képest nagyobb mértékben, viszont a COPD-s betegekhez hasonló

mértékben szenvednek pszichés problémáktól. Az előbbiekkal összeegyeztethető eredményre jutottak egy összefoglaló tanulmányban is, melyben különböző krónikus betegségekben érintettek életminőségét hasonlították össze. Más krónikus betegcsoportokkal összevetve a mozgásszervi betegségekben szenvedők ítélik a legrosszabbnak az életminőségüket, vagyis ennek a betegcsoportnak van a leginkább pervazív hatása az életvitelre. Csak a vesebetegek és a cerebrovaszkuláris/neurológiai károsodással élők tapasztalnak meg hasonló mértékű életminőség romlást. Más típusú mozgásszervi betegekhez képest azonban az RA-s betegek összességében elégedettebbek az életükkel. A hátproblémákkal küzdő és osteoarthritises betegekhez viszonyítva ugyanis kevesebb fájdalomról és jobb szociális és mentális funkcionálásról számolnak be, habár a vitalitásukat, az általános egészségi állapotukat és a fizikai szerepkorlátozottságukat rosszabbnak ítélik (Sprangers és mtsai, 2000).

Az életminőséggel összefüggő tényezők sorában elsőként érdemes kiemelni a *fáradtságot*, ugyanis az empirikus eredmények szerint az RA-s betegek életminősége jelentős mértékben összefügg az általuk megtapasztalt fáradtságérzéssel. Mindazonáltal, az életminőség dimenziói közül természetesen a vitalitással van a legszorosabb kapcsolatban. A fáradtság különböző típusait tekintve (fizikai, mentális és általános fáradtság, csökkent aktivitás és motiváció) ugyanakkor elsősorban a fizikai fáradtság járul hozzá az életminőség romláshoz (Rupp és mtsai, 2004). Következésképp az intervencióknak inkább a fizikai fáradtság enyhítésére érdemes fókuszálni, semmint a mentális fáradtság csökkentésére.

A pszichés jól-lét és a *fájdalomérzet* összefüggését szintén alátámasztják a kutatási eredmények, noha a kapcsolat erőssége vizsgálatonként eltérőnek mutatkozik (Jakobsson & Hallberg, 2002; Lu, Lin, Lin, & Lin, 2008). Van Lankveld és munkatársai (1993) vizsgálata is megerősítette, hogy a fájdalom erősen befolyásolja az RA-s betegek életminőségét, emellett még a *korlátozott funkcionálás* és a másoktól való függés járult hozzá az RA-s betegek alacsony életminőségéhez.

A betegség tünetei és következményei mellett akár *szociodemográfiai változók* vagy a betegség bizonyos jellemzői (pl. fennállási ideje) is befolyásolhatják az életminőséget. Egy viszonylag nagy mintán végzett svéd kutatás eredményei szerint jobb életminőségről számolnak be a fiatalabb és az alkalmazotti státuszban lévő betegek, valamint akiknél rövidebb ideje áll fenn a betegség (Bendtsen & Hörnquist, 1992). Hasonló következtetésre jutottak egy áttekintő tanulmány szerzői is, akik arról számoltak be, hogy a női, az idősebb, az alacsonyabb iskolai végzettségű, valamint a nem dolgozó RA-s betegek ítélik rosszabbnak az

életminőségüket (Groessl, Ganiats & Sarkin, 2006). Úgy tűnik azonban, hogy a demográfiai változók, illetve a betegség jellemzői és az életminőség kapcsolatára vonatkozó eredmények nem teljesen következetesek. Treharne és munkatársai (2007), illetve Bedi és munkatársai (2005) vizsgálatában például sem a demográfiai változók, sem a betegség fennállási ideje nem mutatott összefüggést az RA-s betegek életminőségével. Ehelyett, a betegség és a fizikai állapot mutatói (betegségtartam, komorbiditás, fizikai dizabilitás, gyulladás súlyossága, rheuma-faktor, betegség aktivitása, fáradtság, fájdalom) közül az előbbi vizsgálatban kizárólag a *funkcionális dizabilitás* (HAQ-index) tartozott a különböző életterületekkel való elégedettség prediktorai közé, míg az utóbbiban a *betegség aktuális aktivitása* (DAS28 érték) és az extraartikuláris tünetek jelenléte gyakorolt negatív hatást az életminőség fizikai és pszichés doménjére. Mindazonáltal úgy tűnik, hogy a betegség aktivitása, tartama, a funkcionálás és a fájdalom mértéke nagyobb mértékben magyarázza az életminőség fizikai komponensét, mint a pszichést (Lu és mtsai, 2008).

### **3.2. A betegséghez való alkalmazkodás rheumatoid arthritisben**

A korábban említettek szerint az RA-s betegeknek meg kell küzdeniük a betegség okozta fájdalommal, fáradtsággal és dizabilitással. Emellett nagy terhet ró a betegekre a betegség kiszámíthatatlan, ám sokszor progresszív jellege, amely kiszámíthatatlanná és bizonytalanná teszi a jövőt, felvetve a jövőbeli fizikai kapacitásukkal kapcsolatos kérdéseket, és kétségeket ébresztve azzal kapcsolatban, hogy tudják-e és meddig tudják majd folytatni az addigi életvitelüket. Az állapotukhoz való pszichológiai alkalmazkodás sikerességét számottevően meghatározza, hogy a betegek mennyire tudnak megbirkózni ezekkel a problémákkal, terhekkel. A pszichoszociális funkcionálásban mutatkozó egyéni különbségek viszont - legalább részben - felelőssé tehetőek a fizikai állapot variabilitásáért.

#### **3.2.1. A betegséggel való megküzdés, mint alkalmazkodás**

A rheumatoid arthritis tünetei és a betegség által okozott dizabilitás és korlátozások tulajdonképpen folyamatosan jelen lévő stresszoroknak tekinthetők. Jóllehet, a kórkép által előidézett kihívások napról-napra változhatnak, ezáltal hol több, hol kevesebb stresszt okozva a betegeknek. A betegség kiszámíthatatlansága azonban további stressz forrása lehet. Mind a betegek által észlelt stressz mértéke, mind a stresszorokkal való megküzdés módja jelentősen befolyásolja a pszichológiai alkalmazkodást. Ennek megfelelően, a stressz-megküzdés

paradigma jól alkalmazható reumás betegségek esetében is a kórképhez való alkalmazkodási folyamat megértéséhez.

A coping válaszok a személy és a környezete közti szándékos interakciók dinamikus sorozatának tekinthetők, melyek célja a személy belső állapotának szabályozása vagy a környezet/helyzet megváltoztatása. Ebből kifolyólag a priori egyik megküzdési stratégia sem jobb vagy adaptívabb a többinél. A megküzdési mód hatékonyságát az adott helyzetre gyakorolt hatása és a hosszú távú következményei határozzák meg. Ennélfogva a betegség okozta nehézségek elviselése, elfogadása, minimalizálása vagy ignorálása érdekében alkalmazott megküzdési módok éppolyan hatékonyak lehetnek, mint a környezet megváltoztatására vagy a probléma-megoldásra irányuló viselkedések.

A coping stratégiák hatékonyságának kontextus-függő jellege tükröződik a fájdalommal való megküzdésre vonatkozó vizsgálati eredményekben. A *passzív megküzdési* stratégiák alkalmazása (pl. ágyban maradás, tevékenységek felfüggesztése vagy elkerülése) bizonyítottan több depressziós tünettel és nagyobb fokú dizabilitással, azaz végső soron rosszabb alkalmazkodással jár együtt. Az *aktív coping* stratégiákat (pl. tevékenységek folytatása a fájdalom ellenére) érintő kutatási eredmények viszont inkonzisztensek. Egyes esetekben ezek a megküzdési módok jobb egészségi kimenetellel párosulnak, más esetekben viszont akár károsak is lehetnek – például ha a fájdalomérzet oka valamilyen szövethárosodás. Smith és Wallston (1996) négy csoportba sorolta az RA-s betegeket a betegség menedzselése érdekében alkalmazott tipikus megküzdési stratégiák alapján. Az aktív és a passzív megküzdők hasonló mértékű fájdalomról számoltak be, míg az önmagukat hibáztató betegek (a változatos megküzdési módokat alkalmazók) a többiekénél jelentősen nagyobb, a minimálisan megküzdők (kevés megküzdési stratégiát alkalmazók) jelentősen kisebb fájdalomérzetet tapasztaltak. Természetesen ebben az esetben is kérdéses a kauzalitás iránya, hiszen elképzelhető, hogy az „önhibáztatók” éppen a nagyobb mértékű fájdalom miatt alkalmaztak sokféle megküzdési módot, míg a „minimálisan megküzdőknek” talán a kismértékű fájdalom miatt nem volt szükségük megküzdési stratégiák alkalmazására. Ugyanakkor a további eredmények azt tükrözték, hogy a többnyire passzívan megküzdő és az „önhibáztató” csoport tagjai kevésbé tudtak alkalmazkodni a betegséghez (a depresszív tünetek és az étellel való elégedettség alapján), mint a másik két csoportba besorolt betegek.

Más vizsgálatok alapján úgy tűnik, hogy az RA-s betegek egyaránt gyakran használnak *kognitív és viselkedéses megküzdési* stratégiákat. Gustaffson és munkatársai (1999) eredményei szerint a betegek által leginkább preferált coping stratégiák közé az

imádkozás és reménykedés, az önbiztatás (ön-állítások a megküzdésre vonatkozóan), valamint a fájdalom-viselkedés fokozása tartoztak. Az utóbbi kettő gyenge pozitív összefüggést mutatott az aktuális fájdalom mértékével. A vizsgálat egy további érdekes eredménye, hogy a fájdalomcsillapító gyógyszerek szedésével minden megküzdési mód negatív kapcsolatot mutatott, vagyis gyakrabban és változatosabban alkalmazott megküzdési stratégiák mellett kevésbé lehet szüksége a betegeknek fájdalomcsillapító szerekre.

A coping stratégiák kiválasztását azonban számos tényező befolyásolhatja, melyek között vannak demográfiai, személyes és szociális változók egyaránt. Ilyen befolyásoló tényező lehet az életkor, ugyanis az enyhe fájdalommal küzdő idősebb betegek több maladaptív megküzdési stratégiát alkalmaznak, mint a fiatalok. A fájdalom erőssége szintén hatással van a megküzdési mód kiválasztására, mivel enyhébb fájdalom esetén inkább aktív, míg erősebb fájdalomérzet mellett inkább maladaptív megküzdési módokat (katasztrófizáció és imádkozás/reménykedés) használnak a betegek kortól függetlenül (Watkins, Shifren, Park, & Morrell, 1999). A személyes befolyásoló tényezőkre példa a tehetetlenség érzés, amely a passzív megküzdési módok alkalmazását valószínűsíti, melyek viszont pszichoszociális problémákat (pl. szerepek betöltésének nehézsége, rekreációs tevékenységektől távolmaradás) okozhatnak hosszú távon. Mindezek, vagyis a tehetetlenség érzés, a passzív megküzdés és a pszichoszociális károsodás feltehetően egy ördögi kört alkotnak, és végső soron rosszabb egészségi állapotot eredményeznek, amely egyaránt megnyilvánulhat az élettél való elégedettség csökkenésében vagy a fájdalomérzet és a depresszív tünetek fokozódásában.

A fenti kutatási eredmények tehát megerősítik, hogy a stressz-megküzdés paradigma jól alkalmazható keretet nyújt az alkalmazkodás vizsgálatához RA-s betegek esetében is. Ez a megközelítés azonban elsősorban a betegség által okozott distressz csökkentésére vagy megszüntetésére, és ennek hatékonyságára fókuszál. A pszichológiai alkalmazkodás pozitív aspektusát azonban figyelmen kívül hagyja, holott az élettél való elégedettség, a jövővel kapcsolatos optimizmus vagy a pozitív énkép fenntartása ugyanolyan fontos részét képezik a sikeres adaptációnak, mint a distresszel való adekvát megküzdés.

### **3.2.2. Kognitív adaptáció**

A kognitív adaptáció elméletet Taylor (1983) dolgozta ki a fenyegető eseményekhez való alkalmazkodás leírására. Véleménye szerint az alkalmazkodás három kérdés köré szerveződik: (1) az esemény jelentésének, értelmének megtalálása, (2) a kontroll visszaszerzése érdekében tett próbálkozások és (3) az önértékelés fenntartásáért végzett

erőfeszítések. A jelentés megtalálásának folyamata azon a szükségleten alapul, hogy a fenyegető eseményen átesett emberek szeretnék tudni a történés okát és érteni annak következményeit, hatásait. Mindezek ismerete segít megérteni az esemény jelentőségét, és hogy mit szimbolizál az életükben. A jelentés megtalálásának egyik módja az oki attribúció, ami ebben az esetben az RA kialakulásával kapcsolatos oktatást jelenti. A folyamat azonban nem csak az esemény okának megértését foglalja magába, hanem az élet dolgaihoz való viszonyulás és a prioritások átgondolását is. Természetesen jobb pszichológiai alkalmazkodáshoz vezethet, ha sikerül pozitív jelentést találni. Ez egyszerre mind azt is maga után vonja, hogy bármennyire is tragikus egy betegség kialakulása (vagy más traumatikus esemény), lehetnek kedvező hatásai, mivel katalizátorként működhet egy értelmesebb élet felfedezéséhez. A második alkalmazkodási folyamat a saját test, és általánosságban az élet feletti kontroll visszaszerzésére tett kísérleteket öleli fel. Az arra vonatkozó hiedelmek, hogy valaki - az egészségügyi szakemberek vagy maga a beteg - képes kontrollálni a betegséget, pozitívabb alkalmazkodást eredményezhetnek. A kontroll törekvések olyan mentális (pl. pozitív gondolkodás, önhipnózis, imagináció, meditáció) vagy konkrét viselkedések, amelyek célja a kiváltó ok(ok) felszámolása, bizonyos tünetek vagy a kezelés mellékhatásainak megszüntetése, vagy akár a betegséggel kapcsolatos információhiány pótlása. A kognitív alkalmazkodás harmadik pillérét az önértékelés fenntartása érdekében tett erőfeszítések jelentik. A betegek leggyakrabban lefele történő társas összehasonlítást alkalmaznak önmaguk értékességének és adaptációs viselkedésük helyességének, sikerességének igazolására. A szelf megfelelő védelméhez azonban nem csak az összehasonlítás tárgyát, de annak dimenzióit is jól kell tudni kiválasztani. Az alkalmazkodás, a traumából való felépülés egyik sarkalatos pontja tehát, hogy az érintettek megtalálják-e a módját annak, hogy újból pozitívan, jó érzésekkel tudjanak viszonyulni saját magukhoz. A három adaptációs folyamat funkcionálisan ekvivalens és sok esetben egymással átfednek (pl. a sikeres kontroll törekvések növelhetik az önértékelést). Taylor hangsúlyozza ugyanakkor, hogy a sikeres pszichológiai adaptáció elérése gyakran illúziók kialakításán alapul, vagyis az illúziók alkalmazása ez esetben nem patológiás, hanem éppen a pszichés egészség megszerzését és fenntartását szolgálja. Az illúziók azonban törekenyek és a valóság könnyen rájuk cáfol. Mindazonáltal, ez nem okoz feltétlenül pszichés problémákat (reaktanciát vagy tanult tehetetlenséget), ahogy azt a korábbi pszichológiai elméletek állították. Az érintett személy ugyanis könnyen találhat egy olyan alternatív viselkedést vagy hiedelmet, amely ugyanazt a funkciót tölti be, azaz ugyanazt az adaptációs folyamatot támogatja, ennél fogva az egyén folytathatja az alkalmazkodást.



### 3.2.2.1. Az élet értelme és a betegség elfogadása rheumatoid arthritises betegeknél

A jelentés, értelem keresése, vagyis annak megértése, hogy a betegség milyen hatással lesz saját magára, a kapcsolataira, a prioritásaira és a jövőbeli céljaira, továbbá az élet értelmének újradefiniálása a rheumás betegségek esetében is fontos, hiszen ezek a kórképek alapjaiban változtathatják meg az addigi életvitelt (Walker, Jackson & Littlejohn, 2004).

Az élet értelmességére vonatkozó hit felfogható egyfajta belső erőforrásként, amely hatással van a morális és spirituális szelfre, és hozzájárul ahhoz, hogy az adott személy úgy érzi, van oka, miértje annak, hogy él és érdemes élnie (Verduin és mtsai, 2008). Az élet értelmesként való megélése magában foglalja azt, hogy a személy olyan cselekedeteket visz véghez és olyan élményeket él át, amelyeket érdemesnek tart arra, hogy véghezvigye és megtapasztalja, továbbá képes arra, hogy a kedvezőtlen, ám általa nem módosítható helyzetekben, adottságokban is értelmet találjon (Martos & Konkoly Thege, 2012).

Korábbi tanulmányok szerint RA-s nőbetegeknél az élet értelmessége összefügg mind a fizikai állapottal, mind bizonyos szociális tényezőkkel. Úgy tűnik ugyanis, hogy az élet értelmességét predikálja a *funkcionális állapot*, melynek hatását azonban a szociális szerepek minősége mediálja (Plach, Heidrich & Waite, 2003). Másfelől a nagyfokú fájdalom ellenére is több életcélja van azoknak az RA-s nőknek, akiknél a *szociális szerepek minősége* magasabb szintű. Az élet értelmessége a *fájdalomérzet* mellett a *fáradtság* mértékével is jelentős mértékű együttjárást ( $r = -0.53$  és  $-0.54$ ) mutat, ám a társas háló nagyságával nincs kapcsolatban (Schleicher és mtsai, 2006). Az élet értelmességének és jelentésteliségének megélése természetesen RA-s betegeknél is összefügg a *depressziós és szorongásos tünetek* mennyiségével, jóllehet az affektív zavar meglétéhez nem járul hozzá szignifikánsan (Mangelli, Gribbin, Büchi, Allard & Sensky, 2002). Verduin és munkatársai (2008) az előbbieknél összetettebb vizsgálatot folytattak az életcélok velejáróinak feltárása érdekében, egyaránt figyelembe véve bizonyos szociodemográfiai tényezőket, a betegség jellemzőit, az életminőség dimenzióit és a betegséggel való megküzdési stratégiákat. Eredményeik szerint a fiatalabb, jobb mentális egészségi állapotú és az optimista megküzdési módot alkalmazók, valamint akik több szociális vagy szabadidős aktivitásban vesznek részt, több életcélról számolnak be és értelmesebbnek élik meg az életüket. Emellett a fizetett alkalmazotti státuszban lévők is jelentéstelibbnek találták az életüket, ami egybeesik a korábbi vizsgálatok szociális szerepekre vonatkozó eredményeivel. Mindazonáltal, az továbbra is tisztázatlan, hogy a jobb mentális és fizikai funkcionálás, az optimista megküzdés és a

szociális bevonódás eredménye-e az értelmesebb élet, vagy az élet jelentéstelének megélése egy olyan vonás-jellegű konstruktum, amely jobb funkcionálást és konstruktívabb megküzdési stratégiák alkalmazását indukálja.

Ahhoz, hogy a betegek úgy érezzék, továbbra is értelmes az életük és érdemes élniük, szükséges a betegség, a krónikus állapot és következményeinek elfogadása. A *betegség elfogadását* természetesen befolyásolja a kórkép lefolyása és súlyossága. A növekvő dizabilitás ugyanis alacsonyabb mértékű elfogadáshoz vezet (Revenson & Felton, 1989), illetve a fokozott fájdalomérzet is nehezíti az állapot elfogadását (Abraído-Lanza, Vasquez & Echeverría, 2004). Emellett a megküzdési stratégiák is közvetlen hatással lehetnek rá: legszorosabban a passzív megküzdési módok alkalmazásával függ össze, de közepes erősségű kapcsolatot mutat az aktív megküzdéssel is, azonban a vallásos megküzdéssel érdekes módon nincs kapcsolatban. Továbbá jobban el tudják fogadni az állapotukat azok a betegek is, akikre nagyobb mértékű RA-specifikus én-hatékonyság érzés jellemző, vagyis úgy érzik, hogy képesek kontrollálni a fájdalmat és elvégezni a napi feladatokat a betegség ellenére is. Mindazonáltal a betegség és a következményeinek elfogadása valószínűleg nem egy egyszeri döntés vagy egy egyszerű hiedelem, hanem sokkal inkább egy hosszabb folyamat eredményének tekinthető. Kostova és munkatársai (2014) kvalitatív vizsgálatukban a diagnózis és az elfogadás közti időszakban öt szakaszt azonosítottak, melyek a következők: megnevezés, realizálás, rezisztencia, drámai fordulópont és integráció. A folyamat tehát a diagnózissal kezdődik, mivel a beteg számára is érthető diagnózis és az, hogy tudatában legyen a problémának, szükséges ahhoz, hogy elkezdje a kognitív rekonstrukciót és elkezdjen megtanulni együttélni a betegséggel. Mindamellett, a betegek többségét sokként éri a diagnózis. A következő szakasz a betegség krónikus jellegének realizálását és annak felismerését foglalja magába, hogy a kórkép erősen korlátozni fogja az életvitelt és az identitás szempontjából legfontosabb szerepek betöltését. A veszteségekkel és azzal a ténnyel való szembenézés, hogy az élet már nem lesz olyan, mint korábban volt, sokaknál rezisztenciát eredményez, amely többnyire a tagadás, az ön-izoláció és depresszív tünetek, valamint a korábbi élet megtartásáért való harc formájában nyilvánul meg. Mindezek azt eredményezik, hogy a páciensek a betegség áldozatainak érzik magukat, ami viszont olyan reakciókat indukál, mint a rezignáció, passzivitás, önsajnálát és düh. A többségükönél azonban elkövetkezik egy olyan drámai pillanat, amikor felismerik, hogy az ellenállás nem visz előbbre, nem működőképes. Ez a viselkedés megváltoztatására ösztönzi a betegeket és elkezdenek olyan személyes stratégiákat kialakítani, amelyek elősegítik a betegség

következményeinek kezelését és a krónikus állapot integrálását az életükbe. Kostova és munkatársai három ilyen stratégiát azonosítottak a betegek beszámolóinak alapján. A praktikus stratégiák a hétköznapi szokások átalakítását foglalják magukba a betegség okozta limitációk figyelembe vételével. Az identitás-alapú stratégia arra vonatkozik, hogy a betegek újraírják a személyes narratívájukat, amelynek a részévé válik a betegség is. Ezzel összefüggésben elkezdik észrevenni a betegség előnyeit, és úgy érezhetik, hogy személyes növekedésre készítette őket a kórkép, vagy felismerik és/vagy újradefiniálják az értékeket az életükben. Az affektív stratégia a betegség újraértelmezésének segítségével valósul meg, tudniillik a betegek elkezdik pozitívan szemlélni a betegséget, és barátként tekintenek rá, akár nevet is adnak neki (humanizáció), vagy egyfajta „szépségpötty”-ként kezelik. A szerzők hangsúlyozzák ugyanakkor, hogy az elfogadás fentebb vázolt folyamata nagy egyéni különbségeket mutat, mivel számos tényező (pl. az életkor, az első tünetektől a diagnózisig eltelt idő, a betegség súlyossága, a beteg személyisége) befolyásolhatja és nem feltétlenül lineáris.

### **3.2.2.2. A betegség feletti kontrollérezet rheumatoid arthritises betegeknél**

Az élet értelmessége mellett Taylor (1983) hangsúlyozta a betegség és az élet feletti kontrollérezet fontosságát és a kognitív adaptációban betöltött szerepét is. Számos kutatás alátámasztotta azóta különböző krónikus betegségekkel szenvedők körében, hogy a betegséggel vagy bizonyos aspektusaival (lefolyásával, tüneteivel vagy kezelésével) kapcsolatos kontrollérezet valóban többnyire adaptív. Fontos azonban, hogy az RA-s betegek más betegcsoportokkal, például cukorbetegekkel vagy magas vérnyomásos betegekkel összehasonlítva kevésbé tudják befolyásolni saját cselekvéseikkel a betegség lefolyását, progresszióját. Ebből kifolyólag kevesebb személyes kontrollt tapasztalhatnak meg. A betegségnek a hétköznapi életvitelre gyakorolt hatását azonban ők is képesek mérsékelni. A tünetek és általánosságban a betegség menedzselésével kapcsolatos személyes kontroll természetesen RA-s betegek esetében is pozitív hatással van az egyéni jól-létre (Scharloo és mtsai, 1998; Younger, Finan, Zautra, Reich & Davis, 2008). A nagyobb mértékű személyes kontrollról beszámoló betegek például kevesebb *fájdalmat* és *fáradtságot* tapasztalnak meg. Elképzelhető azonban, hogy a fájdalomérezet és a kontrollhit közötti kapcsolat komplexebb. Younger és munkatársai (2008) eredményei szerint ugyanis a magasabb kontrollérezettel rendelkező betegek kisebb mértékű fájdalmat tapasztalnak meg, ám akut stresszhelyzetben az alacsony kontrollérezetű betegek fájdalomszintje csökken, míg a magas kontrollérezetűeké nem változik. A jelenség magyarázata talán az, hogy az akut stresszor eltereli a betegek figyelmét a fájdalomról és így ennek mértékét alacsonyabbnak érzik. A személyes kontroll dimenziója a

fájdalom és fáradtság mellett a szomatikus állapot olyan paramétereivel is összefüggésben van, mint a *dizabilitás* és a *betegség aktuális aktivitása* (van Os, Norton, Hughes & Chilcot, 2012). Egyes kutatások szerint azonban a betegség fennállási időtartamával (van Os és mtsai, 2012) vagy demográfiai változókkal (nem, kor) (Younger és mtsai., 2008) nincs relációban.

A kontrollérzet a fizikai állapot mellett természetesen a pszichés jól-léttel is összefüggést mutat. Azok az RA-s betegek például, akik kevésbé tartják képesnek magukat a betegség befolyásolására, több *depresszív tünet*ről számolnak be (Murphy, Dickens, Creed & Bernstein, 1999). A nagyobb fokú személyes kontrollérzet az *életminőség* szempontjából is kedvező lehet, mivel a magukat kontrollképesnek tartó betegek jobb fizikai funkcionálásról és nagyobb vitalitásról számolnak be (Graves, Scott, Lempp & Weinman, 2009).

Ryan és munkatársai (2003) félig strukturált interjúkkal próbálták azonosítani azokat a tényezőket, amelyek pozitívan befolyásolják a betegséggel kapcsolatos kontrollérzetet. Szinte minden RA-s beteg megemlítette a reumatológusával való kapcsolat fontosságát, amelynek három aspektusa tűnik különösen fontosnak: (1) az orvosi konzultációba való bevonódás, aktív részvétel; (2) az érzelmek kifejezhetősége, megoszthatósága a betegellátás során; valamint (3) a szakértői tudáshoz való hozzájutás. A fizikai tünetek (pl. fájdalom, ízületi merevség) csökkenése szintén alapvető a kontrollérzet kialakulása szempontjából. Emellett a betegek kiemelték a társas támogatás szükségességét, ám hangsúlyozták, hogy noha rendszeresen szükségük van támogatásra - nem csak a betegség aktivitásának növekedése esetén -, de fontos, hogy a kapott támogatás a szükségleteikhez igazodjon. Az igényekhez illeszkedő támogatás ugyanis növeli a kontrollérzetet, míg a túlzott mértékű támogatást már szociális kontrollként érzlelik. Végül, a betegek többsége szerint a megfelelő információnyújtás szintén jelentősen hozzájárul ahhoz, hogy megértsék az állapotukat és aktívan részt vegyenek a saját ellátásukban, vagyis úgy érzéik, hogy képesek befolyásolni az RA következményeit.

A betegség kontrollálásával kapcsolatos hiedelmek befolyásolhatják az *észlelt stressz* mértékét és az arra adott fiziológás reakciót (Younger és mtsai, 2008). Ezen túlmenően hatással lehetnek a betegséggel való *megküzdés* érdekében alkalmazott stratégiákra. Carlisle és munkatársainak (2005) sikerült igazolnia ezt az utóbbi összefüggést, jóllehet, eredményeik szerint a kontrollálhatóságra vonatkozó hiedelmek a megküzdési stratégiák közül mindössze az elkerülő/rezignált megküzdési móddal álltak viszonylag erős negatív kapcsolatban. Következésképpen úgy tűnik, hogy azok az RA-s betegek, akik szerint kevésbé befolyásolható a betegségük, inkább elkerülik azokat a helyzeteket, amelyekben a betegségük nyilvánvalóvá

válna, a tünetek erősödése esetén inkább egyedül szeretnének maradni és szégyenlősségük, gátlásosságuk okán inkább elkerülik az embereket.

Megjegyzendő azonban, hogy a kontrollképesség érzése nem minden körülmények között vezet jobb pszichológiai alkalmazkodáshoz. Jóllehet, Taylor elmélete szerint a kontroll illúziója is hasznos és segíti az adaptációt, azonban a kutatási eredmények ennek némileg ellentmondanak. Legalábbis erre utalhatnak azok a vizsgálati eredmények, amelyek szerint a súlyosabb állapotban lévő RA-s betegek esetében a nagyfokú kontrolléret rosszabb alkalmazkodással és hangulattal járt együtt vagy nem volt hatása az alkalmazkodásra (Affleck, Tennen, Pfeifer & Fifield, 1987; van Os és mtsai, 2012).

A kontroll iránti igény a személyes kontrolléret mellett a másoknak tulajdonított kontroll formájában is megnyilvánulhat, amely szintén befolyásolja az alkalmazkodási folyamatot. A kezelési kontroll és a pszichés distressz, valamint a pozitív érzések és a jövőre vonatkozó remény között gyenge összefüggés mutatkozik, de hasonló kapcsolatot mutat az RA szomatikus jellemzőivel, mégpedig a dizabilitás, a fájdalom és a betegség aktivitásának orvosi mutatóival. A betegség időtartamával azonban a kezelési kontroll sincs kapcsolatban. A kétféle kontrolléret, vagyis a személyes és a kezelési kontroll között gyenge pozitív együttjárás mutatható ki (van Os és mtsai, 2012). Ahogy a személyes kontrollra vonatkozó erősebb hiedelmek, úgy a nagyobb mértékű kezelési kontroll is jobb életminőséggel járhat együtt. Graves és munkatársainak (2009) fentebb idézett kutatása alapján úgy tűnik azonban, hogy a kezelési kontrollra vonatkozó hiedelmeknek átfogóbb hatása van a személyes kontrolléretéhez viszonyítva, mivel a kezelés hatásosságával kapcsolatban pozitívabban vélekedő betegek válaszaik jobb fizikai funkcionálást, magasabb energiaszintet, jobb mentális egészségi állapotot, továbbá kevesebb érzelmi szerepkorlátozást tükröztek.

### **3.2.2.3. Az önértékelés és az énkép rheumatoid arthritises betegeknél**

Az önértékelés a self-fogalom része, amely az önelfogadás mértékének és az egyén saját értékességének általános affektív értékeléseként konceptualizálható. Az önértékelés egyfajta belső erőforrásként működik, amely segítheti a stresszel való megküzdést, így a betegségekhez való alkalmazkodást is. Taylor (1983) kognitív adaptáció elmélete szerint a különböző traumák vagy fenyegető események megingatják a magunkról és a világról alkotott elképzeléseinket. Krónikus betegségek esetében kiváltképp sérül az egyén saját értékességébe és sérthetlenségébe vetett hite. Ennek megfelelően, jelentősen csökkent önértékelés figyelhető meg az autoimmun kórképekben szenvedő betegeknél (Krol és mtsai, 1998;

Nagyova, Stewart, Macejova, van Dijk & van den Heuvel, 2005; Skevington, Blackwell & Britton, 1987). Ez az eredmény azonban nem teljesen következetes, hiszen Cornwell és Schmitt (1990) vizsgálatában például az RA-s betegek önértékelése nem különbözött az egészségesekétől.

Ezen túlmenően bizonyítást nyert, hogy a saját értékesség megítélése RA-s betegekénél is összefügg a betegség fizikai kimenetével és a pszichés állapottal. Az önértékelés egyfelől kapcsoltban van az *észlelt egészségi állapottal* (Cornwell & Schmitt, 1990), de a szomatikus állapot objektív mutatóival is összefüggést mutat. Az alacsony önértékelésű betegekénél több és súlyosabb ízületi tünet alakul ki (Juth, Smyth & Santuzzi, 2008), és jelentősen nagyobb a *funkcionális károsodás* mértéke (Krol és mtsai, 1998). Mi több, úgy tűnik, hogy az önértékelés mediálja az ízületi betegek által tapasztalt fájdalom és a pszichés jól-létük közti kapcsolatot (Nagyova és mtsai, 2005). Továbbá a nagyobb mértékű *fáradtságról* beszámoló betegek szintén alacsonyabb önértékeléssel jellemezhetők, jóllehet, a változók közti kapcsolat inkább gyengének nevezhető (van Hoogmoed, Franssen, Bleijenberg & van Riel, 2010).

A pozitív énkép a pszichés egészség szempontjából is kedvező. A magasabb önértékelésűek, és azok, akik úgy érzik, hogy megfelelően tudnak alkalmazkodni a betegséghez, kevesebb *pszichés distressz*ről számolnak be (Nagyova és mtsai, 2005). Emellett az alacsony önértékelés, ahogy az egészséges embereknél, úgy természetesen az RA-s betegekénél is összefügg a pszichopathológiai állapotokkal. Covic és munkatársai (2006) vizsgálatában például a *depresszió* egyik legerősebb prediktorának bizonyult. Ugyanakkor elképzelhető, hogy az önértékelés és a depresszió kapcsolata ennél komplexebb. Druley és Townsend (1998) eredményei alapján feltételezhető, hogy a pozitív énkép mediálja a társas támogatás hatását. Vizsgálatukban azonban a negatív házastársi interakciók és a depresszív tünetek közti kapcsolatot azonban csak az RA-s betegekénél mediálta az önértékelés, míg egészségesek esetében ez nem volt megfigyelhető.

A *társas összehasonlításnak* a pozitív énkép fenntartásában betöltött fontos szerepét RA-s betegekénél is megerősítik empirikus eredmények. DeVellis és munkatársai (1990) vizsgálatában a súlyos vagy súlyosbodó tüneteket megtapasztalók alacsonyabb önértékelésről számoltak be, ami viszont a Taylor-i elméletnek megfelelően lefelé történő társas összehasonlítással társult.

A különböző *tevékenységek* végzése, legyen az munka, szabadidős elfoglaltság vagy a hétköznapi élet tevékenységei, szintén hozzájárulhatnak a pozitív énkép megőrzéséhez. MacKinnon (1992) eredményei például azt tanúsítják, hogy a teljes munkaidőben

foglalkoztatott RA-s betegeknek magasabb az önértékelése, mint a részmunkaidőben foglalkoztatottaknak. Egy későbbi vizsgálat is bizonyította az elfoglaltságokba való bevonódás moderáló hatását az RA és az önértékelés kapcsolatát illetően. Ugyanakkor az RA-s betegek önértékelése szempontjából fontosabbnak tűnnek a kompetensen, vagyis jól végzett tevékenységek, míg az egészségesek önértékelésére inkább az általuk értékesnek tartott tevékenységek hatnak (MacKinnon & Miller, 2003).

#### **4. A RHEUMATOID ARTHRITISSEL ÖSSZEFÜGGŐ SZEMÉLYISÉGJELLEMZŐK**

A fizikai egészségi állapot szoros kapcsolatban van a személyiség különböző jellemzőivel, melyek egyfelől hozzájárulhatnak a betegségekkel kapcsolatos vulnerabilitáshoz, de jelentősen befolyásolhatják a betegséghez való alkalmazkodást is. A továbbiakban a rheumatoid arthritis kialakulásával és lefolyásával összefüggésbe hozható személyiségjellemzőket mutatjuk be. Elsőként a klasszikus pszichoszomatikus megközelítést ismertetjük, amely az egészségpszichológiai szemléletmód egyik előzményének tekinthető ugyan, azonban dinamikus magyarázó elméleteinél fogva jellegzetesen különbözik is attól. Ezt követően néhány olyan személyiségvonást, személyiségjellemzőt veszünk sorra, amelyek szerepet játszhatnak egyrészt az RA kialakulásában, de még inkább a betegséggel való adekvát megküzdésben, a betegséggel való sikeres együttélésben. Arra a kérdésre próbálunk tehát választ adni, hogy mely személyiségjellemzők lehetnek rizikótényezők – az ízületi gyulladás kialakulása és progressziója szempontjából -, vagy éppen ellenkezőleg, mely tulajdonságok, attitűdök járnak együtt jobb szomatikus kimenettel.

##### **4. 1. A hagyományos pszichoszomatikus (pszichodinamikai) megközelítés**

A „pszichoszomatikus” szót Heinroth használta először 1818-ban az álmatlanság kísérőjelenségeinek elemzése során (Császár 1980), ám a szemléletmód diszciplináris kialakulása és széleskörű elfogadtatása jóval későbbre tehető. Tudományos megalapozása a pszichoanalitikus irányzatból nőtt ki magát. Flanders Dunbar és Franz Alexander nevéhez kötődnek az első elméletek és írások, melyek ma a téma klasszikusainak számítanak. Műveik fókuszában a betegségre hajlamosító személyiségszerkezet feltárása és leírása áll (Csabai & Molnár, 1999), amely egyben az irányzat legfőbb törekvése is. Még ha manapság meghaladottnak is tekintjük ezt a megközelítésmódot, azt el kell ismernünk, hogy legalább részben Alexandernek köszönhető a pszichológusok és pszichiáterek máig töretlen

érdeklődése az RA iránt. Ugyanis a sokízületi gyulladás egyike az általa pszichoszomatikusnak vélt betegségeknek, a hét „szent betegségnek” (Kulcsár, 2002). Az irányzat elméletei közül a továbbiakban az ő elgondolásait mutatjuk be - mivel ezek kifejezetten az RA-ra irányulnak - kiegészítve néhány, főként korabeli szerző szintén dinamikus szemléletű nézeteivel, kutatási eredményeivel.

Alexander 1950-ben megjelent Pszichoszomatikus orvoslás című könyvében két pszichodinamikai alapmintát különböztetett meg, amelyek testi tünetekhez vezetnek. Az egyik a freudi konverziós tünet, a másik pedig a vegetatív neurózis vagy szervneurózis tünetei. Utóbbinál a fizikai tünetek a krónikusan elnyomott emocionális feszültségek kísérőjelenségei (Hoffmann & Hochapfel, 2000). Kezdetben amellet érvelt, hogy léteznek betegség-specifikus konfliktusok, melyek meghatározott betegségtípushoz vezetnek. A későbbiekben ezt revideálva arra jutott, hogy az érzelmi problémák közül a függőségi konfliktusnak van központi jelentősége. Következésképpen szerinte a pszichoszomatikus zavarok eredetét a korai anya-gyermek kapcsolatban kell keresnünk.

Az Alexander és kollégái (Johnson, Shapiro & Alexander, 1947) által közreadott tanulmányból jól kirajzolódik, hogy az általuk meginterjúvált RA-s betegek – többségében nők – milyen közös személyiségjegyekkel, és mennyire hasonló „nukleáris konfliktus helyzettel” jellemezhetőek. Szembetűnő tulajdonságuk többek között a nagyfokú fizikai aktivitás, amely például a versengő sportok űzésében vagy a serdülőkori kifejezetten fiús viselkedésben ölt testet. Felnőttkori magatartásuk azonban a korábbtól szerfelett eltér, mivel viselkedésüket és érzelem-kifejezésüket erős kontroll alatt tartják. Ez az önkorlátozó tendencia felismerhető a társas viszonylataikban is – különösen a párkapcsolatukban -, melyeket a másik fél szolgálata és a dependencia dominál. A gyerekeik érdekében ugyan sokat megtesznek, azonban sokat is követelnek tőlük és uralkodnak rajtuk. Emellet jól megfigyelhető náluk a mazochizmus, ami egyszerre szolgálja a hosztilitás levezetését és a nagyfokú dependenciájuk tagadását.

Szexuális viselkedésükben általában elutasítják a feminin szerepet, de egyébként is jellemző rájuk a maszkulin attitűd. Többségük nem tud engedelmkedni a férfiaknak, sokkal inkább versengenek velük. Ebből következően, a férjeik meglehetősen engedékenyek, szelídek és jóval passzívabbak, valamint készségesen elfogadják azt a szerepet, hogy kiszolgálják, és gondját viseljék a megbetegedett és dizabilitással küzdő feleségüknek. A női szerepek elutasítását és a férfivá válás vágyát tehát sokszor nyíltan, máskor kissé álcázottan fejezik ki. Az előbbieket mellet ez megnyilvánulhat még biszexualitásban, a környezet



kontrollálásában, vagy abban, hogy igyekeznek átvenni a családfői szerepeket, és ők hozzák meg a fontos döntéseket (Johnson és mtsai, 1947).

Alexanderék tapasztalatai szerint a kiváltó események köre igen változatos lehet (gyerekszülés, családi haláleset, nagyfokú kapcsolati csatlódás vagy akár munkahelyváltás, stb.), melyeket az általuk hordozott jelentés fűz össze (Johnson és mtsai, 1947). Sok esetben a kiváltó motívum a tudattalan lázadás, ellenállás – többnyire egy férfival összefüggésben: például, ha a férfi partner a korábbihoz képest nagyobb fokú asszertivitást mutat. Máskor az ok az esemény által felfokozott hosztilitásban és büntudati érzésekben keresendő, melyeket a leendő beteg ily módon már nem tud adekvátan kezelni például az önfeláldozással. Végül a harmadik lehetőség, hogy az adott esemény hatására felerősödik a maskulin tiltakozási reakció (pl. szexuális fenyegetés vagy erőszak után) és ez vezet a betegséghez.

Családi háttérükben is fellelhetők közös jegyek. Tipikusnak mondható a domináns, erős és követelőző anya, valamint a gyengédebb, szelídebb és engedékenyebb apa. Az anyával való kapcsolatukat a dependencia és a félelem jellemzi, és a bennük munkáló lázadást éppen ezek miatt nem merik kifejezni (Kulcsár, 1993). Ez a fajta anya-gyerek kapcsolat eredményezi később a női szerepekkel kapcsolatos averziót, és erre vezethető vissza a mazochizmusuk is. Az anyával való identifikáció következménye, hogy átveszik az anya párkapcsolati viszonyulását, és saját férjeikkel ugyanolyan rideg, devalváló és domináns módon viselkednek, ahogy azt tőle látták (Johnson és mtsai, 1947). Ez megnyilvánulhat az álmaikban is, melyekben gyakorta tükröződnek kasztráló tendenciáik. Másrészt viszont mazochista viselkedésükkel és mások szolgálatával levezetik az anya iránt érzett harag miatti büntudatot. A szenvedés célja ugyanakkor az anya szeretetének elnyerése.

Összességében tehát a betegség pszichodinamikai hátterét a krónikusan gátolt hosztilitás és agresszivitás képezi, amit a mazochisztikus viselkedés és a maskulin tiltakozás (női szerepek elutasítása) segítségével vezetnek le.

Alexander a tünetek kialakulásának módját a konverziós hisztériához hasonlította (Johnson és mtsai, 1947). Feltételezte, hogy a korábban vázolt tudattalan konfliktus változásokat okoz a harántcsíktal izmokban – megnő az izomtónus vagy izomgörcs alakul ki –, és ez váltja ki az RA szimptomáit. Azaz a hosztilis és agresszív impulzusaik és az ezek elleni védekezés ily módon, az izom- és ízületi tünetek formájában fejeződik ki. Ezek lokalizációjából egyúttal az aktuális konfliktusra is következtethetünk (pl. szexuális konfliktus esetén az egész test vagy csak a nyak, illetve a láb – mint fallikus szimbólumok – érintettek). Ugyanakkor Alexander felhívta a figyelmet arra, hogy ugyanezen impulzusok, attitűdök nem

csak tünetképzés formájában manifesztálódhatnak, hanem egyesek elfogadható (egoszinton) módon is le tudják vezetni. Ilyen a kemény fizikai munka vagy a sport. Sok betegénél éppen ezen aktivitások feladása után jelentek meg a tünetek. Ráadásul, megfigyelte, hogy a remissziós időszakok akkor következnek be, ha a beteg talál egy új módot a tudattalan tendenciái sikeres levezetésére.

Alexanderhez hasonlóan, más szerzők is felfigyeltek az agresszivitás és a gátolt expresszivitás lehetséges etiológiai szerepére (Cleveland & Fisher, 1960; Cormier, Wittkower, Marcotte & Forget, 1957). Mi több, 300 RA-s beteg longitudinális követése során megfigyelték, hogy a kifejezhetetlen, ellenséges érzelmek összefüggésben voltak a heveny reumás „subokkal” (Cobb, 1959, idézi Császár, 1986). Mások kifejezetten autoagressziós tendenciákat valószínűsítene a betegség hátterében. Úgy találták ugyanis, hogy a betegek frusztrációs helyzetben elutasítják az extrapunitív reagálási módot (Müller és Lefkovits, 1956 idézi Császár, 1986). Az interjúk és diagnosztikus tesztek szintén következetesen visszatérő elemének tűnik a túlzott motoros aktivitás és impulzivitás, különösen a gyermekkort illetően (Cleveland és Fisher, 1960; Cormier és mtsai, 1957). Serdülőkortól azonban fokozatosan csökkenő tendencia észlelhető. Olyannyira, hogy felnőttkorra a betegek jelentős részénél kifejezetten obszesszív-kompulzív karaktervonások alakulnak ki, ami például a pontosságra és tisztaságra való törekvésben, továbbá perfekcionizmusban, ruminációban vagy kételkedésben nyilvánul meg (Cormier és mtsai, 1957). Ehhez társulhat még konformitás és rigiditás, melyek ugyanúgy hozzájárulhatnak személyiségük kényszeres jellegéhez.

A rideg és szigorú szülői bánásmódról való beszámoló úgyszintén rendszeresen megjelent a betegekkel készített interjúkban (Cormier és mtsai, 1957). Ezzel összefüggésben Lefer egyenesen arra a megállapításra ragadtatta magát, hogy a rossz (korlátozó) anya interiorizálása hozza létre a fájdalmukat, és az énjük azonosságát, azonosítását a fájdalommal (a „fájok, tehát vagyok” érzést), valamint a depressziót (Lefer, 1972, idézi Kulcsár, 1993). Más forrásokból viszont kiderült az is, hogy interperszonális kapcsolataikban fokozottan érzékenyek a partnerük jelzéseire, különösen a harag lehetséges kommunikációs formáit illetően, ami tehát hiperszenzitivitásként is interpretálható (Kulcsár, 1993). Elképzelhető tehát, hogy szüleikre is ezért emlékeznek úgy, mint hideg, elutasító emberekre. Emellett úgy tűnik, hogy az ilyen betegek a szexualitás terén valóban regressziósan gátoltak és szorongóak (Császár, 1986).

Mindezek után határozottan kijelenthetjük, hogy az Alexander által feltárt személyiségdinamikát vagy ennek egyes összetevőit számos más tanulmány is alátámasztja.

Azonban az egyoldalúságot elkerülendő, megjegyeznénk, hogy már az 50-es, 60-as évek, jobbra pszichoanalitikus szemléletű vizsgálatai és esettanulmányai között is voltak olyanok, amelyek az előzőektől eltérő következtetéssel zárultak. Tudniillik azt a véleményt képviselték, hogy nincsenek a kérdéses betegségekre jellemző személyiségjellemzők vagy dinamikai háttér. Moos és Solomon (1964) vizsgálatából például kiderült, hogy az RA-s betegek MMPI profilja nagyfokú depresszióra, szorongásra, és indítékhiányra utal, valamint mazochizmust, jelentős mértékű rigiditást, és túlzott alkalmazkodást árul el. Csakhogy a szerzők álláspontja szerint ezek általános neurotikus személyiségvonások, amelyek nem specifikusak az RA-t illetően, és egyéb kórformáknál is kimutathatók. Mások pedig amellet érveltek, hogy az RA-re nézve specifikusnak vélt személyiség szerkezet az organikus károsodás hatására alakul ki (Hinz és Pohl, 1977 idézi Császár, 1986), azaz a betegségnek nem az oka, hanem sokkal inkább a következménye.

Alexander maga is elismerte, hogy a felvázolt pszichodinamikai háttér sok olyan emberre is jellemző, akik nem RA-s betegek. Ez alapján ő is arra következtetett, hogy lennie kell még további olyan tényezőknek (talán öröklött, vagy valamilyen fertőzéssel, esetleg traumával összefüggő tényezőknek), amelyek hozzájárulnak a betegség kialakulásához (Johnson és mtsai, 1947). Ez a felismerése már némileg előremutat a későbbi egészségpszichológiai megközelítésmód felé, amely a krónikus betegségek kialakulását és lefolyását illetően egyaránt szerepet tulajdonít a biológiai, pszichés és szociális tényezőknek. A továbbiakban már ebben a szemléleti keretben mutatjuk be a stressz, a szorongás és a depresszió, valamint néhány személyiségváltozó összefüggéseit az RA-val.

#### **4.2. Személyiségjellemzők: a neuroticizmustól az énhatékonyság-érzésig**

A tudományág történetében viszonylag hamar felvetődött a kérdés, hogy létezik-e immunpatológiai szempontból kockázati személyiség, és ha igen, akkor azt hogyan lehetne jellemezni. Az ilyen irányú elméletek kezdetben egy általános modellt kínáltak válaszul, a C típusú (cancer prone personality) viselkedésmintázatot. Ez a személyiség szerkezet (szorongásosság, alacsony önértékelés, agressziógátlás, önálárendelődés) a daganatos és az autoimmun betegségekre hajlamosíthat (Lázár, 2003). Egy alternatív modellt kínált McLelland „gátolt erő motivált” elmélete, melynek fókuszában az én visszatartottsága, korlátozása és az aktivitás gátlása áll. Az erős, de legátolt hatalmi szükséglet túlzott mértékű szimpatikus idegrendszeri aktivitást okoz, amely tartósan fennmaradva immunszuppresszáns hatású (McClelland, Floor, Davidson és Saron, 1980). Azonban ezeknél specifikusabb

elméletekre volt szükség és igény. A következőkben néhány konkrét személyiségjellemző és az RA összefüggéseit mutatjuk be.

Többször is vizsgálták már a krónikus ízületi gyulladáshoz betegek személyiségét a Big Five modell és az eysencki személyiségvonások tükrében. Krol és munkatársai (1998) eredményei alapján az újonnan diagnosztizált betegeket nagyobb mértékű *neuroticizmus* és *szociális kíváncsiság* jellemzi, míg *extraverzióban* és *pszichoticizmusban* hasonlítanak az egészséges kontroll csoport tagjaihoz. A különbségek stabilnak tekinthetők, mivel a mért vonások egyike sem változott a következő egy évben. Leginkább a neuroticizmust tudták összekapcsolni a testi egészséggel ( $r=0,13-0,18$ ), jóllehet, a feltárt kapcsolat gyengének mondható. A lelki egészséggel szintén összefüggésbe tudták hozni, minthogy a depresszió prediktorai közé tartozott a funkcionális állapot és az önértékelés mellett (Krol és mtsai, 1998). Ráadásul a diagnózis felállításakor mért neuroticizmus jól előrejelzi a 3 vagy akár 5 évvel későbbi szorongást és depressziót is a gyógyszeres terápiától, a distressz kezdeti szintjétől és a biomedikális paraméterektől függetlenül (Evers, Kraaimaat, Geenen, Jacobs és Bijlsma, 2002).

Akadnak azonban az előbbieknél ellentmondó eredmények is. Ward (1971) sokat idézett vizsgálatában az RA-s betegeket alacsonyabb neuroticizmus és extraverzió jellemezte egy egészséges és egy neurotikus csoporttal összehasonlítva. Mindez fokozottan érvényes volt azokra a betegekre, akiknél már hosszabb ideje diagnosztizálták a kórképet. Ezek alapján arra a következtetésre jutott, hogy a személyiségvonások mentén feltárható különbségek a betegségnek tulajdoníthatók, azaz a krónikus kórkép következményei (Ward, 1971). Ugyanakkor ezt az eredményt fenntartásokkal kell kezelnünk a rendkívül alacsony, csoportonkénti csupán 10 fős elemszám miatt.

A pszichoticizmus tekintetében más kutatások sem mutattak ki eltérést az egészséges kontroll csoporthoz viszonyítva – összhangban az eddig citált kutatások eredményeivel (Hyphantis és mtsai, 2006). Ugyanígy nem tudtak kimutatni különbséget kérdőívvel a *hosztilitás* és az *obszesszív-kompulzívitás* mentén sem. Ezen felül, az egészségesekhez hasonló mértékű büntudatról, és önkritikusságról számoltak be az RA-s vizsgálati személyek (Hyphantis és mtsai, 2006).

Különböző súlyossági stádiumú betegek összehasonlítása során az előzőhöz hasonló eredményre jutottak a vonásokat illetően. Nevezetesen: az RA-s betegek az átlagpopulációhoz képest neurotikusabbak, és hajlamosak a szociális elvárásoknak megfelelő válaszokat adni. A

személyiségvonások viszont nem függték össze a betegség aktivitásával, és ezt nem lehet belőlük előrejelezni (Gardiner, 1980).

Számos kutatás beigazolta a neuroticizmus és az észlelt fájdalom közti pozitív irányú összefüggést. Mi több, kijelenthetjük, hogy a magas neuroticizmusú személyek nem egyszerűen nagyobb mértékű fájdalmat tapasztalnak meg, hanem hajlamosabbak a fájdalom katasztrofizálására (Affleck és mtsai, 1992).

Egy másik vizsgálat eredményei szerint azonban a *Big Five* vonások és a krónikus fájdalom közt nincs összefüggés (Newth & DeLongis, 2004). A betegek által alkalmazott copinggal és ennek hatékonyságával azonban számos kapcsolódási pont tárható fel. Nagyobb mértékű neuroticizmus esetén a betegek több érzelmkifejezést mutatnak megküzdés gyanánt. Míg az extrovertáltabb ízületi betegek aktív megküzdőknek nevezhetők, azaz a coping stratégiák szélesebb köréből válogatnak, és többféle stratégiát alkalmaznak a fájdalommal való megküzdés során. Gyakrabban használják többek között a kognitív átkeretezést az introvertáltabb betegekhez képest, és ez számukra nagyobb haszonnal is jár. Az érzelmkifejezés szintén gyakoribb alkalmazása azonban nem adaptív számukra – valószínűleg interperszonálisan averzív módon fejezik ki a fájdalommal kapcsolatos érzelmeiket. A magas lelkiismeretesség a sztoikus eltávolítás rendszeresebb használatával jár együtt, ami hatékony lehet a fájdalom menedzselése során – mivel ezzel minimalizálni tudják a fájdalom zavaró, interferáló hatását. A barátságosság személyiségvonása természetesen a kapcsolati fókuszú stratégiákkal függ össze (Newth & DeLongis, 2004).

Néhány vizsgálat segítségével betekintést nyerhettünk a betegek érzelmi állapotába és az ezt meghatározó tényezők sorába. Más krónikus betegcsoporthoz hasonlóan sokuknak nehézséget okoz az érzelmek felismerése és kifejezése. Több mint negyedük kimondottan *alexithymiásnak* tekinthető, és ezen problémájuk súlyossága érdekes módon összefügg a funkcionális károsodásuk mértékével (Fernandez, Sriram, Rajkumar és Chandrasekar, 1989). Emellett a vonásként értelmezett *érzelmi intelligencia* több összetevőjében is eltérnek az egészséges kontrolloktól (Tillmann, Krishnadas, Cavanagh és Petrides, 2013). Profiljuk fokozott empátiáról és jobb minőségű kapcsolatokról árulkodott, viszont rosszabb stressz- és érzelmenkezelést, alkalmazkodó-képességet, és önértékelést mutattak. Emellett alacsonyabb mértékű asszertivitással és impulzivitással jellemezték magukat. Érzelem-kifejezést és optimizmust illetően viszont ebben a vizsgálatban nem találtak eltérést. Emellett mindegyik vonás független volt a betegség fennállási idejétől. A szeronegatív és szeropozitív csoportok a kérdőív 20 skálája közül mindössze egy mentén különböztek: a RF-pozitív csoport kevésbé

fejezi ki az érzelmeit. Megfigyelhető volt azonban nemi különbség: az RA-s férfiak alacsonyabb, az RA-s nők pedig magasabb szintű önkontrollt mutattak az azonos nemű egészséges társaikhoz viszonyítva (Tillmann és mtsai, 2013). Az *érzelmi feltárukozás* viszont jótékony lehet a fizikai állapotukat illetően. Egy stresszteli életesemény leírása után 4 hónappal ugyanis a reumatológusok javulást tapasztaltak a betegség aktivitási szintjében - noha kérdéses, hogy ez a javulás folyamatosan fennállt-e az utánkövetési időszakban (Smyth, Stone, Hurewitz és Kaell, 1999).

Az ízületi gyulladáson betegek egyik legszembetűnőbb jellemzője a nagymértékű *tehetetlenség-érzés*. Tudjuk, hogy általában erősen összefügg a depresszióval (Abramson, Seligman és Teasdale, 1978). RA-s betegek esetében sincs ez másképp: a tehetetlenség-érzés jól bejósolja az aktuális és az évekkel későbbi depressziót egyaránt (Smith, Christensen, Peck és Ward, 1994). Rizikótényezői közé az idősebb kor, az alacsonyabb iskolai végzettség, az alacsonyabb önértékelés, a nagyobb mértékű szorongás és depresszió, valamint a napi aktivitást érintő súlyosabb funkcionális károsodás tartoznak. Valószínű azonban, hogy a betegség karakterisztikája, azaz a hullámzó lefolyása vagy éppen a gyors progressziója szintén hozzájárul a tehetetlenség-érzés kialakulásához. Ebből viszont az is következik, hogy ha valaki megtanulja tolerálni a betegség kiszámíthatatlan jellegét, akkor nagyobb kontrollérzetet élhet meg annak menedzselése kapcsán (Nicassio, Wallston és Callahan, 1985).

A betegek jelentős részét emellett *pesszimizmus* jellemzi, ami hatással van a jövőbeli egészségi állapotukkal kapcsolatos elvárásaikra is. Elképzelhető, hogy a jövőbeli eseményekkel kapcsolatos erősen negatív hozzáállás - az előbbieken felül- elősegíti a tehetetlenség-érzés kialakulását (Radanov, Schwarz és Frost, 1997).

Régóta ismert a diszpozicionális *optimizmus* egészségvédő hatása (Scheier és Carver, 1985). RA-ban is jelentős együttjárást mutat a betegek jól-létével. Mértéke azonban némiképp változik a betegség fennállása során, ugyanis a kezdeti időszakban több optimizmus-szerű tagadást alkalmaznak (Treharne, Lyons, Booth, Mason és Kitas, 2004). Jóllehet, kifejezetten az optimizmust és a pesszimizmust vizsgálva, nem találtak kapcsolatot a betegség fennállási idejével (Treharne, Kitas, Lyons és Booth, 2005). Természetesen a pozitív kimenetelre vonatkozó elvárások csökkentik a depresszív és szorongásos tünetek kialakulásának esélyét. Összefüggést mutat emellett a betegségről alkotott reprezentációval. Az optimistább RA-s betegek úgy vélik, hogy nem olyan súlyosak a betegség következményei és jobban kontrollálhatónak tartják a tüneteket a kevésbé derűlátókhöz képest. Emellett pozitív

együttjárás igazolható az optimista beállítódás és a társas támogatás mértéke között. Érdekes módon, az optimistább betegek a betegség kezdetén kisebb mértékű fájdalmat tapasztalnak, majd évekkel később, ennek éppen az ellenkezője figyelhető meg (Treharne és mtsai, 2005).

Viszonylag sok kutatási eredmény áll rendelkezésre a *kontrollhely* és az egészségi állapot kapcsolatára vonatkozóan egészséges és krónikus beteg populáción egyaránt. Ízületi gyulladáshoz betegeknek a külső kontrollhely erősen – a fizikai egészségi állapotnál is jobban – összefügg a depresszív tünetekkel. Ezek a betegek amennyiben elegendő társas támogatást kapnak a partnerüktől, akkor kevesebb depresszív tünetet mutatnak, és jelentősen többet, ha kritizálja őket a partnerük. A belső kontroll RA-s nők esetében viszont a partner támogatása elősegíti a depresszív tünetek megjelenését – az autonómiájuk csökkenéseként élik meg a betegséget és az abból adódó korlátozottságot (Reich, Zautra és Manne, 1993). Azaz a kontrollhely befolyásolja a társas támogatás és a depresszió közti kapcsolatot. A kontrollhelynek egy specifikus típusa az egészségi állapot kontrollálásával kapcsolatos hiedelmek (Wallston és Wallston, 1978). Az erősebb belső *egészségkontroll-hely* kisebb mértékű fájdalommal és jobb fizikai funkcionálással jár együtt ízületi betegeknek is (Cross, March, Lapsley, Byrne és Brooks, 2006). A kívülre helyezett kontroll viszont független a fizikai állapottól és a fájdalom erősségétől. Megkülönböztetik még a *fájdalom kontrollálására* vonatkozó hiedelmeket, melyeknek az adott betegség esetében kitüntetett jelentősége van. A kisebb belső kontrollhit a fájdalom kontrollálásának képességét illetően, és az a hiedelem, hogy a véletlennek vagy a szerencsének köszönhető a fájdalom mérséklődése, jól bejósolják a depressziót – még ha gyenge prediktoroknak is bizonyulnak (Covic, Tyson, Spencer és Howe, 2006).

Bandura (1997) *énhatékonyság-érzés* fogalmát az egészség protektív tényezői között tartjuk számon: a nagyobb mértékű énéhatékonyság-érzés jobb egészségi állapotot valószínűsít. Hasonló következtetést vonhatunk le RA-s betegek esetében is. A nagyobb mértékű énéhatékonyság-érzés jobb medikális kimenettel jár együtt, mind a szomatikus tünetek (fájdalom, fáradtság, funkcionális dizabilitás), mind a pszichés tünetek (negatív hangulat) tekintetében. Ráadásul nem csupán összefüggést mutat a betegség súlyosságával és a fájdalomérzettel, de mediálja is a köztük lévő kapcsolatot (Somers és mtsai, 2010). Ugyanakkor az énéhatékonyság-érzést ma inkább domén-specifikusnak tartják, és nem egyfajta általános kontrollképesség-érzésnek tekintik. Ilyen értelemben a személy azon hiedelmeit takarja, hogy képes-e egy adott, konkrét feladatot vagy tevékenységet kivitelezni. AZ RA esetében megkülönböztetik a fájdalom kontrollálásával kapcsolatos, a funkcionális feladatok

végrehajtásával összefüggő, illetve a fájdalomon kívüli egyéb tünetek kontrollálására vonatkozó énhatékonyság-érzést (Lorig, Chastain, Ung, Shoor és Holman, 1989). Mindhárom domén-specifikus fajtája erős vagy viszonylag erős kapcsolatban van az észlelt fájdalom, az ízületi merevség, és a fizikai korlátozottság mértékével, valamint az életminőséggel. A funkcionálással kapcsolatban nagyobb énhatékonyság-érzést megéllő betegek esetében ráadásul kisebb az arthritis teljes költsége – azaz az orvosi vizitek száma és a saját költségek együttesen (Cross és mtsai, 2006).

## **5. A RHEUMATOID ARTHRITIS SZOCIÁLIS ASPEKTUSA**

A krónikus betegségek, így a rheumatoid arthritis is, mindig hatással vannak a szűkebb vagy tágabb szociális környezetre, és végső soron az egész társadalmat is érintik. AZ RA esetében ezek a szociális következmények fokozottan érvényesülnek, hiszen a betegek jelentős része akár már a betegség korai szakaszában nagyfokú korlátozottságot, dizabilitást tapasztal meg. Terheiket csak tetézik a kórkép mellé társuló pszichés problémák, vagy súlyosabb esetben pszichiátriai zavarok. Ezek következtében többségüknek érzelmi és gyakorlati támogatásra van szüksége, ami optimális esetben csökkentheti a betegség negatív hatásait és segíti az adaptációt. Ugyanakkor, ez a mindennapos segítségnyújtás - sőt, már önmagában a betegség megléte, jelenléte – megterheli, és kihívás elé állítja még a közeli kapcsolatokat is. A legtöbb családban szükségessé válik a feladatok újragondolása, a szerepek újraosztása. Ez annál is inkább valószínű, mert a nagymértékű funkcionális károsodással küzdő betegek egy idő után már nem tudják ellátni a munkájukat, és zömében munkanélküliek lesznek, ami természetesen kihat a család anyagi helyzetére és működésére. Természetesen a kapcsolat kétirányú, vagyis a szociális kapcsolatok jellegzetességei is hatnak a betegek pszichés és fizikai állapotára. A kórkép egyszersmind társadalmi vonatkozásokkal is bír, mivel a betegek gondozásának tetemes költségei vannak, másrészt pedig gazdasági károkat is okoz a csökkent munkaképesség és a rokkantnyugdíj által. A következőkben a betegséggel és az ahhoz való alkalmazkodással összefüggésbe hozható néhány szociális tényezőt és ezek hatásait tekintjük át.

### **5. 1. Szociodemográfiai tényezők**

Ahogy azt a korábbiakban már ismertettük, az RA jóval gyakrabban fordul elő nők körében. Emellett azonban más összefüggés is ismert a betegség és a nemek vonatkozásában. A női betegek például nagyobb mértékű depressziót mutatnak - csakúgy, mint a normál



populációban (Pincus, Griffith, Pearce & Isenberg, 1996). Ugyanez igaz a fizikai tünetekre, a fájdalomra és a fáradtság mértékére is (Wright és mtsai, 1998), melyek szintén jobban érintik a nőket a férfi betegekhez viszonyítva. Ezen túlmenően, férfiaknál gyakoribb a spontán remisszió is (Symmons, 2003). A fizikai funkcionálásban jelentkező különbséget azonban gyakorta azzal magyarázzák, hogy a férfiak túlbecsülik a fizikai képességeiket (Symmons, 2003).

AZ RA leggyakrabban 40-50 éves korban alakul ki, így a 60 éves kor után diagnosztizált betegséget „késői RA”-nak nevezzük. Egyes tanulmányok szerint az idősebbek esetében jobb klinikai kimenetelre számíthatunk és náluk kevésbé agresszív kezelés szükséges. Ugyanakkor a prospektív tanulmányok nem támasztják alá ezt az eredményt, mi több, úgy tűnik, hogy fiatalabb életkorban gyakoribb a spontán remisszió. Számos vizsgálat pedig nem mutat különbséget a betegség életkori kezdete alapján képzett csoportok között a radiológiai státuszban, a mortalitásban vagy a fizikai funkcionálásban (Symmons, 2003).

Régóta ismert az RA és az iskolázottság közötti kapcsolat. Ugyanis az ilyen kórfarmájú betegek között (is) nagyobb az alacsony iskolai végzettségűek aránya a teljes népességhez viszonyítva, valamint esetükben a tünetek is súlyosabbak, és nagyobb a mortalitási ráta (Symmons, 2003). Hasonló összefüggés van a szocioökonómiai státusz és az RA előfordulása között (Symmons, 2003). Az alacsonyabb SES általánosságban is összefügg a rosszabb egészségi állapottal, de RA esetében ez különösen igaz (Albers és mtsai, 1999). Az alacsonyabb társadalmi státuszú betegek ugyanis jelentősen súlyosabb tünetekről és progresszívabb lefolyásról számolnak be. Emellett nagyobb mértékű fájdalmat tapasztalnak meg, amely összefügg az anyagi helyzetük okozta stresszrel (Rios & Zautra, 2011). Az iskolázottsággal és a szocioökonómiai státusszal mutatott kapcsolatot az egészségügyi ellátáshoz való rosszabb hozzáféréssel, és az alacsonyabb mértékű compliance-szel szokás magyarázni (mindkettőt cáfolták már, az előbbit többszörösen is), valamint a viselkedéses rizikótényezők (pl. dohányzás) gyakoribb előfordulásával (Symmons, 2003).

Említést érdemel ugyanakkor, hogy a nemet és a családi állapotot tekintve is vannak a korábbiaknak ellentmondó eredmények, melyek nem igazolják sem a nemi különbség, sem a családi állapot szerinti különbség meglétét a szorongás, a depresszió vagy a fájdalom és fáradtság tekintetében (Treharne és mtsai, 2005).

## 5. 2. Társas kapcsolatok, attachment, társas támogatás

Többek között arra való tekintettel, hogy a betegség dizabilitással, illetve pszichés következményekkel is jár, az RA-s betegek többségének szüksége van érzelmi és gyakorlati segítségre. A szűkebb környezetből érkező társas támogatás segítséget jelenthet, hogy hatékonyabban tudjanak megküzdeni ezzel a kiszámíthatatlan, ám többnyire progresszív lefolyású kórképpel. A szociális támogatás védőfunkciójának magyarázatára két modellt is kidolgoztak. A „fő hatás modell” szerint a társas támogatás önmagában hatékony a stresszortól függetlenül, mivel serkenti az egészséges viselkedést, fokozza az identitásélményt, a pozitív hangulatot, és a pozitív önértékelést. Ezt a direkt hatást RA-s betegeknél is kimutatták már. A „stressz-puffer modell” szerint a társas támogatásnak azért van egészségvédő szerepe, mert a személyt érő stressz következményeit mérsékli (megbeszélhető a probléma, a társas környezet alternatív megoldási stratégiákat kínálhat, stb.) (Lázár, 2001). RA esetében számos kutatás bizonyítja a szociális támogatás direkt hatását, azonban a stressz-puffer hatást sok vizsgálat nem tudja alátámasztani (Doeglas és mtsai, 2004).

A nagyobb mértékű társas támogatás természetesen együttjár a depresszív tünetek alacsonyabb számával, valamint a kisebb mértékű fáradtsággal (Treharne és mtsai, 2005). Emellett szintén bizonyított, hogy a több támogatásban részesülő betegek változatosabb és hatékonyabb coping mechanizmusokat használnak, ennek következtében pedig kisebb az általuk észlelt fájdalom mértéke (Holtzman, Newth & DeLongis, 2004). Megfelelő társas támogatás esetén azonban a betegek nem csak kisebb fájdalomérzetről, és kevesebb következményes negatív érzésről számolnak be, hanem, ha a partner jól reagál azokban a helyzetekben, amikor fájdalomról panaszkodnak, akkor kevésbé érzik magukat tehetetlenek a fájdalommal való napi szintű megküzdésben, és kevésbé hajlamosak a fájdalom katasztrófizálására (Holtzman & DeLongis, 2007). Mi több, a társas támogatásnak akár hosszú távú hatásai is lehetnek, ugyanis a betegség kezdetén tapasztalt támogatás mennyisége bejósolja az 5 évvel későbbi dizabilitás mértékét (Evers, Kraaimaat, Geenen, Jacobs & Bijlsma, 2003).

A kapott támogatás mennyisége összefügghet azonban akár a beteg állapotával, azaz a kialakult funkcionális károsodás mértékével is. Úgy tűnik, hogy a nagyobb mértékű rokkantsággal küzdő betegek és családjaik jobban küzdenek meg a betegség jelentette kihívásokkal, ami talán azzal magyarázható, hogy náluk jól látható és súlyos ízületi deformitások mutatkoznak, ami erős fájdalommal és funkciókieséssel jár együtt, így

könnyebben kivívják a családtagok és barátok szimpátiáját, sajnálatát és végső soron a támogatását. Míg enyhe stádiumú vagy kiszámíthatatlan lefolyású (ha exacerbációk és remissziók váltják egymást) betegség esetében a partner vagy más családtagok bizonytalanok lehetnek a beteg állapotát illetően, és így talán nehezebben tudnak vele szimpatizálni (Ramjeet, 2003). Az talán kevésbé szorul magyarázatra, hogy a betegség egy másik paramétere, a fennállási ideje negatívan függ össze az érzelmi támogatás mennyiségével (Fyrand, Moum, Finset & Glennås, 2002).

Ugyanakkor egyes kutatások felhívják a figyelmet a szociális támogatottság esetlegesen jelentkező negatív hatásaira is. Ez utóbbi a problémás társas támogatás, vagyis az, amit az adott személy nem érez támogatónak, függetlenül a segítő személy szándékaitól. Ez többnyire akkor fordul elő, ha a személy nem vágyik rá, nem igényli a támogatást, vagy az nem egyezik a szükségleteivel. Természetesen az ilyen fajta segítségnek negatív hatásai vannak, amely megmutatkozhat a depresszív tünetek nagyobb mértékében, valamint fokozottabb fájdalomérzetben és csökkent fizikai funkcionálásban. Mindazonáltal, a pozitív támogatás moderálja a problémás támogatás hatását (Riemsma és mtsai, 2000). A problémás támogatás egyik példájául a házastárstól származó kritizáló megjegyzések szolgálhatnak, melyek maladaptív coping-stratégiákat indukálhatnak a beteg részéről (vagy legalábbis együttjárnak azokkal), amik pedig a pszichés jól-lét csökkenését eredményezik (Kraaimaat, van Dam-Baggen & Bijlsma, 1995).

Azonban nem csak a társas támogatás megfelelő mennyisége vagy adekvát volta fontos, hanem önmagában a kapcsolatok minősége is – habár nyilvánvalóan a kettő nem független egymástól. Régóta ismert például, hogy a házasság minősége befolyásolja az immunmechanizmusokat: a rosszabb kapcsolat pozitívan korrelál a szupresszor és helper T-sejtek arányával és negatívan az NK-sejtek számával, más szóval, rontja az immunfunkciókat (Kiecolt-Glaser és mtsai, 1987). Továbbá, azokban az időszakokban, amikor a betegek párkapcsolata kifejezetten stresszteli és konfliktusos, felerősödhet a betegség aktivitása (Zautra és mtsai, 1998).

AZ RA-s betegek gyakori problémája, hogy úgy érzik, a környezetük nem érti meg őket és a problémáikat. Ez leggyakrabban akkor fordul elő, ha a hozzátartozók nem értik a betegség természetét és az érintett személy életére gyakorolt következményeit – vagyis ebben az esetben nem az empátiás képességükkel van probléma, hanem a tudásuk hiányos. Ilyenkor a családtagok téves elvárásokat alakíthatnak ki azzal kapcsolatban, hogy a beteg mennyire képes funkcionálni és kézben tartani az állapotát. Ezek után ha a beteg a saját képességeit a

mások elvárásaihoz képest csekélyebbnek észleli, akkor úgy érezheti, hogy képtelen megfelelni a számára fontos emberek elvárásainak az élet számos lényeges területén (Bediako & Friend, 2004). Amennyiben a percepciók és az elvárások nem egyeznek – mint például Asch klasszikusnak számító vizsgálatában -, akkor meg-nem-értettség érzés és nagymértékű stressz alakulhat ki a személyekben. Ezek következtében romolhat a párkapcsolat minősége, illetve a beteg azon érzése, hogy nem tud megfelelni a társa elvárásainak, jelentős mértékben hozzájárulhat a depresszív tünetek kialakulásához (Bediako & Friend, 2004).

A párkapcsolat más módon is érintett lehet a betegségben, mégpedig a szexuális élet megváltozása által. Ugyan a kérdést eddig inkább női betegek esetében vizsgálták, mindenesetre két problémát azonosítottak a kutatások: egyfelől a szexuális aktus kivitelezésének nehezítettségéről számolnak be a betegek, másrészt csökkent szexuális vágyat és elégedettséget tapasztalnak meg. Előbbi, azaz a szexuális dizabilitás legnagyobb mértékben a fizikai funkcionálással függ össze, de szoros kapcsolatban van még a betegség aktuális aktivitásával, a csípő érintettségével, a megtapasztalt fájdalom mértékével, illetve gyakrabban fordul elő szeropozitív betegek közt (Abdel-Nasser & Ali, 2006). Érdekes módon, nem mutat viszont összefüggést a szorongásos és depresszív tünetek mennyiségével, sőt az életkorral és a betegség kezdetkor aktuális életkorral sem. A csökkent szexuális drive meghatározó tényezői között azonban már ezen tényezőket is megtaláljuk, ugyanis a kor, valamint a depresszív tünetek és a fájdalom mértéke jósolja be a szexuális vágy gyengülését. Mindez azért is fontos, mert túl azon, hogy együttjárhat a betegek életminőségének további romlásával, a párkapcsolatban is problémákat eredményezhet, sőt, sok esetben a megtapasztalt szexuális problémák váláshoz (és ezzel együtt a társas támogatás egy fontos forrásának elvesztéséhez) is vezethetnek (Abdel-Nasser & Ali, 2006).

Ha a társas háló kvantitatíve vagy kvalitatíve hiányosságokat mutat, akkor az adott személy magányosságot érezhet. Amennyiben a magányt negatívan éli meg, akkor ez depresszióhoz, alacsony önértékeléshez, szorongáshoz, vagy éppen rosszabb egészségi állapothoz vezethet. AZ RA-s betegek jelentős hányada is beszámol magányosságról, ám ennek természete már részben kultúrafüggő. Úgy tűnik ugyanis, hogy az egyiptomi nőbetegek valószínűbben tapasztalják meg ezt az érzést a holland betegtársaikhoz képest (El-Mansoury és mtsai, 2008), és náluk a magányossághoz a szorongás és a depresszió járul hozzá, valamint a problémás társas támogatás nagyobb mértéke és a kisebb gyermekszám. Ezzel ellentétben, a holland betegeknél a szorongáson és a depresszióon kívül a kevesebb pozitív támogatás és a

nagyobb mértékű dizabilitás tartozik a magyarázó tényezők közé (El-Mansoury és mtsai, 2008).

A társas kapcsolatokhoz tartozó fogalmak, jelenségek közül érdemes még kiemelni a kötődést. Különböző betegségekben szenvedők és egészségesek körében egyaránt sokat vizsgálták már az attachment és az immunrendszer működésének kapcsolatát. Számos kutatás rámutatott már, hogy a bizonytalan kötődés egészséges embereknél is együttjár a rosszabb immunrendszeri funkcionálással, például egészséges, de elkerülő kötődésű nőknél az NK-sejtek citotoxicitásának csökkenését regisztrálták (Picardi és mtsai, 2007). Emellett számos betegség fennállásával is találtak összefüggést. Ha azonban a kérdésünk arra irányul, hogy a bizonytalan kötődéssel számolhatunk-e okként egy adott kórkép kialakulását illetően, akkor a helytálló válasz az, hogy a bizonytalan kötődés általánosságban növeli meg a betegségekkel kapcsolatos vulnerabilitást, nem specifikus rizikótényező az RA-re vagy az immunrendszeri betegségekre (vagy bármely más betegségre) nézve (Maunder & Hunter, 2001). A kötődési stílus azonban más módon is összekapcsolható a betegségekkel, mégpedig azért, mert befolyásolhatja a betegséghez való alkalmazkodást. RA esetében például összefügghet a fájdalomra való reagálással. Egyfelől a bizonytalan kötődésűek nagyobb mértékű fájdalomról és dizabilitásról számolnak be, másrészt a dizabilitásban tapasztalható variancia mintegy 20%-áért a megtapasztalt fájdalom és a kötődési szorongás felelős (McWilliams, Cox & Enns, 2000). Továbbá, a szorongó kötődésűek hajlamosabbak a fájdalomra katasztrófizálással reagálni. Az elkerülő kötődés ugyanígy összefügg a nagyobb mértékű fájdalommal és annak katasztrófizálásával. Ezen túlmenően azonban, ők kevésbé használnak társas megküzdési stratégiákat (Kratz, Davis & Zautra, 2012). Utóbbiból viszont már az is következik, hogy a kötődési stílus kapcsolatban van a társas támogatás keresésével is. Az instrumentális segítségkérés és a betegség súlyossága közti kapcsolatot részben mediálja a kötődési szorongás a szülők és a házastárs/romantikus partner esetében. Míg a barátok esetében a kötődési szorongás a súlyosság és az érzelmi támogatás keresése közti kapcsolatot közvetíti. Az elkerülő kötődés ezzel szemben nem alkalmas a támaszkereső viselkedés bejósolására (Cole & Karantzas, 2007).

A fentebb ismertetett kutatási eredmények egyfelől alátámasztják, hogy a különböző társas jelenségek és a betegség aktuális állapota és lefolyása kölcsönösen befolyásolják egymást, másrészt megerősítik, hogy a betegek rehabilitációjába érdemes bevonni a családtagokat is, vagy legalább kitérni az intervenciók során az esetlegesen felmerülő kapcsolati nehézségek adekvát kezelésére.

### 5. 3. Társadalmi vonatkozások

AZ RA-t ugyan nem a legjelentősebb népegészségügyi problémák között tartjuk számon, ám a fizikai dizabilitás első számú okának tekinthető. A rokkantság az emocionális és fizikai problémák mellett jelentős gazdasági terhet is jelent az érintett családoknak. A betegek munkahelyi alkalmazásának aránya jóval alacsonyabb az azonos korcsoporttal összehasonlítva - különösen a betegség első 2-3 évében csökken radikálisan. Munkavállalásuknak számos akadályja van, melyek közé a munkaerőpiacon való hátrányos megkülönböztetés, a betegek csekély tudása az alkalmazási alternatívákat illetően, vagy éppen a közlekedési nehézségek tartoznak (Barlow, Wright & Kroll, 2001). A munkanélküliség jövőbeni következményei ráadásul nem csak az anyagi problémákat foglalják magukba, hanem negatívan érinti a pszichés jól-létet is, többek között a depresszív tünetek, a csökkent önértékelés (Barlow, Wright & Kroll, 2001) vagy a nagyobb mértékű fájdalom miatt (Treharne és mtsai, 2005). A különböző felmérések szerint az RA-s betegek átlagosan egyharmada rokkantnyugdíjas, és a rokkantság az életkorral, a betegség súlyosságával és a foglalkozásuk jellegével mutat összefüggést (Burton, Morrison, Maclean & Ruderman, 2006).

Érdeemes röviden kitérni a betegséggel összefüggő társadalmi költségek összetevőire és átlagos nagyságára. A betegség miatti éves társadalmi kiadásokat a direkt és indirekt költségek összegéből becsülik meg. Az előbbieket közé számítják a járó- és fekvőbeteg ellátás költségeit, a sürgősségi ellátás költségeit, az orvosoknál és egyéb egészségügyi szakembereknél tett látogatások díját, a diagnosztikai és egyéb terápiás eljárások, a gyógyszerek, és természetesen az igénybe vett egészségügyi eszközök miatti kiadásokat. Az indirekt költségeket jóval nehezebb megbecsülni; ebbe általában a betegség miatti távolléti napok és a munkaképtelenség költségei vagy éppen a nemzeti egészségbiztosításhoz való hozzájárulás kiesése számítanak bele (természetesen ezen utóbbi számítása országonként különböző az eltérő egészségügyi rendszerek miatt). Az eddig megjelent felméréseket nehéz összehasonlítani az országok eltérő egészségügyi rendszere és az alkalmazott számítási módszerek miatt. Emellett számottevő befolyásoló tényező még a betegség súlyossága, a társult betegségek előfordulása, a kezelés módja és a betegség fennállási ideje. Annyit azonban érdemes kiemelni, hogy átlagosan a teljes költség 25-50%-át teszik ki a direkt ráfordítások, és a nagyobb részét (26-75% közötti a tartomány az egyes felmérésekben) az indirekt költségek jelentik (Rat & Boissier, 2004).

Egy viszonylag új amerikai felmérés szerint az arthritis és más reumás betegségek költségei az USA-ban 2003-ban közel 128 billió dollárt tettek ki (azonban ebbe nem csak az

RA költségei tartoztak bele!), melyből nagyjából 80 billió volt az egészségügyi ellátásra fordított kiadás, és 48 billió az indirekt költség. Ez az összeg az akkori GDP 1,2%-ának felelt meg, azonban a Center for Disease Control and Prevention (CDC) a költségek további növekedését vetíti előre a populáció öregedése, valamint az elhízás és az inaktivitás növekvő gyakorisága miatt (Yelin és mtsai, 2007). Franciaországban a direkt költségeket 2001-ben betegenként évi 4003 Euro-ra becsülték (Rat és Boissier, 2004). Az RA okozta dizabilitás gazdasági hatása évi 1,256 billió £-ot tett ki Angliában 1992-ben (Barlow, Wright & Kroll, 2001). Magyarországon az RA-s betegek ellátásával összefüggő költség valamivel több, mint évi 1.000.000 Ft-ra tehető betegenként, melyből a direkt és indirekt költségek aránya 45 és 55%. A felmérésből ugyanakkor az is kiderül, hogy a magyar betegek rosszabb funkcionális állapotúak, mint számos más európai országban készült felmérésben résztvevő betegek. Mindkettőre, a magyar betegek rosszabb állapotára és az alacsonyabb hazai költségekre is magyarázatul szolgálhat azonban, hogy a hivatkozott felmérés idején hazánkban még csak kevés beteg kapott biológiai terápiát, amely jelentős javulást hozhat a betegek állapotában, de emellett a betegek ellátására fordított kiadásokat is jelentősen megnöveli. Ennek következtében a magyar vizsgálat adatainak nemzetközi viszonylatban való értékelése nehézkes. Ugyanakkor az a hazai felmérésből is kiderül, hogy a betegség súlyosbodásával és az életminőség romlásával a költségek jelentősen növekednek (Péntek, 2007).

## **6. KOMORBID PSZICHIÁTRIAI KÓRKÉPEK**

A különböző társult pszichiátriai zavarok figyelmet érdemelnek mind prevalenciájuk, mind az alkalmazkodást és a betegség prognózisát befolyásoló hatásuk miatt. A depresszió és a szorongás a krónikus betegségekkel általánosságban együttjáró pszichiátriai zavarok (Clarke & Currie, 2009). Ennek legfőbb oka, hogy ezek a kórképek jelentős változásokat indukálnak a betegek addigi életében: megváltozik a testi integritás és a közérzet, módosul a beteg önmagáról kialakított képe, átalakulnak a szociális szerepei, valamint megváltozik a fizikai és szociális környezete (Tiringer, Varga & Molnár, 2007). Ennélfogva a betegség nap, mint nap kihívások elé állítja a krónikus beteg embereket, azaz folyamatos alkalmazkodást igényel. A szorongás és a depresszió tekinthetőek az inadekvát megküzdés eredményének is (még ha bizonyos esetekben, például a diagnózis közlését követően teljességgel elfogadhatóak). Olyannyira elfogadott ez a megközelítés, hogy az RA-s betegek alkalmazkodásával foglalkozó kutatások jelentős része az alkalmazkodás indikátoraként tekint a szorongásos és affektív zavarokra. Másfelől viszont kialakulásuk természetesen negatívan befolyásolja a betegséghez való további alkalmazkodási stratégiák hatékonyságát. Ezen túlmenően, a társult

pszichiátriai zavarok közvetlenül is hatással vannak a fizikai egészségi állapotra, mivel endokrin- és központi idegrendszeri, valamint immunológiai változásokat idéznek elő. Az említett összefüggések és az ezeket befolyásoló tényezők megismerése kiemelt jelentőségű az RA-s betegek fizikai és pszichés egészségi jól-léte szempontjából.

## 6.1. Depresszió

A depresszió jelentős immunrendszeri változásokat okoz mind a mennyiségi, mind a funkcionális immunológiai mutatókat illetően. A mennyiségi mutatók vonatkozásában bizonyossággal kijelenthető, hogy a fehérvérsejtek számának és a neutrofil sejtek számának és arányának növekedésével, továbbá a limfociták számának és arányának csökkenésével jár együtt. Ezen túlmenően, igazolták a természetes ölósejtek (NK-sejtek) abszolút mennyiségének, és a T-sejtek relatív mennyiségének csökkenését, illetve a B-sejtek relatív mennyiségének, a CD4 sejtek mennyiségének, valamint a CD4/CD8 sejtarány növekedését depresszív tünetek fennállása esetén. A funkcionális változások közül a legmegbízhatóbb korrelátumnak a neutrofil fagocitózis és a NK-sejtek citotoxicitásának csökkenése tűnik (Picardi, Tarolla, Tarsitani & Biondi, 2009).

Egyszersmind a depresszió serkenti a proinflammatorikus citokinek (különösen az IL-6 és IL-2) termelését, ami felveti annak a lehetőségét, hogy a major depresszió olyan immunrendszeri aktivációval jár együtt, ami az akut fázisú immunválaszra emlékeztet (Picardi és mtsai, 2009). Az IL-6 és IL-2 citokinek mennyiségének növekedése következményesen fokozott corticotropin-releasing hormon (CRH) elválasztást eredményezhet, ami pedig emelkedett HPA-aktivitáshoz vezethet. Végző soron magas ACTH- és kortizol-szint alakulhat ki, ami káros immunológiai változásokkal jár együtt. A depresszió indirekt úton is hatással lehet az immunrendszer működésére: elnyomhatja a celluláris immunválaszt, ezáltal pedig elősegítheti a fertőzések és a sebgyógyulás időtartamának elhúzódását, ami szintén a gyulladáskeltő citokinek emelkedett szintjéhez vezet. Ugyanakkor a kapcsolat kétirányú, azaz a citokinek jelentős hatást gyakorolnak a központi idegrendszerre, következésképpen hozzájárulnak a negatív hangulati állapot, a szomatikus panaszok (fáradtság, hiperalgécia, gyengeség) vagy az étvágytalanság, azaz együttesen a betegségviselkedés (sickness behavior) kialakulásához (Kököneyi & Urbán, 2003). Mindezek különösen az idősek esetében bírnak nagy jelentőséggel, mivel rájuk már eleve jellemző a megnövekedett citokin-termelés. Ha a depresszió ezt tovább fokozza, az már komoly morbiditási és mortalitási rizikót eredményezhet (Kiecolt-Glaser & Glaser, 2002). Az előbbieken kívül a depresszió és a gyulladással kapcsolatos állapot közti szoros összefüggést erősíti a C-reaktív protein emelkedett szintje,



mely egyenes arányosságban áll a depresszív tünetek mennyiségével (Kop és mtsai, 2002; Panagiotakos és mtsai, 2004; Kojima és mtsai, 2009).

A depresszió és az immunrendszer kapcsolatára vonatkozó eredmények csak enyhe ellentmondásosságot tükröznek, ám feltehetően ez is javarészt a moderáló tényezőkre vezethető vissza (Picardi és mtsai, 2009). Ezek közé tartozik az életkor – mivel az idősebb depressziós betegeknél több immunrendszeri változás következik be -, és a nem – tekintettel arra, hogy egyes esetekben csak férfiaknál tudtak kimutatni immunváltozást a depresszió következményeként. Ehhez adódnak még az olyan viselkedéses moderáló tényezők, mint az alkohol-fogyasztás és a dohányzás, amelyek additív hatásában a legtöbb vizsgálat egyetért, azaz a depressziós állapothoz képest további romlást okoznak a mennyiségi és funkcionális mutatókban. Hasonló változásokkal járnak az alvászavarok is, mivel összefüggést mutatnak az IL-6 szérumszintjének növekedésével és a NK-sejtek aktivitásának csökkenésével. Mindezekon felül természetesen a depresszió gyógyszeres kezelése is befolyásolja az immunválaszt, mégpedig az előzőekkel ellentétes irányban, azaz javulnak az immunrendszeri paraméterek – habár feltehetően nem a gyógyszereknek, hanem a depresszív tünetek oldódásának köszönhetően (Picardi és mtsai, 2009).

A depresszió prevalenciájaz RA-ban a különböző vizsgálatok alapján 15-60% közötti. Az adatok közti nagy különbség többféle okra vezethető vissza. Az egyik lehetséges magyarázat a mérési módszerekkel kapcsolatos. Interjú alkalmazva tudniillik általában kevésbé gyakorinak mutatkozik a depresszió, mint kérdőívvel mérve. Utóbbi a depresszív tüneteket és ezek számát azonosítja, ráadásul az itemek egy része olyan tünetekre kérdez, amelyek az RA következményei is lehetnek (Peck, Smith, Ward és Milano, 1989; Abdel-Nasser és mtsai, 1998). Ezekre példa a fáradtság, munkaképtelenség vagy az alvási problémák, melyeket szinte kivétel nélkül minden RA-s beteg megtapasztal a betegsége folytán. A módszertani probléma létezését jól szemlélteti az a vizsgálat, amelyben interjúval kérdezték ki ugyan a betegeket, de telefonon keresztül (Fifield, Tennen, Reisine & McQuillan, 1998). Az említett kutatásban a betegeknek mindössze 8%-a tűnt aktuálisan depressziósnak - ugyan az élethosszi prevalencia ekkor is 55%-nak adódott. Abdel-Nasser és munkatársai (1998) mindkét módszert alkalmazták a komorbid depresszió feltérképezésére. Vizsgálatukban a klinikai depresszió interjúval azonosítva 23%-os arányú volt, míg kérdőívvel mérve jelentősen többen mutattak depresszív tüneteket. A más típusú módszerekkel azonosított depressziós állapotok közti különbséget bizonyítja az is, hogy prediktoraik vonatkozásában is eltértek egymástól. A kérdőívvel mért depresszív tünetek

mennyiségének bejósoló tényezői közé a városi lakóhely, az egyedülálló családi állapot és a véresejt-süllyedés tartozott. A klinikai depressziót viszont a HAQ dizabilitás és az egyedülálló családi állapot jósolta be – egyikkel sem függött össze a kor, nem, betegség tartama, iskolázottság és a fájdalom mértéke (Abdel-Nasser és mtsai, 1998). A depresszió előfordulási arányára vonatkozó metaanalízis megerősítette, hogy a depresszió jóval gyakoribb RA-ban az egészségesekkel összevetve. Mi több, független a betegek olyan szociodemográfiai jellemzőitől, mint a nem, a kor és a szociökönómiai státusz. Rávilágítottak ugyanakkor az egyes mérőeszközök közti különbségekre, mivel az eredmények alapján úgy tűnt, hogy egyes kérdőívek (pl. HADS) túlbecsülik a depresszió arányát. Mindazonáltal, a metaanalízis szerint az interjú módszer alkalmazó vizsgálatok is hasonló eredménnyel zárultak a prevalenciát illetően, mint a kérdőívesek (Dickens, McGowan, Clark-Carter & Creed, 2002). Saját megfigyelésünk szerint többnyire azok a vizsgálatok számolnak be magasabb előfordulási rátáról, amelyekbe kórházi fekvőbetegeket vonnak be, szemben azokkal a kutatásokkal, melyekben járóbetegek vesznek részt.

Elfogadjuk vagy sem a fentebb vázolt módszertani problémák létezését, azt el kell ismerni, hogy a depresszió jelentősen gyakrabban fordul elő RA-s betegek körében az egészséges populációval összevetve – sőt, egyesek szerint más kórképekkel összehasonlítva is. Ez már önmagában elegendő okot szolgáltatna a jelenség alaposabb vizsgálatára. A probléma fontossága melletti érv lehet, hogy a mortalitás független rizikótényezői közt tarthatjuk számon. Tekintettel arra, hogy a depressziós RA-s betegek közt nagyobb arányú a mortalitás – a következő 4 éves periódusra vetítve - azokkal a betegekkel összevetve, akik nem depressziósak (Ang, Choi, Kroenke & Wolfe, 2005).

Számos vizsgálat igazolta, hogy a depresszió összefügg a *fájdalomészleléssel* (Kojima és mtsai, 2009; Peck és mtsai, 1989; Dickens és mtsai, 2002; Riemsma és mtsai, 2000; Nakajima és mtsai, 2006). A kettő között azonban nem csak korrelációs kapcsolat figyelhető meg: a fájdalom rizikótényezőnek számít a depresszió kialakulását illetően (Jakobsson & Hallberg, 2002), oki szerepet játszik ebben. Ezen túlmenően, a hangulatzavar hatással van a stressz-fájdalom kapcsolatra is, ugyanis emelkedett stressz-reaktivitással jár együtt (Zautra & Smith, 2001). Ez nem csak a jelenlegi depresszióra igaz, ugyanis azok is emelkedett aktuális fájdalomszintet mutatnak, és erőteljesebb fájdalommal reagálnak az interperszonális stresszre, akiknek az anamnézisében több major depressziós epizód szerepel (Zautra és mtsai, 2007).

Kellőképpen alátámasztott a depressziós tünetek és *fizikai károsodás* közti kapcsolat (Covic és mtsai, 2006; Palkonyai és mtsai, 2007; Mella, Bértolo & Dalgalarondo, 2010;

Nakajima és mtsai, 2006; Kojima és mtsai, 2009). A testi korlátozottság vonatkozásában is igaz, hogy az évekkel korábbi depresszió úgyszintén összefügg az aktuális fizikai dizabilitással. Jóllehet az aktuális depresszív tünetek mennyisége szorosabb kapcsolatban van a fizikai állapottal – a fájdalommal, a fáradtsággal és a dizabilitással egyaránt (Fifield, Tennen, Reisine és McQuillan, 1998). Ugyanakkor az anamnesztikus depresszió megnöveli a jövőbeli depressziós diagnózis valószínűségét.

A depresszió tehát valószínűleg a betegséggel együttjáró olyan krónikus problémák eredménye, mint a fájdalom és a dizabilitás (Riemsma és mtsai, 2000). Elképzelhető azonban, hogy az RA és a pszichés problémák közti közvetlen kapcsolat inkább a súlyos állapotú betegekre jellemző, míg az enyhe vagy közepes súlyossági stádiumú betegek esetében közvetítő tényezők, mint a szociális stressz és az izoláció vezetnek depresszióhoz (Dickens, Jackson, Tomenson, Hay & Creed, 2003). Dickens és munkatársai vizsgálatában például a depressziós és nem depressziós betegek nem különböztek egymástól a fizikai dizabilitás mértékében, a betegség fennállási idejében, a betegség súlyosságát jelző mutatókban (érintett ízületek és más szervek, gyulladás mértéke, rheuma faktor). Kizárólag a szociális stresszorok jósolták be a depressziót.

Covic és munkatársai (2006) vizsgálati eredményei szerint az RA-s betegek depresszióját leginkább a magas feszültség-érzés (mennyire képesek ellazulni) és az alacsony önértékelés jósolja be. Ugyanakkor az ő vizsgálatukban viszonylag erős prediktornak mutatkozott még a fáradtság, a fájdalom, a passzív coping és a fizikai dizabilitás (Covic és mtsai, 2006).

Több szempontból is figyelmet érdemel Palkonyai és munkatársai (2007) vizsgálata. Meglehetősen kevés ugyanis az olyan vizsgálat, amely kultúrák közti összehasonlítást tesz lehetővé, illetve amely longitudinális lenne. Ráadásul a vizsgálati személyek rendszerint olyan betegek, akik régóta szenvednek RA-ban – így a depressziójuk oka részben a kronicitásban keresendő. Az említett kutatás mindhárom kritikai felvetésnek megfelel, mivel olyan magyar és osztrák betegeket követte nyomon 3 éven keresztül (fél évente mérve a különböző változókat), akiknél legfeljebb 3 éve diagnosztizálták az RA-t. Eredményeik szerint a magyar betegek pontszámai jelentősen meghaladták a magyar egészséges populáció depresszió pontszámait, azonban ez a különbség eltűnt, ha szigorúbb kritériumokat alkalmaztak, vagyis az egészséges kontroll csoport nem és kor mentén illesztett volt. Ebben az utóbbi esetben a csoportok átlagpontszámai nem különböztek ugyan, azonban a depresszió súlyossága mentén való megoszlásuk eltérőnek bizonyult, mivel az RA-s betegek közt több

olyan személy volt, aki enyhe depresszív tüneteket mutatott. Ezenkívül, a magyar betegek pontértékei jelentősen felülmúlták az osztrák betegtársaikét – a két populáció közti történelmi, földrajzi, antropológiai, genetikai és kulturális hasonlóságok ellenére. Egyúttal a vizsgálat arra is rávilágított, hogy a depresszív tünetek időben stabilak (nem detektáltak változást a 3 év alatt), nincsenek kapcsolatban a kortikoszteroid használatával, viszont összefüggést mutatnak (átlagosan kb.  $r=0,4$ ) a funkcionális dizabilitás mértékével (Palkonyai és mtsai, 2007).

Egy brazil vizsgálat eredményei megerősítik a depresszió kultúrától függetlenül magas prevalenciáját, melyet a HADS kérdőívvel 53,2%-osnak mértek (Mella és mtsai, 2010). A szorongásos tünetek hasonló arányban, az RA-s betegek 48,4%-nál fordultak elő. A depressziós és nem depressziós RA-s csoport nem különbözött nemi megoszlásban, korban, családi állapotban, a lakóhely típusában, vallási felekezethez való tartozásban és vallásgyakorlásban, illetve foglalkozási státuszban. Ugyanígy hasonlóságot mutattak a klinikai változók mentén is, beleértve ebbe a betegség fennállási idejét, a betegség kialakulásakor aktuális életkort és a Rheuma faktor jelenlétét. Eltérés kizárólag az iskolázottságban, de még inkább a betegség aktivitásában és a funkcionális dizabilitásban volt kimutatható, ami alátámaszthatja a depresszív tünetek kialakulásával kapcsolatos neuroimmunológiai (ld. citokinek szerepe) magyarázat helytállóságát (Mella és mtsai, 2010).

Egy japán vizsgálatban a több mint 4500 RA-s beteg 41,1%-át sorolták a depressziós kategóriába – noha ez kettő, a hangulatra és az anhedóniára vonatkozó kérdés alapján történt. A depressziós betegek nagyobb mértékű fájdalomról, és rosszabb általános egészségi állapotról, illetve funkcionális kapacitásról számoltak be. Ezen túlmenően, náluk nagyobb gyakorisággal fordultak elő komorbid betegségek és fertőzések, valamint nagyobb eséllyel estek át ízületi műtéten. A betegség jellemzőinek legtöbbje összefüggésben volt a pszichiátriai zavarral: a gyulladt ízületek száma, a vérsüllyedés értéke, és a CRP-szint is jelentősen magasabb volt ebben a csoportban, ráadásul náluk jelentősen korábban kezdődött a betegség (46 vs. 47,2 évesen!). Ezen felül a pszichiátriai zavarral is küzdő betegek közt több volt a Rheuma faktor pozitív eset, azonban a betegség fennállási idejében nem mutattak eltérést. Az orvosi kezelést illetően is eltértek néhány szempont mentén a pszichiátriai komorbiditással nem terhelt betegtársaiktól. Gyakoribb volt köztük a prednisolon és a nem-szteroid gyulladásgátlók szedése, míg betegség-módosító (DMARD's) szereket azonos arányban alkalmaztak aktuálisan a depressziós ízületi betegeknél (Nakajima és mtsai, 2006).

A kevés longitudinális vizsgálat egyike szerint, mely 18 éves időtartamot ölelt fel, a krónikus és intermittáló depresszió összefügg az alacsonyabb iskolai végzettséggel, a

hosszabb betegség tartammal, a kezdeti komorbid betegségekkel, a nagyobb mértékű fájdalommal, a súlyosabb funkcionális károsodással és a prednisolon szedésével (Morris, Yelin, Panopalis, Julian és Katz, 2011). A nem, a kor és a családi állapot viszont nem mutatott összefüggést a depresszió későbbi mintázatával. Mindezekon felül az intermittáló és a krónikus depresszió esetén is nagyobb arányú mortalitást regisztráltak a vizsgálat 18 éve alatt, ugyanis a krónikus depressziósok közt kétszer akkora volt a mortalitás a nem depressziósokkal összevetve.

A kutatásokat összegezve annyi bizonyosan megállapítható, hogy az RA-s betegek körében gyakori a társult depresszív zavar és ez összefügg az általuk megtapasztalt fájdalom és funkcionális károsodás mértékével. Emellett kapcsolatba hozták már a fizikai aktivitás mértékével, a fáradtsággal vagy a tehetetlenség-érzéssel. Vitatott azonban, hogy a betegség súlyossága és fennállási ideje összefügg-e a depresszióval (Peck és mtsai, 1989: a depresszív hangulattal nem függ össze a fennállási idő; csak akkor, ha a skálában olyan itemek is vannak, amik szomatikus tüneteket mérnek), illetve nagyobb mértékben érintettek-e más krónikus állapotokkal összevetve. Ellentmondásosak az eredmények az életkor vonatkozásában is. Van olyan kutatás, amely szerint a fiatalabb betegek (45 év alattiak) depressziósabbak, mint az idősebbek, míg máskor ezzel ellentétes következtetés vonható le. Egyes esetekben pedig úgy tűnik, hogy az életkor nincs kapcsolatban a depresszív tünetek megjelenésével. Kisebb mértékben ugyan, de szintén inkonzisztensek az adatok az iskolai végzettséget és a nemi különbséget érintően.

## **6.2. Szorongás**

A depresszióhoz viszonyítva számottevően kevesebb figyelem irányul a reumatoid arthritises betegek szorongásának és korrelátumainak feltérképezésére. Amennyiben mégis vizsgálat tárgyát képezi, akkor ez szinte kizárólag a depresszió felmérésével együtt és ahhoz való viszonyításával történik. Ennélfogva mi is ebben a szemléletben mutatjuk be a szorongásos tünetek és az RA kapcsolatát.

Viszonylag kevés vizsgálat foglalkozott eddig a szorongás immunrendszerre gyakorolt hatásaival, ráadásul ezek eredményei meglehetősen inkonzisztensek. Több kutatás is megerősítette, hogy a szorongásos tünetek együttjárnak a nyál IgA szintjének, illetve a limfocita proliferáció mértékének és a IL-2 szérumszintjének csökkenésével (Koh & Lee, 1998). Másrészt viszont némely kutatási eredmény azt sugallja, mintha a szorongás fokozott immunfunkcionálással társulna. A tapasztalt ellentmondások egyfajta feloldása az az

elképzelés, mely szerint a szubklinikai és a klinikai mértékű szorongás ellentétes immunrendszeri következményekkel jár, amennyiben az előbbihez jobb, a súlyos szorongáshoz pedig csökkent immunfunkciók kapcsolódnak (Picardi és mtsai, 2009).

A szorongás – a depresszióhoz hasonlóan - meglehetősen gyakran társul az RA-hoz, a komorbiditás mértéke 13-70% közötti. Egyes vizsgálatok szerint a szorongás gyakoribb, mint a depresszió (Van Dyke és mtsai, 2004; El-Miedany & Rasheed, 2002). A kutatási eredmények közti nagy variabilitást ebben az esetben is főként módszertani okokkal magyarázzák. Jól szemlélteti ezt Covic és munkatársai (2012) vizsgálata, melyben az RA-s minta 13,5%-a mutatkozott szorongónak, 6,4% depressziósnak, míg a betegek 21,8%-a mindkét zavart illetően érintettnek bizonyult a HADS kérdőívben elért pontszámok alapján (a skálánként legalább 8 pontot elérőket sorolták a „pozitív esetek” közé). Egy másik skálával (Depression Anxiety and Stress Scale) a depressziósok aránya hasonlóan (8,3%) mutatkozott, azonban a szorongók száma – különösen a súlyosan szorongóké - jelentősen alacsonyabbnak (7,8%) adódott. Vagyis a prevalencia-eredmények különbözősége az eltérő mérőeszközök alkalmazásából is származhat. Az egyes skálák a konstruktum különböző aspektusait mérik, és így más eredményre vezethetnek (Covic és mtsai, 2012). Egyúttal úgy tűnik, hogy ezzel a módszertani problémával nem annyira a depresszió, mint inkább a szorongás mérésekor kell számolnunk.

Az előbbi vizsgálat jól példázza a *szorongás és depresszió közti nagyfokú átfedést* is, vagyis a két kórkép együttes előfordulását, amit további tanulmányok is megerősítenek – felvetve ezzel egy újabb kutatási problémát. VanDyke és munkatársai (2004) a STAI kérdőív segítségével mérték fel az állapot- és a vonásszorongás mértékét RA-s, depressziós RA-s és osteoarthritis betegekénél, valamint hasonló korú egészséges embereknél. A kontrollcsoporthoz viszonyítva mindössze a depressziós RA-s csoport mutatott jelentősen magasabb állapot-szorongást. A vonásszorongást illetően rajtuk kívül a „normál” RA-s betegek pontértéke is meghaladta az egészségesekét. A szorongás és a depresszió kapcsolatának kanonikus korrelációs vizsgálata rámutatott a két kórkép közti tekintélyes mértékű ( $r=0,83$ ,  $R^2=0,69$ ) átfedésre, amely a szerzők szerint megerősítheti azt a feltételezést, hogy a szorongás megelőzi a depressziós állapotot. Ugyanakkor arra is utalhat, hogy a két pszichiátriai zavarnak van egy közös jellemzője, nevezetesen a magas distressz-szint, és a kérdőívek inkább ezen utóbbi mérésére alkalmasak, mintsem a két pszichopathológiai állapot közti diszkriminálásra (Hagglund, Roth, Haley és Alarcon, 1989). Jóllehet, VanDyke és munkatársai eredményei azt tanúsítják, hogy a szorongás és a stressz között jóval gyengébb a

kapcsolat ( $r=0,55$ ,  $R^2=0,3$ ). Emellett, vizsgálatukban nem találtak összefüggést a szorongás és a betegség fennállása között – amely ellentmond a saját korábbi következtetésüknek (VanDyke és mtsai, 2004).

Érdekes kérdés ezek után, hogy a két kórkép viszonya mindössze annyiban áll-e, hogy gyakran megfigyelhető az együttes előfordulásuk, vagy ennél összetettebb kapcsolatban vannak-e egymással. Isik és munkatársai (2007) vizsgálata erre a kérdésre is ad egy lehetséges választ. Eredményeik szerint a két pszichopathológiai állapot ellentétesen függ össze a betegség lefolyásával. A szorongás ugyanis inkább a betegség elején jelentkezik, míg a depresszió valószínűsége nő a betegség előrehaladásával ( $r=0,341$ ). Ennek alapján a szerzők arra a következtetésre jutnak, hogy a betegség kezdeti stádiumában átmenetileg jelentkező szorongást idővel felváltja a depresszió. Ily módon tehát a szorongás a depresszió perkurzorának tekinthető. Ám érdemes lenne ezen eredményeket egy longitudinális vizsgálattal is megerősíteni. Kutatásuk a betegség orvosi paramétereinek mérésére is kiterjedt. Így kiderült belőle, hogy a depressziós és a pszichiátriai zavaroktól mentes RA-s betegek jelentősen különböznek néhány laboratóriumi paraméterük vonatkozásában (alacsonyabb IgG, IgA, globulin és CRP szérumszint) a klinikai szintű szorongást mutató csoporttól. Ugyanakkor a RF és ANA pozitivitás alapján képzett betegcsoportok hasonló depresszió és szorongás-értékekkel voltak jellemezhetőek (Isik, Koca, Ozturk és Mermi, 2007).

A szorongás kialakulásához jelentős mértékben hozzájárul az RA-t jellemző krónikus fájdalom, a nehezen bejósolható prognózis, a tünetek és a progresszió változékonysága, valamint a fizikai aktivitásbeli korlátozottság. Ezen túlmenően, a betegség kezeléséhez való viszonyulás, nevezetesen az egész életen át tartó gyógyszeresedés perspektívája is fokozhatja a szorongásos panaszokat (Treharne és mtsai, 2005).

Más vizsgálatok szerint az olyan szociodemográfiai tényezők, mint az alacsony iskolázottság, szintén jelentősen megnövelik a szorongás rizikóját (Evers és mtsai, 2002).

A szorongás kialakulását illetően a *társas támogatás* jelentőségére hívja fel a figyelmet Zyrianova és munkatársai (2006) munkája. Vizsgálatukban az RA-s betegek 65%-a mutatott depressziós, 44,4%-a pedig szorongásos tüneteket. Az előfordulási gyakoriságban nemi különbséget nem tudtak feltárni – jóllehet, ez az eredmény a minta alacsony elemszáma miatt fenntartásokkal kezelendő. Mindkettő összefüggést mutatott a betegség okozta dizabilitással (pl. járás, önellátás, kéz funkcionálása) és fájdalommal, valamint a szociális aktivitások csökkenésével. A szorongás az előbbieken felül kapcsolatban volt még az észlelt társas támogatás csökkenésével. Mi több, ezen utóbbi, vagyis a társas támogatás mértéke

bizonyult az egyetlen olyan tényezőnek, amely be tudta jósolni a szorongást és a depressziót (Zyrianova és mtsai, 2006). Egyéb változók, mint a kor, a családi állapot és a betegség fennállási ideje nem tudta előre jelezni a szorongást.

Egy finn felmérésben a lehetséges depresszió és szorongás aránya nem különbözött egymástól (19%, illetve 21%), azonban abban már eltérés mutatkozott, hogy milyen tényezőkkel függtek össze. A depresszió kapcsolatot mutatott a legtöbb mért változóval, azaz a fizikai dizabilitás és a szociális aktivitás mértékével, a komorbiditással, a reggeli ízületi merevség időtartamával és a dependenciával (független volt a nemtől és a fájdalom mértékétől). Ezzel ellentétben, a szorongás az előbb felsorolt tényezők közül mindössze a *fizikai dizabilitás* mértékével és a reggeli merevség tartamával mutatott kapcsolatot. A depressziót a rossz funkcionális állapot, a fizikai dizabilitást rontó komorbid betegségek és a szociális aktivitások hiánya magyarázta. A szorongásra kapott regressziós modellbe a rosszabb funkcionális állapoton kívül a reggeli ízületi merevség mértéke és a férfi nem került (Söderlin, Hakala & Nieminen, 2000).

A depresszió és a szorongás kiemelkedően magas arányát erősítette meg egy egyiptomi vizsgálat is, melyben a betegek 66,2 és 70%-ánál diagnosztizálták az említett pszichiátriai zavarokat. A predikáló tényezőket tekintve a depressziót leginkább a rossz funkcionális állapot, a hosszú ideig tartó reggeli ízületi merevség, a házassági állapot és a szorongás jósolta be. A szorongás rizikótényezői közé a rövidebb betegségtartam, a súlyosabb ízületi érintettség, a szeronegativitás és a depresszió tartoztak. Vagyis a tanulmány szerint a szorongás hasonló arányban érinti a betegeket, mint a depresszió, azonban kockázati tényezőiket tekintve különböznek egymástól. Ennél is érdekesebb, hogy az adatok alapján a szorongásnak leginkább azok a betegek vannak kitéve, akiknél a betegség rövid ideje áll fenn, ám több ízületet is érint. Továbbá, ez a vizsgálat is alátámasztja a depresszió és szorongás korábban említett erős kapcsolatát (El-Miedany & Rasheed, 2002).

A társuló pszichopathológiai kórképek tehát nehezítik a betegséghez való alkalmazkodást, befolyásolják a fájdalom-észlelést, és hatással vannak a terápiás kimenetelre. Emellett mind a depresszió, mind a szorongás jelentősen rontja a betegek életminőségét (Ozcegin és mtsai, 2007). Az előbbieket okán fontos feltárni azokat a tényezőket, amelyek predikálják ezen zavarokat, mivel így azonosíthatóak lesznek a vulnerábilis betegek, valamint ezen tényezők ismerete segíthet a célzott intervenciók kialakításában. Ily módon vagy megelőzhetővé válnának ezek az állapotok, vagy lehetőség lenne legalább a korai felismerésre.



### 6.3. Szkizofrénia

A releváns pszichiátriai kórképek sorába érdemes belevenni a szkizofréniát is, és röviden kitérni az RA-val való sajátos - a depressziótól és a szorongástól merőben eltérő – viszonyára.

A szkizofrénia pathofiziológiája és etiológiája nem teljesen ismert, így napjainkban is folynak olyan kutatások, amelyek a lehetséges okokat, háttérmechanizmusokat próbálják alaposabban feltárni. Az utóbbi években egyre népszerűbbé vált az a feltételezés, mely szerint fertőzőes (Torrey & Yolken, 2001) és gyulladásos folyamatok is szerepet játszhatnak a zavar kialakulásában (Leucht, Burkard, Henderson, Maj és Sartorius, 2007; Müller & Dursun, 2011). Bizonyítékok szólnak amellet, hogy egyfelől a prenatális fertőzés megnöveli a későbbi szkizofrénia rizikóját, másrészt pedig igazolták a betegséghez társuló szubklinikus krónikus gyulladást és diszfunkcionális immunválaszt (Fan, Goff és Henderson, 2007). Az eredmények különösen bizonyos citokinek termelődésében megmutatkozó változásokat illetően egybehangzóak. Az IL-6 és IL-1 $\beta$  citokinek emelkedett szintje tapasztalható akután a betegség aktív szakaszában, míg az IL-12, IFN- $\gamma$ , TNF- $\alpha$  szintek tartósan magasak (Miller, Buckley, Seabolt, Mellor, & Kirkpatrick, 2011). Végezetül, a gyulladás-szkizofrénia kapcsolatot alátámasztja az a gyakorlati tény is, hogy a gyulladásgátló hatású – szkizofréniában csak kiegészítő terápiaként alkalmazott – készítmények, kezelések mérsékelni tudják a szkizofrénia tüneteit (Müller & Dursun, 2011). Mindez persze nem jelenti a gyulladásos folyamatok kizárólagos oki szerepét; feltételezhető, hogy más faktorokkal – például genetikai és vaszkuláris tényezőkkel – kiegészülve vezethet el a betegség kialakulásáig (Hanson & Gottesman, 2005).

Az immunrendszeri szabályozási zavar mellett felmerült az az elképzelés is, amely a szkizofréniát kifejezetten autoimmun háttérű megbetegedésnek tartja (Jones, Mowry, Pender és Greer, 2005). Epidemiológiai adatok bizonyítják a két betegség típus összefüggését: némely autoimmun kórkép ugyanis gyakrabban, míg mások ritkábban fordulnak elő pszichotikus betegek körében az átlagpopulációhoz viszonyítva. Az RA-t illetően már az 1930-as évektől kezdődően vannak olyan tanulmányok, melyek az alacsony komorbiditást tanúsítják (Oken & Schulzer, 1999; Leucht és mtsai, 2007). Oken és Schulzer metaanalízise szerint, amely 7 vizsgálat és saját adataik együttes elemzésén alapul, az RA rizikója a pszichotikus csoportban jelentősen alacsonyabb (OR=0,29) az elvártnál. Saját vizsgálatukban az ízületi betegség frekvenciájának mediánja 0,09%-nak (átlag: 0,66) mutatkozott szkizofrén mintán, amely valóban alacsonyabb a normál populáció 1-1,5%-os értékénél. A dán regiszter

adatai viszont cáfolják az előbbieket: nem mutatnak különbséget az előfordulási arányokban. Ugyanezen adatbázis szerint a szülői generációban éppenséggel még jelentősen magasabb is az RA aránya a pszichotikus betegek szülei között (Eaton és mtsai, 2006). Az ellentmondásos eredmények oka talán a két kórkép eltérő életkori kezdetére és nemi megoszlására vezethető vissza. Ebből következően a vizsgált minta életkora és nemi összetétele számottevően befolyásolhatja a komorbiditás mértékét. Az eddig megjelent tanulmányok többsége azonban megerősíti a két betegség közti reciprok kapcsolatot, jóllehet, a magyarázatokkal adósak maradnak. Felmerült bizonyos genetikai és környezeti (pl. az ülő életmód) tényezők szerepe, valamint biokémiai (hisztokompatibilitási faktorra való összefüggés) és farmakológiai (az antipszichotikumok fájdalomcsillapító és gyulladásgátló hatása) magyarázatok. Egyes szerzők pedig abban látják az okot, hogy a szkizofrén betegek egyszerűen nem számolnak be, nem panaszkodnak a fájdalomérzetre (Leucht és mtsai, 2007; Torrey & Yolken, 2001), azaz nem jelzik a szomatikus betegségüket. Ugyanakkor úgy tűnik, hogy a negatív összefüggés fordítva is igaz: az RA-s betegek között is ritkábban fordul elő pszichotikus zavar (Gorwood és mtsai, 2004) – jóllehet, a szerzők a Derogatis-féle tünetlista paranoid gondolkodás skáláján elért, a szkizofrénias és más szomatikus kórképben szenvedő kontrollcsoportokhoz viszonyított alacsonyabb pontszám alapján jutottak erre a következtetésre.

Az autoimmun eredettel kapcsolatos elmélet további közvetett bizonyítékokkal is alátámasztható. A szkizofrénia összefüggésbe hozható bizonyos MHC haplotípusokkal, valamint néhány vizsgálat szerint a betegekre jellemző bizonyos autoantitestek (agyszövetelleni, illetve egyes neurotranszmitterek receptorai ellen irányuló antitestek) magasabb szérumszintje, és a vérben keringő immun-komplexek emelkedett koncentrációja (Jones, Mowry, Pender és Greer, 2005). A témában végzett kutatások eredményeit azonban mértéktartóan kell értelmeznünk, egyfelől a csekély számú vizsgálat vagy vizsgálati alany, másrészt az esetenként módfelett ellentmondó eredmények miatt. Egyúttal szükség lenne több közvetlen bizonyítékra is, azaz további olyan tudományos munkákra, melyek igazolni tudják, hogy a szkizofrénia T-sejtek vagy antitestek segítségével átvihető egyik élőlényről a másikra.

Annyi azonban megállapítható a jelenlegi empirikus eredmények alapján, hogy a pszichotikus esetek legalább egy részénél autoimmun folyamatok is felelőssé tehetőek a betegség kialakulásával kapcsolatban (Jones és mtsai, 2005). Továbbá figyelmet érdemel a szkizofrénia és az RA alacsony komorbiditása, még ha nem is tudjuk ezt teljes mértékben megmagyarázni.

## 7. VIZSGÁLAT

### 7.1. Célkitűzés

A vizsgálat célja a rheumatoid arthritises betegek személyiségének leírása a Cloninger-féle temperamentum- és karakter-dimenziók mentén; azon jegyek azonosítása, amelyek tekintetében különböznek az egészséges emberektől, valamint egy más típusú autoimmun kórképben, szisztémás sclerosisban (továbbiakban: SSc) szenvedő betegcsoporttól. A személyiségjellemezőknek ez a megközelítési módja lehetőséget ad a személyiség nagyjából öröklött (temperamentum), és tanult (karakter) jellemzőinek megkülönböztetésére, így megállapíthatjuk, hogy az RA-s betegek és az egészséges személyek közti esetleges különbségek inkább a genetikailag meghatározott vagy a tanulás útján elsajátított jellemzőikben ragadhatók meg. A másik autoimmun betegcsoporttal való összehasonlítás segíthet annak megértésében, hogy a személyiségprofil egyes jegyei közül melyek mutatnak összefüggést a krónikus betegséggel való együttéléssel, és mintegy következményei a betegszerepnek és a súlyos dizabilitással és fájdalommal járó állapotnak. Másfelől ilyen módon azonosíthatóvá válhatnak betegség-specifikus jegyek. A kontroll betegcsoport választását az indokolja, hogy a szisztémás autoimmun kórképek számos hasonlóságot (nemi megoszlás, patomechanizmus, kórlefordulás) mutatnak egymással, de emellett természetesen egyedi jellemzőkkel is bírnak (ld. 2. 1. fejezet). A vizsgálat ezen része exploratív jellegű volt, tekintettel arra, hogy korábban sem RA-s, sem szisztémás sclerosisos betegcsoportban nem vizsgálták még a temperamentum- és karaktervonásokat.

A vizsgálat emellett magában foglalta a betegcsoportok és az egészséges kontroll csoport komplex személyiség- és pszichopathológiai felmérését az MMPI-2 kérdőív segítségével, amely lehetőséget ad a társult pszichiátriai zavarok és bizonyos személyiségjellemzők átfogó és megbízható mérésére. Rheumatoid arthritises betegek MMPI profilját ugyan vizsgálták már korábbi tanulmányok, a jelen kutatásban azonban az RA-s betegek viszonylag nagy elemszámú mintáját kétféle – egészséges, illetve szisztémás autoimmun kórképben érintett -, nemben és korban illesztett kontroll csoporttal hasonlíthattuk össze. Másfelől, a vizsgálatához az MMPI kérdőív újrastenderdizált változatát használtuk, amely a mérőeszköz első verziójához képest jobb pszichometriai mutatókkal rendelkezik, valamint a klinikai skálák mellett tartalmaz 31 új, klinikai alskálát, amelyek lehetővé teszik a profilok pontosabb értelmezését. A korábbi vizsgálatok (Liang és mtsai, 1984; Moos és

Solomon, 1964; Payne és mtsai, 1982; Pincus, Callahan, Bradley, Vaughn & Wolfe, 1986) alapján feltételeztük, hogy az MMPI-2 kérdőívvel mérve is az RA-s betegek jelentősen különböző profillal rendelkeznek az egészségesekhez viszonyítva, amely elsősorban a neurotikus triász skáláinak magas pontértékeiben ragadható meg. Továbbá célul tűztük ki az ízületi gyulladással betegek profiljainak az eddigénél részletesebb feltérképezését, a kérdőív alszállait és tartalmi skáláit egyaránt bevonva a vizsgálatba, valamint az RA-s betegcsoporton belül jellegzetes profillal leírható alcsoportok (klaszterek) elkülönítését.

Emellett a vizsgálat kiterjedt a komorbid depresszió és szorongás felmérésére, amelyek ugyan a krónikus betegségek általános velejárói, azonban jelentősen befolyásolják a betegség lefolyását, prognózisát, a betegek életminőségét, és megnehezítik a betegséghez való megfelelő alkalmazkodást. Feltételeztük, hogy a rheumatoid arthritises betegek körében az egészségesekhez viszonyítva jelentősen magasabb, a sclerodermás betegekhez hasonló mértékű prevalencia figyelhető meg a szorongás és a depresszió vonatkozásában. Törekedtünk a komorbid pszichiátriai állapotok és a demográfiai változók közti kapcsolat meghatározására, tekintettel a szakirodalom ezzel kapcsolatos ellentmondásosságára. Továbbá célként fogalmaztuk meg azon temperamentum- és karakterjellemzők meghatározását, amelyek összefüggést mutatnak a szorongás és a depresszió fennállásával, és amelyek ilyen módon kitüntetett szerepet játszanak a betegséghez való alkalmazkodásban.

## **7.2. A vizsgálat hipotézisei**

A vizsgálat részben exploratív jellegű, mivel a sclerodermás betegek személyiségét illetően eddig kevés kutatási eredmény áll rendelkezésünkre, valamint a TCI kérdőívvel ezidáig egyik betegcsoportot sem vizsgálták. Mindazonáltal kialakítottunk néhány előzetes feltevést, melyek a következők:

- 1, A temperamentum- és karakterdimenziók vonatkozásában:
  - szignifikáns különbségek mutathatók ki a csoportok között, különösen az egészséges és a betegcsoportok viszonylatában – és kevésbé a két autoimmun betegcsoport között
  - a különbségek elsősorban az Ártalomkerülés és az Önirányítottság faktorokban mutatkoznak meg, mivel ezek összefüggést mutatnak a szorongásos és hangulati zavarokkal (Rózsa, Kállai, Osváth & Bánki, 2005)
  - a szorongás és a depresszió pozitív kapcsolatban van az Ártalomkerülés alszálláival, és negatív kapcsolatot várunk az Önirányítottság alszállait illetően (Celikel és mtsai, 2009; Cloninger és mtsai, 2012; Josefsson és mtsai, 2011)

## 2, A szorongás és a depresszió vonatkozásában:

- a betegcsoportok egyaránt magasabb szorongás és depresszió pontszámmal jellemezhetőek az egészségesekhez viszonyítva
  - o a csoportok közti különbség kifejezettebb a CES-D skálán mért depressziós tünetek esetében, mint a HADS kérdőív depresszió skáláját alkalmazva
  - o a fenti összefüggés a kérdőívek szerkezetére vezethető vissza: a CES-D a depresszió szomatikus tüneteit is méri, ezáltal túlbecsülheti a depresszió prevalenciáját a betegcsoportokban (Pincus & Callahan, 1993)
- a betegcsoportokban nagyobb a klinikai szinten szorongó és depressziós személyek aránya az egészséges kontrollcsoporttal összevetve (pl. Kojima és mtsai, 2009; Mella és mtsai, 2010; Nakajima és mtsai, 2006)
- az RA-s csoport a sclerodermás csoportnál is több depresszív tünetről számol be a betegség karakterisztikája (immobilitás, nagyobb mértékű fájdalom) okán, ellentétben Danieli és munkatársai (2005) vizsgálati eredményeivel
- a szorongás és a depresszió összefüggést mutat a demográfiai változókkal (kor, iskolai végzettség, családi állapot) (Dickens és mtsai, 2003; El-Miedany & Rasheed, 2002; Evers és mtsai, 2002; Mella és mtsai, 2010)

Ezen túlmenően még arra a kérdésre kerestük a választ, hogy a szorongásos és depresszív tüneteket mely karakter- vagy személyiségjellemzők predikálják, amelyek ilyenformán az említett pszichiátriai kórképek protektív és rizikófaktorainak tekinthetők.

3, az MMPI-2 kérdőívvel mért személyiség- és pszichopathológiai profil vonatkozásában:

- az RA-s és a sclerodermás betegcsoportok MMPI-2 profilja jelentősen különbözik az egészséges kontrollcsoportétól, amely mindenekelőtt a Hisztéria (Hy), a Depresszió (D) és a Hipochondriázis (Hs) skálák magas (az egészségesekéhez képest szignifikánsan magasabb) pontértékében ragadható meg (Liang és mtsai, 1984; Moos és Solomon, 1964; Payne és mtsai, 1982; Pincus és mtsai, 1986)

- a fenti összefüggés elsősorban a skálákhoz tartozó, szomatikus állapotra vonatkozó tételeknek tulajdonítható (Pincus és mtsai, 1986), így a skálák magas értéke inkább a szomatikus betegség fennállását, semmint a pszichés állapotot tükrözi

Céljaink között szerepelt továbbá az MMPI-2 profil részletes feltárása a kérdőív alskálái és tartalmi skálái segítségével, valamint az MMPI-2 profil alapján egymástól jól elkülöníthető alcsoportok létrehozása az RA-s betegcsoporton belül.

### 7.3. Vizsgálati eljárás

A bemutatásra kerülő vizsgálat egy nagyobb, átfogó kutatás része, amely a Pécsi Tudományegyetem Pszichológia Intézete és a Klinikai Központ Reumatológiai és Immunológiai Klinikájának közös munkája. A kutatás a szisztémás sclerosisban, szisztémás lupus erythematosusban és rheumatoid arthritisben szenvedő betegek személyiségének és pszichopatológiai jellemzőinek, valamint a személyiség erőforrásaihoz hozzájáruló reziliencia mértékének feltárására irányult.

Ennek megfelelően a vizsgálatban alkalmazott tesztanyag a jelen dolgozatban feldolgozásra kerülő Temperamentum és Karakter Kérdőív (TCI), Minnesota Többtényezős Személyiség-Kérdőív-2 (MMPI-2), Center for Epidemiologic Studies - Depression (CES-D) és Kórházi Szorongás és Depresszió Skála (HADS) mellett tartalmazta még a Reziliencia Skála 15 (RS15) és Connor-Davidson Reziliencia Skála (CD-RISC) kérdőíveket, továbbá a térbeli és időbeli orientáció felmérésére szolgáló kérdéseket.

A kutatásban részt vevő RA-s betegek elsősorban a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Reumatológiai és Immunológiai Klinikájának fekvőbetegei közül kerültek ki. Az RA-s betegek egy kisebb csoportját (N=6) a dombóvári és zalaegerszegi kórházak mozgásszervi rehabilitációs osztályain értük el, valamint további 8 rheumás beteget a Pécsi Megyei Jogú Város Egyesített Egészségügyi Intézmények I.sz. Rendelőintézetének szakrendelésén kerestünk meg. A beteg kontrollcsoportot alkotó sclerodermás betegek mindegyike a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Reumatológiai és Immunológiai Klinikájának fekvőbetege volt.

A Reumatológiai és Immunológiai Klinikán a klinika orvosai által előzetesen elkészített névsor alapján azokat kerestük meg, akiknél a vizsgált kórképek közül csak az egyik betegség került diagnosztizálásra. Így elkerülhettük az „overlap szindrómás” eseteket, amelyek torzíthatnák az eredményeket. A betegek toborzásában a dombóvári és zalaegerszegi kórházak mozgásszervi rehabilitációs osztályain az ott dolgozó pszichológusok, míg a Pécsi Megyei Jogú Város Egyesített Egészségügyi Intézmények I.sz. Rendelőintézetében a szakrendelést végző szakorvos volt segítségünkre. A többféle diagnózissal rendelkező betegeket ezekben az esetekben is ki tudtuk szűrni.

A betegeket megkeresésükkor informáltuk a vizsgálat céljáról és lefolytatásának módjáról, illetve erről írásbeli tájékoztatót is kaptak. A tesztek kitöltése előtt a kutatásetikai szabályoknak megfelelően minden résztvevő aláírta a beleegyező nyilatkozatot (a nyilatkozat az 1. számú mellékletben található). A kutatásban való részvétel önkéntes jellegű volt, a

válaszadók anonimitását pedig a vizsgálat során végig megőriztük. A betegek semmilyen díjazásban nem részesültek a vizsgálatban való részvételért. A vizsgálat során alkalmazott eljárások összhangban vannak a Helsinkai Nyilatkozattal, az adatok kezelése a kutatásetikai alapelveknek megfelelően történt. A kutatást a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központjának Regionális Kutatásetikai Bizottsága hagyta jóvá.

Az RA és SSc fekvőbetegek megkeresésére és a tesztek felvételére a gyógykezelés ideje alatt a kórházban került sor. A kérdőívcsomag első felének (orientáció, CES-D, HADS, RS15 és CD-RISK) kitöltése a vizsgálatvezető jelenlétében történt, míg a TCI és MMPI-2 kérdőíveket a betegek egyedül válaszolták meg. A kitöltéssel kapcsolatos idői korlátnak a kórházi tartózkodás idejét (átlagosan 3-4 nap) adtuk meg, hangsúlyozva, hogy saját tempójukban, fizikai és mentális teherbírásuk függvényében haladjanak a válaszadással. A betegek többségének a tesztek kitöltése nem okozott nehézséget, mivel korábban már több alkalommal bevonták őket hasonló vizsgálatba. A járóbeteg szakrendelésen elért betegek a kérdőívcsomagot önállóan töltötték ki saját otthonukban és postai úton juttatták vissza a rendelőintézetbe.

Az egészséges kontroll csoport tagjainak megkeresése a Pécsi Tudományegyetem Pszichológia Intézetének hallgatói által történt. A kérdőíveket önállóan, saját otthonukban töltötték ki. A vizsgálatban való részvételre önkéntes alapon és díjazás nélkül vállalkoztak, valamint írásos beleegyezésüket adták válaszaik felhasználásához.

#### **7.4. Vizsgálati módszerek**

A vizsgálat során alkalmazott tesztbattéria kérdései és kérdőívei közül jelen dolgozat keretében csak a szociodemográfiai jellemzőket, illetve a TCI, HADS, CES-D és MMPI-2 kérdőívekre adott válaszokat használjuk fel. Az alábbiakban ezen mérőeszközök jellemzőit mutatjuk be.

##### **Szociodemográfiai változók**

A vizsgálatba bevont szociodemográfiai változók közé a nem, az életkor, a családi állapot (egyedülálló, házas, elvált, özvegy; ezeket az elemzések során két kategóriává vonuk össze: egyedülálló és párkapcsolatban élő), valamint az iskolai végzettség (az elvégzett iskolai osztályok száma) tartozott. A vizsgálati csoportok külön-külön kerültek kialakításra a TCI és az MMPI-2 kérdőívekre vonatkozó elemzésekhez, így ezek jellemzőit az eredmények közt mutatjuk be.

### **7.4.1. Temperamentum és Karakter Kérdőív (Temperament and Character Inventory, TCI)**

A TCI teszt a Cloninger által leírt hét dimenziós személyiségmodell mérésére kifejlesztett mérőeszköz. Az elmélet kidolgozásában az vezette a szerzőt, hogy egységes keretbe foglalja a normális személyiségváltozókat, a pszichiátriai zavarokat, a neurobiológiai mechanizmusokat és a tanuláselméletet. Pszichobiológiai modellje szerint a személyiséget az információ befogadásában, tárolásában és feldolgozásában mutatkozó különbségek határozzák meg. A személyiség fejlődésében pedig a tanulásnak és a szociális hatásoknak körülbelül ugyanakkora szerepet tulajdonít, mint a biológiai és a genetikai tényezőknek (Cloninger, Svrakic és Przybeck, 1993; Rózsa és mtsai, 2005). A szerző a személyiséget két részre osztja: a temperamentum a genetikusan kódolt emocionális predispozíciókat foglalja magában, míg a karakter az, amit a személy szándékosan megvalósít magából. A temperamentum és a karakter elkülönítését az is indokolja, hogy különböző agyi struktúrákhoz kapcsolódnak.

Cloninger elmélete szerint a temperamentumot az újdonságra, a veszélyre, valamint a büntetésre és a jutalomra adott válaszok határozzák meg. Ezen belül az Újdonságkeresés faktora a viselkedés aktivációját, a kezdeményezés öröklött mintázatát írja le. Az Ártalomkerülés faktora ezzel ellentétesen, a viselkedés gátlásával, megszüntetésével kapcsolatos. Míg a Jutalomfüggőség faktora a viselkedés fenntartására irányul, és az érzékenységet, a szociális kötődést, a mások elismerésétől való függőséget foglalja magába. A temperamentumot alkotó negyedik tényező a Kitartás, amely általános jellegű, a többi dimenziót befolyásoló hatású (Cloninger és mtsai, 1993; Rózsa és mtsai, 2005).

A karakterfaktorok a self-koncepció fejlődésének lépcsőfokaihoz köthetőek. Az első lépésben a személy autonóm individuumként jelenik meg, melyhez az Önirányítottság faktora köthető. A következő szinten a személy már az emberiség vagy a társadalom integrálódott része, amihez a másokkal való Együtműködés szükséges. A legfelső szinten pedig a személy az univerzum részeként éli meg saját magát, ami a dolgok egységével való azonosulásban, transzcendencia-élményben mutatkozik meg. A dimenziók önmagukban is egy-egy fejlődési folyamatot jelenítenek meg, melynek lépcsőfokaihoz a dimenziók alfaktorai rendelhetőek hozzá (Cloninger és mtsai, 1993; Rózsa és mtsai, 2005).

A személyiségmodell mérésére létrehozott TCI kérdőív 240 állítást tartalmaz, melyekre igennel vagy nemmel kell válaszolni. Átlagos kitöltési ideje 25-30 perc, amelyet azonban az iskolai végzettség vagy az olvasás és megértés sebességét befolyásoló valamely tényező módosíthat (Rózsa és mtsai, 2005). 15 éves kortól vehető fel csoportos vagy egyéni



formában. Klinikai és normál populáció esetében egyaránt alkalmazható. A kérdőívet Rózsa és munkatársai (2005) adaptálták magyar nyelvre. A mérőeszköz megfelelő belső konzisztenciával rendelkezik (Cronbach  $\alpha=0,71-0,85$ ). Saját vizsgálatunkban a skálák Cronbach  $\alpha$  értékei 0,69-0,86 közötti tartományba estek. A kérdőív alkalmas a pszichobiológiai személyiségmodell négy temperamentum- és három karakterfaktorának, valamint ezek alfaktorainak mérésére. A mérőeszköz által feltárható személyiségprofil a következő dimenziókból áll:

Újdonságkeresés: a viselkedés aktivációjára, kezdeményezésére utal. Azt tükrözi, hogy a személyt mennyire jellemzi explorációs aktivitás, az impulzív döntéshozás, valamint a jutalom megközelítése és a potenciális büntetés vagy frusztráció, monotónia elkerülése. Alfaktoraik a következők: (1) explorációs ingerelhetőség vs. sztoikus rigiditás, (2) impulzivitás vs. meggondoltság, (3) extravagancia vs. visszafogottság, (4) rendetlenség vs. szabályosság.

Ártalomkerülés: a viselkedés gátlásának, megszüntetésének öröklött mintázatát tükrözi. A faktor pontszámából következtetni lehet arra, hogy a kitöltőre mennyire jellemző a passzív elkerülő magatartás, az idegenekkel szembeni féltékenység, a bizonytalanságtól való félelem, valamint a gyors kifáradás. A nagyfokú ártalomkerülés emellett megnyilvánulhat óvatosságban, gyakori feszültség érzésben és aggodalmaskodásban. A faktor négy alfaktort foglal magába: (1) aggodalmaskodás és pesszimizmus vs. gátlásoktól mentes optimizmus, (2) bizonytalanságtól való félelem, (3) féltékenység az idegenekkel szemben, és (4) fáradékonyság és aszténia.

Jutalomfüggőség: a viselkedés folytatásának, fenntartásának különböző megjelenési formáira utal. Ezek közé tartoznak a jutalom jelzéseire adott intenzív válaszok, melyek ellenállnak a kialvásnak. Ez megnyilvánulhat szociális kötődésben, a másokon való segítség iránti késztetésben, valamint érzékenységekben és együttérzésben. Manifesztálódhat továbbá a szociális környezet elismerése iránti sóvárgásban. Ennek megfelelően alfaktoraik a következők: (1) érzékenység (szentimentalitás), (2) kötődés (attachment) és (3) dependencia (mások elismerésétől való függőség).

Kitartás: szintén a viselkedés fenntartására utal. Azt mutatja meg, hogy a kitöltő mennyire aktív és állhatatos a céljai elérése érdekében, mennyire fontos számára a jó teljesítmény. A legkevésbé kidolgozott dimenzió, melynek nincs alfaktora.

Önirányítottság: arra utal, hogy a vizsgált személy mennyire képes az alkalmazkodásra, a kontrollra és a szabályok betartására, illetve mennyire képes a viselkedését a saját céljaival és értékeivel összhangban irányítani. Emellett megmutatja azt is, hogy a kitöltő mennyiben fogadja el önmagát és érzi azt, hogy életének van célja és jelentése, valamint mennyire bízik/bízhat az automatikus válaszaiban. Az autonóm individuум kialakulása egy fejlődési folyamat eredménye, melynek lépéseit a dimenzió alfaktorai is megjelenítik. Ezek a következők: (1) felelősségérzet vs. felelősségvállalás hiánya, (2) céltudatosság vs. célirányultság hiánya, (3) eredményesség, leleményesség, találékonyság vs. apátia, (4) önelfogadás vs. önelfogadás hiánya, és (5) kongruens második természet vs. személyes bizalmatlanság, gyanakvás.

Együttműködés: a mások elfogadásában megnyilvánuló különbségeket tükrözi. Ez megmutatkozhat az egyetértési készségben, a mások iránti empátiában, segítőkészségben, könyörületességben vagy toleranciában, és abban, hogy másokban mennyire véli felfedezni ezeket a tulajdonságokat. Az együttműködési készség kialakulása szintén egy fejlődési folyamatnak tekinthető, melynek állomásai a (1) szociális elfogadás vs. szociális intolerancia, (2) empátia vs. szociális érdektelenség, (3) segítőkészség vs. segítőkészség hiánya, (4) könyörületesség vs. bosszúvágy és (5) tiszta lelkiismeret vs. önérdek. Ezek egyben a dimenzió alfaktorai.

Transzcendenciaélmény: az emberi lét számára lényeginek, nélkülözhetetlen dolgokkal való azonosulást fejezi ki. Ez magában foglalja azt az élményt, hogy a személy egynek érzi magát a kozmoszal, és mindent egyetlen élő organizmus részeként tapasztal meg. Megnyilvánulhat továbbá abban, hogy valaki mennyire hajlamos megfélekedezni a saját hatáiról, amikor mélyen bevonódik egy kapcsolatba vagy abba, amit éppen csinál (a flow állapothoz vagy a csúcs-élményhez hasonlóan). Emellett tükrözheti a csodákban, spirituális jelenségekben, telepatikus jelenségekben való hitet. A magas pontszámot elérő személyek sokszor kreatívak, eredetiek, idealisták és hajlandók valódi áldozatokat hozni azért, hogy a világ egy jobb hely legyen. A dimenzió három alfaktort tartalmaz, melyek a következők: (1) self-ről való megfélekedezés vs. self-tudatos tapasztalat, (2) transzperszonális azonosulás vs. self-elkülönülés, és (3) lelki, spirituális elfogadás vs. racionális materializmus.

Az Újdonságkeresés, az Ártalomkerülés és a Jutalomfüggőség kombinációi nyolc temperamentumtípust (szenvedélyes, érzékeny, vakmerő, lobbanékony, módszeres, független,

óvatos és megbízható) határoznak meg, melyek szélsőséges megnyilvánulási összefüggésbe hozhatók a személyiségzavarokkal. Ugyanakkor Cloninger szerint a három dimenzió átlagos értékkel jellemezhető emberek tudnak a legrugalmasabban alkalmazkodni a környezeti kihívásokhoz. A három karakter-dimenzió kombinációi segítségével nyolc karaktertípus különíthető el (lehangolt, dependens, rendezett, autokratikus, rendezetlen, szeszélyes, kreatív és fanatikus), valamint megállapítható a személyiség érettségi foka.

#### **7.4.2. Center for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D)**

Rövid, 20 ítemes, önjellemző kérdőív, amely a depresszióra utaló tünetek fennállását mutatja meg (Radloff, 1977). A tételek elsősorban a depresszió affektív komponensét hangsúlyozzák (reménytelenség, büntudat, értéktelenség érzése), melyeket nem-depressziós emberek is megtapasztalnak, de náluk a pozitív affektusok kiegyensúlyozzák ezeket. Főként normál populáción használatos, de a klinikai szintű depressziót is el tudja különíteni. Mindazonáltal diagnosztikai eszköznek nem tekinthető. Az ítemek a magyar fordításban is 4 faktorba sorolhatók (Szeifert, 2010) az eredeti változatnak megfelelően. A 4 faktor a következő: (1) depresszív affektusok, (2) szomatikus tünetek, (3) interperszonális kapcsolatok és (4) pozitív affektusok. A tünetek gyakoriságát 0-tól 3-ig terjedő Likert-skálán kell megítélniük a vizsgálati személyeknek az elmúlt hétre vonatkozóan. A skálán 0-60 közötti pontszám érhető el, a magasabb pontszámok nagyobb distresszre utalnak. Általában a 16 pontot tekintik küszöbértéknek, ugyanakkor serdülők és fájdalommal küzdő betegek esetében 24 pontot javasolnak a hamis pozitív esetek elkerülése érdekében (McDowell, 2006). A magyar változat ponthatárai (Perczel Forintos, Kiss & Ajtay, 2005) normál populáción a következőképpen alakulnak: 16 pont alatt nincs depresszió, 16-21 pont között enyhe depresszió, 21 pont felett major depressziót gyaníthatunk – jóllehet, hivatalos magyar adaptációról nem tudunk. Magyar betegség-specifikus adatok híján csupán külföldi ajánlásokra támaszkodhatunk, amelyek 19 pontot javasolnak küszöbértéknek RA-s betegek esetében (Covic és mtsai, 2009). A reliabilitásra és validitásra vonatkozó adatok a különböző kutatásokban többnyire megfelelőek. Saját vizsgálatunkban a kérdőív belső konzisztenciája megfelelőnek bizonyult (teljes kérdőívre Cronbach  $\alpha=0,91$ ).

#### **7.4.3. Kórházi Szorongás és Depresszió Skála (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)**

A 14 tételes önbeszámoló kérdőív alkalmas a szorongás és depresszió mérésére és elkülönítésére (Zigmond & Snaith, 1983). Beteg és egészséges populáción egyaránt

használható a depresszív és szorongásos tünetek súlyosságának megállapítására, valamint a klinikai esetek kiszűrésére. A kérdőív egyik előnye, hogy nem tartalmaz olyan tételket, melyek miatt a depresszió szomatikus tünetei és a krónikus állapottal járó tünetek összemosódnának. Ugyanígy mellőzték a kérdőívben a kognitív aspektusra vonatkozó tételket (reménytelenség, alacsony önértékelés, szuicid gondolatok). Ennek következtében a depressziót főként az anhedóniára utaló itemek, a szorongást pedig a félelemre, pánikra és generalizált szorongásra utaló tételek mérik. A kérdőív tehát egy depresszió és egy szorongás skálára osztható, melyek 7-7 tételből állnak. A vizsgálati személyeknek 0-tól 3-ig terjedő Likert-skálán kell válaszolniuk a tételre az elmúlt hétre vonatkozóan. A magasabb pontszám magasabb distresszt jelez. Mindkét skálán a 8-10 pont közötti tartományba esnek a lehetséges/szubklinikai esetek, és a 11 pont feletti érték jelölheti a klinikai szintű depressziót vagy szorongást. Külföldi vizsgálatokban magas reliabilitással (Chronbach  $\alpha=0,76-0,93$ ) és megfelelő validitási értékekkel rendelkezik (McDowell, 2006). Magyar fordítása is jó validitási és reliabilitási értékekkel írható le (Muszbek és mtsai, 2006; Tiringér és mtsai, 2008). Saját vizsgálatunkban szintén megfelelő értékek adódtak a belső konzisztenciát illetően (Szorongás skála esetében Cronbach  $\alpha=0,85$ , Depresszió skála esetében Cronbach  $\alpha=0,84$ ).

#### **7.4.4. Minnesota Többtényezős Személyiség-Kérdőív-2 (MMPI-2)**

Az MMPI 1989-es átdolgozása és újraszterdizálása nyomán jött létre, és elődjéhez hasonlóan egyike a legszélesebben használt klinikai pszichodiagnosztikai mérőeszközöknek. Az önkitöltős kérdőív 567 igaz/hamis választásos tételből áll. Klinikai főskálái ugyanazok, mint a régi változaté: Hipochondriázis (Hs), Depresszió (D), Hisztéria (Hy), Pszichopátia (Pd), Maszkulinitás-Feminitás (Mf), Paranoia (Pa), Pszichaszténia (Pt), Szkizofrénia (Sc), Hipománia (Ma) és Szociális introverzió (Si). Ugyanakkor a 10 klinikai skála mellett létrehoztak 31 új, klinikai alskálát, amelyeket az adott klinikai skálához tartozó itemek csoportosításával nyertek. Ezenfelül az MMPI-2 (Butcher és mtsai., 1989) a korábbi validitási skálák (Kérdőjel (?), Ritka válaszok (F), Hazugság (L), Korrekciós (K)) mellett 5 új skálát is tartalmaz az érvényesség mérésére (Variábilis válasz inkonzisztencia (VRIN), Igaz válasz inkonzisztencia (TRIN), Későbbi ritka válaszok (FB), Ritka válaszok pszichopatológia (FP), Túlzón pozitív énbemutatás (S)). A kérdőív egyúttal 15 tartalmi skálát (pl. düh, cinizmus, rossz terápiás előjel) és 20 kiegészítő skálát is magában foglal (pl. énerő, dominancia, házassági distressz). Az MMPI-2 előnye a korábbi változathoz képest, hogy pszichometriai jellemzői jobban kimunkáltak, így olyan megbízható és valid mérőeszköznek

bizonyult, amely magas teszt-reteszt és belső konzisztencia mutatókkal, illetve megfelelő skála interkorrelációkkal rendelkezik. Az MMPI-2 egyaránt alkalmazható klinikai és normál felnőtt mintán, illetve egyénileg és csoportosan is kitölthető.

A klinikai profil értelmezéséhez első lépésként értékelni kell a válaszok elfogadhatóságát, melyhez a validitási skálák pontszámai nyújtanak segítséget. Ezek a következők:

Kérdőjel skála (?): a megválaszolatlan vagy értékelhetetlenül megválaszolt tételek számát jelöli. Érvénytelen a profil, ha a skála értéke 30 feletti, különösen, ha ezek elsősorban a kérdőív első felébe tartozó tételeknél (első 370 tétel) fordulnak elő.

Variábilis válasz-inkonzisztencia skála (VRIN): az inkonzisztens válaszadást mutatja meg, amely származhat figyelmi vagy olvasási nehézségekből, hanyag kitöltésből, valamint szándékos véletlenszerű válaszadásból.

Igaz válasz-inkonzisztencia skála (TRIN): az ellentmondásos válaszadást tükrözi, amelynek elfogadást vagy elutasítást jelző válaszbeállítódás lehet az oka.

Ritka válaszok skála (F): a skála 60 olyan tételt tartalmaz, amelyeket a normatív minta tagjai ritkán jelölnek meg igazként. A pontszámemelkedés oka lehet szándékos vagy akaratlan véletlenszerű válaszadás, komoly pszichopathológiai állapot vagy a személy rossz színben akarja feltüntetni magát.

Későbbi ritka válaszok skála (Fb): a kérdőív második felében előforduló ritka válaszadást méri. Ebből kifolyólag jól tükrözi a tesztkitöltéssel kapcsolatos attitűd válaszadás során bekövetkező változását. A skála érzékeny a véletlenszerű vagy rögzült válaszadásra, a komoly pszichopathológiára és a tünetek felnagyítására (negatív énbemutatásra).

Ritka válaszok- pszichopathológia skála (Fp): a skála tételeit a normatív minta tagjai és a kórházban kezelt betegek ritkán jelölik meg igazként. A skála a problémák felnagyítására való hajlamot és a random válaszadást tükrözi (kevésbé érzékeny a pszichopathológiára a többi ritka válasz skálával összehasonlítva).

Hazugság skála (L): a tesztkitöltéssel kapcsolatos védekező attitűdöt méri. Nem utal szükségszerűen csalási hajlamra, inkább a hiányosságok, karakterhibák tagadását és azt a szándékot tükrözi, hogy a személy jó színben szeretné magát feltüntetni.

Korrekciós skála (K): a védekező válaszbeállítódás megjelenését méri a kérdőív első felében, és ennek hatását korigálja a klinikai skálákon. Magas értéke elutasító, míg alacsony értéke elfogadó attitűdre utalhat.

Túlzóan pozitív énbemutatás skála (S): szintén a védekező válaszbeállítódást méri, de tételei eloszlanak a kérdőív teljes terjedelmében. A védekező attitűd fakadhat az ingerlékenységből, düh tagadásából, az erkölcsi hiányosságok tagadásából, vagy akár az aggodalmaskodás és elégedetlenség érzés tagadásából.

Az MMPI-2 profil értelmezésének következő lépése a klinikai skálák pontszámainak megvizsgálása, a profil emelkedését elsődlegesen okozó alskálák azonosítása és a skálák profilon belüli mintázatának elemzése. A tíz klinikai skála a következő területeket fedi le:

1. Hipochondriázis (Hs): a skála tételei egyrészt specifikus testi tüneteket vagy panaszokat írnak le, másrészt a saját testtel való túlzott foglalkozásra utalnak. A skála magas pontszáma a sok vagy esetlegesen bizarr testi tünetek megtapasztalását jelzi, valamint a saját testtel való túlzott mértékű foglalkozást, és a gyakorta önmagára irányuló figyelmi fókuszot tükrözi. A pontszám emelkedését okozhatja továbbá a pszichés distressz testi tünetekbe fordításának hajlama. A skála tételei nem sorolhatók alskálákba.
2. Depresszió (D): tételei a klinikai depresszió emocionális jegyeit (pl. levertség, reménytelenség), testi tüneteket, az ellenséges impulzusok tagadását, valamint a gondolkodási folyamatok szabályozásának nehézségeit írják le. Az itemek 5 alskálába rendeződnek: Szubjektív depresszió (D1), Pszichomotoros retardáció (D2), Gyenge testi működés (D3), Mentális tompultság (D4) és Töprengés (D5).
3. Hisztéria (Hy): a tételek egy csoportja specifikus testi panaszokat és zavarokat ír le, másik részét pedig olyan itemek alkotják, melyek a mindennapi élet problémáinak, illetve az ellenséges impulzusok vagy a társas szorongás tagadására vonatkoznak. A skála öt tartalmi alskálát foglal magába: A társas szorongás tagadása (Hy1), Érzelmi szükséglet (Hy2), Fáradtság, rossz közérzet (Hy3), Testi panaszok (Hy4) és Agressziógátlás (Hy5).
4. Pszichopátia (Pd): a skálai tételei egyfelől az iskolai szabályok és a törvények betartásával kapcsolatos problémákra, a társas és erkölcsi normák figyelmen kívül hagyására vonatkoznak, másrészt a családi problémák aktuális és múltbeli előfordulására és az étellel való elégedetlenségre kérdeznak rá. A skála szintén öt alskálát tartalmaz, melyek a következők: (1) Családi konfliktusok, (2) Autoritás problémák, (3) Társas nyugodtság, (4) Társas elidegenedés, és (5) Elidegenedés az éntől.
5. Férfiasság - Nőiesség (Mf): a skála tételeinek kisebb része a nemi szerep divergenciát méri, míg a további tételek a nőies és férfias attitűdre, érdeklődési

körökre vonatkoznak, érintve a munka, a szabadidős tevékenységek, a félelmek és aggodalmak, valamint a családi élet területét. A skálához nem dolgoztak ki tartalmi alskálákat.

6. Paranoia (Pa): a skála tételei egyrészt a pszichotikus viselkedést fedik le, másrészt olyan témákat érintenek, mint az aszociális viselkedés, érzékenység, cinizmus, túlzott erkölcsös viselkedés és a másokra panaszkodás. A skála tételeiből három tartalmi alskálát dolgoztak ki: (1) Üldöztetési gondolatok, (2) Túlérzékenység a lelki fájdalomra és (3) Naivitás.
7. Pszichaszténia (Pt): a skála tételei a szabályozhatatlan kényszeres gondolatok, félelemérzet vagy szorongás előfordulását, valamint a saját képességekkel szembeni kétségek mértékét mérik fel. Néhány kérdés figyelmi problémákra, testi tünetekre, illetve boldogtalanság érzésére vonatkozik. A skálához nem tartoznak tartalmi alskálák.
8. Szkizofrénia (Sc): a tételek egy része pszichotikus tünetek (bizarr gondolkodás, furcsa szenzoros élmények, üldöztetési téveszmék és hallucinációk) előfordulásával foglalkozik. Az itemek másik része a társas elidegenedésre, a szegényes családi kapcsolatokra, a szexuális problémákra, az impulzuskontroll zavarára és figyelmi gondokra irányul. A skála tételei hat tartalmi alskálát alkotnak, melyek a következők: (1) Társas elidegenedés, (2) Érzelmi elidegenedés, (3) Énhatékonyság hiánya (kognitív), (4) Énhatékonyság hiánya (konatív), (5) Énhatékonyság hiánya (gyenge gátlás), (6) Bizarr szenzoros élmények.
9. Hipománia (Ma): a skála tételei a hipomán zavar tüneteire kérdeznék rá, valamint az erkölcsi értékeket és attitűdöket, testi problémákat és családi kapcsolatokat érintik. A skálához tartozó négy tartalmi alskála a következő: (1) Amoralitás, (2) Pszichomotoros felgyorsultság, (3) Nyugodtság és (4) Ego-infláció.
10. Szociális introverzió (Si): a skála tételeinek egyik csoportja a társas részvétellel foglalkozik, míg a másik az általános neurotikus alkalmazkodási képtelenséget és az alacsony önértékelést érinti. A skála három tartalmi alskálát foglal magába: (1) Szégyenlősség/éntudat, (2) Társas elkerülés, (3) Elidegenedés az éntől és másoktól.

Utolsó lépésként a profilok értelmezése tovább finomítható a Tartalmi, Tartalmi Komponens és Kiegészítő skálák pontszámaiból származó információkkal.

A vizsgálati csoportok klinikai személyiségprofiljának elkészítéséhez standardizált T-értékeket számoltunk a 9 validitási skála és a 10 klinikai skála vonatkozásában. A főskálák többségénél (kivéve Sc) a 45 és 57 T-érték közötti tartomány tekinthető normál övezetnek. Az ez alatti értékek alacsonynak, míg az 58-64 közötti tartomány jelzőértékűnek bizonyul (Greene, 2000). A 65 T-érték és az ezt meghaladók viszont már klinikai szintű tünetekre utalhatnak. Ebben az esetben érdemes megvizsgálni az adott klinikai főskálához tartozó alskálák értékeit is a pontosabb klinikai kép érdekében. A Szkizofrénia (Sc) skála esetében a jelzőtartomány 65 és 90 közé esik, így csak a 91 T-érték felettiiek mondhatók patológiásnak.

## **7.5. Statisztikai elemzések**

A kérdőívek eredményeinek statisztikai elemzése az SPSS for Windows 13.0 programcsomag segítségével történt. Skála típusú adatoknál a vizsgálati csoportok átlagpontszámai közti különbséget független mintás t-próbával vagy egyszempontos variancia-analízissel (ANOVA) vizsgáltuk. Utótesztként Bonferroni vagy Dunnett's T3 post hoc tesztet használtunk a csoportok közti különbség feltárására a varianciák homogenitásának teljesülése függvényében. Kategorialis adatok esetén (a családi állapot, valamint a temperamentum- és karaktertípusok esetében, a CES-D és HADS kérdőívek alapján létrehozható kategóriáknál, illetve az MMPI-2 skáláin magas, 65 T-értéket meghaladó és ez alatti pontértéket elérők kategóriáinál) a változók közti kapcsolat vizsgálatához  $\chi^2$ -próbát vagy Fisher exact tesztet használtunk – utóbbit abban az esetben alkalmaztuk, ha a megfigyelt gyakoriságok túlságosan kicsik voltak. A klinikai szintű szorongás és depresszió fennállásának a szociodemográfiai változókkal való összefüggését bináris logisztikus regresszió (Forward LR módszer) segítségével ellenőriztük. A szorongásos és depresszív tünetek prediktorainak meghatározását többszörös lineáris regresszió elemzéssel (stepwise módszer) végeztük. Az MMPI-2 profil alapján elkülöníthető RA-s csoportok kialakításához hierarchikus klaszteranalízist alkalmaztunk, majd az ilyen módon meghatározott 3, 4 és 5 klaszteres megoldásokat több lépésben (K-közép klaszteranalízis, többváltozós variancia-analízis és diszkriminancia analízis) ellenőriztük. A skála típusú változók közti kapcsolatot Pearson-féle korreláció-elemzéssel vizsgáltuk. A vizsgálati csoportokat egymástól leginkább elkülönítő depressziós tünetek csoportjait diszkriminancia analízissel azonosítottuk. A próbák elvégzéséhez szükséges feltételek (normál eloszlás, varianciák homogenitása, linearitás, multikollinearitás) teljesülését előzetesen ellenőriztük. A szignifikancia szintjét minden esetben  $p < 0.05$  értéknél határoztuk meg. A statisztikai elemzés terjedelmi okokból a CD-mellékleten található.



## **7.6. Első vizsgálat: a szorongás, a depresszió, illetve a temperamentum- és karakterjellemzők vizsgálata**

### **7.6.1. Vizsgálati minta**

A Kórházi szorongás és depresszió kérdőív (HADS), a Center for Epidemiologic Studies - Depression (CES-D), valamint a Temperamentum és karakter kérdőív (TCI) a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Reumatológiai és Immunológiai Klinikájának, a dombóvári és zalaegerszegi kórházak mozgásszervi rehabilitációs osztályainak, valamint a Pécs Megyei Jogú Város Egyesített Egészségügyi Intézmények I.sz. Rendelőintézetének RA-s és SSc-s betegek és egészséges kontroll személyek töltötték ki.

A vizsgálati csoportokba való bekerülés feltételei a betegcsoportok esetében a következők voltak:

- a kezelőorvosok által az Amerikai Rheumatológiai Kollégium kritériumai alapján (Aletaha és mtsai, 2010; Hoogen és mtsai, 2013) diagnosztizált RA vagy SSc betegség
- térben és időben orientált, melyet a Mini Mentál kérdőívvel (Folstein, Folstein, McHugh, 1975) ellenőriztünk,
- illetve 18 évesnél idősebb életkor

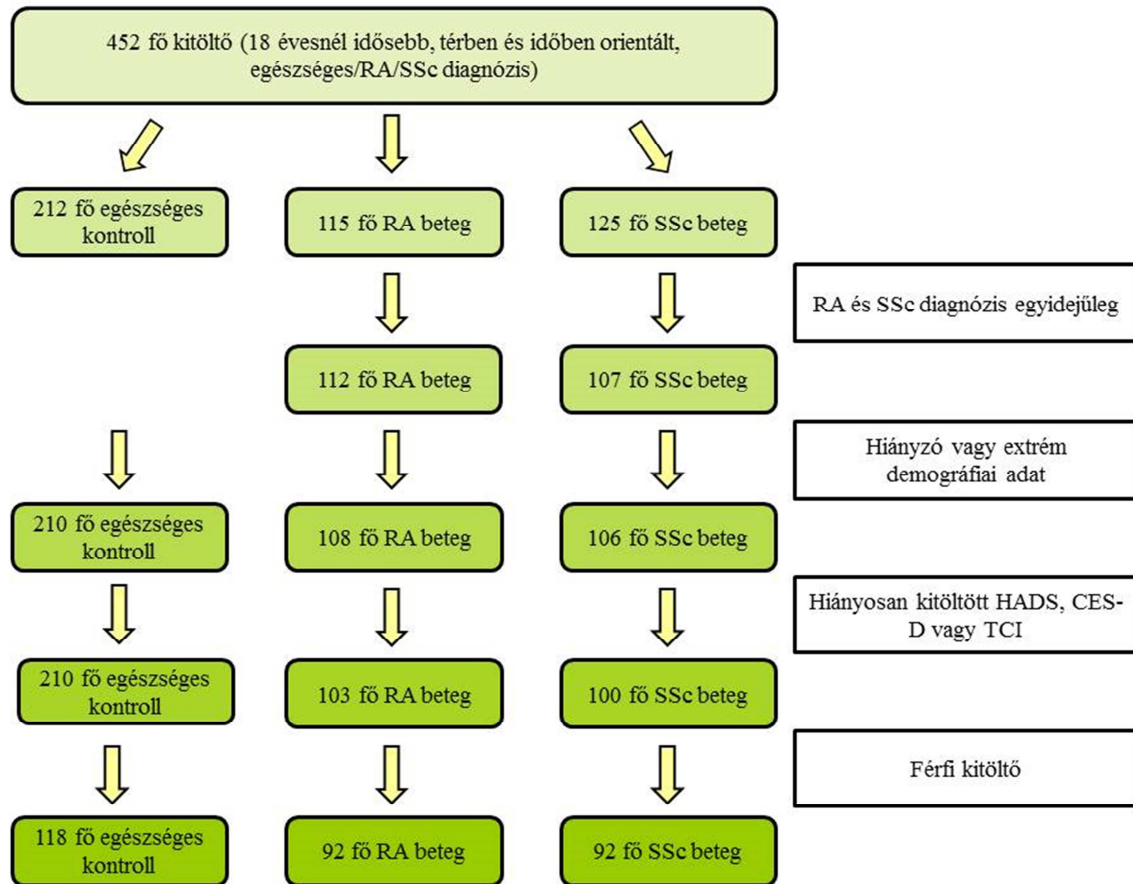
A kontroll csoport esetében a beválogatási kritériumok közé a következők tartoztak:

- nincs krónikus szomatikus betegsége (önbeszámoláson alapult)
- térben és időben orientált, melyet a Mini Mentál kérdőívvel (Folstein, Folstein, McHugh, 1975) ellenőriztünk
- és 18 évesnél idősebb életkor

Az előbbi feltételeknek megfelelő 115 fő RA-s, 125 fő SSc-s és 212 fő egészséges önkéntes vizsgálati személytől kaptunk vissza kitöltött kérdőívcsomagot. A válaszok feldolgozása után kizártuk az elemzésből:

- azokat, akik hiányos vagy szélsőséges szociodemográfiai adatokat adtak meg (utóbbi az iskolázottság esetében fordult elő, mivel a kérdőívek megbízható kitöltési kritériumaként az általános iskola nyolc osztályának elvégzését határoztuk meg),
- azokat, akiknél a hiányzó válaszok száma meghaladta a kérdőívknél meghatározott küszöbértéket (TCI kérdőívknél 30 tétel; CES-D kérdőívknél 4 tétel; HADS kérdőívknél 3 tétel)
- a férfi válaszadókat, mivel létszámuk a két betegcsoportban igen alacsony volt

- és azokat a betegeket, akiknél mindkét diagnózis megállapításra került. (a végső minta kialakítását a 2. ábra szemlélteti)



2. ábra A vizsgálati minta kialakításának folyamata a TCI, HADS és CES-D kérdőívekre vonatkozó elemzésekhez

A végső minta így 92 fő RA-s, 92 fő SSc-s és 118 fő egészséges önkéntes vizsgálati személyből állt (a vizsgálati csoportok jellemzőit a 2. táblázat foglalja össze). Az egészséges kontroll csoport átlag életkora 55,12 év, míg az RA-s nőbetegeké 57,67, a sclerodermás betegcsoporté pedig 56,13 év volt. A csoportok egymáshoz hasonló iskolai végzettséggel rendelkeztek: az elvégzett iskolai osztályok számának átlaga az egészségeseknél 12,10 év, az RA-s betegeknek 11,65 év, míg a SSc-s betegeknek 11,64 évnek adódtak. Az egészséges nők 35,6%-a mondta magát egyedülállóknak, míg a betegekre ez 34,8% és 35,9%-ban volt jellemző. A csoportok a vizsgált szocio-demográfiai változók mentén nem különböztek egymástól szignifikánsan.

	Egészséges kontroll (n=118)	RA (n=92)	SSc (n=92)	F vagy $\chi^2$ p-érték
<b>Életkor (évek)</b>				
M±SD	55,12±10,51	57,67 ±11,50	56,13 ± 10,84	F=1,419
95% CI	53,20-57,03	55,29-60,05	53,89-58,38	p= ,244
Min-Max	23-81	26-79	25-82	
<b>Iskolai végzettség (évek)</b>				
M±SD	12,10±2,04	11,65±2,61	11,64±2,82	F=1,214
95% CI	11,73-12,47	11,11-12,19	11,06-12,23	p= ,298
Min-Max	8-17	8-17	8-17	
<b>Családi állapot (fő)</b>				
Egyedülálló (%)	42 (35,6%)	32 (34,8%)	33 (35,9%)	$\chi^2= ,026$
Házass/élettársi kapcsolatban (%)	76 (64,4%)	60 (65,2%)	59 (64,1%)	p= ,987

95%CI=95%-os megbízhatósági tartomány

## 2. táblázat A vizsgálati csoportok szocio-demográfiai jellemzői

### 7.6.2. Eredmények

#### 7.6.2.1. Szorongás és depresszió (prevalencia, tünetek, demográfiai változókkal való kapcsolat)

A szorongás és a depresszió kapcsán egyfelől a vizsgálati csoportok közti különbséget kívántuk feltárni a tünetek mennyiségét és a klinikai szintű (súlyos) depresszió/szorongás előfordulási gyakoriságát illetően. Másfelől, feltételeztük, hogy a csoportok közti esetleges különbségekért részben a szorongás és a depresszió szomatikus tünetei felelősek, amelyek azonban egyúttal lehetnek a krónikus betegség tünetei is, így a pszichiátriai állapotok túlbecslését eredményezhetik. Végül, törekedtünk a demográfiai változók és a szorongás, illetve a depresszió közti kapcsolat meghatározására a jelen vizsgálati csoportokban – jóllehet, a szakirodalom meglehetősen inkonzisztens a demográfiai tényezők és a komorbid szorongás és depresszió összefüggéseit érintően.

#### Prevalencia

Elsőként a vizsgálati csoportok által a CES-D és HADS kérdőíveken elért átlagpontoszámokat hasonlítottuk össze egyszempontos varianciaanalízis (ANOVA) segítségével. Az elemzés eredményei (3. táblázat) szerint szignifikáns különbség mutatható ki a csoportok CES-D, HADS Depresszió és HADS Szorongás átlagpontoszámai között egyaránt.

A csoportnak szignifikáns hatása van a CES-D kérdőív összpontszámára,  $F(2, 299) = 17,72$ ,  $p = ,000$ ; parciális eta négyzet =  $,105$ . A post hoc elemzés (Dunnett T3) alapján megállapítható, hogy az RA betegek ( $p = ,000$ ) és az SSc betegek ( $p = ,004$ ) egyaránt szignifikánsan magasabb pontszámot érnek el az egészséges kontroll csoporthoz viszonyítva. A két betegcsoport hasonló ( $p = ,293$ ) mennyiségű depresszív tünetről adott számot a kérdőívben.

		<b>CES-D</b>	<b>HADS Depresszió</b>	<b>HADS Szorongás</b>
<b>Kontroll</b>	M±SD	14,25 ± 8,25	4,42 ± 3,35	6,09 ± 3,71
	95% CI	12,74 – 15,75	3,81 - 5,03	5,42 – 6,77
	Min-Max	2-44	0-15	0-16
<b>RA</b>	M±SD	21,89 ± 11,04	7,54 ± 4,03	8,91 ± 4,85
	95% CI	19,61 - 24,18	6,71 – 8,38	7,91 – 9,92
	Min-Max	2-48	1-16	0-20
<b>SSc</b>	M±SD	19,45 ± 9,54	6,37 ± 3,85	8,12 ± 3,82
	95% CI	17,47 - 21,42	5,57 - 7,17	7,33 – 8,91
	Min-Max	3-46	0-17	0-18
<b>F</b>		17,724	18,948	13,257
<b>p</b>		<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>

95%CI=95%-os megbízhatósági tartomány; F és p értékei a varianciaanalízisből (ANOVA) származnak

### 3. táblázat A CES-D és HADS kérdőívek átlagai a vizsgálati csoportokban

A HADS kérdőív depresszió skáláján elért pontszámokban az előzőekkel megegyezően szintén szignifikáns különbség volt a csoportok közt,  $F(2, 299) = 18,95$ ,  $p = ,000$ , parciális eta négyzet =  $,112$ . Az utóteszt (Dunnett T3) szerint az RA-s ( $p = ,000$ ) és az SSc-s nőbetegek ( $p = ,000$ ) egyaránt magasabb pontszámot érnek el a skálán az egészségesekhez képest. Az ízületi gyulladással érintett és a sclerodermás nők ebben az esetben is hasonló ( $p = ,128$ ) átlagpontszámokkal jellemezhetők. A HADS szorongás skála pontszámára is szignifikáns hatása van a csoportnak,  $F(2, 299) = 13,257$ ,  $p = ,000$ , parciális eta négyzet =  $,081$ . Az utóteszt szerint (Dunnett T3) az RA-s ( $p = ,000$ ) és az SSc-s betegek ( $p = ,001$ ) szignifikánsan több szorongásos tünetről számoltak be a kontroll csoport tagjaihoz képest. A szorongás vonatkozásában a két betegcsoport egymástól nem különbözött jelentősen ( $p = ,579$ ).

Következő lépésként azt ellenőriztük, hogy van-e kapcsolat a diagnózis és a depressziós, illetve szorongásos állapotok közt. Ehhez a HADS kérdőívhez megadott

ponthatárokat használtuk, és ezek alapján soroltuk be a vizsgálati személyeket „nem szorongó/depressziós”, „lehetséges szorongó/depressziós” és „valószínűleg szorongó/depressziós” csoportokba. (A mintában a három kategória előfordulási gyakoriságát a 4. táblázat tartalmazza)

Az elemzés szerint a klinikai szinten szorongók, szubklinikai szinten szorongók és a nem szorongók gyakorisága és a diagnózis között van összefüggés,  $\chi^2(4, N=302)= 18,31$  ;  $p= ,001$ ). Ahogy azt a kontingencia táblázat mutatja, az egészséges személyek 66,9%-a ( $N=79$ ) nem szorong, és klinikai szintű szorongással („valószínűleg szorong” kategória) mindössze a 11,9%-uk ( $N=14$ ) jellemezhető. Ezzel szemben a sclerodermás csoportban a betegek 46,7%-a ( $N=43$ ) nem szorong, míg 26,1%-uknál ( $N=24$ ) valószínűsíthető a klinikai szintű szorongás. Még nagyobb az eltérés az RA-s betegek esetében, akiknek 44,6%-a ( $N=41$ ) nem szorong, viszont közel ugyanennyi, 33,7% ( $N=31$ ) a klinikai szintű szorongásos tünetről beszámoló aránya. Az eredmények szerint közepes erősségű szignifikáns összefüggés van a diagnózis és a szorongás között. Azok aránya, akiknél feltételezhetjük a szorongás fennállását, az RA-s csoportban a legnagyobb (kont. koeff.= 0,240,  $p= ,001$ ; Cramer V= ,174  $p= ,001$ ), míg az egészségesek közt a legkevesebb. (Az elemzést két-két csoportra elvégezve hasonló eredményre jutottunk, vagyis az egészségeseket bármely betegcsoporttal összehasonlítva szignifikáns különbség volt kimutatható a szorongásos állapot megoszlásában, azonban a próba erősebb volt az RA-s betegekkel való összehasonlítás során.)

A HADS kérdőív depresszió skálája alapján megítélt depressziós státusz és a diagnózis közt is van kapcsolat,  $\chi^2(4, N=302)=30,89$  ,  $p= ,000$ . Mindhárom csoportban a nem depressziósok aránya a leggyakoribb, azonban míg az egészségeseknél ez a csoport 81,4%-ra ( $N=96$ ) jellemző, addig az RA-s és a sclerodermás csoportokban ez csak 47,8% ( $N=44$ ) és 54,3% ( $N=50$ ). A klinikai szinten depressziósok legkisebb arányban az egészségesek közt fordulnak elő, míg RA-ban kiemelkedően magas, 25% az arányuk (kont. koeff.= 0,305,  $p= ,000$ ; Cramer V= 0,226  $p= ,000$ ). (Az elemzést párosával elvégezve arra jutottunk, hogy a kontroll csoportot bármelyik betegcsoporttal összevetve különbség mutatható ki a depressziós állapot megoszlásában, jóllehet a próba erőssége nagyobb az RA-s betegek esetében).

A CES-D kérdőíven mért pontszámok alapján szintén 3 csoport képezhető: nincs depresszió (< 16 pont), enyhe depresszió (16-21 pont) és súlyos depresszió (> 21 pont). A csoportok között ezúttal is szignifikáns különbség volt kimutatható a depressziós státusz megoszlásában,  $\chi^2(4, N=302)=35,91$  ,  $p= ,000$ . A kontingencia táblázat adatai alapján ebben az esetben csak az egészséges csoportról mondható el, hogy a legnagyobb része, 66,1%-a ( $N=78$ ) nem depressziós. Az ízületi gyulladáshoz vezetőknél a biztosan nem depressziósok aránya

a CES-D kérdőívén mindössze 33,7% (N=31), a sclerodermás betegek esetében pedig 39,1% (N=36). A súlyos depressziós kategóriába esők aránya viszont az RA-s nők között kifejezetten magas, 51,1% (N=47), míg az egészségeseknél csak 15,3% (N=18), az SSc-s betegeknél pedig 38% (N=35). A CES-D kérdőív alapján megítélt depressziós státusz és a csoport között tehát közepes erősségű összefüggés mutatkozott (kont. koeff.= 0,326, p= ,000; Cramer V= 0,244 p= ,000). A HADS kérdőív depresszió skálájával összehasonlítva azonban számottevően magasabb a legsúlyosabb kategóriába esők aránya, amely feltevésünk szerint annak tudható be, hogy a CES-D kérdőív tartalmaz a szomatikus állapotra vonatkozó tételeket is. (A betegcsoportokban jelentős marad a valószínűleg depressziósok aránya (RA: 60,9%; SSc: 50%) a CES-D kérdőívvel mérve az RA-s betegek esetében ajánlott 19 pontos küszöbértéket alkalmazva is.)

Diagnózis	HADS szorongás			Összesen
	nem	lehetséges	valószínű	
<b>Kontroll</b>	79 (66,9%)	25 (21,2%)	<b>14 (11,9%)</b>	118
<b>RA</b>	41 (44,6%)	20 (21,7%)	<b>31 (33,7%)</b>	92
<b>SSc</b>	43 (46,7%)	25 (27,2%)	24 (26,1%)	92
<b>Összesen</b>	163	70	69	302
	HADS depresszió			Összesen
	nem	lehetséges	valószínű	
<b>Kontroll</b>	<b>96 (81,4%)</b>	<b>13 (11%)</b>	<b>9 (7,6%)</b>	118
<b>RA</b>	44 (47,8%)	25 (27,2%)	<b>23 (25%)</b>	92
<b>SSc</b>	50 (54,3%)	27 (29,3%)	15 (16,3%)	92
<b>Összesen</b>	190	65	47	302
	CES-D			Összesen
	nem	enyhe	súlyos	
<b>Kontroll</b>	<b>78 (66,1%)</b>	22 (18,6%)	<b>18 (15,3%)</b>	118
<b>RA</b>	<b>31 (33,7%)</b>	14 (15,2%)	<b>47 (51,1%)</b>	92
<b>SSc</b>	36 (39,1%)	21 (22,8%)	35 (38%)	92
<b>Összesen</b>	145	57	100	302

4. táblázat A szorongásos és depressziós állapotok előfordulási gyakorisága a HADS és a CES-D kérdőívek alapján

A szorongás és a depresszió együttjárásának vizsgálatakor szoros kapcsolatot detektáltunk a HADS kérdőív két skálája között mindhárom csoport esetében. Az egészséges csoportban

$r(118) = 0,65$ , az SSc-s csoportban  $r(92) = 0,64$ , míg a RA-s betegek körében  $r(92) = 0,72$  (minden esetben  $p = ,000$ ).

### A depresszió tünettana

A fenti elemzések megerősítették, hogy a betegcsoportok jelentősen magasabb átlagpontszámot érnek el a depressziót és szorongást felmérő skálákon, valamint az RA-s csoportban gyakoribb a HADS kérdőív skáláival mért klinikai szintű szorongás és depresszió. Feltételeztük azonban, hogy a korábban mások által (pl. Abdel-Nasser és mtsai, 1998; Peck és mtsai, 1989) felvetett módszertani probléma, a krónikus betegség és a depresszió tünetei közti átfedés és ennek következtében a depressziós tünetegyüttes előfordulásának túlbecslése a jelen vizsgálati csoportok esetében is felmerülhet. Feltevésünk ellenőrzésére diszkriminancia analízist (enter módszer) végeztünk a CES-D kérdőív alskáláin, hogy azonosítsuk a tételek azon csoportját, amelyek a legjobban elkülönítik az egészséges és az RA-s vagy SSc-s nők csoportjait egymástól.

Alskála	Egészséges kontroll (M±SD)	RA (M±SD)	SSc (M±SD)	Standardizált diszkrimináló funkció		
				K vs. RA	K vs. SSc	RA vs. SSc
Depresszív affektusok	3,75±4,09	6,57±4,86	5,61±4,62	-,174	-,051	-,058
Szomatikus tünetek	4,51±3,01	7,66±4,40	6,18±3,87	<b>,964</b>	,523	1,174
Interperszonális kapcsolatok	0,54±0,82	0,83±1,17	0,76±1,10	,030	,123	-,211
Pozitív affektusok hiánya	5,44±2,42	6,84±2,59	6,89±2,66	,286	<b>,707</b>	-,434

#### 5. táblázat A CES-D kérdőív faktorainak diszkriminancia analízise

Az elemzés eredményei szerint a négy változót tartalmazó modell képes az RA-s betegeket az egészségesektől diszkriminálni (Wilk's lambda = ,837;  $\chi^2(4, N=210) = 36,65$   $p = ,000$ ). A legnagyobb diszkrimináló erejű változó a Szomatikus tünetek alskála (5. táblázat); a modell az egészségesek 83,1%-át, és az RA-s nők 57,6%-át helyesen klasszifikálja. Az RA-s és a sclerodermás betegek esetében a Wilk's lambda értéke nem volt szignifikáns, vagyis a négy változóból álló modell nem képes szignifikánsan diszkriminálni egymástól a két csoportot (a két csoport átlagai kizárólag a Szomatikus tünetek változó vonatkozásában

különböznek egymástól szignifikánsan  $F(1, 182)=5,86$   $p= ,016$ ). A CES-D alszámból álló modell képes a sclerodermás betegeket is diszkriminálni az egészségesektől (Wilk's lambda= ,900;  $\chi^2(4, N=210)= 21,75$   $p= ,000$ ). A sclerodermás és az egészséges nőket azonban leginkább a Pozitív affektusok hiánya különíti el egymástól. A modell az egészségesek 81,4%-át és az SSc-s nők 47,8%-át sorolja be helyesen.

A depressziós tünetek pontosabb megértése érdekében az elemzést elvégeztük a kérdőív tételeinek segítségével is. A kérdőív tételeivel, mint független változókkal végzett diszkriminancia analízis (stepwise módszer) alapján megállapítható, hogy az RA-s betegeket a 7. (minden megerőltető), 2. (rossz étvágy), 3. (rosszkedv), és a 16. (élveztem az életet) tételek különítik el az egészséges nőktől. A 4. tétel a csoportok közti különbség 25,6%-át magyarázza (Wilk's lambda= ,744;  $\chi^2(4, N=210)= 60,81$   $p= ,000$ ). A modell az egészséges nők 87,3%-át és az ízületi gyulladással diagnosztizált nők 58,7%-át sorolja be helyesen. A sclerodermás nőket ezzel szemben a 16. (élveztem az életet), 20. (dolgokat elkezdni), 5. (odafigyelni) és a 2. (rossz étvágy) tételek diszkriminálják a kontroll csoporttól, amelyek a csoportok közti különbség 12,8%-át magyarázzák (Wilk's lambda= ,872;  $\chi^2(4, N=210)= 28,11$   $p= ,000$ ). A két betegcsoport diszkriminancia analízise a változók lépésenkénti bevonásával két változót, a 7. (minden megerőltető) és a 4. (ugyanolyan jó vagyok, mint mások) tételt választotta be a függvénybe, amely a két csoport közti különbség 8,4%-át magyarázza (Wilk's lambda= ,916;  $\chi^2(2, N=184)= 15,91$   $p= ,000$ ). A modell az RA-s nők 68,5%-át és az SSc-s nők 58,7%-át klasszifikálja helyesen.

### **A szorongás és a depresszió összefüggése a szociodemográfiai változókkal**

Feltételeztük, hogy a szociodemográfiai tényezők a szorongásos és a depressziós tünetek magyarázóváltozói. Bináris logisztikus regresszióelemzés (Forward LR módszer) segítségével ellenőriztük a hipotézisünket mindhárom csoport esetében (6. táblázat; a táblázat csak a szignifikáns prediktor változókat tartalmazza), annak érdekében, hogy a skála típusú és a dichotóm változókat egyidejűleg vizsgálhassuk a magyarázó modellen belül. A kimeneti változók a HADS kérdőív depresszió és szorongás skáláinak pontszáma alapján képzett kategóriák: nem szorong/nem depressziós (HADS Depresszió/Szorongás < 8) és szorong/depressziós (HADS Depresszió/Szorongás  $\geq 8$ ) voltak.

Az egészséges csoport esetében a szorongásra kapott modell szignifikáns volt a nullmodellhez viszonyítva ( $\chi^2(1)= 4,609$ ,  $p= ,032$ ). Ugyanakkor a vizsgált változók közül kizárólag az iskolai végzettség bizonyult prediktor változónak, amely a szorongás 5,3%-át magyarázta (Nagelkerke  $R^2 = ,053$ ). A modell által helyesen kategorizált esetek aránya



össességében 71,2% (nem szorong: 96,2%; szorong 20,5%). Az iskolázottság minden egyes évvel való növekedése 19,4%-kal csökkenti a klinikai szintű szorongás kialakulásának valószínűségét. Az RA-s és sclerodermás nőbetegeknél az elemzés nem eredményezett szignifikáns modellt és egyetlen szociodemográfiai változó sem bizonyult a szorongás prediktorának.

Magyarázóváltozó	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
							Alsó	Felső

#### Egészséges kontroll

iskolai végzettség	-,216	,105	4,255	1	,039	,806	,656	,989
--------------------	-------	------	-------	---	------	------	------	------

#### 6. táblázat Bináris logisztikus regressziós modell, a szorongás prediktorai

A szociodemográfiai tényezőket alkalmazva a depresszió prediktoraként a logisztikus regresszió elemzés ismételten szignifikáns modellt ( $\chi^2(2) = 18,545$ ,  $p = ,000$ ) eredményezett az egészséges nők esetében (7. számú táblázat). A szociodemográfiai változók közül az iskolai végzettség a depressziós tünetegyüttes 16,4%-át, az életkor pedig további 7,1%-át magyarázza (Nagelkerke  $R^2 = ,235$ ). A modell segítségével helyesen kategorizált esetek aránya 83,9% (nem depressziós: 96,9%, depressziós: 27,3%). Az iskolázottság minden egyes évvel való növekedése 35,4%-kal csökkenti, míg az életkor minden egyes évvel való növekedése 6%-kal növeli a depressziós tünetegyüttes kialakulásának valószínűségét. Az ízületi gyulladásos nőbetegek esetében kapott modell szintén szignifikáns volt a nullmodellhez képest ( $\chi^2(1) = 4,556$ ,  $p = ,033$ ), amely a szociodemográfiai tényezők közül csak az iskolai végzettséget foglalta magába. A helyesen kategorizált esetek aránya összességében 59,8% (nem depressziós: 31,8%; depressziós: 85,4%). Az iskolázottság a depresszió varianciájának 6,4%-át magyarázta (Nagelkerke  $R^2 = ,064$ ). Az iskolázottság egy évvel való növekedése az RA-s nőknél 16,2%-kal csökkenti a depresszió jelenlétének valószínűségét. A sclerodermás betegeknél a nullmodellhez viszonyítva szignifikáns modellre ( $\chi^2(1) = 5,520$ ,  $p = ,019$ ) vezetett az elemzés, amelyben prediktor változóként az életkor szerepelt. A modell által helyesen kategorizált esetek aránya 54,3% (nem depressziós: 68%; depressziós: 38,1%). Az életkor a depresszió varianciájának 7,8%-át magyarázta (Nagelkerke  $R^2 = ,078$ ). Az Exp(B) érték alapján az életkor minden egyes évvel való növekedése az egészségesekhez hasonló mértékben, 5%-kal növeli meg a depressziós tünetegyüttes fennállásának valószínűségét.

Magyarázóváltozó	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
							Alsó	Felső
<b>Egészséges kontroll</b>								
iskolai végzettség	-,437	,145	9,063	1	,003	,646	,486	,858
életkor	,058	,025	5,466	1	,019	1,060	1,009	1,113
<b>RA</b>								
iskolai végzettség	-,177	,086	4,271	1	,039	,838	,708	,991
<b>SSc</b>								
életkor	,048	,022	4,962	1	,026	1,050	1,006	1,095

7. táblázat Bináris logisztikus regressziós modell, a depresszió prediktorai

### 7.6.2.2. Temperamentum és karakter (RA-s betegek temperamentum- és karakterjellemzői; a szorongás és a depresszió magyarázóváltozói)

A vizsgálati adatok statisztikai elemzésének második részeként a Temperamentum és Karakter Kérdőívre vonatkozó adatokat vizsgáltuk. Az analízis során egyfelől a vizsgálati csoportok közti személyiségbeli különbségeket kívántuk feltárni, választ keresve egyúttal arra a kérdésre, hogy az esetleges különbségek a személyiség öröklött vagy tanult részét érintik-e inkább. Emellett azonosítani kívántuk vizsgálati csoportonként azokat a személyiségváltozókat, amelyek predikálják a rosszabb pszichoszociális alkalmazkodást és ezáltal rizikófaktoroknak tekinthetők.

Az elemzésekhez a HADS kérdőív két skálájának tételeire és a TCI kérdőív kérdéseire adott válaszokat használtuk fel. Az elemzésekbe bevont csoportok megegyeznek a szorongásra és depresszióra vonatkozó eredményeknél ismertetettekkel, jellemzőiket a 2. táblázat tartalmazza.

#### Rheumatoid arthritises nők temperamentum- és karakterjellemzői

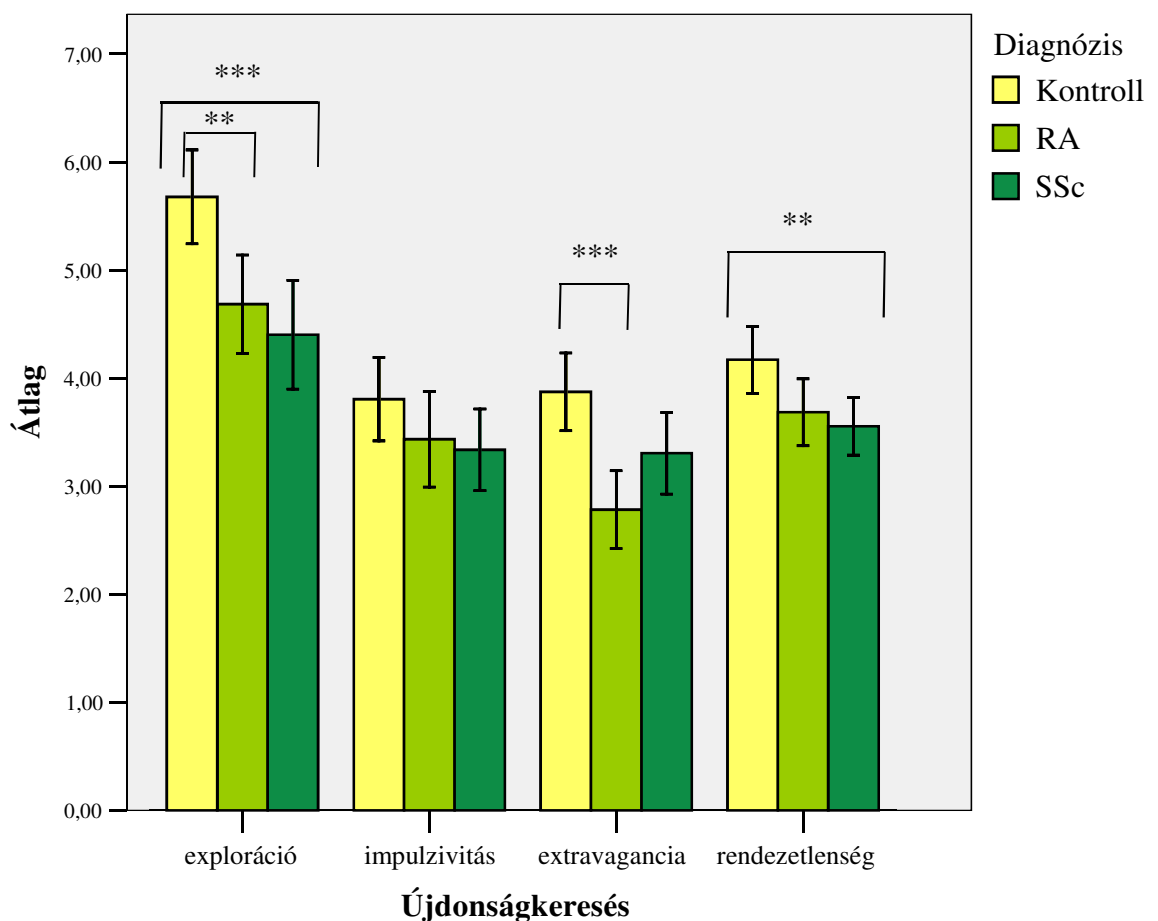
Az elemzés első lépéseként a TCI kérdőív skáláin (8. táblázat) és az ezekhez tartozó alskálákon mért átlagokat hasonlítottuk össze egyszempontos varianciaanalízis (ANOVA) segítségével. Az eredményeket skálánként ismertetjük.

TCI kérdőív skálái	Kontroll	RA	SSc	F	p
<b>Temperamentum</b>	M±SD 95% CI Min-Max	M±SD 95% CI Min-Max	M±SD 95% CI Min-Max		
Újdonságkeresés (NS)	17,53±5,08 16,60-18,45 6-30	14,59±4,66 13,62-15,55 7-30	14,60±4,35 13,70-15,50 6-27	<b>13,76</b>	<b>,000</b>
Ártalomkerülés (HA)	14,94±6,41 13,78-16,12 3-34	20,82±7,69 19,22-22,41 6-35	21,92±6,69 20,54-23,31 3-34	<b>31,65</b>	<b>,000</b>
Jutalomfüggőség (RD)	16,26±2,99 15,72-16,81 8-23	15,88±2,92 15,28-16,49 9-22	15,74±2,90 15,14-16,34 8-22	0,91	,405
Kitartás (P)	4,21±1,77 3,89-4,53 1-8	4,39±1,89 4,00-4,78 0-8	4,15±1,97 3,74-4,56 1-8	0,41	,662
<b>Karakter</b>					
Önirányítottság (SD)	33,31±5,28 32,35-34,28 17-44	30,75±6,09 29,49-32,01 15-42	32,16±5,16 31,09-33,23 18-43	<b>5,61</b>	<b>,004</b>
Együttműködés (C)	32,47±5,06 31,54-33,39 19-42	32,35±4,50 31,42-33,28 21-41	32,15±4,45 31,23-33,07 20-43	0,12	,891
Transzcendencia-élmény (ST)	15,57±6,93 14,30-16,83 3-30	14,72±7,15 13,24-16,20 2-31	13,63±5,20 12,55-14,71 3-26	2,28	,104

**8. táblázat A vizsgálati csoportok adatai a TCI kérdőív faktorai mentén**

A vizsgálati csoportok átlagpontszámában szignifikáns különbség mutatkozik az *Újdonságkeresés (NS)* faktorban,  $F(2, 299)=13,76$ ;  $p=,000$  parciális eta négyzet= ,084. A Bonferroni post hoc teszt eredménye szerint a kontroll csoporthoz viszonyítva mind az RA-s ( $p=,000$ ), mind az SSc-s nők ( $p=,000$ ) jelentősen alacsonyabb pontszámot értek el az Újdonságkeresésben. Az alfaktorok vizsgálata (3. ábra) során különbséget találtunk a csoportok közt az *explorációs ingerelhetőség (NS1)* ( $F(2, 299)=8,76$ ;  $p=,000$  parciális eta

négyzet= ,055) alfaktorban, mivel az RA-s (p= ,008) és az SSc-s betegek (p= ,000) egyaránt alacsonyabb pontszámot értek el az egészségesekhez képest. Szignifikáns különbség jelentkezett az *extravagancia* (NS3) alskálán is (F(2, 299)=8,98; p= ,000 parciális eta négyzet= ,057), amelyen az RA-s nőknek volt jelentősen alacsonyabb (p= ,000) pontszámuk az egészségesekhez képest (SSc-s nők tendencia szintű (p= ,086) különbséget mutattak az egészségesekhez viszonyítva). A *rendezetlenség* (NS4) alfaktorban szintén szignifikánsan (F(2, 299)= 4,86; p= ,008 parciális eta négyzet= ,031) különböznek a csoportok, mégpedig az SSc-s betegek értek el jelentősen alacsonyabb (p= ,010) pontszámot a kontroll csoporthoz képest (RA-s betegek tendencia szinten különböztek (p= ,085) az egészségesektől). Nincs szignifikáns különbség a csoportok közt az impulzivitás (NS2) vonatkozásában.

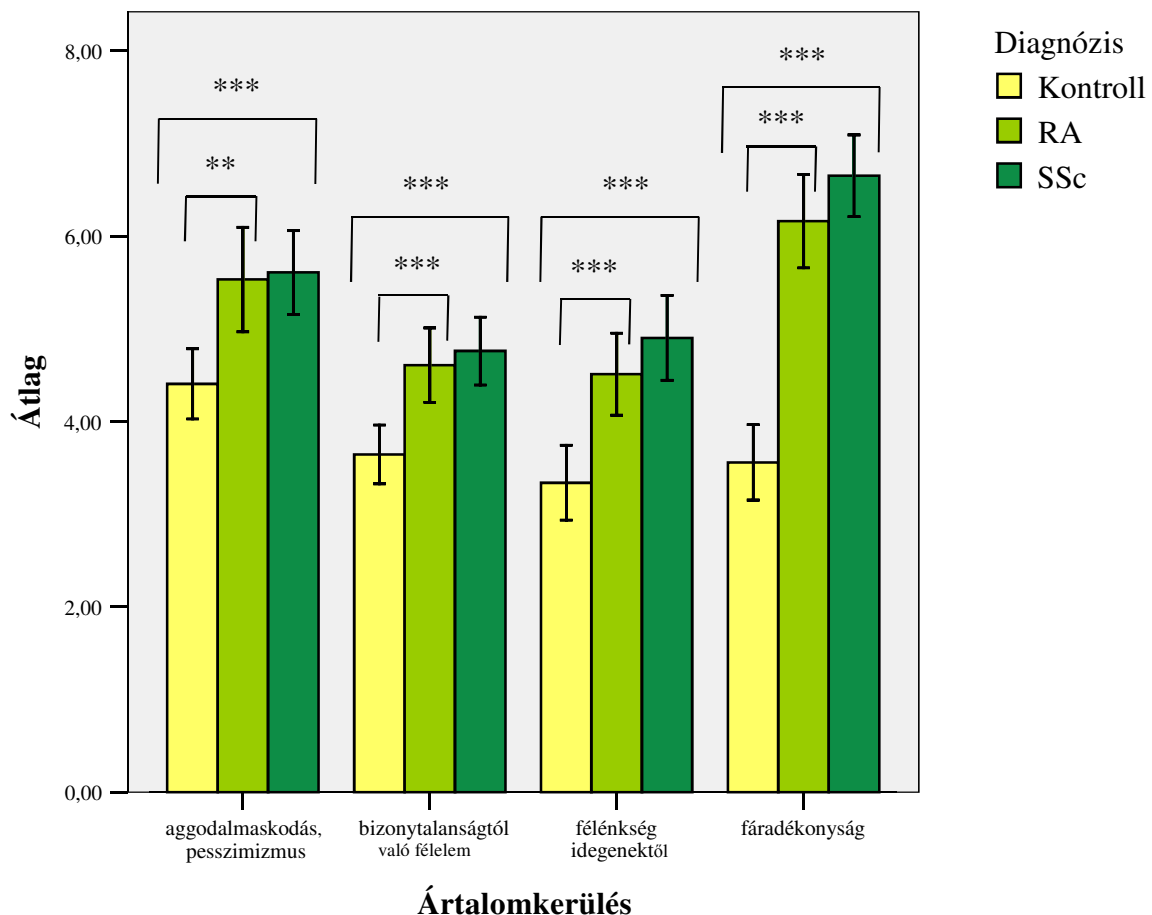


**3. ábra A vizsgálati csoportok átlagpontszámai az Újdonságkeresés alfaktoraiban**

\*\*= p ≤ 0,01; \*\*\*=p < 0,001; az error bar az átlag 95%-os konfidencia intervallumát mutatja

Az *Ártalomkerülés* dimenziójában is szignifikáns különbséget találtunk a csoportok között, F(2, 299)=31,65 p= ,000 parciális eta négyzet= ,175. A Bonferroni post hoc teszt eredménye alapján az RA-s (p= ,000) és az SSc-s betegek (p= ,000) is jelentősen magasabb pontszámot értek el a faktorban az egészséges személyekhez viszonyítva. Az alfaktorok vizsgálata (4. ábra) során különbséget mutatnak a csoportok az *aggodalmaskodás*,

*pesszimizmus (HA1)* ( $F(2, 299)= 9,04$ ;  $p= ,000$  parciális eta négyzet=  $,057$ ) vonatkozásában, melyen mindkét betegcsoport szignifikánsan ( $p= ,004$  és  $,000$ ) magasabb pontszámot ért el a kontrollcsoporthoz képest. Jelentős eltérés detektálható a vizsgálati csoportjaink között a *bizonytalanságtól való félelem (HA2)* alfaktorában ( $F(2, 299)= 12,05$ ;  $p= ,000$  parciális eta négyzet=  $,075$ ), mely az ízületi ( $p= ,000$ ) és a sclerodermás betegekre ( $p= ,000$ ) egyaránt szignifikánsan nagyobb mértékben jellemző a kontroll csoporthoz viszonyítva. A *félénkség az idegenekkel szemben (HA3)* alskálán ismételt szignifikáns különbség detektálható a csoportok közt ( $F(2, 299)= 14,70$ ;  $p= ,000$  parciális eta négyzet=  $,089$ ), mivel mindkét betegcsoport jelentősen nagyobb ( $p= ,000$ ) mértékű félénkségről számolt be. A *fáradékonyságot (HA4)* illetően is szignifikáns különbséget mutatott a 3 csoport ( $F(2, 299)= 57,90$ ;  $p= ,000$  parciális eta négyzet=  $,279$ ), amelyen mind az RA-s ( $p= ,000$ ), mind a sclerodermás betegek ( $p= ,000$ ) szignifikánsan magasabb pontszámot értek el.

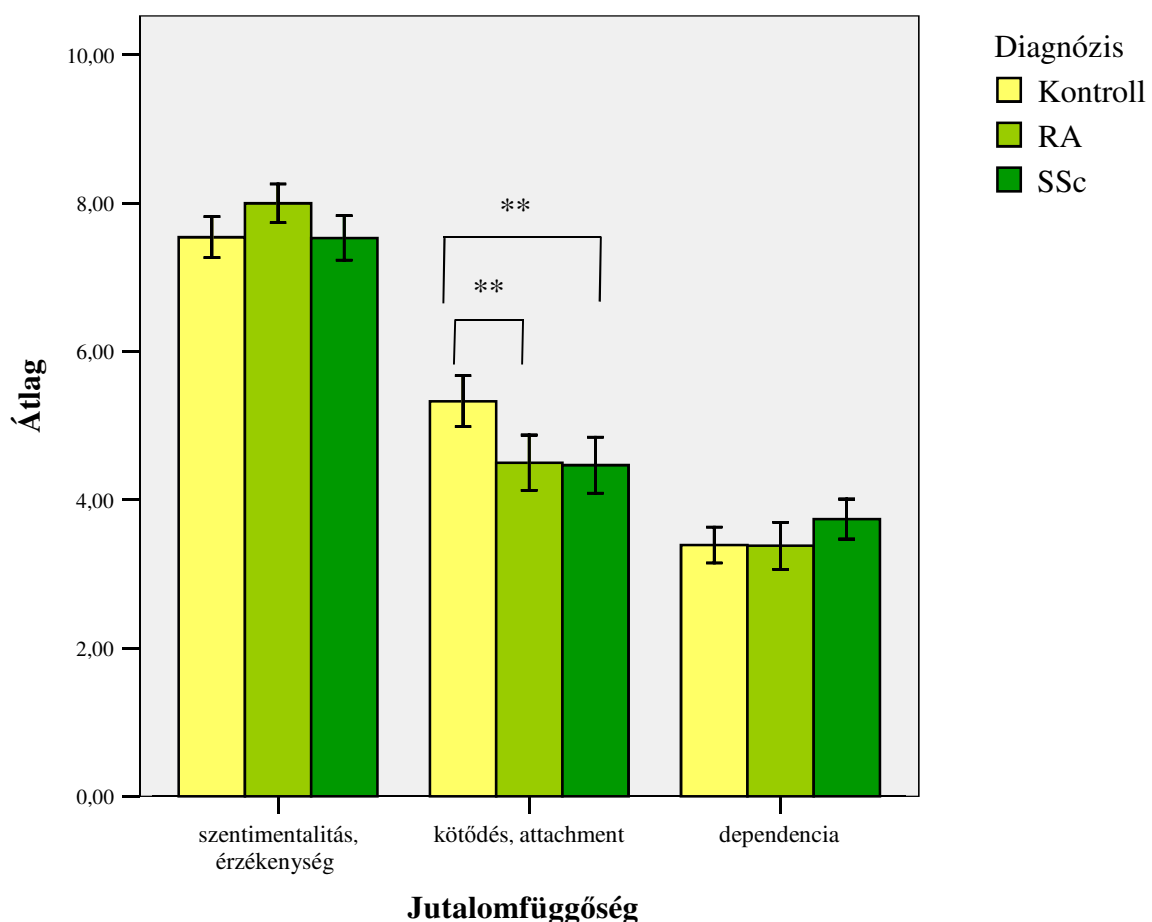


**4. ábra A vizsgálati csoportok átlagpontszámai az Ártalomkerülés alskálán**

\*\*=  $p < 0,01$ ; \*\*\*= $p < 0,001$ ; az error bar az átlag 95%-os konfidencia intervallumát mutatja

A Jutalomfüggőség faktorban az előző temperamentum-jellemzőktől eltérően nem mutatható ki eltérés a vizsgálati csoportok átlagpontszámaiban,  $F(2, 299)=0,91$ ;  $p=,405$ . Az

alskálák (5. ábra) vonatkozásában azonban jelentősebb csoportközi különbségekről is számot lehet adni. Az *érzékenység* (szentimentalitás) (RD1) mentén szignifikáns ( $F(2, 299)=3,39$ ;  $p=,035$  parciális eta négyzet= ,022) eltérés adódott, az ízületi betegeknek a másik két csoporthoz viszonyított magasabb pontszáma miatt. A *kötődés* (RD3) alskála vonatkozásában viszont a csoportok közti szignifikáns különbség ( $F(2,299)= 7,62$ ;  $p= ,001$  parciális eta négyzet= ,049) oka, hogy mindkét betegcsoport jelentősen alacsonyabb ( $p= ,003$  és  $,004$ ) pontszámmal volt jellemezhető ezen az alskálán a kontroll csoporthoz képest. A *dependencia* (mások elismerésétől való függőség) (RD4) alskálán mért átlagpontszámok nem különböztek egymástól ( $F(2, 299)= 2,09$ ;  $p= ,125$ ).



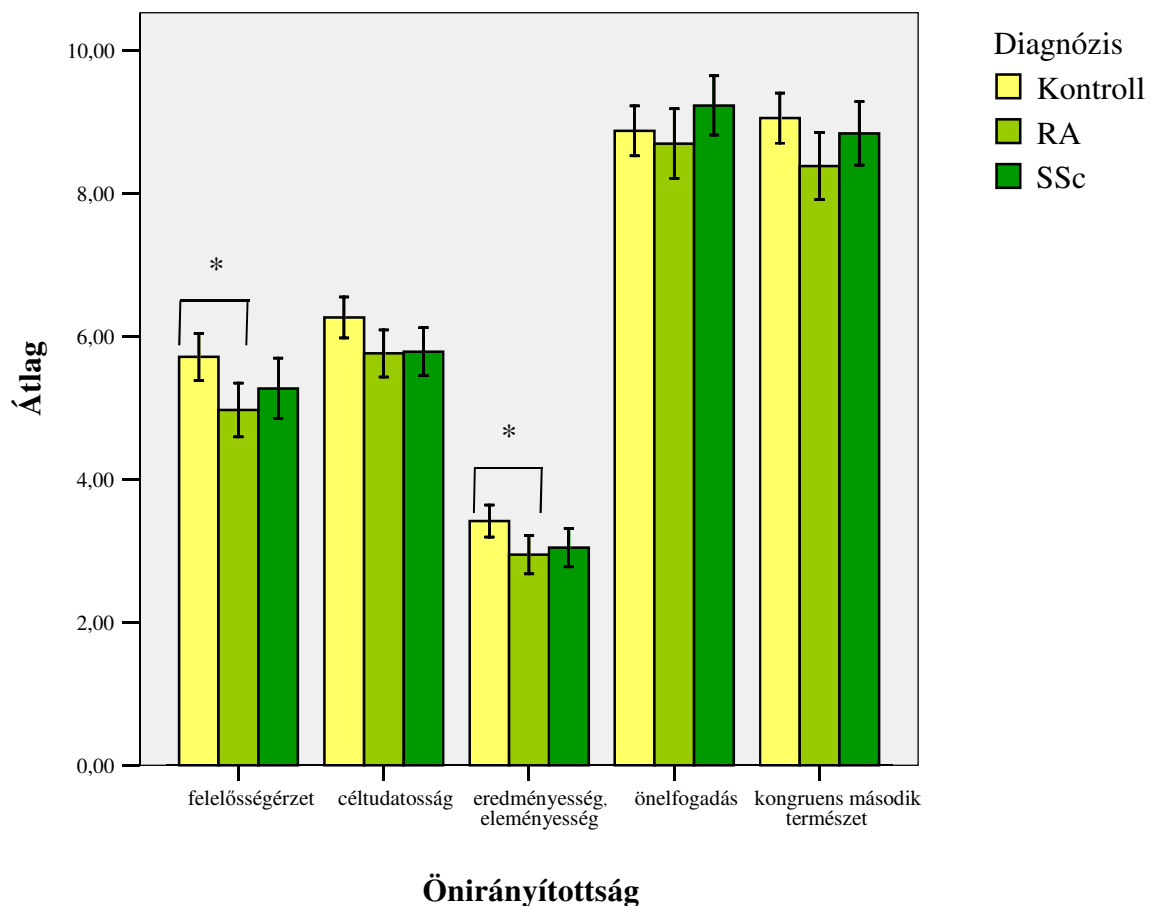
**5. ábra A vizsgálati csoportok átlagpontszámái a Jutalomfüggőség alfaktorai mentén**

\*\*=  $p<0,01$ ; \*=  $p<0,05$  az error bar az átlag 95%-os konfidencia intervallumát mutatja

A negyedik temperamentum-faktor, a Kitartás vonatkozásában szintén nincs különbség a csoportok átlagértékei közt,  $F(2, 299)=0,413$   $p=,662$ .

A karakterfaktorok közül az *Önirányítottság* dimenziójában szignifikáns különbséget mutattunk ki a vizsgálati csoportok közt,  $F(2, 299)=5,61$   $p= ,004$  parciális eta négyzet= ,036. A Bonferroni post hoc teszt szerint a RA-s betegek különböznek ( $p= ,003$ ) az önirányítottság mentén az egészségesektől. A *felelősségérzet* (SD1) alskálán szignifikáns különbséget

detektáltunk ( $F(2, 299)=4,18$ ;  $p=,016$  parciális eta négyzet= $,027$ ), az alskálán az RA-s nők jelentősen alacsonyabb ( $p=,014$ ) felelősségérzetről számoltak be az egészséges csoporthoz képest (6. ábra). A *céltudatosság* (SD2) alfaktor esetében szintén szignifikáns különbséget jelzett az elemzés ( $F(2, 299)=3,43$ ;  $p=,034$  parciális eta négyzet= $,022$ ), mégpedig az ízületi betegeknek ( $p=,072$ ) és az SSc-s betegeknek ( $p=,093$ ) az egészségesekhez viszonyított valamelyest alacsonyabb pontszáma miatt. Az *eredményesség, leleményesség* (SD3) vonatkozásában is szignifikáns csoportok közti eltérést kaptunk eredményül ( $F(2, 299)=4,06$ ;  $p=,018$  parciális eta négyzet= $,026$ ), melyben szintén az RA-s csoport szerzett szignifikánsan alacsonyabb ( $p=,025$ ) pontszámot a kontroll csoporttal összevetve. Az *önelfogadás* (SD4) mértékében nem találtunk különbséget ( $F(2, 299)=1,58$ ;  $p=,208$ ) a csoportok közt, és az utolsó alskálán is, amely a kongruens második természetre (SD5) vonatkozik, csak tendencia szintű különbség volt kimutatható ( $F(2, 299)=2,68$ ;  $p=,070$ ).

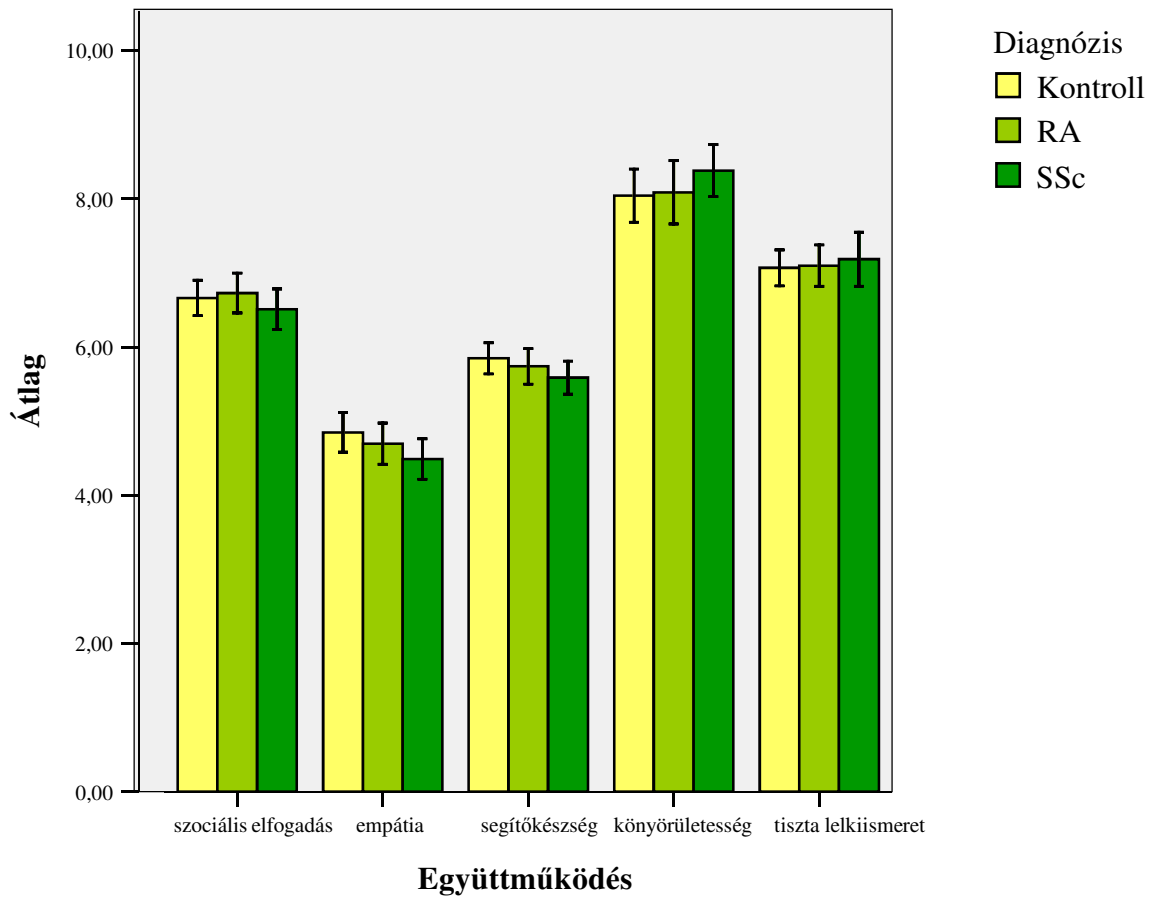


**6. ábra A vizsgálati csoportok átlagpontszámái az Önirányítottság alfaktorain**

\*=  $p < 0,05$ ; az error bar az átlag 95%-os konfidencia intervallumát mutatja

A második karakterfaktor, az Együttműködés vonatkozásában nem mutatkozott a csoportok között szignifikáns különbség,  $F(2, 299)=0,12$   $p=,891$ . Az alfaktorokon mért

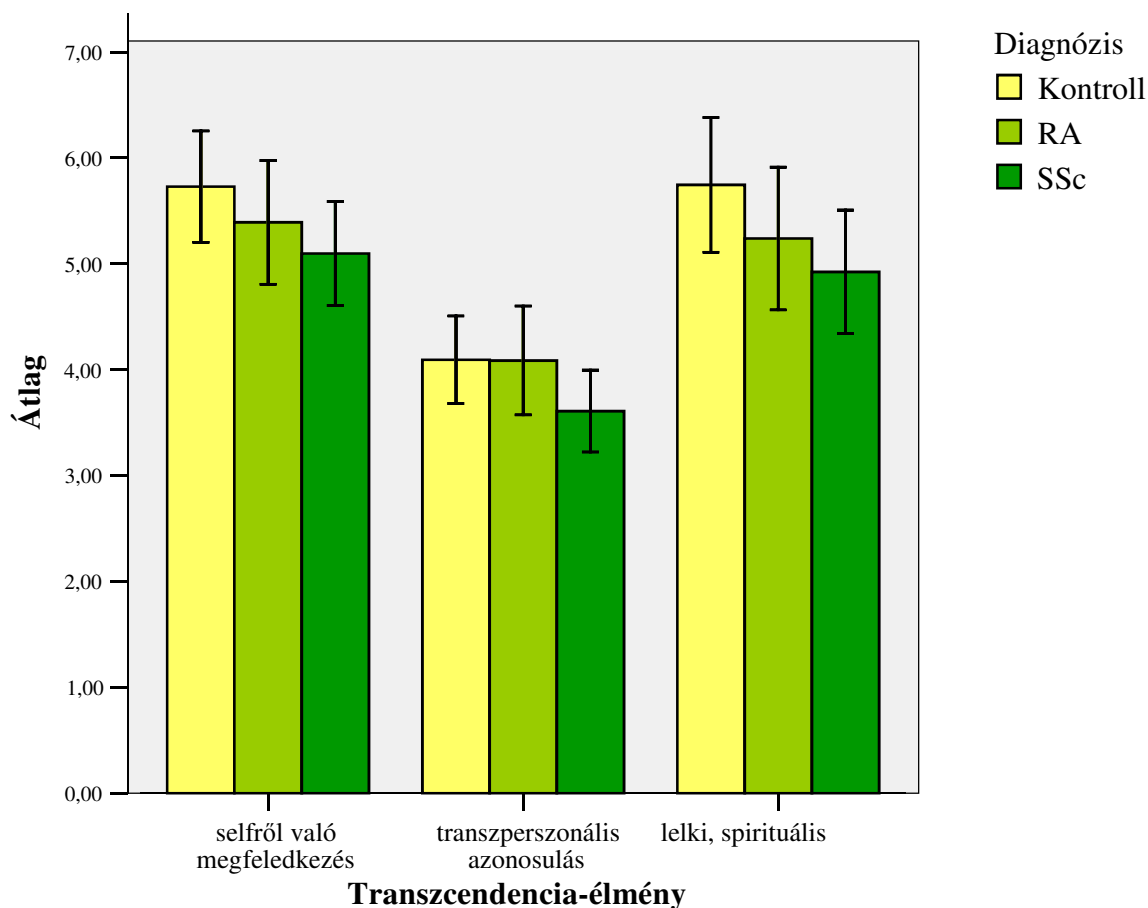
pontszámokat (7. ábra) illetően szintén nem találtunk szignifikáns különbséget az egészséges és az autoimmun betegcsoportok közt.



**7. ábra** A vizsgálati csoportok átlagpontszámái az Együtműködés alfaktoraiban az error bar az átlag 95%-os konfidencia intervallumát mutatja

A harmadik karakterfaktor, a *Transzcendencia-élmény* faktorának átlagpontszámait illetően sem mutatkozott szignifikáns különbség a csoportok közt,  $F(2, 299)=2,28$   $p=,104$ . Az alfaktorokon elért pontszámok (8. ábra) vizsgálatakor szintén nem találtunk eltérést a csoportok között.





8. ábra A vizsgálati csoportok átlagpontszámai a Transzcendencia-élmény alfaktorain az error bar az átlag 95%-os konfidencia intervallumát mutatja

A fenti eredmények pontosabb értelmezése érdekében a vizsgálati csoportok által elért pontszámokat T-értékekké transzformáltuk a kérdőív magyar standardizálásába bevont normatív minta adatai alapján. A T-értékek értelmezését Rózsa és munkatársai (2005) ajánlása szerint végeztük a következőképpen: 30T-40T között jelentősen átlag alatti, 40T-45T enyhén átlag alatti, 45T-55T átlagos, 55T-60T enyhén átlag feletti és 60T-70T jelentősen átlag feletti (2. melléklet).

Ahogy az a táblázatból is látszik, az RA-s és SSc-s nők a faktorok többsége – különösen a karakterfaktorok – mentén átlagos vagy attól csak enyhén eltérő pontszámmal jellemezhetőek, vagyis a csoport-profilok nagyjából átlagos lefutásúak. Ebből kifolyólag, következő lépésként mintázatokra, a személyiségváltozók sajátos együttjárására és ezek csoportokon belüli előfordulási gyakoriságára próbáltunk fényt deríteni. Minderre jó lehetőséget ad a temperamentum- és karakterfaktorok konstellációjából létrehozott temperamentum- és karaktertípusok vizsgálata. A 9. táblázat foglalja össze az Újdonságkeresés (NS), Ártalomkerülés (HA) és Jutalomfüggőség (RD) pontszámainak

konstellációjából létrehozott temperamentum-típusok megoszlását a három csoportban. A csoportok között a temperamentum-típusok megoszlásában mutatkozó különbséget  $\chi^2$ -próbával vizsgáltuk.

T E M P E R A M E N T U M  T Í P U S O K		<b>Kontroll</b>	<b>RA</b>	<b>SSc</b>	<b>Összesen</b>
		fő (%)	fő (%)	fő (%)	fő (%)
	<b>Antiszociális</b>	4 (3,4%)	1 (1,1%)	2 (2,2%)	7 (2,3%)
	<b>Hisztrionikus</b>	10 (8,5%)	0 (0%)	1 (1,1%)	11 (3,6%)
	<b>Passzív- agresszív</b>	6 (5,1%)	2 (2,2%)	1 (1,1%)	9 (3%)
	<b>Borderline</b>	1 (0,8%)	4 (4,3%)	0 (0%)	5 (1,7%)
	<b>Obszesszív- kompulzív</b>	<b>21 (17,8%)</b>	<b>34 (37%)</b>	<b>44 (47,8%)</b>	99 (32,8%)
	<b>Szkizoid</b>	28 (23,7%)	12 (13%)	11 (12%)	51 (16,9%)
	<b>Ciklotímia</b>	<b>32 (27,1%)</b>	14 (15,2%)	<b>9 (9,8%)</b>	55 (18,2%)
	<b>Passzív-dependens</b>	16 (13,6%)	25 (27,2%)	24 (26,1%)	65 (21,5%)
	<b>Összesen</b>	118	92	92	302

9. táblázat A temperamentum-típusok előfordulási gyakorisága a vizsgálati csoportokban

A kontingencia-táblázat szerint a különböző temperamentum-típusok előfordulási gyakorisága meglehetősen egyenlőtlen az egyes csoportokban: a hisztrionikus, az antiszociális, a passzív-agresszív és a borderline típusok ritkák mindhárom csoportban. Mivel ilyen csekély elemszám tartozik hozzájuk, így ezeket összevontuk egy csoporttá, és a függetlenség-vizsgálatot csak 5 típusra (a fennmaradó másik 4 típusra és erre a vegyes típusú csoportra) végeztük el. A temperamentum-típusok megoszlásában szignifikáns különbséget találtunk ( $\chi^2(8)=45,177$ ;  $p=,000$ ), a próba erőssége közepesnek mondható (kont. koeff.= 0,361,  $p=,000$ ; Cramer V= 0,273,  $p=,000$ ). A standardizált reziduálisok figyelembe vételével megállapítható volt, hogy a próba szignifikanciájához leginkább az járult hozzá, hogy az RA-s és SSc-s betegcsoportokban egyaránt gyakrabban fordul elő az obszesszív-kompulzív temperamentum-típus (a próbát párosával is elvégeztük), ugyanakkor a kontroll csoport tagjai közül többen tartoznak a ciklotím (megfontolt, megbízható temperamentum) és a vegyes kategóriákba. A kontroll csoport 17,8 %-a (N=21) obszesszív-kompulzív, míg a RA-s betegek közt ez a típus 37%-ban (N=34), a sclerodermás betegek közt pedig 47,8%-ban (N=44) fordul elő. Az egészségeseknek 27,1%-a (N=32) ciklotím temperamentum-típusú, az ízületi betegek közt viszont csak 15,2%-ban (N=14), míg a SSc-s betegeknél 9,8%-ban (N=9) fordul elő ez a típus. A gyakorisági adatok alapján összességében megállapítható, hogy az obszesszív-kompulzív és passzív-agresszív temperamentum-típusokba tartozik a betegcsoportok 64-74%-

a és a fennmaradó 26-36% oszlik meg a további hat temperamentum-típus közt. Ez egyben azt is jelenti, hogy a betegcsoportok nagyon hasonló karakterisztikájúak a temperamentum-típusok megoszlása szempontjából, melyet a statisztikai elemzés is megerősített ( $\chi^2(4)=3,251$ ;  $p=,517$ ).

Az Önirányítottság (SD), az Együttműködés (C) és a Transzcendencia-élmény (ST) pontszámai alapján képzett karaktertípusok gyakoriságát a különböző vizsgálati csoportokban a 10. számú táblázat tartalmazza. A temperamentum-típusokkal ellentétben, jóval egyenletesebb a különböző karakter-típusok eloszlása, jóllehet a khi-négyzet próba így is szignifikáns különbséget jelzett ( $\chi^2(14)= 25,29$ ;  $p= ,032$ ), azonban a próba erőssége gyengének mondható (kont. koeff.= ,278  $p= ,032$ ; Cramer V= ,205  $p= ,032$ ). Összességében a három csoportban a leggyakoribb a rendezett típus (kontroll: 34,7%, RA: 29,3%, SSc: 29,3%), majd ezt követi a kreatív karakter (kontroll: 22,9%, RA: 16,3%, SSc 15,2%). Az egészséges és az RA-s betegek viszonylatában mindössze tendencia szintű különbséget találtunk a típusok megoszlásában ( $\chi^2(7)=12,514$ ;  $p= ,085$ ), amelyhez leginkább az járul hozzá, hogy az RA-s betegek közt valamelyest több a ciklotímiás karakterű nő. Ehhez hasonlóan, az egészségesek és az SSc-s betegek között is csak tendencia szintű különbséget találtunk a karakterfaktorok gyakoriságában ( $\chi^2(7)=12,541$ ;  $p= ,084$ ), melyhez legnagyobb mértékben az járul hozzá, hogy a sclerodermás nők közt valamelyest gyakrabban fordul elő a melankólikus karakter. A két betegcsoport nem különbözik egymástól a karaktertípusok megoszlási gyakoriságában sem;  $\chi^2(7)=11,162$ ;  $p= ,132$ .

K A R A K T E R T Í P U S		Kontroll	RA	SSc	Összesen
		fő (%)	fő (%)	fő (%)	fő (%)
	Autoriter	13 (11%)	6 (6,5%)	18 (19,6%)	37 (12,3%)
	Paranoid	13 (11%)	6 (6,5%)	4 (4,3%)	23 (7,6%)
	Kreatív	27 (22,9%)	15 (16,3%)	14 (15,2%)	56 (18,5%)
	Rendezett	41 (34,7%)	27 (29,3%)	27 (29,3%)	95 (31,5%)
	Ingerlékeny	3 (2,5%)	7 (7,6%)	5 (5,4%)	15 (5%)
	Melankólikus	7 (5,9%)	9 (9,8%)	<b>13 (14,1%)</b>	29 (9,6%)
	Skizotípiás	8 (6,8%)	10 (10,9%)	5 (5,4%)	23 (7,6%)
Ciklotímiás	6 (5,1%)	<b>12 (13%)</b>	6 (6,5%)	24 (7,9%)	
Összesen	118	92	92	302	

10. táblázat Karaktertípusok gyakorisága a vizsgálati csoportokban

Az Önirányítottság (SD) és az Együtműködés (C) kombinációjából képzett mutató a karakter érettségéről ad számot. Az érett, félérett és éretlen karakter előfordulási gyakorisága (11. táblázat) szintén eltér a három vizsgálati csoportban,  $\chi^2(6)=14,658$ ;  $p=,023$  (kont. koeff.= ,215  $p=,023$ ; Cramer V= ,156  $p=,023$ ), jóllehet a próba erőssége gyengének mondható. A próba szignifikanciáját az okozza, hogy az RA-s betegek között jelentősen több olyan nő van – az egészségesekhez viszonyítva –, akiknél a félérett karakter az alacsony mértékű Önirányítottság és a magas szintű Együtműködés kombinációjából áll elő (ezt az eredményt megerősítette a két csoportban, egészséges és RA-s nők körében a karakter érettségének megoszlását ellenőrző elemzés is;  $\chi^2(3)=12,315$ ;  $p=,006$ ; kont. koeff.= ,235 és Cramer V= ,242  $p=,006$ ). Az érett, félérett és éretlen karakter hasonló arányban oszlik meg a két betegcsoportban,  $\chi^2(3)= 5,114$ ;  $p=,164$ , valamint az egészséges nők csoportjában tapasztalható gyakorisági adatokhoz hasonlóak az SSc-s nők csoportjában megfigyeltek is,  $\chi^2(3)= 4,342$ ;  $p=,227$ . Kiemelendő továbbá, hogy mindhárom csoportban az érett karakter fordul elő legnagyobb arányban (kontroll: 57,6%, RA: 45,7%, SSc: 44,6%).

K A R A K T E R  É R E T T S É G E		Kontroll	RA	SSc	Összesen
		fő (%)	fő (%)	fő (%)	fő (%)
	Érett (SD és C > 50)	68 (57,6%)	42 (45,7%)	41 (44,6%)	151 (50%)
	Félérett (SD > 50 és C ≤ 50)	26 (22%)	12 (13%)	22 (23,9%)	60 (19,9%)
	Félérett (SD ≤ 50 és C > 50)	9 (7,6%)	19 (20,7%)	11 (12%)	39 (12,9%)
	Éretlen (SD és C ≤ 50)	15 (12,7%)	19 (20,7%)	18 (19,6%)	52 (17,2%)
Összesen	118	92	92	302	

11. táblázat A karakter érettségére vonatkozó típusok előfordulási gyakorisága a vizsgálati csoportokban

#### Temperamentum- és karakterjellemzők a szorongás és depresszió tükrében

Miután feltártuk az RA-s betegek TCI személyiségprofilját és a csoporton belüli temperamentum- és karaktermintázatok gyakoriságát, arra a kérdésre kerestük a választ, hogy a cloninger-i személyiségmodell összetevői hogyan függnek össze az aktuális szorongásos és depresszív állapottal. A fizikailag egészségesekre vonatkozó korábbi vizsgálati eredmények

alapján feltételeztük, hogy az Ártalomkerülés pozitív, míg az Önirányítottság negatív összefüggést mutat (pl. Celikel és mtsai, 2009; Cloninger és mtsai, 2012; Josefsson és mtsai, 2011) a depresszív tünetegyüttessel és a szorongásos állapottal minden vizsgálati csoportban. Kevésbé ismert ugyanakkor ezen pszichopatológiai állapotok és a temperamentum- és karakter alskálák kapcsolata, így az elemzéseket kiterjesztettük ezekre a változókra is.

Annak kiderítése érdekében, hogy a TCI kérdőívvel mért temperamentum- és karakterfaktorok mely összetevői vannak kapcsolatban a HADS kérdőívben beszámolt szorongásos és depresszív tünetekkel, Pearson-féle korrelációelemzést végeztünk csoportonként. Az elemzések eredményét a 3. melléklet táblázata tartalmazza (a táblázatban csak a szignifikáns ( $p < ,05$ ) korrelációkat tüntettük fel). Feltevésünknek megfelelően az Ártalomkerülés faktor pozitív összefüggést mutat a szorongással és a depresszióval egyaránt mindhárom vizsgálati csoportban. Ugyanakkor az összefüggés gyengébb a Félelem az idegenektől (HA3) esetében a többi alfaktorról összehasonlítva. Másfelől, a HA skála és az alskálák erősebb összefüggést mutatnak a szorongással és a depresszióval betegcsoportok – különösen az RA-s betegek – esetében, mint az egészséges csoportban. Az Önirányítottság faktor és a szorongás, illetve depresszió közti negatív kapcsolat is általánosnak mutatkozott és megjelent mindhárom csoportban. Az alskálák közül azonban csak az első három alskála találtunk szignifikáns összefüggést a vizsgált pszichopatológiákkal mindhárom csoportban. A Személyes tulajdonságok belátása (SD5) csak a betegcsoportok esetében mutatott kapcsolatot - és az előbbi relációkhoz képest gyengébbet - a szorongással és a depresszióval, míg az Önel fogadás (SD4) csak a sclerodermás nőknél volt gyenge, és érdekes módon pozitív kapcsolatban a depresszióval, valamint gyenge negatív kapcsolatban a szorongással az egészséges nők esetében. Kiemelendő még az Együttműködés (C) faktor és alskálái, amelyek szintén gyenge negatív kapcsolatban álltak a szorongással és a depresszióval, ám ezek az összefüggések inkább az egészséges és az RA-s nők csoportjaiban jelentek meg, a sclerodermás betegeknél az Együttműködésnek mindössze két alskálája (az Empátia és a Segítő készség) mutatott gyenge összefüggést a depresszióval. Érdekes továbbá, hogy a Kötődés (RD2) csak a betegcsoportok esetében állt gyenge negatív kapcsolatban a depresszióval. Ugyanígy, inkább a depresszióval volt gyenge negatív összefüggésben a Felfedezés izgalma (NS1) alskála, azonban a kapcsolat mindhárom csoportban megjelent. Az Újdonságkeresés (NS) másik két alskálája, az Extravagancia (NS3) és az Impulzivitás (NS2) azonban csak az RA-s nők esetében korrelált a depresszióval, ráadásul a kapcsolatok iránya ellentétes volt.

Többszörös lineáris regresszióanalízis (stepwise módszer) segítségével vizsgáltuk, hogy mely temperamentum- és karakterfaktorok predikálják a szorongásos és depressziós állapot kialakulását az egyes csoportokban. Az elemzésekbe azokat a változókat vontuk be kovariánsként, amelyek a fenti elemzések szerint szignifikáns összefüggést mutattak a HADS szorongás vagy depresszió skálájával (az elemzések előtt ellenőriztük a multikollinearitást). A függő változók a HADS szorongás és depresszió skáláinak pontszámai voltak.

A HADS szorongás pontszámainak magyarázóváltozói (12. táblázat) az egészségesek esetében az Anticipátoros aggodás (HA1) és Felelősség (SD1);  $F(2, 115) = 31,321$   $p = ,000$ . Az Anticipátoros aggodás (HA1) közepesen erős pozitív kapcsolatot mutat a szorongással és a szorongás varianciájának 26,4%-át magyarázza. A Felelősségérzet (SD1) a szorongás varianciájának további 8,9%-át magyarázza, ám a szorongással inkább gyenge negatív kapcsolatot mutat. Az RA-s betegek csoportjában a szorongás szignifikáns magyarázóváltozóinak ( $F(3, 88) = 30,37$ ;  $p = ,000$ ) bizonyult az Anticipátoros aggodás (HA1), a Lelkiismeretesség (C5) és a Bizonytalanságtól való félelem (HA2). A szorongással ebben az esetben is az Anticipátoros aggodás (HA1) függ össze legerősebben, amely a szorongás varianciájának 43,4%-át magyarázza. A szorongás varianciájának további 4,2%-át magyarázza a Lelkiismeretesség (C5), amely gyenge negatív kapcsolatban áll a szorongással. Az elemzés harmadik változóként választotta be a modellbe a Bizonytalanságtól való félelmet (HA2), amely gyenge pozitív kapcsolatban van a szorongással, és annak további 3,3%-át magyarázza. A sclerodermás betegek esetében a szorongást magyarázó modell ( $F(2, 89) = 22,12$   $p = ,000$ ) legerősebb prediktor változója a Bizonytalanságtól való félelem (HA2), amely a szorongással inkább gyengének mondható pozitív kapcsolatban áll és a szorongás varianciájának 26,1%-át magyarázza. A modellbe másodikként bekerült változó az Anticipátoros aggodás (HA1), amely a modell magyarázó erejét további 7,1%-kal növeli meg és szintén gyenge pozitív kapcsolatot mutat a szorongásos tünetek mennyiségével – összességében azonban a két temperamentum-jellemzőt magában foglaló modell a szorongás varianciájának kisebb hányadát (31,7%) magyarázza, mint az RA-s nők csoportjában kialakított modell (49,2%).

Magyarázóváltozó		R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>	ΔF	Δp	Standard-dizált β	t	p
<b>Egészséges kontroll</b>									
Anticipátoros aggodás (HA1)		,264	,258	,264	41,60	,000	,427	5,46	,000
Felelősségérzet (SD1)		,353	,341	,089	15,75	,000	-,310	-3,97	,000
<b>RA</b>									
Anticipátoros aggodás (HA1)		,434	,428	,434	68,99	,000	,449	4,41	,000
Lelkiismeretesség (C5)		,476	,464	,042	7,16	,009	-,222	-2,89	,005
Bizonytalanságtól való félelem (HA2)		,509	,492	,033	5,83	,018	,241	2,42	,018
<b>SSc</b>									
Bizonytalanságtól való félelem (HA2)		,261	,253	,261	31,86	,000	,346	3,40	,001
Anticipátoros aggodás (HA1)		,332	,317	,071	9,41	,003	,313	3,07	,003

#### 12. táblázat A HADS Szorongás magyarázóváltozói a vizsgálati csoportokban

A depressziós tünetek mennyiségét leginkább predikáló változókat szintén többszörös lineáris regresszió-elemzéssel (stepwise módszer) vizsgáltuk (13. táblázat). Az egészséges nők csoportjában előállt modell ( $F(4, 113) = 22,59; p = ,000$ ) négy személyiségváltozót foglal magába. A depresszió legerősebb magyarázótenyezője a Kifáradás és aszténia (HA4), amely a depresszióval gyenge pozitív kapcsolatban áll és varianciájának 26,4%-át magyarázza. A Felelősségérzet (SD1) fordított kapcsolatot mutat a depresszióval és varianciájából további 8,7%-ot magyaráz. A modell magyarázó erejét tovább növeli 5,3%-kal az Anticipátoros aggodás, amely pozitív kapcsolatban áll a depresszióval, és 4%-kal az Empátia (C2), amely negatív viszonyban van a depresszióval. A négy változó együttesen a depressziós tünetek mennyiségének varianciájának 42,5%-át predikálja. Az ízületi gyulladási nőbetegek esetében öt változóból álló modell predikálja legjobban a depressziós tünetek mennyiségét ( $F(5, 86) = 19,46; p = ,000$ ). A modellben helyet kap a Kifáradás és aszténia (HA4), amely a depresszió varianciájának 31,7%-át magyarázza. Ennél jobb modellt kapunk a Céltudatosság (SD2) bevonásával, amely a kimeneti változó varianciájából további 11,6%-ot magyaráz. Az Újdonságkeresés faktor két alszállaja, az Impulzivitás (NS2) és az Extravagancia (NS3) további 3,6 és 3,9%-kal növelik a modell bejósoló erejét. Utolsóként léptette be az elemzés a Bizonytalanságtól való félelem (HA2) változót, amely még 2,2%-ot magyaráz a depressziós

tünetek mennyiségéből. A Kifáradás és aszténia (HA4), az Impulzivitás (NS2) és a Bizonytalanságtól való félelem (HA2) pozitív, míg az Extravagancia (NS3) és a Céltudatosság (SD2) negatív kapcsolatot mutat a depresszióval. A végső modell a depressziós tünetek varianciájának 53,1%-át predikálja.

Magyarázóváltozó	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>	ΔF	Δp	Standard- dizált β	t	p
<b>Egészséges kontroll</b>								
Kifáradás és aszténia (HA4)	,264	,258	,264	41,68	,000	,307	3,75	,000
Felelősségérzet (SD1)	,351	,340	,087	15,43	,000	-,212	-2,81	,006
Anticipátoros aggodás (HA1)	,404	,388	,053	10,05	,002	,254	3,07	,003
Empátia (C2)	,444	,425	,040	8,22	,005	-,209	-2,87	,005
<b>RA</b>								
Kifáradás és aszténia (HA4)	,317	,310	,317	41,80	,000	,285	2,81	,006
Céltudatosság (SD2)	,433	,421	,116	18,27	,009	-,267	-3,18	,002
Impulzivitás (NS2)	,470	,452	,036	6,05	,016	,247	3,13	,002
Extravagancia (NS3)	,509	,486	,039	6,83	,011	-,210	-2,72	,008
Bizonytalanságtól való félelem (HA2)	,531	,504	,022	4,10	,046	,205	2,03	,046
<b>SSc</b>								
Kifáradás és aszténia (HA4)	,302	,295	,302	39,01	,000	,435	5,00	,000
Céltudatosság (SD2)	,376	,362	,074	10,58	,002	-,276	-3,25	,002
Önelfogadás (SD4)	,408	,388	,032	4,72	,032	,183	2,17	,032

### 13. táblázat A HADS Depresszió magyarázóváltozói a vizsgálati csoportokban

A sclerodermás nők csoportjában a depressziós tüneteket magyarázó modell ( $F(3, 88) = 20,24$ ;  $p = ,000$ ) három személyiségjellemzőt foglal magába. A kimeneti változó varianciájából legtöbbet, 30,2%-ot ebben a csoportban is a Kifáradás és aszténia (HA4) temperamentum-jellemző magyarázza. A modellbe beválogatásra került még két karaktertényező, a Céltudatosság (SD2) és az Önelfogadás (SD4), amelyek a depresszió varianciájából további 7,4 és 3,2%-ot magyaráznak. Ezek közül a Kifáradás és aszténia (HA4) és az Önelfogadás (SD4) pozitív, míg a Céltudatosság (SD2) negatív kapcsolatban állnak a depressziós tünetek mennyiségével. A modell összességében a depressziós tünetek varianciájának – az RA-s betegekhez viszonyítva kisebb – 40,8%-át magyarázza.

## 7.7. Megvitatás



Vizsgálatunk keretében felmértük a szorongásos és depresszív tünetek mennyiségét az egészséges nőkből és az RA-s és SSc-s betegekből álló vizsgálati csoportokban. Feltevésünket, mely szerint mindkét betegcsoport jelentősen több tünetről számol be az egészséges kontroll csoporthoz képest mind a depresszió, mind a szorongás vonatkozásában, a statisztikai elemzések eredményei megerősítették.

Az eredményeket részletesebben áttekintve, elmondható a szorongásos tüneteknek a kontroll csoporthoz viszonyított nagyobb száma a két betegcsoportot egyformán jellemzi, egymással összehasonlítva viszont nem mutatnak különbséget. Ez egyfelől megfelel azon korábbi kutatások eredményeinek, amelyek azt bizonyították, hogy az RA-s betegek körében magas a szorongásos tünetek mennyisége (pl. Covic és mtsai, 2012; Söderlin és mtsai, 2000). Másrészt az eredmények arra engednek következtetni, hogy a szorongásos tünetek emelkedése nem RA-specifikus jelenség, hiszen a két autoimmun betegcsoport nem különbözött egymástól a szorongásos tüneteket illetően. Feltételezhető tehát, hogy betegcsoportjainknál a szorongás fokozódása a krónikus betegségek általános következményének tekinthető, ahogyan arra már számos vizsgálatban rámutattak (pl. Clarke és Currie, 2009). A csoportokat a szorongásos állapot súlyossága alapján felosztva összefüggés mutatkozott ezen állapotok gyakorisága és a diagnózis között. Az egészségesek 66,9%-a nem szorong, és klinikai szintű szorongással mindössze a 11,9%-uk jellemezhető. Ezzel szemben a sclerodermás csoportban a betegek 46,7%-a nem szorong, míg 26,1%-uknál gyanítható a szorongás diagnózisa. Még nagyobb az eltérés az RA-s betegek esetében, akiknek 44,6%-a nem szorong, viszont közel ennyi, 33,7% a valószínűsíthetően szorongók aránya a csoportban. Az ízületi gyulladással nők körében korábban feltárt prevalencia adatok sorába jól illeszkednek saját vizsgálati eredményeink, mivel a komorbiditás mértékét a korábbi kutatások 13-70% közöttinek becsülték. A kutatási eredmények közti nagy variabilitást főként módszertani okokkal magyarázzák, mivel az eltérő módszertant alkalmazó vizsgálatok egymástól jelentősen különböző eredményre jutottak. Az egyes skálák ugyanis a konstrukció különböző aspektusait mérik, és így más eredményre vezethetnek (Covic és mtsai, 2012). Hasonlóan nagy inkonzisztencia tapasztalható a szakirodalomban a szorongásos állapot és a szociodemográfiai tényezők kapcsolatát illetően. Saját vizsgálatunk az empirikus bizonyítékok azon csoportját erősíti, melyek nem találtak összefüggést a szorongás és az életkor, iskolázottság, valamint a családi állapot között. Eredményeink alapján úgy tűnik, hogy a szorongásos állapot kialakulását illetően nagyobb hatása van a krónikus betegség fennállásának, mint a szociodemográfiai változóknak.

A depressziós tünetek vonatkozásában a szorongás kapcsán megfogalmazottakhoz hasonló eredményre jutottunk. A HADS kérdőívvel mérve mindkét betegcsoportunk jelentősen több depresszív tünetről számolt be az egészségesekhez viszonyítva. A szorongásra vonatkozó eredményekhez hasonlóan, ez arra utalhat, hogy a depresszív tünetek feltehetően a krónikus betegségre és az ezzel együttjáró megterhelésekre adott reakciónak tekinthetőek. Ugyanis mindkét vizsgált kórkép jelentős dizabilitással, fájdalommal és fáradtsággal jár együtt, melyek napról-napra kihívások elé állítják a betegségekben érintetteket. Másrészt a betegségek gyakorta progresszív vagy kiszámíthatatlan lefolyása nagyfokú érzelmi distresszt okozhat. Mindezek számottevően megnövelhetik a depressziós tünetegyüttes kialakulásának valószínűségét. A csoportokat a depresszív állapot súlyossága alapján felosztva a szorongásnál bemutatotthoz hasonló eredményre jutottunk. Az egészségeseknél a csoport 81,4%-a tekinthető nem depressziósnak és mindössze 7,6%-uk tartozik a klinikai szinten depressziósok közé. A sclerodermás és az RA-s csoportokban a nem depressziósok aránya 54,3% és 47,8%. Míg a SSc-s betegek 16,3%-a tartozik a klinikai mértékben depressziósok közé, addig ez a RA-s vizsgálati személyeink 25%-ról mondható el. A depresszió előfordulási gyakoriságát értékelve megállapítható, hogy a mintánkban mutakozó arányok megfelelnek a korábbi vizsgálatok adatainak, melyek 15 és 60% közötti prevalenciáról számoltak be az ízületi gyulladás esetében (Peck és mtsai, 1989; Abdel-Nasser és mtsai, 1998). Jóllehet, a szakirodalomban megjelölt tartomány meglehetősen széles, illetve a jelen vizsgálat eredményei nagyobb gyakoriságot mutatnak néhány korábbi vizsgálaténál. Ennek okát a mintavételben látjuk, azaz abban, hogy a vizsgálati személyeink nagyjából kórházi fekvőbetegek voltak. Ez pedig azt valószínűsíti, hogy az állapotuk viszonylag súlyos, mivel az enyhe eseteket inkább járóbeteg ellátáson látják el. A súlyosabb szomatikus állapot, a nagyobb mértékű fizikai dizabilitás és fájdalom pedig összefügg a szorongásos és depresszív tünetek mennyiségével (pl. Covic és mtsai, 2006; Palkonyai és mtsai, 2007; Mella és mtsai, 2010; Nakajima és mtsai, 2006; Kojima és mtsai, 2009). Emellett maga a hospitalizáció is hozzájárulhat a pszichés distressz növekedéséhez. Említést érdemel mindazonáltal, hogy a HADS kérdőívvel szerzett adatok alapján a szorongásos állapotban érintettek aránya – minden csoportban – meghaladja a valószínűsíthetően depressziósok arányát. Saját kutatásunk eredményei tehát megerősítik azt a megfigyelést, hogy a szorongás – jóllehet, a szakirodalomban kevesebb figyelmet, kap, mint a depresszió – a gyakorlatban nagyobb jelentőségű lehet, abból a szempontból, hogy nagyobb komorbiditást mutat az RA-val, mint a depresszió (Van Dyke és mtsai, 2004; El-Miedany & Rasheed, 2002). A CES-D kérdőívvel nyert adatok elemzése az előbbivel megegyező eredményre vezetett a csoportok közti

különbséget illetően. Annyit azonban érdemes kiemelni, hogy ezen kérdőív alapján jelentősen magasabbnak mutatkozott a súlyos depressziósok aránya: az ízületi gyulladásos nőbetegek csoportjában kiemelkedően magas, 51,1%-nak, míg a sclerodermások közt 38%-nak, de még az egészségesek csoportjában is 15,3%-nak adódott a súlyosan depressziósok aránya. Ez megerősíti a korábbi vizsgálatokban már jelzett probléma valódiságát, vagyis azt, hogy a szomatikus tünetek fennállására utaló itemeket tartalmazó kérdőívek kevésbé alkalmazhatóak a krónikus betegek körében (Peck és mtsai, 1989; Abdel-Nasser és mtsai, 1998). Elképzelhető, hogy az egészségeseknél mért magas arány is a szomatikus tünetek fennállásával magyarázható, mivel a kontrollcsoportunk átlagéletkora alapján középkorúnak tekinthető, amely felveti annak lehetőségét, hogy ők is megtapasztalnak néhány hétköznapi fizikai tünetet, amelyek növelhetik a kérdőív szomatikus tünetekre kérdező tételeivel való egyetértést.

A fentebb említett módszertani problémával kapcsolatos feltevésünket a CES-D kérdőív skáláinak bevonásával végzett diszkriminancia analízissel ellenőriztük. Hipotézisünk részben igazolódott, mert az RA-s betegeket az egészségesektől leginkább diszkrimináló változónak a Szomatikus tünetek skála bizonyult. Feltevésünket indirekten alátámasztja az is, hogy az elemzés nem vezetett olyan modellre, amely a két betegcsoportot diszkriminálná, vagyis a CES-D 4 alskálja segítségével nem lehet elkülöníteni ezeket egymástól. A sclerodermás nők és az egészséges csoport vonatkozásában azonban nem várt eredményt kaptunk, mivel az analízis szerint a két csoportot leginkább a Pozitív affektusok különítik el, amelyeket kevésbé tapasztalnak meg az SSc-s nők. Jóllehet, az eredmény abból a szempontból érthető, hogy a krónikus betegség fennállása feltehetően nem csak a depresszív érzések gyakoribb megjelenéséhez járulhat hozzá, hanem az érzelmi élmények másik csoportjára, a pozitív érzelmi állapotok megélésére is hatással lehet (Strand és mtsai, 2006). A Szomatikus tünetek gyengébb diszkrimináló erejére magyarázat lehet, hogy a vizsgálati csoportunkba bekerült SSc-s nők talán tényleg nem szenvednek olyan sok fizikai tünettől, mert állapotuk nem olyan súlyos. Valószínűbb azonban, hogy nem a tünetek megjelenésében kell keresnünk a választ, hanem azok percepciójában, értékelésében: esetlegesen nem érzik olyannyira zavarónak a tüneteket, mert kevésbé korlátozó szimptomáik vannak, vagy nem minősítik súlyosnak, problémásnak a tüneteket, talán az azokkal kapcsolatos nagyobb fokú kontrollérzet vagy adaptívabb megküzdés miatt. Magyarázatunk helytállóságára vonatkozóan támpontot adhatnak a TCI kérdőívvel kapcsolatos eredmények. A CES-D kérdőív tételeivel végzett diszkriminancia elemzés további bizonyítékot szolgáltatott kezdeti feltevésünk megfelelőségét illetően. Az RA-s betegeket az egészségesektől leginkább elkülönítő négy

tételből kettő (egyúttal ezen két tételnek van a legnagyobb diszkrimináló ereje), a rossz étvágyra és a tevékenységek megerőltető voltára kérdező itemek a Szomatikus tünetek skálához tartoznak. A sclerodermás nőket az egészségesektől leginkább elkülönítő négy tételből három (nehéz a dolgokat elkezdeni, tevékenységekre odafigyelni és rossz étvágy) szintén a Szomatikus tünetekhez tartozik. A betegcsoportokat az egészségesektől elkülönítő tételek közül mindkét csoportnál kettő azon tételek közé tartozik melyeket Pincus és Callahan (1993) „betegséggel kapcsolatos” tételekként (a CES-D kérdőíven ezek a 2., 7., 11. és 20. tételek) azonosítottak RA-s betegcsoportban. Mindezek összességében alátámasztják a korábban mások által is megfogalmazott módszertani probléma fennállását. Ez egyfelől felhívja a figyelmet a szomatikus tételeket is tartalmazó skálákkal kapott eredmények óvatos értelmezésére. Továbbá felveti ezen kérdőívek kapcsán a betegség-specifikus vagy legalábbis az általánosságban a krónikus betegeknek megbízhatóan alkalmazható küszöbértékek kialakításának szükségességét.

A depresszió és a szociodemográfiai változók kapcsolatára irányuló elemzés a szorongás esetében tapasztalttól eltérő eredményre vezetett. Az egészséges nők csoportjában a depressziós tünetegyüttes viszonylag nagy, 23,5%-át magyarázza az életkor és az iskolai végzettség. Az RA-s nők depresszióját csak az iskolai végzettség magyarázza, mégpedig az egészségesekhez viszonyítva a depresszió varianciájának kisebb hányadát, 6,4%-át (egészségeseknél a magyarázott variancia 16,4%). A sclerodermás nőknél ezzel ellentétben, az egyetlen prediktorváltozó az életkor volt, amely a depresszió varianciájának 7,8%-át magyarázza. A fentiek ellentmondanak bizonyos kutatási eredményeknek, melyek szerint a szociodemográfiai változók közül az iskolázottság független a depressziótól (pl. Abdel-Nasser és mtsai, 1998), másfelől pedig megerősítik, hogy az életkor vagy a családi állapot nem függ össze az RA-s betegek körében előforduló depresszióval (Dickens, McGowan, Clark-Carter & Creed, 2002). A szakirodalomban mutatkozó ellentmondásos eredmények feloldására, tisztázására a jelen kutatás természetesen nem vállalkozhat. A kérdésre talán olyan kutatások adhatnak választ, amelyek nagy elemszámú mintán vizsgálják a depresszió és a szociodemográfiai változók közti kapcsolatot, további jellemzők (pl. betegség fennállása, súlyossága, aktivitása, személyiségjellemzők, megküzdési módok) figyelembe vételével.

Végezetül, a szorongás és depresszió pontszámok közti korrelációk jelen vizsgálatban is magasnak mutatkoztak ( $r = 0,65-0,72$ ). Ez utalhat egyfelől a két pszichiátriai kórkép tüneteinek átfedésére (érzelmi distressz mint közös metszet), valamint a ténylegesen fennálló nagyfokú komorbiditásra. Mindazonáltal felvetik azt a kérdést is, hogy a kérdőívek valóban

jól diszkriminálják-e a két állapotot vagy inkább ezek közös jellemzője, a magas distressz-szint mérésére alkalmasak (Hagglund és mtsai, 1989).

Vizsgálatunk eredményei szerint a rheumatoid arthritises betegek TCI személyiségprofilja számos tekintetben különbözik az egészséges csoporttól és valamelyest a sclerodermás csoporttól is. Várakozásainknak megfelelő, hogy az eltérések jóval inkább az egészséges kontroll csoporttal összehasonlítva jelennek meg, és kevésbé a másik betegcsoport vonatkozásában. Továbbá, a faktorszintű különbségek valóban megjelennek az általunk feltételezett két dimenzió, mégpedig az Ártalomkerülés és az Önirányítottság vonatkozásában. Ezekhez csatlakozik az Újdonságkeresés dimenziója, amelyben szintén jelentős eltérés volt detektálható a csoportok között. A betegcsoportok TCI-profiljának legszembetűnőbb jellemzője tehát az egészségesekhez viszonyított magasabb Ártalomkerülés és alacsonyabb Újdonságkeresés, míg az alacsonyabb mértékű Önirányítottság az RA-s csoport disztinktív karakterisztikuma. Ezek alapján önkéntelenül adódik az a feltételezés, hogy a magasabb Ártalomkerülés és alacsonyabb Újdonságkeresés a beteg-státusszal, illetve a betegségek kronicitásával van összefüggésben, míg az alacsonyabb Önirányítottság talán az RA kórkép valamely jellemzőjével van kapcsolatban.

Úgy tűnik, hogy a betegcsoportok a viselkedés aktivációjában, azaz Újdonságkeresésükben eltérnek az egészséges személyektől. Mindkét csoportra kevésbé jellemző az explorációs ingerelhetőség, vagyis kevésbé van szükségük új ingerekre, kevésbé lelik örömeiket az explorációban, és inkább a megszokott, ismerős helyeket, helyzeteket, embereket, tevékenységeket kedvelik. Hajlamosabbak ragaszkodni a bevált megoldási, viselkedési módokhoz, még akkor is, ha lenne más alternatíva. Emellett az RA-s nők kontrolláltabbak, tartózkodóbbak, fegyelmezettebbek, mint az egészségesek. A sclerodermás nők (és valamelyest az ízületi gyulladással betegségekben érintettek is) szervezettek, rendezettek, módszeresek, jobban képesek elhalasztani a szükségletek kielégítését és nehezebben veszítik el a fejüket, azaz kevésbé fejezik ki a dühüket az egészségesekhez viszonyítva. Mindez némileg ellentmond néhány korábbi kutatási eredménynek. A betegség pszichodinamikus magyarázó elméleteiben többen is kiemelték a nagyfokú aktivitást. Hozzáadték ugyanakkor, hogy ez az RA kialakulása előtt jellemezte a betegeket, főként gyerekkorban, ám serdülőkorban vagy felnőttkorban szinte a másik végletbe csap át a viselkedésük (Cleveland és Fisher, 1960; Cormier és mtsai, 1957). Alexander pedig kifejezetten az aktív életmód megszűnéséhez kötötte a kórkép kialakulását (Johnson és mtsai, 1947). Az előbbi mellett hangsúlyozták még a szerzők a gátolt hosztilitást, ingerlékenységet, amely összecseng a fentebb leírt TCI jellemzőkkel. A betegek viselkedésének leírása során

több vizsgálat (Cleveland és Fisher, 1960; Cormier és mtsai, 1957) is említést tett az impulzivitásukról, illetve ennek legátlásáról vagy legalábbis az egészségesekhez viszonyított alacsonyabb mértékéről (Tillmann és mtsai, 2013). Ezt eredményeinkkel nem tudtuk igazolni, mivel az Impulzivitás alszámban nem mutatkozott jelentős eltérés a csoportok közt. Más szerzők az RA-s betegek rigiditását, mint jellegzetes tulajdonságukat emelték ki (Moos és Solomon, 1964; Cormier és mtsai, 1957), amely eredményeink között is megjelent. Összességében tehát az Újdonságkeresésre vonatkozó eredmények nagyjából megerősítik a legátolt hosztilitásra és rigiditásra vonatkozó eddigi feltevéseket, míg az impulzivitást nem tudtuk igazolni. Ennek egyik okát az eltérő módszertanban látjuk. A hivatkozott vizsgálatok többsége ugyanis projektív tesztek eredményei vagy interjúk alapján vontak le a következtetéseket és tudattalan tendenciákkal hozták ezeket összefüggésbe. A kérdőíves módszer viszont a manifeszt viselkedésről ad számot. Kérdőíves módszerrel egyedül Tillmann és munkatársai (2013) jutottak arra, hogy a betegek csökkent impulzivitást mutatnak. Jóllehet, a betegcsoportjuk 90%-ban nőkből állt, míg az egészséges kontroll csoportjukban közel azonos volt a férfiak és a nők aránya. Elképzelhető tehát, hogy az eredményük a nemi különbségekre, vagyis a férfiak magasabb impulzivitására vezethető vissza. (Jelen vizsgálat viszont illesztett mintákkal és kizárólag nők bevonásával készült.) Emellett a hosztilitást kérdőívvel felmérve - jelen kutatáshoz hasonlóan - Hyphantis és munkatársai (2006) sem találtak szignifikáns különbséget az egészségesek és az RA-s betegek között.

A korábban említettek szerint az Ártalomkerülés faktoron jelentősen magasabb pontszámot érnek el mind a RA-s, mind pedig a SSc-s betegek az egészségesekhez viszonyítva. Általánosságban tehát azt mondhatjuk, hogy jellemző rájuk a viselkedés nagyobb fokú gátlása. Ez egyaránt megnyilvánul a bizonytalanságtól való félelemben, aggodalmaskodásban, pesszimizmusban, illetve gyors kifáradásban. Mindezek valószínűleg összefüggésbe hozhatóak a krónikus beteg státusszal. Ezt a feltevést megerősíti, hogy a sclerodermás betegekre ezek éppúgy jellemzőek, mint az ízületi gyulladással betegekre. Az anticipátoros aggodalmaskodás emelkedett szintje szorongásos tüneteket valószínűsít – amit a HADS kérdőív eredményei is megerősítenek. A RA-s betegek tehát feltehetően feszültek, gátoltak, óvatosak és aggódók. A szorongás emelkedett szintje gyakori kísérőjelensége a RA-nak (pl. El-Miedany & Rasheed, 2002; Söderlin és mtsai, 2000; Zyrianova és mtsai, 2006), sőt, általánosságban a krónikus betegségeknek (Clarke és Currie, 2009). Az anticipátoros aggodalom viszonylag magas szintje így egybeesik a korábbi kutatási eredményekkel. Ugyanakkor ez az alfaktor a betegek pesszimista beállítódására is utal. Ez egyfelől ismételtén alátámasztja a korábbi kutatási eredményeket, melyekben az RA-s betegek nagyfokú

pesszimizmusáról számoltak be (Radanov és mtsai, 1996). Más kutatások azonban arra is rávilágítottak, hogy a pesszimizmus összefüggésben van a betegséggel kapcsolatos jövőbeli elvárásaikkal (Radanov és mtsai, 1996) és a betegségről alkotott reprezentációjukkal (Treharne és mtsai, 2005). A pesszimista betegek súlyosabb következményekkel társítják az állapotukat, illetve kevésbé tartják kontrollálhatónak. Ez pedig negatívan befolyásolja a betegséghez való alkalmazkodásukat, hiszen együttjárhat az alacsonyabb mértékű compliance-szel vagy a tehetetlenség-érzés kialakulásával. Ennek oka, hogy egyszerűen nem látják értelmét az orvossal való együttműködésnek és az aktív megküzdésnek, többek között a kontrollálhatóságra vonatkozó hiedelmeik gyengébb volta miatt. Emellett a jövővel kapcsolatos negatív elvárások összefüggést mutatnak a szorongással és a depresszióval. Az eredmény összevethető továbbá Taylor (1983) kognitív adaptáció elméletével is, mely szerint a traumák összerombolják a világ működésével és az önmagunkkal kapcsolatos legfontosabb hiedelmeinket, például a jövőbeli események alakulására vonatkozó optimizmusunkat. Ilyen traumatikus hatású esemény lehet egy krónikus betegség diagnózisa is. Ez egyben azt a feltételezést erősíti, hogy az aggodalmaskodás és a pesszimizmus inkább a betegség következményének tekinthető. Nem zárható ki azonban az sem, hogy ezek premorbid személyiségjellemzők, amelyek az általuk okozott pszichés distressz közvetítésével hozzájárulhatnak a betegség kialakulásához vagy legalább hatással vannak annak lefolyására. Azt azonban kétséget kizáróan megállapíthatjuk, hogy kifejezetten kedvezőtlen és nem-kívánatos jegynek tekinthető a pesszimizmus megjelenése a személyiségprofilban.

A betegcsoportok további közös jellemzője a bizonytalanságtól való félelem és a kifáradás. Feltételezzük, hogy ezek is a beteg-státusszal mutatnak összefüggést. A RA kiszámíthatatlan, sokszor hullámzó lefolyást mutató betegség. Ezzel jelentős mértékű bizonytalanságot visz a betegek életébe, csakúgy, mint az SSc. Nem tudhatják, hogy az állapotuk stagnálása meddig fog tartani, mikor kezdődik egy újabb exacerbációs időszak, és milyen mértékű progresszióra számíthatnak. Ahogy korábban bemutattuk, a betegség jelentős mértékben hatással van az életük minden területére, vagyis ennek kiszámíthatatlan jellege bejósolhatatlanná teszi az életük egyéb aspektusait is. Beleértve ebbe a családban betöltött szerepeik ellátását, szociális kapcsolataik fenntarthatóságát vagy éppen a munkavégzési képességük megtarthatóságát – hogy csak néhányat emeljünk ki a példa kedvéért. Következésképpen a bizonytalanságtól való félelmük megalapozott, indokolt is lehet – és kevésbé valószínű, hogy premorbid jellemzőnek számít. Mindazonáltal, a betegséghez való alkalmazkodást szintén rontja – már csak a szorongással és a depresszióval való összefüggése alapján is. Az RA-s betegek által mutatott fokozott fáradékonyság és aszténia összhangban

van a betegség szisztémás jellegével, és a váz- és izomrendszer nagyfokú érintettségével. Az ízületi manifesztáció mindegyiküknél megfigyelhető, a további tünetek viszont már nagy variabilitást mutatnak és szinte bármely szervrendszert érinthetik. Többségüknél a mozgás nehezítettségével – vagy éppen immobilitással – számolhatunk, illetve jelentős mértékű funkcionális dizabilitással. Ezek pedig összefüggnek a fokozott fáradtsággal, fáradékonysággal. Az egészségesekhez viszonyított jelentősen emelkedett szintje természetesen magyarázható úgy is, hogy a fáradtság a betegségviselkedés (sickness behavior) részeként alakul ki (Kököneyi és Urbán, 2003).

Mindent összevetve tehát azt mondhatjuk, hogy az egészségesekhez képest jelentősen emelkedett Ártalomkerülés, azaz a viselkedés nagyfokú gátlása a betegek személyiségprofiljának egyik szembetűnő jellegzetessége (v.ö. Alexander magyarázó modellje; illetve ez az eredmény megfeleltethető az emelkedett neuroticizmusról beszámoló vizsgálati eredményeknek pl.: Gardiner, 1980; Krol és mtsai, 1998). Ez a gátlás megnyilvánul viselkedéses, szociális és fizikai szinten egyaránt. Feltehetően együttjár a szorongásos és depresszív tünetek számottevő emelkedésével. Ezt megerősítik a későbbi elemzéseink is, illetve más klinikai vizsgálatok is következetesen alátámasztják, hogy a hangulatzavarok és a szorongásos zavarok TCI-profiljában kórosan emelkedett az Ártalomkerülés faktor pontszáma (Rózsa és mtsai, 2005). Ezek a társult pszichiátriai zavarok viszont egyfelől károsan befolyásolják az immunrendszer működését, és fokozzák a gyulladást (ld. pl. Picardi és mtsai, 2009; Kiecolt-Glaser & Glaser, 2002, Kop és mtsai, 2002; Panagiotakos és mtsai, 2004; Kojima és mtsai, 2009), amely tovább gerjeszti a pszichés problémákat. Emellett a magas Ártalomkerülés általában együttjár a megküzdő képesség csökkenésével, a maladaptív coping mechanizmusok gyakoribb alkalmazásával és a szociális izolációval. (Rózsa, 2005). Ezek mindegyike nehezíti a betegséghez való alkalmazkodást és rontja az állapotuk menedzselésének hatékonyságát. Végül pedig előrevetíti a fizikai és pszichés állapotuk rosszabbodásának lehetőségét. Mindemellett elképzelhetőnek tartjuk, hogy az Ártalomkerülés szintjének emelkedése bizonyos szintig vagy bizonyos helyzetekben adaptív is lehet, amennyiben a fizikai állapotukra nézve káros vagy veszélyeztető ingereket kerülnek el – ennek lehetősége azonban további átgondolást és vizsgálatokat igényel.

A Jutalomfüggőségre vonatkozó eredmények alapján arra következtethetünk, hogy általánosságban akét betegcsoport tagjai a jutalom jelzéseire ugyanannyira érzékenyek, mint az egészséges személyek. Figyelmet érdemel azonban a kötődés tekintetében megmutatkozó alacsonyabb pontérték. Ez alátámasztja egyfelől, hogy a bizonytalan kötődés valóban gyakrabban fordul elő krónikus betegeknél, és általános vulnerabilitási tényezőnek tekinthető



(Maunder & Hunter, 2001). Ugyanakkor az alfaktorban elért alacsony pontszám alapján nem következtethetünk egyértelműen kötődési zavar fennállására; ennek felderítéséhez további célzott vizsgálatokra lenne szükség. A kötődésbeli különbözőség egyúttal támogathatja az Alexander-féle dinamikus modellt, amely az anya-gyermek kapcsolatnak tulajdonított alapvető szerepet a betegség kialakulása kapcsán. Másfelől azonban Alexander (Johnson és mtsai, 1947) a kapcsolati dependenciát hangsúlyozta, míg jelen eredményeink szerint a Jutalomfüggőség másik alfaktorában, a dependenciában az RA-s betegek pontszáma az egészségesekéhez hasonló. Mindazonáltal, ahogyan azt fentebb említettük, a jelen eredményből nem lehet megállapítani, hogy valamilyen kötődési problémával, zavarral jellemezhetőek-e a betegek vagy az alacsony pontszám egyszerűen szociális elkülönültségre utal-e. Az utóbbi, a szociális izolálódás, a kapcsolatok iránti csökkent érdeklődés és az azokba való alacsonyabb szintű bevonódás ismételten tekinthető depresszív jegynek. Mindezek ráadásul megfosztják az érintetteket a társas támogatás nyújtotta előnyöktől is (pl. Doeglas és mtsai, 2004). Kérdéses lehet ugyanakkor, hogy a fizikai állapotuk és az ebből eredő korlátozottságuk, amely nehezítheti a másokkal való kapcsolattartást, mennyiben járul hozzá ehhez az eredményhez.

Az előbbieken kívül még az Önirányítottság faktorában tudtunk különbséget kimutatni, ugyanis a RA-s betegek jelentősen alacsonyabb pontszámot érnek el ebben a dimezióban az egészségesekhez viszonyítva. A különbség elsősorban a kisebb mértékű felelősségérzetben és céltudatosságban ragadható meg. Ezek alapján feltételezhetjük, hogy kevésbé képesek a viselkedésük kontrollálására és a szabályok betartására. Emellett a velük történő dolgokért hajlamosabbak külső körülményeket, vagy másokat okolni. Egészségi állapotuk vonatkozásában ez ismételten negatív következményekkel járhat: rosszabb betegség-menedzsmentet eredményezhet, valamint az orvosi előírások figyelmen kívül hagyását (alacsony compliance), ami végső soron rosszabb orvos-beteg kapcsolathoz is vezethet. Profiljuk alapján emellett jellemző lehet még rájuk, hogy kevésbé érzik úgy, hogy az életüknek lenne jelentése és célja. Ezen jellemző szintén jól magyarázható a Taylor-i kognitív adaptáció elmélettel (1983), másfelől tipikus depresszív tünetnek tekinthető. A mások által (Juth és mtsai, 2008; Krol és mtsai, 1998; Nagyova és mtsai, 2005; Skevington és mtsai, 1987) feltárt alacsony mértékű önértékelést azonban a jelen vizsgálat eredményei nem igazolják, csatlakozva ezzel Cornwell és Schmitt (1990) vizsgálatához, melyben az RA-s betegek önértékelése nem különbözött az egészségesekétől. Végezetül, az eredmények alapján úgy tűnik, hogy az RA-s nőkre jellemzőbb a problémahelyzetekben mutatott ügyetlenség, eredményesség, vagy esetenként kimondottan apátiásnak tűnik a viselkedésük ezekben a

szituációkban az egészségesekhez képest. Mindezek párhuzamba állíthatók a tanult tehetetlenséggel, ami az eddigi vizsgálatok szerint is gyakori RA-s korrelátumnak tűnik és összefügg a depresszióval (pl. Smith és mtsai, 1994). Ezen kívül a problémamegoldó képesség deficitje megerősíti az Ártalomkerülés kapcsán felvetett maladaptív megküzdési módok alkalmazásának valószínűségét, továbbá felhívja a figyelmet az ezek javítását célzó intervenciók szükségességére.

A további két karakterfaktor vonatkozásában nem mutatnak különbséget az RA-s és SSc-s betegek az egészségesekhez viszonyítva. A komorbid depressziót és szorongást tekintetbe véve az Együtműködés faktor alacsony pontszáma lenne elvárt (Rózsa és mtsai, 2005). A dinamikus magyarázatokban többször is hangsúlyozott (pl. Johnson és mtsai, 1947) mazochisztikus és szubmisszív viselkedés, de főként a mások kedvében járás, a mások szolgálatával, segítségével kapcsolatos erős késztetésüknek a TCI-profilban magas Együtműködés pontszámként kellene reprezentálódnia – vagy legalább a segítőkészség és lelkiismeretesség alfaktorok magas pontszámaként. Saját eredményeink ezek egyikét sem támasztják alá. A magunk részéről az előbbit, azaz a depresszió miatti alacsonyabb pontszámot tartanánk reálisan elvárhatónak. Ezen eredmény hiánya azt mutatja, hogy depressziójuk és szorongásuk a másokkal való egyetértést, együttműködést vagy általában véve a szociális kapcsolataikat nem érintik olyan mértékben, hogy ez az egészségesektől való szignifikáns különbségként jelenjen meg. Ez talán magyarázható a női nemi szerepekkel és az azoknak való megfelelés vágyával, mivel az előbbi tulajdonságok, magatartásformák a nőket illetően sokkal inkább elvártak. A további elemzések azonban tisztázhatják az Együtműködés és alfaktorainak összefüggését a depresszióval. A transzcendencia faktorban, amely a spiritualitással asszociálódó vonásokat méri, szintén hasonlóak a betegcsoportok az egészségesekhez. Az RA-s betegek jellemző spiritualitást és ennek esetleges pozitív hatásait illetően még hiányos a szakirodalom. Ebből kifolyólag is érdemes lenne a jövőbeni kutatásokba beilleszteni a spiritualitást, különösen a medikális kimenettel kapcsolatos összefüggéseit (esetleges protektív vagy káros hatásait) tanulmányozva, melyre saját vizsgálatunk nem terjedt ki.

Az előbbi különbségek ellenére a profilok T-értékek alapján való értékelése rámutatott, hogy az RA-s betegek – és az SSc-s betegek úgyszintén – nagyrészt az átlagos tartományban húzódó átlagprofillal rendelkeznek. Ez egyfelől azt valószínűsíti, hogy nincs jellegzetes RA-s személyiség-szerkezet, vagy legalábbis a TCI kérdőívvel ez nem ragadható meg. A szakirodalomban többször is felbukkanó kérdésre, miszerint létezik-e „RA-s személyiség”, a jelen eredmények tehát a nemleges választ erősítik. Egyszermind

alátámasztva ezzel néhány korábbi kutatás eredményét, melyek más módszereket alkalmazva ugyan, de szintén arra a következtetésre jutottak, hogy a krónikus ízületi betegek személyisége a vizsgált dimenziók mentén nem tér el jelentősen az egészségesektől (pl. Hyphantis és mtsai, 2006; Puchner, Sautner, Loisl és Puchner, 2009). Ez azonban nem jelenti azt, hogy az elemzés során feltárt személyiségprofil és a kontroll csoporthoz viszonyított eltérések nem léteznek vagy nem érvényesek. Elképzelhető, hogy a különbségekben érintett változók magas vagy alacsony szintje a betegcsoportok nagyobb arányára jellemző az egészségesekkel összevetve. Másfelől ezek a jegyek lehetnek a fokozott szorongásos és depresszív állapot következményei, megjelenési formái vagy éppen okai - mint ahogyan a fenti elemzés során rá is mutattunk a profilban megjelenő jellegzetességek és a szorongásos vagy depresszív tünetek közti lehetséges kapcsolatra – és ez esetben a betegcsoportoknak szintén csak egy részére, az említett pszichiátriai kórképekben érintett hányadára jellemzőek. A következő elemzések során ezeket a feltételezéseket ellenőriztük. Mielőtt azonban ezen eredmények ismertetésére és magyarázatára rátérnénk, ki kell emelnünk, hogy a betegcsoportok profiljainak bizonyos jellemzői azért klinikailag is értelmezhető személyiségbeli különbségeket tükröznek. Ezek közé elsősorban az Újdonságkeresés faktor és ennek alszállái tartoznak, így az ezek kapcsán megfogalmazott személyiségjegyek markánsan jelennek meg a betegcsoportok tagjainál. Markánsan jellemző továbbá az RA-s és SSc-s betegekre a nagyfokú félelem a bizonytalanságtól és a kifáradásra való hajlam, valamint a kötődés alacsonyabb mértéke. A karakterjellemzők között kevésbé találtunk ilyen hangsúlyos személyiségjellemzőket: az RA-s nőknél mindössze a transzperszonális azonosulás és az önel fogadás jelent meg erőteljes személyiségvonásként.

A temperamentum-típusok megoszlását illetően eredményeink szerint különbség mutatható ki a vizsgálati csoportok között. Ennek oka, hogy a kontroll csoportnak csak 17,8 %-a (N=21) obszesszív-kompulzív temperamentumú, míg a RA-s betegek közt ez a típus 37%-ban (N=34), a sclerodermás betegek közt pedig 47,8%-ban (N=44) fordul elő. Továbbá az egészségeseknek 27,1%-a (N=32) megbízható, megfontolt temperamentum-típusú, az ízületi betegek közt csak 15,2%-ban (N=14), a SSc-s betegekénél pedig 9,8%-ban (N=9) fordul elő ez a típus. Az obszesszív-kompulzív személyiségjegyeket több tanulmány (Cormier és mtsai, 1957; Johnson és mtsai, 1947; Moos és Solomon, 1964) is hangsúlyozta korábban, így vizsgálatunk eredményei ezekkel összhangban vannak. Figyelembe véve ugyanakkor azt a módot, ahogyan a temperamentum-típusok kialakításra kerülnek, feltételezhető, hogy az eredmények hátterében az Ártalomkerülés mindkét betegcsoportra jellemző magas szintje áll. Továbbá az eredmények semmiképpen sem interpretálhatóak úgy, hogy a betegek között több

az obszesszív-kompulzív személyiségzavarral küzdő személy. Ez ugyanis csak a karakterfaktorokkal való együttes vizsgálat alapján jelenthető ki. Az ezekből képzett karaktertípusok megoszlása a vizsgálati csoportokban jóval egyenletesebb, mint a temperamentum-típusoké, jóllehet, a statisztikai elemzés így is szignifikáns különbséget jelzett. Mindhárom csoportban a leggyakoribb a rendezett típus (kontroll: 34,7%, RA: 29,3%, SSc: 29,3%), majd ezt követi a kreatív karakter (kontroll: 22,9%, RA: 16,3%, SSc 15,2%), amelyek a legérettebb típusoknak tekinthetők. Az egészséges és az RA-s, illetve SSc-s betegek viszonylatában mindössze tendencia szintű különbséget találtunk a típusok megoszlásában. Emellett az érett, éretlen, félérett karakter megoszlási gyakoriságait vizsgálva is hasonlóan kedvező eredményt találtunk, mivel mindhárom csoportban az érett karakter fordult elő legnagyobb arányban (kontroll: 57,6%, RA: 45,7%, SSc: 44,6%). A vizsgálati csoportok karaktertípusbeli hasonlósága megerősíti a fenti eredményeket, mely szerint az egészségesek és a betegek személyisége a temperamentumban mutatkozó különbségekhez képest jóval kevésbé tér el egymástól a karakterben, azaz a személyiségnek abban a részében, amelynek formálódására a szociális környezet és az élettapasztalatok is hatással vannak.

Megvizsgáltuk a szorongásos és depresszív tüneteket bejósoló személyiségváltozókat. A szorongás vonatkozásában hasonló modellekre vezettek az elemzések az egyes vizsgálati csoportokban. A modellek közös eleme az Anticipátoros aggodalom, amelynek a szorongásos tünetekben való megnyilvánulására fentebb kitértünk. Az egészséges csoportban emellett jelentősen növeli a modell bejósoló erejét a Felelősségérzet. Az alacsonyabb Felelősségérzet, amely csökkent kontrollérzettel járhat együtt és talán ezen keresztül fejt ki hatását, 7,1%-ot magyaráz a szorongás varianciájából. Az RA-s betegeknél az Anticipátoros aggodalmaskodáson kívül egy másik Ártalomkerülés faktor, a Bizonytalanságtól való félelem (a szorongással való kapcsolatára fentebb szintén kitértünk) is a szorongásos tünetek magyarázóváltozója. Ezek mellett egyetlen karakterváltozó, a Lelkiismeretesség került be a modellbe, amely a modell bejósoló erejéhez csekély mértékben járul hozzá (4,2%). Az alacsony Lelkiismeretesség az opportunistá, esetlegesen manipulatív viselkedésre utal. Elképzelhető azonban, hogy az ilyen viselkedést követően az egyén lelkiismereti szorongást él meg és a változó ilyen módon járul hozzá a szorongásos tünetekhez. A sclerodermás csoportban az Ártalomkerülés két alszáklája, a Bizonytalanságtól való félelem és az Anticipátoros aggodalom bizonyultak a szorongás magyarázóváltozóinak és a szorongásos tünetek varianciájának közel egyharmadát predikálják. Összességében tehát a szorongást mindhárom csoportban az Ártalomkerülés említett összetevői jósolják be leginkább (a csoportok inkább csak a magyarázott hányadban térnek el), amely összhangban van a korábbi

kutatási eredményekkel (Rózsa és mtsai, 2005). Másfelől ezek az eredmények rámutatnak arra is, hogy a szorongás sokkal inkább a személyiség öröklött részével, a temperamentummal van összefüggésben egészségeseknél és betegeknél egyaránt.

A depressziós tüneteket magyarázó modellek nagyobb csoportok közti változatosságot mutattak. Mindössze egyetlen közös elemet találtunk, a Kifáradás és aszténia alszállát, amely azonban a depresszív tünetek varianciájának legnagyobb hányadát (26,4%-31,7%) magyarázta mindhárom csoportban. Ez egyfelől rámutat a depressziós tünetegyüttesben a szomatikus tünetek hangsúlyos megjelenésére, másfelől utal a depresszióra vonatkozó veleszületett vulnerabilitás fontosságára. Az egészséges csoportban ezen kívül magyarázó változónak bizonyult még az Anticipátoros aggodás, valamint a Felelősségérzet és az Empátia. Az alacsonyabb mértékű empátia és felelősségérzet jól illeszkedik a depressziós emberek tüneti jellemzőihez (szociális érdeklődés elvesztése, csökkent kontrollérzet). Kiemelendő továbbá, hogy az egészséges csoportnál a szorongásos és a depresszív tüneteket magyarázó modellek nagyfokú átfedést mutatnak egymással. Úgy tűnik tehát, hogy a szorongás és a depresszió nem csak magas együttjárást mutatnak, hanem magyarázóváltozóikban is részben osztoznak – legalábbis ebben a csoportban. Az RA-s csoportban a Kifáradáson kívül a depresszív tünetek szignifikáns prediktora az Extravagancia (kontrolláltság, visszafogottság), a Bizonytalanságtól való félelem (változásokhoz nehezen alkalmazkodók, inkább inaktívak), valamint az Impulzivitás (hirtelen döntések; gyors, átgondolatlan viselkedés, amit azonban az RA megakadályoz). Magyarázóváltozó továbbá a Céltudatosság, amely szintén jól illeszkedik a depresszió tüneti jellemzőihez (célok és célirányos viselkedés hiánya). A sclerodermás betegeknél a Kifáradáson kívül az Önirányítottság két alszállája, a Céltudatosság és az Önelfogadás bizonyult a depresszió szignifikáns prediktorának. Érdekes módon azonban a Céltudatosság protektív tényezőnek, míg az Önelfogadás rizikófaktornak számít. Utóbbi, az önelfogadás ebben az esetben talán a passzív belenyugvással történő önelfogadásra – és ezáltal a változtatásra, cselekvésre való motiváció hiányára – utalhat. Összességében azonban elmondható, hogy a depressziós tünetek varianciájának jelentős részét (29-39%-át) magyarázzák a veleszületett személyiségjellemzők mindhárom csoportban. Ugyanakkor – a szorongásos tünetekkel összehasonlítva – viszonylag nagyobb a karakterváltozók predikáló ereje mind az egészségesek, mind a betegek körében: a depresszív tünetek varianciájának 10,6-12,7%-át magyarázzák karakterjellemzők, melyek közül különösen az Önirányítottság összetevői tűnnek fontosnak. Ez egyúttal újabb érveként szolgál a pszichoszociális intervenciók (elsősorban az önirányítottság, kontrollérzet, én-

hatékonyság érzés és coping stratégiák fejlesztésére irányuló beavatkozások) szükségessége és feltételezhető hatékonysága mellett.

Meglehetősen kevés vizsgálat alkalmazta eddig a TCI kérdőívet szomatikus betegek körében. Érdekes azonban saját eredményeinket ezekkel összevetni. Krónikus fáradtság szindrómás betegeket felmérve emelkedett Ártalomkerülés és Kitartás pontszámot tártak fel (Eede és mtsai, 2009). Ugyanezen betegcsoportnál más esetben emelkedett Ártalomkerülés és csökkent Önirányítottág jellemezte a vizsgálati személyeket (Jiang és mtsai, 2003). Krónikus fájdalommal küzdő betegek TCI-profiljában is megjelentek az előzőekben említett jellegzetes jegyek, vagyis az Ártalomkerülés emelkedett szintje, illetve az alacsony Önirányítottág, melyekhez még az Együttműködés faktor szintén alacsony pontértéke társult (Conrad és mtsai, 2007). A myotoniás izomdisztrófiában szenvedő betegek az előbbi betegcsoporthoz nagyon hasonló képet mutattak a temperamentum- és karakter dimenziókban. Az egészségesekhez képest jelentősen magasabb pontszámot értek el az Ártalomkerülésben, alacsonyabbat az Önirányítottágban és az Együttműködésben, illetve ezekhez még számottevően alacsonyabb Kitartás társult (Winblad, Lindberg és Hansen, 2004). Úgy tűnik tehát, hogy a krónikus betegeket vizsgáló kutatásokban a leginkább következetes eredmény az egészséges személyekhez viszonyított magas Ártalomkerülés, valamint alacsony Önirányítottág, amely teljes mértékben megfelel a jelen vizsgálat eredményeinek. Egyben pedig arra is következtetni enged, hogy ezek nem betegség-specifikus jegyek, hanem feltehetőleg a krónikus beteg-lét következményei, velejárói. Ezek mellett még többször megjelent az alacsony Együttműködés. Annak kiderítésére, hogy a jelen kutatásban ez miért nem mutatkozott, további vizsgálatok lennének szükségesek.

## **7.8 Második vizsgálat: személyiség- és pszichopatológiai jellemzők vizsgálata az MMPI-2 kérdőívvel**

A szorongás és a depresszió prevalenciájának és jellemző tüneteinek vizsgálata rávilágított, hogy a betegcsoportokban jelentősen nagyobb arányban fordulnak elő ezek a pszichopatológiai állapotok az egészséges vizsgálati csoporthoz viszonyítva. Jóllehet, felmérésük kellő körültekintést igényel, mivel a szomatikus betegség okozta fizikai tünetek átfedést mutathatnak a depressziós (és feltehetően a szorongásos) tünetegyüttes bizonyos összetevőivel, amely így az említett pszichopatológiai kórképek prevalenciájának túlbecslését eredményezheti. A rheumatoid arthritises betegek temperamentum- és karakterjellemzőinek vizsgálata megerősítette, hogy a betegcsoportok számos személyiségváltozó vonatkozásában szignifikánsan eltérnek az egészséges nőktől, egymástól azonban csekély mértékben

különböznek. Az elemzések során elsősorban a temperamentum-jellemzők tekintetében találtunk jelentős csoportközi eltéréseket. Ugyanakkor a TCI profilok klinikai értelmezése feltárta, hogy mindkét betegcsoport átlagprofilja jobbra az átlagos övezetben rajzolódik ki. Emellett bizonyítást nyert, hogy a személyiség bizonyos összetevői bejósolják a szorongásos és depresszív tünetek mennyiségét és illetéknéppen ezek rizikófaktorai lehetnek. Az előző vizsgálódásaink során azonban külön vizsgáltuk a pszichopatológiai kórképeket, valamint a személyiségjellemzőket. Eredményeink viszont arra engednek következtetni, hogy fontos és érdemes lenne komplex módon, együttesen felmérni a normál és a patológiás személyiségjellemzőket. Miután az MMPI-2 kérdőív egyaránt alkalmas az átlagos személyiség bizonyos összetevői és a pszichiátriai morbiditás felmérésére, így második vizsgálatunk tárgya a betegcsoportok klinikai személyiségprofiljának feltárása és az ezeket az egészségesek profiljától megkülönböztető jegyeinek azonosítása. Emellett feltételeztük, hogy az RA-s betegek nem alkotnak homogén csoportot, így vizsgálódásaink végén igyekeztünk olyan alcsoportokat kialakítani, amelyek jól elkülönülnek egymástól az MMPI-2 profiljaik alapján.

### **7.8.1. Vizsgálati minta**

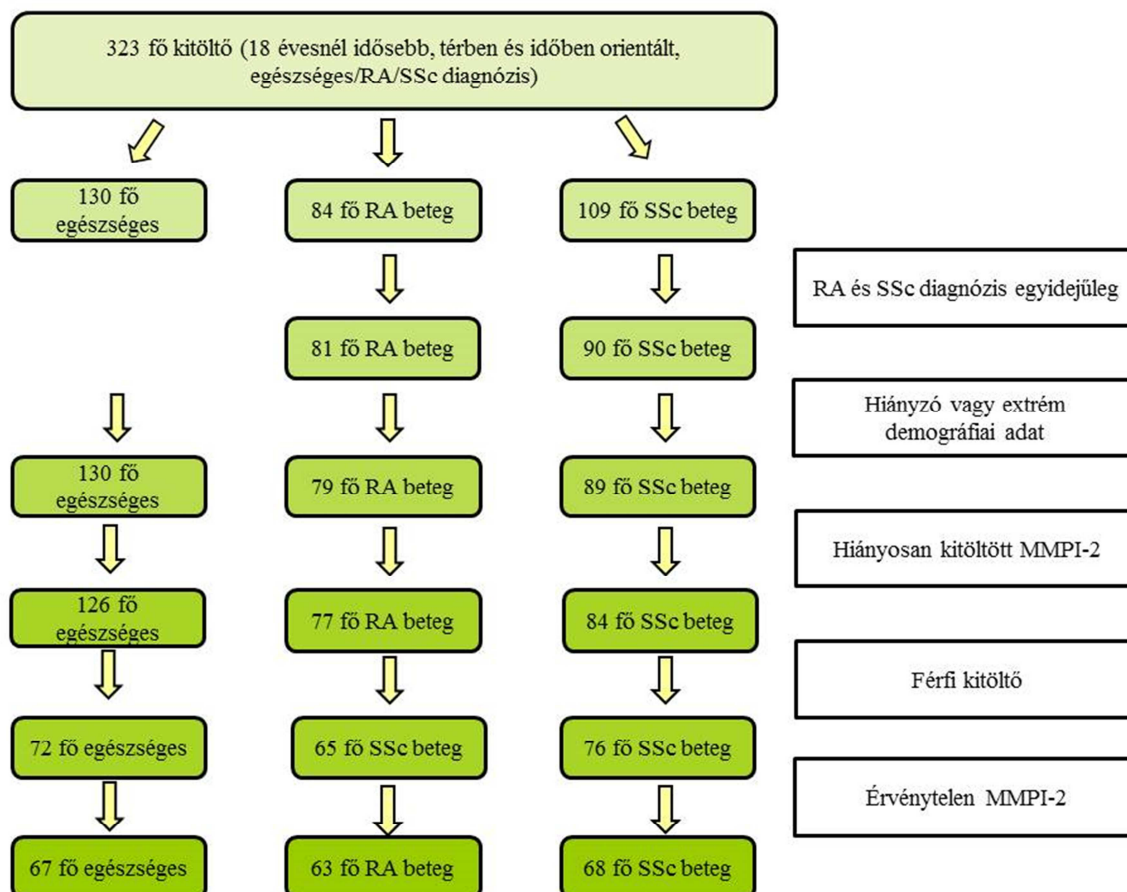
Az MMPI-2 kérdőívet a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Reumatológiai és Immunológiai Klinikájának RA-s és SSc-s fekvőbetegei és egészséges kontroll személyek töltötték ki.

A vizsgálati csoportokba való bekerülés feltételei a betegcsoportok esetében a következők voltak:

- a kezelőorvosok által az Amerikai Rheumatológiai Kollégium kritériumai alapján (Aletaha és mtsai, 2010; Hoogen és mtsai, 2013) diagnosztizált RA vagy SSc betegség
- térben és időben orientált, melyet a Mini Mentál kérdőívvel (Folstein, Folstein, McHugh, 1975) ellenőriztünk,
- illetve 18 évesnél idősebb életkor

A kontroll csoport esetében a beválogatási kritériumok közé a következők tartoztak:

- nincs krónikus szomatikus betegsége (önbeszámoláson alapult)
- térben és időben orientált, melyet a Mini Mentál kérdőívvel (Folstein, Folstein, McHugh, 1975) ellenőriztünk
- és 18 évesnél idősebb életkor



9. ábra A vizsgálati minta kialakításának folyamata

Az előbbi feltételeknek megfelelő 85 fő RA-s, 116 fő SSc-s és 141 fő egészséges önkéntes vizsgálati személytől kaptunk vissza kitöltött kérdőívcsomagot. A válaszok feldolgozása után kizártuk az elemzésből:

- azokat, akik hiányos vagy szélsőséges szociodemográfiai adatokat adtak meg (utóbbi az iskolázottság esetében fordult elő, mivel a kérdőívek megbízható kitöltési kritériumaként az általános iskola nyolc osztályának elvégzését határoztuk meg),
- azokat, akiknél a hiányzó válaszok száma meghaladta a 30 tételben meghatározott küszöbértéket
- azokat, akik a validitási skálák alapján érvénytelen profillal rendelkeztek (az érvénytelen profilok azonosításához a következő kritériumokat alkalmaztuk: Ritka válaszok skála (F) >100, Hazugság skála (L) >80, Korrekciós skála (K) >80, Igaz válasz-inkonzisztencia skála (TRIN) >80, Variábilis válasz-inkonzisztencia skála (VRIN) >80).
- a férfi válaszadókat, mivel létszámuk a két betegcsoportban igen alacsony volt,



- valamint azokat a betegeket, akiknél mindkét diagnózis megállapításra került (a végső minta kialakítását a 9. ábra szemlélteti).

A végső minta így 63 fő RA-s, 68 fő SSc-s és 67 fő egészséges önkéntes vizsgálati személyből állt (a vizsgálati csoportok jellemzőit a 14. számú táblázat foglalja össze). Az egészséges kontroll csoport átlag életkora 53,97 év, míg a RA-s nőbetegeké 56,52, a sclerodermás betegcsoporté pedig 55,22 év volt. A csoportok egymáshoz hasonló iskolai végzettséggel rendelkeztek: az elvégzett iskolai osztályok számának átlaga az egészségeseknél 12,19 év, a RA-s betegeknél 11,44 év, míg a SSc-s betegeknél 11,65 évnek adódtak. Az egészséges nők 31,3%-a vallotta magát egyedülállóknak, míg a betegekre ez 36,5% és 32,4%-ban volt jellemző. A csoportok a vizsgált szocio-demográfiai változók mentén nem különböztek egymástól szignifikánsan.

	<b>Egészséges kontroll (n=67)</b>	<b>RA (n=63)</b>	<b>SSc (n=68)</b>	<b>F vagy <math>\chi^2</math> p-érték</b>
<b>Életkor (évek)</b>				
M $\pm$ SD	53,97 $\pm$ 8,98	56,52 $\pm$ 11,94	55,22 $\pm$ 11,15	F= ,918
95% CI	51,78-56,16	53,52-59,53	52,52-57,92	p= ,401
Min-Max	27-76	26-78	27-75	
<b>Iskolai végzettség (évek)</b>				
M $\pm$ SD	12,19 $\pm$ 1,96	11,44 $\pm$ 2,66	11,65 $\pm$ 2,73	F=1,616
95% CI	11,72-12,67	10,77-12,12	10,99-12,31	p= ,201
Min-Max	8-17	8-17	8-17	
<b>Családi állapot (fő)</b>				
Egyedülálló (%)	21 (31,3%)	23 (36,5%)	22 (32,4%)	$\chi^2$ = ,435
Ház/élettársi kapcsolatban (%)	46 (68,7%)	40 (63,5%)	46 (67,6%)	p= ,805

95%CI= 95%-os megbízhatósági intervallum

**14. táblázat A vizsgálati csoportok szociodemográfiai jellemzői**

## 7.8.2. Eredmények

### 7.8.2.1. A vizsgálati csoportok MMPI-2 profiljai

A vizsgálati adatok statisztikai elemzése során egyfelől a vizsgálati csoportok közti különbségeket kívántuk feltárni az MMPI-2 klinikai személyiségprofilról, valamint azonosítani a betegcsoportokban a klinikai skálákon és alszkálákon magas pontértéket elérők arányát és az ebben mutatkozó esetleges különbségeket. Az analízisek során elsősorban az MMPI-2 klinikai skáláira és ezek alszkáláira fókuszáltunk. A vizsgálati csoportok klinikai személyiségprofiljának elkészítéséhez standardizált T-értékeket számoltunk a 9 validitási skála és a 10 klinikai skála, valamint a tartalmi skálák vonatkozásában és az elemzéseket a T-értékekkel végeztük el.

### *Validitási skálák*

Elsőként a validitási skálák értékeit vizsgáltuk meg a kontroll és a betegcsoportokban (4. melléklet). Az elemzés eredményei szerint a csoportok átlagértékei az egyes skálákon 47 és 58 T-érték közé esnek. A csoportok között ugyan kimutathatók szignifikáns különbségek, mégpedig az Igaz válasz inkonzisztencia (TRIN), a Ritka válaszok (F), a Későbbi ritka válaszok (Fb), és a Korrekciós (K) skálák vonatkozásában, melyek azonban klinikai jelentőséggel nem bírnak, tekintettel arra, hogy mindegyik csoport értékei a normál övezeten belül vannak. Összességében tehát megállapítható, hogy mindhárom átlagprofil érvényes.

### *Klinikai skálák*

Miután a validitási skálák alapján a profilok érvényesnek bizonyultak, megvizsgáltuk az egyes csoportok értékeit a klinikai skálák és alskálák mentén (15. táblázat). Az elemzés alapján elmondható, hogy mindkét betegcsoport magas pontszámot ért el a Hipochondriázis, a Depresszió és a Hisztéria skálákon. Mérsékelt pontszámokat mutattak a Szociális introverzió skálán, míg a Pszichaszténia és a Szkizofrénia skálákon csak az RA-s nőbetegek értékei haladták meg az 57 T-értéket. A Pszichopátia, a Maszkulinitás-Feminitás, a Paranoia és a Hipománia skálákon mindhárom csoport a normál övezetbe tartozó értékekkel jellemezhető.

A csoportok átlagértékei közti különbségeket egyszempontú varianciánalízissel (ANOVA, Bonferroni vagy Dunnett T3 utótesztel) vizsgáltuk. A Hipochondriázis ( $F(2,195)=40,31$ ;  $p=,000$ ; parciális eta négyzet= $,293$ ), a Depresszió ( $F(2,195)=34,16$ ;  $p=,000$ ; parciális eta négyzet= $,259$ ) és a Hisztéria ( $F(2,195)=29,12$ ;  $p=,000$ ; parciális eta négyzet= $,230$ ) skálán mind az RA-s, mind a sclerodermás betegek szignifikánsan magasabb pontszámot értek el az egészségesekhez viszonyítva, melyek a fentebb említettek szerint a magas T-értékű tartományba estek. Hasonló eredményre vezetett a Pszichaszténia ( $F(2,195)=17,51$ ;  $p=,000$ ; parciális eta négyzet= $,152$ ), a Szkizofrénia ( $F(2,195)=15,44$ ;  $p=,000$ ; parciális eta négyzet= $0,137$ ) és a Szociális Introverzió ( $F(2,195)=11,57$ ;  $p=,000$ ; parciális eta négyzet= $,106$ ) skálákon elért értékek elemzése is, ugyanis mindkét autoimmun betegcsoport szignifikánsan magasabb átlagpontszámokat mutatott az egészséges nők csoportjához képest. A Paranoia skálán azonban csak az RA-s nőbetegek értékei bizonyultak szignifikánsan magasabbnak ( $F(2,195)=6,16$ ;  $p=,003$ ; parciális eta négyzet= $,059$ ) mind a sclerodermás, mind az egészséges nők értékeihez képest, azonban mindhárom T-érték a normál övezetbe tartozott és a próba hatáserőssége is kicsinek volt mondható. A Pszichopátia skálán szintén mindkét betegcsoport értékei szignifikánsan magasabbak ( $F(2,195)=4,77$ ;  $p=,009$ ; parciális eta négyzet= $,047$ ) voltak a kontroll csoporthoz képest, azonban a hatáserősség ebben az esetben is kicsinek bizonyult. A csoportok között nem találtunk szignifikáns különbséget a

Maszkulinitás-Feminitás ( $F(2,195) = ,584$ ;  $p = ,559$ ) és a Hipománia ( $F(2,195) = ,354$ ;  $p = ,702$ ) skálákon.

	<b>Kontroll (N=67)</b>	<b>RA (N=63)</b>	<b>SSc (N=68)</b>	<b>F, p</b>
<b>Hipochondriázis</b> M±SD Min-Max 95% CI	53,27 ± 10,14 37,23 - 74,79 50,80 - 55,75	<b>66,42 ± 8,97</b> 49,75 - 81,95 64,16 - 68,68	<b>66,32 ± 9,94</b> 44,38 - 85,53 63,92 - 68,73	<b>F= 40,312</b> <b>p= ,000</b>
<b>Depresszió</b> M±SD Min-Max 95% CI	54,40 ± 10,55 33,19 - 84,07 51,83 - 56,98	<b>67,42 ± 9,88</b> 43,72 - 89,33 64,93 - 69,91	<b>66,17 ± 9,54</b> 41,96 - 91,09 63,86 - 68,47	<b>F= 34,159</b> <b>p= ,000</b>
<b>Hisztéria</b> M±SD Min-Max 95% CI	52,56 ± 12,22 27,66 - 81,66 49,57 - 55,54	<b>65,22 ± 9,38</b> 45,66 - 89,66 62,85 - 67,58	<b>65,45 ± 11,56</b> 35,66 - 87,66 62,66 - 68,25	<b>F= 29,119</b> <b>p= ,000</b>
<b>Pszichopátia</b> M±SD Min-Max 95% CI	48,08 ± 7,77 34,09 - 66,10 46,19 - 49,98	52,32 ± 10,44 32,20 - 86,82 49,69 - 54,95	52,48 ± 9,58 32,20 - 81,17 50,16 - 54,80	<b>F= 4,772</b> <b>p= ,009</b>
<b>Maszkulinitás- Feminitás</b> M±SD Min-Max 95% CI	51,54 ± 9,76 24,50 - 73,28 49,16 - 53,92	52,80 ± 9,05 31,15 - 71,06 50,52 - 55,08	51,21 ± 7,59 35,59 - 66,63 49,37 - 53,04	F= ,584 NS
<b>Paranoia</b> M±SD Min-Max 95% CI	48,11 ± 10,68 28,35 - 72,47 45,50 - 50,71	54,50 ± 11,61 31,29 - 78,35 51,57 - 57,42	49,59 ± 10,19 28,35 - 75,41 47,12 - 52,06	<b>F= 6,157</b> <b>p= ,003</b>
<b>Pszichaszténia</b> M±SD Min-Max 95% CI	48,16 ± 10,04 33,86 - 78,51 45,71 - 50,61	<b>59,33 ± 12,03</b> 33,86 - 87,44 56,30 - 62,36	55,49 ± 10,83 33,86 - 78,51 52,87 - 58,11	<b>F= 17,513</b> <b>p= ,000</b>
<b>Szkizofrénia</b> M±SD Min-Max 95% CI	49,33 ± 9,06 36,62 - 77,54 47,12 - 51,54	<b>59,37 ± 11,95</b> 38,83 - 94,14 56,36 - 62,38	56,14 ± 10,56 38,83 - 84,18 53,58 - 58,69	<b>F= 15,437</b> <b>p= ,000</b>
<b>Hipománia</b> M±SD Min-Max 95% CI	46,01 ± 9,59 28,31 - 68,91 43,67 - 48,35	47,34 ± 9,14 30,45 - 68,91 45,04 - 49,64	46,22 ± 10,08 28,31 - 75,32 43,78 - 48,66	F= ,354 NS
<b>Szociális introverzió</b> M±SD Min-Max 95% CI	52,78 ± 9,65 30,27 - 74,63 50,43 - 55,13	<b>59,91 ± 8,87</b> 40,83 - 80,96 57,68 - 62,14	<b>58,66 ± 8,73</b> 41,89 - 76,74 56,55 - 60,77	<b>F= 11,565</b> <b>p= ,000</b>

15. táblázat A vizsgálati csoportok T-értékei az MMPI-2 klinikai skáláin

F és p értékek az egyszempontos variancia-analízisre (ANOVA) vonatkoznak, félkövér betűtípus: a mérsékelt vagy magas tartományhoz tartozó T-értékek; NS= nem szignifikáns

MMPI-2 klinikai skálák	≥65T RA n (%)	≥65T SSc n (%)	$\chi^2$ , p
Hipocondriázis (Hs)	35 (55,6%)	40 (58,8%)	,143 NS
Depresszió (D)	43 (68,3%)	45 (66,2%)	,064 NS
Hisztéria (Hy)	33 (52,4%)	36 (52,9%)	,004 NS
Pszichopátia (Pd)	7 (11,1%)	7 (10,3%)	,023 NS
Maszkulinitás-Feminitás (Mf)	7 (11,1%)	2 (2,9%)	3,412 p= ,087
Paranoia (Pa)	12 (19,0%)	6 (8,8%)	2,884 p= ,089
Pszichaszténia (Pt)	16 (25,4%)	12 (17,6%)	1,169 NS
Szkizofrénia (Sc)	21 (33,3%)	11 (16,2%)	5,214 P= ,022
Hipománia (Ma)	2 (3,2%)	4 (5,9%)	,549 NS
Szociális Introverzió (Si)	19 (30,2%)	17 (25,0%)	,437 NS

16. táblázat A magas (65T-érték vagy efeletti) pontértéket elérők aránya a betegcsoportokban  
NS= nem szignifikáns

Az első elemzés rámutatott arra, hogy a betegcsoportok több klinikai skálán is magas vagy mérsékelten emelkedett T-értékkel jellemezhetőek. Annak érdekében, hogy megállapíthassuk, a betegcsoportokban milyen arányban fordulnak elő a klinikailag is jelentős mennyiségű tünetről beszámoló, azaz a 65 vagy ennél magasabb T-értéket elérő személyek, Pearson-féle  $\chi^2$ -próbát végeztünk (alacsony gyakoriságok esetén Fisher exact tesztet használtunk; az elemzés eredményei a 16. táblázatban található). A megkérdezett RA-s és SSc-s nők kiemelkedően nagy aránya, nagyjából kétharmada (68,3% és 66,2%) magas T-értéket ért el a Depresszió skálán. Mindkét betegcsoport tagjainak több mint felére jellemző volt a Hipocondriázis (55,6% és 58,8%) és a Hisztéria (52,4% és 52,9%) skálák 65T vagy azt meghaladó értéke. Viszonylag magas gyakoriság mutatkozott a Szociális introverzió skálán is mindkét autoimmun csoportban (30,2% és 25%). A Szkizofrénia skálán azonban csak az RA-s nők esetében fordult elő hasonlóan magas, 33,3%-os gyakoriság, míg a sclerodermás betegeknek mindössze 16,2%-a ért el magas értéket a 8. klinikai skálán. A magas T-értékek arányának megoszlásában szignifikáns különbséget jelzett az elemzés ( $\chi^2(1) = 5,214$ ;  $p = ,022$ ; Cramer V = ,20; kontingencia koefficiens = ,196). Az előbbieket mellett még a Pszichaszténia skála esetében mondható számottevőnek a magas értéket elérők aránya, amely 25,4%-os az RA-s és 17,6%-os gyakoriságú az SSc-s nők körében. A Paranoia

skálát illetően tendencia szinten gyakoribb volt a magas T-érték az RA-s, mint az SSc-s betegcsoportban (19% vs. 8,8%). A Pszichopátia, a Hipománia és a Maszkulinitás-Feminitás skálák vonatkozásában viszonylag ritkán fordultak elő, az utóbbi skála esetében azonban tendencia szintű különbség mutatkozott a két csoport között, mivel valamelyest gyakoribb a magas Maszkulinitás-Feminitás pontérték az RA-s nők csoportjában a szisztémás sclerosisos nőkhöz képest (11,1% vs. 2,9%).

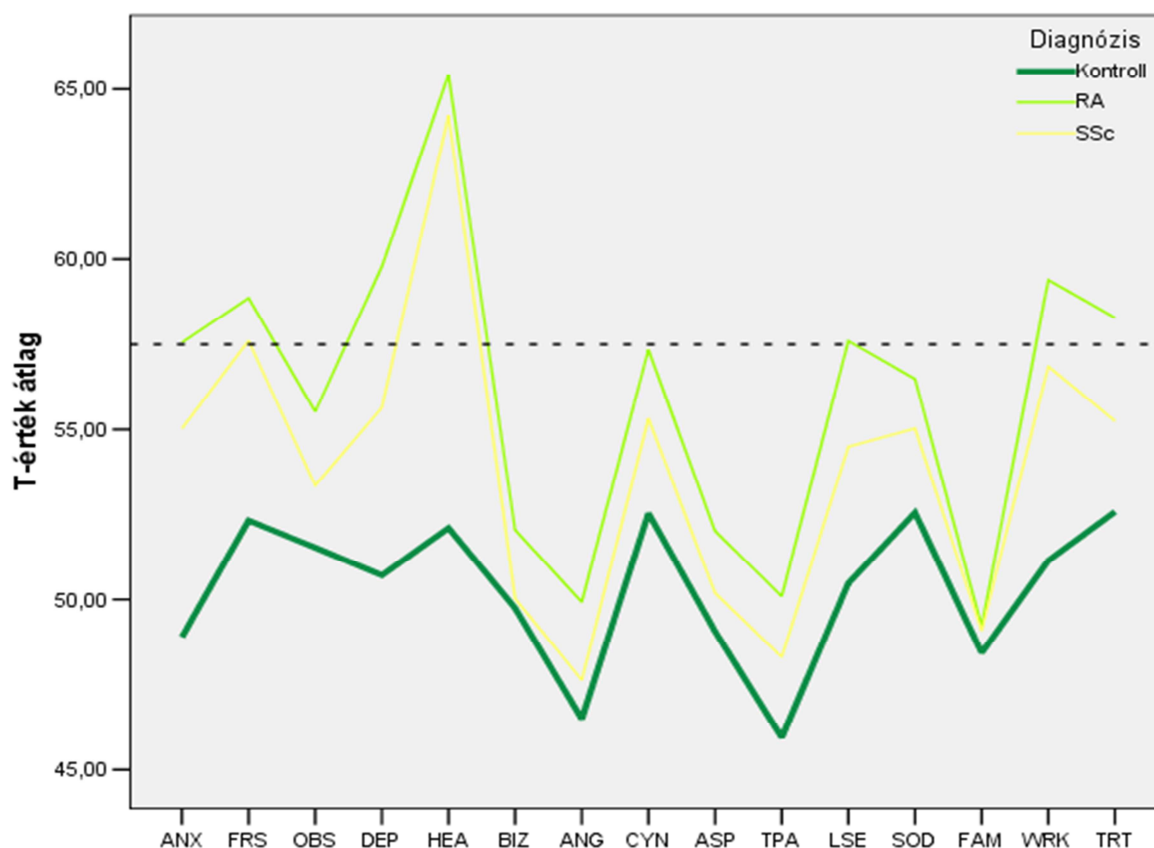
	<b>RA (n=63) M±SD</b>	<b>SSc (n=68) M±SD</b>	<b>t, p</b>	<b>≥65T RA n (%)</b>	<b>≥65T SSc n (%)</b>	<b>χ<sup>2</sup>, p</b>
<b>Depresszió (D)</b>						
Szubjektív Depresszió (D1)	63,18 ±10,84	60,60 ±10,26	1,40 NS	28 (44,4%)	25 (36,8%)	0,80 NS
Pszichomotoros retardáció (D2)	58,02 ±9,86	58,78 ±11,56	-0,41 NS	14 (22,2%)	15 (22,1%)	0,00 NS
Gyenge testi működés (D3)	<b>69,91 ±10,64</b>	<b>69,14 ±9,97</b>	0,42 NS	50 (79,4%)	54 (79,4%)	0,00 NS
Mentális tompultság (D4)	58,82 ±10,58	58,36 ±10,24	0,25 NS	19 (30,2%)	18 (26,5%)	0,22 NS
Töprengés (D5)	56,32 ±8,01	53,68 ±8,08	1,88 p=,063	12 (19,0%)	6 (8,8%)	2,88 p=,089
<b>Hisztéria (Hy)</b>						
Társas szorongás tagadása (Hy1)	44,16 ±9,71	46,77 ±9,74	-1,54 NS	1 (1,6%)	- (0%)	
Érzelmi szükséglet (Hy2)	47,04 ±9,91	49,61 ±11,21	-1,39 NS	7 (11,1%)	7 (10,3%)	0,02 NS
Fáradtság, rossz közérzet (Hy3)	<b>65,15 ±7,97</b>	63,49 ±8,32	1,16 NS	41 (65,1%)	33 (48,5%)	3,64 p=,056
Testi panaszok (Hy4)	<b>68,65 ±10,98</b>	<b>66,44 ±11,58</b>	1,12 NS	43 (68,3%)	38 (55,9%)	2,12 NS
Agressziógátlás (Hy5)	50,47 ±11,31	52,23 ±11,31	-0,89 NS	10 (15,9%)	9 (13,2%)	0,18 NS

**17. táblázat A rheumatoid arthritises és a sclerodermás betegcsoportok átlag értékei az MMPI-2 Depresszió és Hisztéria skáláinak alsóskáláin, valamint a 64T-érték feletti pontértéket elérők aránya**  
NS= nem szignifikáns

Az alsóskálák elemzése az első három klinikai skálát illetően volt indokolt, mivel ezeken a skálákon mértünk 64T-értéknél magasabb pontértéket a betegcsoportok esetében, azonban

ezek közül csak a Depresszió és a Hisztéria skálák rendelkeznek alskálákkal. Az alskálák vizsgálata segítséget ad annak megértéséhez, hogy mi okozza a fő skála magas pontszámát. A két csoport átlagértékeit független mintás t-próba segítségével hasonlítottuk össze (17. táblázat; az elemzést minden klinikai skála alskáláira elvégeztük a profil mérsékelt emelkedett értékeinek helyes értelmezése érdekében, a teljes elemzés a CD-mellékleten található). A statisztikai elemzés eredménye szerint a Depresszió skála öt alskálája közül kizárólag a Gyenge testi működés alskála értékei emelkednek 64T-érték fölé mindkét betegcsoportban. A két csoport között nem találtunk szignifikáns különbséget egyik alskálán sem, mindössze a Töprengés alskálán volt detektálható tendencia szintű különbség, mivel az RA-s nők valamelyest magasabb pontértéket értek el a sclerodermás betegekhez képest. A Hisztéria skála öt alskálája közül a Testi panaszok alskála mindkét csoportban, míg a Fáradtság, rossz közérzet alskála az RA-s csoportban vett fel 64T feletti értéket. A két csoport között egyik alskála vonatkozásában sem mutatható ki szignifikáns különbség.

Megvizsgáltuk a magas övezetbe tartozó T-értéket elérők gyakoriságát és a két betegcsoport között a megoszlásban mutatkozó esetleges különbségeket. Az elemzéshez Pearson-féle  $\chi^2$ -próbát alkalmaztunk (17. táblázat). A Depresszió skála Gyenge testi működés alskáláján kiemelkedően magas, közel 80%-os volt mindkét csoportban azok aránya, akik magas pontértéket kaptak. Viszonylag magas gyakoriságot kaptunk eredményül a Szubjektív depresszió alskála esetében, melyen az RA-s nők 44,4%-nak és az SSC-s betegek 36,8%-nak volt magas pontértéke. A többi skálán jelentősen alacsonyabb gyakorisági adatokat találtunk. A magas pontértékek megoszlásában a Depresszió skála alskálái közül csak a Töprengés alskála vonatkozásában találtunk tendencia szintű különbséget, ugyanis valamelyest több RA-s nő kapott 64T-érték feletti pontszámot a sclerodermás csoporthoz viszonyítva (19% vs. 8,8%). A Hisztéria skála alskálái közül a Fáradtság, rossz közérzet (65,1% és 48,5%) és a Testi panaszok (68,3% és 55,9%) alskáláin mindkét betegcsoport meglehetősen gyakoriak voltak a magas pontértékek, míg a másik három skála esetében az autoimmun betegségben szenvedő kitöltőink igen kis hányada ért el magas pontszámot. A magas pontértékek megoszlásában a Fáradtság, rossz közérzet alskálát illetően találtunk tendencia szintű különbséget a betegcsoportok között, mivel az RA-s betegek között valamelyest magasabb volt a 64T-érték feletti pontszámmal jellemezhetőek aránya.



10. ábra A vizsgálati csoportok átlagértékei az MMPI-2 tartalmi skáláin

Mivel a tartalmi skálák hasznos információkat szolgáltatnak, és többletinformációt jelentenek a klinikai skálákon elért pontszámok értelmezéséhez, így ezeket is bevontuk az elemzésekbe. Megvizsgáltuk a három vizsgálati csoport átlagértékei közti különbségeket, melyeket a 10. ábra szemléltet. Mindkét betegcsoport szignifikánsan magasabb pontértéket ért el a Szorongás ( $F(2,195)= 11,42$ ;  $p= ,000$ ; partiális eta négyzet= ,104), a Félelmek ( $F(2,195)= 7,852$ ;  $p= ,001$ ; partiális eta négyzet= ,074), a Depresszió ( $F(2,195)= 13,245$ ;  $p= ,000$ ; partiális eta négyzet= ,120), az Egészségügyi panaszok ( $F(2,195)= 33,544$ ;  $p= ,000$ ; partiális eta négyzet= ,255), és a Romló munkateljesítmény ( $F(2,195)= 13,397$ ;  $p= ,000$ ; partiális eta négyzet= ,121). Az Egészségügyi panaszok esetében az RA-s nők értéke magas, míg az SSc-s nők értéke még mérsékelten emelkedett volt, a többi skálán az RA-s nők mérsékelten emelkedett, míg az SSc-s betegek – a szignifikáns különbség ellenére – átlagos értékkel rendelkeztek. Az Alacsony önértékelés ( $F(2,195)= 7,462$ ;  $p= ,001$ ; partiális eta négyzet= ,071) és a Rossz terápiás előjelek ( $F(2,195)= 5,190$ ;  $p= ,006$ ; partiális eta négyzet= ,051) skálán csak az RA-s nők értek el szignifikánsan magasabb pontszámot az egészségesekhez képest, és pontszámaik ezeken a skálákon is mérsékelten emelkedettek voltak. A Cinizmus ( $F(2,195)= 4,008$ ;  $p= ,020$ ; partiális eta négyzet= ,039) és az A-típusú személyiség ( $F(2,195)=$

3,611;  $p = ,029$ ; parciális eta négyzet = ,036) skálákon szintén szignifikáns különbséget találtunk a csoportok között, mivel az RA-s betegcsoport statisztikailag jelentősen magasabb pontértékeket ért el ezeken a skálákon, melyek azonban az átlagos tartományba tartoztak. Tekintettel arra, hogy az RA-s nők és a kontroll csoport között számos skála vonatkozásában találtunk különbséget, ezért diszkriminancia analízis (stepwise módszer) segítségével meghatároztuk azon változókat, amelyek a leginkább elkülönítik a két csoportot. A függvénybe egyetlen változó került be, mégpedig az Egészségügyi panaszok skála (Wilk's lambda = 0,697;  $\chi^2 = 45,968$ ;  $p = ,000$ ), amely a csoportok közti különbség 30,3%-át magyarázza. A függvény alapján a helyes klasszifikációs arány 73,8%.

	$\geq 65T$ RA n (%)	$\geq 65T$ SSc n (%)	$\chi^2, p$		$\geq 65T$ RA n (%)	$\geq 65T$ SSc n (%)	$\chi^2, p$
Szorongás (ANX)	21 (33,3%)	14 (20,6%)	2,713 $p=0,10$	Antiszocialitás (ASP)	6 (9,5%)	2 (2,9%)	2,471 NS
Félelmek (FRS)	14 (22,2%)	18 (26,5%)	0,320 NS	A-típus (TPA)	2 (3,2%)	3 (4,4%)	0,136 NS
Kényszeresség (OBS)	16 (25,4%)	12 (17,6%)	1,169 NS	Alacsony önértékelés (LSE)	16 (25,4%)	14 (20,6%)	0,428 NS
Depresszió (DEP)	20 (31,7%)	12 (17,6%)	3,521 $p=0,061$	Társas kényelmetlenség (SOD)	16 (25,4%)	10 (14,7%)	2,350 NS
Egészségügyi panaszok (HEA)	34 (54,0%)	35 (51,5%)	0,82 NS	Családi problémák (FAM)	4 (6,3%)	4 (5,9%)	0,012 NS
Bizarr gondolkodás (BIZ)	10 (15,9%)	6 (8,8%)	1,516 NS	Romló munkateljesítmény (WRK)	21 (33,3%)	17 (25%)	1,103 NS
Düh (ANG)	6 (9,5%)	2 (2,9%)	2,471 NS	Rossz terápiás előjelek (TRT)	18 (28,6%)	11 (16,2%)	2,915 $p=0,088$
Cinizmus (CYN)	17 (27%)	9 (13,2%)	3,886 $p=0,049$				

18. táblázat A magas ( $\geq 65T$ ) pontértéket elérők aránya a betegcsoportokban  
NS= nem szignifikáns



Végül megvizsgáltuk a két betegcsoportban azok arányát, akik a tartalmi skálákon 64 T-értéket meghaladó pontszámot értek el, és  $\chi^2$ -próba (alacsony gyakorisági adatok esetén Fisher exact teszt) segítségével összehasonlítottuk a magas pontértéket elérők megoszlását (18. táblázat). A gyakoriságokat illetően mindössze egy változó esetében kaptunk szignifikáns különbséget, mégpedig a Cinizmus skálát illetően, mivel jelentősen több RA-s beteg kapott magas pontértéket ezen a skálán. Emellett a Rossz terápiás előjelek skála esetében tendencia szintű különbséget tapasztaltunk a magas pontértékek megoszlásában, amely valamelyest gyakrabban fordult elő az ízületi gyulladással járó betegek körében a sclerodermásokhoz viszonyítva. A legnagyobb gyakoriságokat a testi panaszokat mérő skálán kívül a szorongást, depressziót, kényszerességet és félelmeket mérő tartalmi skálákon figyeltük meg. Ezek mellett érdemes megemlíteni az Alacsony önértékelés skálát, amelyen a betegek 25,4 és 20,6%-a kapott magas pontszámot, valamint a Társas kényelmetlenség-érzet skálát, amelyen az RA-s nők 25,4%-a ért el 65T-értéket meghaladó pontszámot.

### **7.8.2.3. Rheumatoid arthritises betegek MMPI-2 profiljának mintázatai**

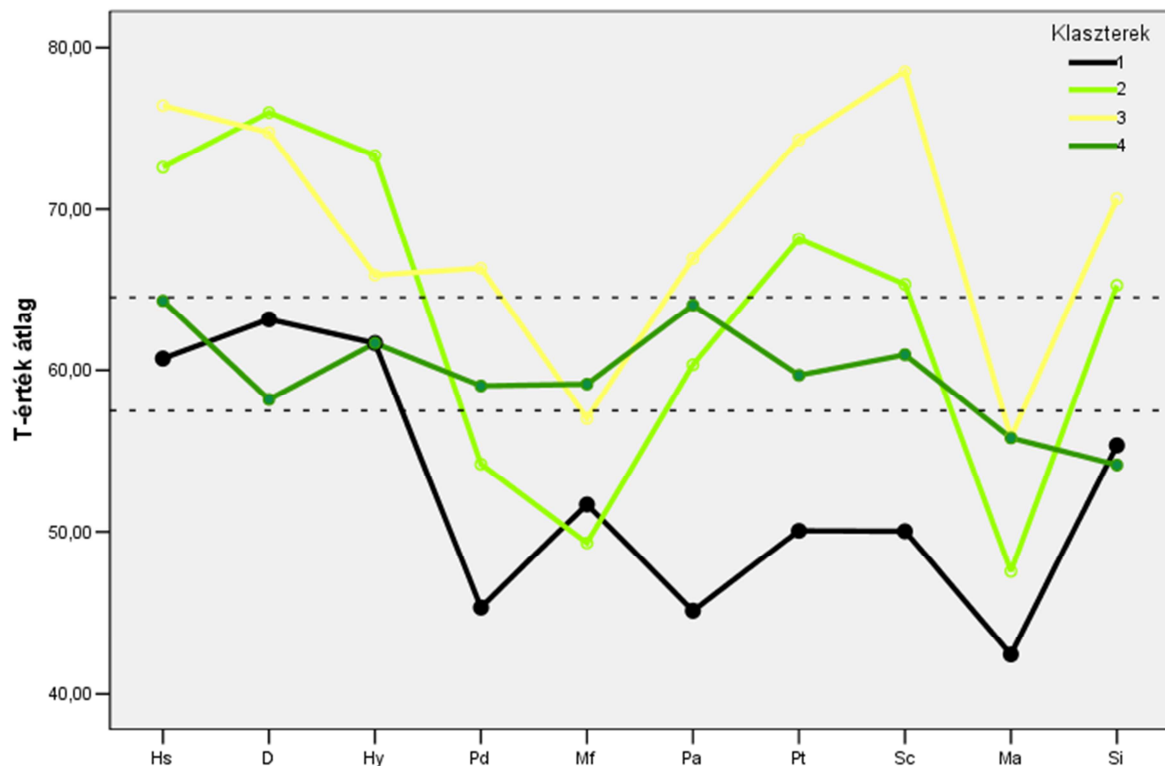
A fenti eredmények megerősítették, hogy az RA-s betegek csoportja több klinikai skála vonatkozásában is jelentős különbségeket mutat az egészséges kontroll csoporthoz viszonyítva. Feltételeztük azonban, hogy az ízületi gyulladással járó betegek nem alkotnak homogén csoportot, és a mintában jól elkülöníthető alcsoportok találhatóak, melyek egymástól eltérő MMPI-2 profillal rendelkeznek. Feltevésünk ellenőrzésére először hierarchikus klaszterelemzést végeztünk, mivel nem rendelkezünk előzetes elvárásokkal a klaszterek számára vonatkozóan. Az agglomeratív klaszteranalízisbe bevont változók az MMPI-2 klinikai skáláinak T-értékei voltak. A klaszterek kialakításához a Ward-féle módszert használtuk, a személyek közti távolságok meghatározása pedig a négyzetes euklideszi távolság alapján történt. A dendrogram és az agglomerációs táblázat megvizsgálását követően a 3, 4 és 5 klaszteres megoldások tűntek a leginkább megfelelőnek. Mindhárom klaszterezési megoldást három lépésben értékeltük. Első lépésként K-közép klaszterezési eljárást végeztünk, amely maximalizálja a csoportok közti különbséget és minimalizálja a csoporton belüli különbséget, annak érdekében, hogy a csoportok a leginkább homogének legyenek, vagyis az egy csoportba tartozó személyek az összes tulajdonság együttes figyelembevételével a legjobban hasonlítsanak egymásra. Az iterációhoz a kezdeti klaszterközépek megállapítása az MMPI-2 klinikai skáláin mért T-értékek alapján történt. Következő lépésként a 3, 4 és 5 klaszteres megoldásokra többváltozós variancia-analízist

végeztünk (MANOVA), hogy validáljuk a létrehozott csoportokat. Az elemzések szerint mindhárom megoldás esetében a változók együttes figyelembevételkor jól elkülönülnek a kialakított klaszterek (a 3, 4 és 5 klaszteres csoportosítás esetében a Wilk's lambda= 0,125; 0,058 és 0,031;  $p= 0,000$  mindhárom alkalommal). Az egyváltozós tesztek eredményei szerint a 4 klaszteres megoldás esetében a csoportok szignifikánsan különböztek egymástól ( $p= ,000$ ) minden klinikai skálán. Hasonló eredményre jutottunk a 3 és 5 klaszteres csoportosítás során is, kizárólag a Maszkulinitás-Feminitás (Mf) skálán nem tudtunk statisztikailag jelentős különbséget kimutatni a klaszterek között. Végül harmadik lépésként diszkriminancia-analízist végeztünk annak érdekében, hogy ellenőrizzük, a klaszterekhez való tartozás becsülhető-e az MMPI-2 klinikai skáláival, mint független változókkal, és ha igen, hány százalékban. A diszkrimináló függvény alapján a személyek csoportba sorolhatók, majd megállapítható a helyesen klasszifikált személyek aránya. Az elemzés szerint a helyesen besorolt betegek aránya a 3 klaszteres megoldás esetében 95,2%-os, a 4 klaszteres megoldás esetében 96,8%-os, míg a minta 5 klaszterre bontásakor szintén 96,8%-os volt. A különböző elemzésekből származó információk alapján arra jutottunk, hogy a 4 klaszteres felosztás tűnik a leginkább megfelelőnek, vagyis a vizsgálati mintánkban 4 olyan RA-s alcsoportot találtunk, amelyek egymástól különböző MMPI-2 profillal rendelkeznek (11. ábra). Az egyes klaszterek elnevezése a legjellemzőbb tulajdonságaik alapján történt. A csoportok alábbi jellemzése a validitási és a klinikai skálák valamint alskálák elemzése alapján készült (5. melléklet).

Az *Átlagos, pszichésen egészséges* csoportba (Klaszter 1) tartozott a vizsgálati mintánk 47,6%-a (30 fő), így ez a legnagyobb elemszámú csoport. A csoport mérsékelten emelkedett pontértéket mutat a neurotikus triász skáláin (60,72 - 63,13 T-érték), a többi klinikai skálán azonban az átlagos tartományba tartozó pontszámokkal jellemezhető. A neurotikus triász emelkedett értékét a szomatikus tünetek jelenlétére utaló alskálák okozzák (pl. Gyenge testi működés alskála  $66,29 \pm 9,89$  T-érték) A validitási skálák értékei szintén átlagosak.

A *Pszichoszomatikus* csoportot (Klaszter 2) a vizsgálati minta 25,4%-a (16 fő) alkotta (az elnevezéshez felhasználtuk az MMPI – segédlet az értékeléshez c. könyv kódcsúcsmintáinak leírását). A csoport legfontosabb jellemzője a Hisztéria (Hy), Hypochondriázis (Hs) és Depresszió (D) skálák magas értéke, melyekhez még a Pszichaszténia (Pt), Szociális introverzió (Si) és a Szkizofrénia (Sc) skálák magas értéke társul, amelyek azonban az előző skáláktól eltérően, nem haladják meg a 70 T-értéket. A csoportba tartozó betegek a testi tüneteken kívül jelentékeny mértékű depresszív tünetről (Szubjektív depresszió  $70,88 \pm 8,85$  T-érték) és mentális tompultságról ( $67,68 \pm 8,80$  T-érték)

számolnak be. A Szkizofrénia skála magas értéke a bizarr szenzoros tapasztalatoknak (Bizarr szenzoros élmények  $70,70 \pm 8,56$  T-érték) köszönhető. Emellett a Paranoia (Pa) skála pontértéke is mérsékelt emelkedést mutat.



11. ábra A klaszteranalízissel azonosított RA-s alcsoportok MMPI-2 profiljai

A *Tünetgazdag* csoportba (Klaszter 3) a vizsgálati mintánk 14,3%-a (9 fő) sorolódott be. A csoport profilja jelentősen eltér a másik 3 csoport profiljától, ugyanis a Maszkulinitás-Feminitás (Mf) és a Hipománia (Ma) skálák kivételével minden klinikai skála a magas tartományba sorolható pontértéket mutat. A Szkizofrénia (Sc), Hisztéria (Hs) és Depresszió (D) skálák értéke a 75 T-értéket is meghaladja. A neurotikus triász magas értékét ennél a csoportnál is a szomatikus panaszokat mérő alskálák mellett a Szubjektív depresszió ( $74,92 \pm 7,55$  T-érték) és a Mentális tompultság ( $69,81 \pm 8,66$  T-érték) okozza. Emellett jellemző még rájuk a másoktól és maguktól való elidegenedés (Társas elidegenedés  $64,65 \pm 6,34$ ; Elidegenedés az éntől  $65,55 \pm 6,33$  T-érték; Érzelmi elidegenedés  $65,12 \pm 9,13$  T-érték). A Paranoia (Pa) skála alskálái közül mind az Üldöztetési gondolatok ( $69,24 \pm 8,25$  T-érték), mind a Túlérzékenység a lelki fájdalomra alskála ( $67,80 \pm 8,14$  T-érték) magas értéket vett fel. A Szkizofrénia skálát illetően nem csak a bizarr szomatikus tapasztalatokat mérő alskála pontszáma magas, hanem az énhatékonyság különböző formáit felmérő alskálák értéke is ( $66,30 - 73,35$  T-érték). Kiemelendő még, hogy a csoport a validitási skálák közül a Ritka válaszok (F) skálán kissé magas pontszámot ért el, a profiljuk azonban érvényes.

Végül a negyedik, *Konverziós* csoportot a minta 12,7%-a (8 fő) alkotta. A profil egyik megkülönböztető jegye, hogy kizárólag ebben a csoportban figyelhető meg a „konverziós völgy” mintázata, vagyis a Hisztéria (Hy) és a Hipochondriázis (Hs) skálák magasabb értéke a Depresszió (D) skálához viszonyítva. Jóllehet, mindhárom skála értéke még a mérsékelt emelkedett tartományban marad. Összességében az egész profilra jellemző, hogy kissé magas fekvésű, ugyanis a Hipománia (Ma) és a Szociális introverzió (Si) skálák kivételével minden klinikai skála értéke a mérsékelt emelkedett övezetben van. A kérdőív alszállái közül a testi tüneteket mérő alszállák (Gyenge testi működés; Fáradtság, rossz közérzet; Testi panaszok; Bizarr szenzoros élmények), a Társas elidegenedés, valamint az Üldözöttes gondolatok és a Túlérzékenység a lelki fájdalomra alszállák emelkednek ki. A validitási skálák értékei átlagosnak mondhatók.

## 7.9. Megvitatás

Vizsgálatunk két immun-mediált gyulladásos reumatológiai kórképben érintett betegcsoport MMPI-2 profilját tártuk fel a kérdőív fő-, illetve alszállái segítségével. Eredményeink szerint az RA-s és az SSc-s betegek profiljai több klinikai skála vonatkozásában is jelentősen eltérnek az egészséges kontrollcsoporttól. Ugyanakkor egymástól igen csekély mértékben különböznek. Az MMPI-2 profilok legszembetűnőbb jellegzetessége a neurotikus triádst alkotó skálák magas övezetbe eső értékei. Ezeknél enyhébb emelkedést mutat a Szociális introverzió (Si) skála pontértéke mindkét betegcsoportnál. Míg a Szkizofrénia (Sc) és a Pszichaszténia (Pt) skálák – az előzőektől eltérően – csak az RA-s csoportban vesznek fel mérsékelt emelkedett értéket.

A profilok alapján tehát a rheumatoid arthritises és a sclerodermás nőkre egyaránt jellemző az egészségük miatti fokozott aggodalmaskodás, a testi folyamataikkal való intenzív foglalkozás és a rendszeresen ezekre irányuló figyelmi fókusz (Hs). Emellett mindkét csoport tagjai rossz egészségi állapotról, kimerültségről, gyengeségről és számos specifikus tünetről számolnak be (D3, Hy3, Hy4). Továbbá mind az ízületi gyulladásos, mind a szisztémás sclerosisos betegek valószínűleg gyakran érzik magukat boldogtalannak, illetve kisebbségnek és értéktelennek, így sokszor kételkednek saját képességeikben (D1, Pt, Si). A körülöttük történő dolgokat illetően jelentős részük (RA: 44,4%; SSc: 36,8%) mutat érdektelenséget (D1). Emellett a társas helyzetekben valamelyest kényelmetlenül érzik magukat (D1) és társaságban sokszor szégyenlősen, félénken viselkedhetnek (Si). Betegcsoportjaink tagjai közül viszonylag sokan (RA: 25,4%; SSc: 17,6%) számolnak be

szorongásos, esetleg kényszeres tünetekről, illetve aggodalmaskodásról, amelyek alvási zavarokkal és különböző testi tünetekkel társulhatnak, valamint a hétköznapi helyzetekben döntésképtelenséget eredményezhetnek (Pt). Mindezek a jellemzők az RA-s betegeknek valamelyest kifejezettebbek, klinikai jelentőséggel bírnak (RA:  $59,33 \pm 12,03$ ; SSc:  $55,49 \pm 10,83$  T-érték). Továbbá mindkét betegcsoport több tünetről számol be a Szkizofrénia (Sc) skála vonatkozásában az egészségesekhez képest, amely elsődlegesen a furcsa vagy szokatlan szenzoros tapasztalatokra vezethető vissza (Bizarr szenzoros élmények alszála értéke magas vagy emelkedett mindkét csoportban, a többi alszála normál pontszámot ért el). A Pszichopátia (Pd) és Paranoia (Pa) skálán mutató különbségek kicsinek mondhatók (parciális eta négyzet = 0,047 és 0,059), illetve a skálák pontértékei átlagosak voltak (így ezek nem utalnak klinikai tünetek jelenlétére).

A két betegcsoport között igen kevés különbséget találtunk. A klinikai skálák közül a Szkizofrénia (Sc) skálán jelentősen több RA-s beteg (33,3 vs. 16,2%) ért el magas pontértéket, amely – ahogy fentebb említettük – elsődlegesen a szokatlan testi tapasztalatokat felmérő alszála tulajdonítható. Jóllehet, a skála értéke az SSc-s csoportban is emelkedett. Mindazonáltal, nem jelenthető ki, hogy a betegek ezen részénél szkizofrén zavarra utaló tünetek állnának fenn. A skála vonatkozásában ugyanis a jelzőtartomány 65 és 90 T-érték közé esik és csak a 91 T-érték felettiek mondhatók patológiásnak (Andó és mtsai, 2010). Tendencia szintű különbséget találtunk továbbá a Paranoia (Pa) skála magas pontértékeinek előfordulási gyakoriságában. Valamelyest több RA-s nőbeteg (19 vs. 8,8%) ért el magas pontértéket a Paranoia skálán a sclerodermás betegekhez viszonyítva. A szakirodalmi adatok azonban nem támasztják alá az RA-s betegek nagyobb fokú érintettségét a paranoid és más szkizofrén zavarok vonatkozásában, sőt, éppen ellenkezőleg, azon kutatások, amelyek kapcsolatot találnak az RA és a szkizofrénia között, negatív asszociációról adnak számot (pl. Oken & Schulzer, 1999; Leucht és mtsai, 2007). Gorwood és munkatársai (2004) vizsgálatában az RA-s betegek például jelentősen kevesebb paranoid gondolatról számoltak be más szomatikus betegekhez és a szkizofrén csoporthoz viszonyítva. Mindezek, valamint a 6. és a 8. klinikai skála alszálaire vonatkozó leíró eredmények áttekintése alapján arra következtetünk, hogy a két skála emelkedett értékének (valamelyest) gyakoribb előfordulása valószínűleg nem valamilyen szkizofrén zavar fennállására utal, hanem azon kérdésekre adott válaszok következménye, amelyek a szokatlan testi tüneteket (Sc6) és a lelki feszültséget, érzékenységet, esetlegesen magányosságot (Pa2) mérik fel. Ezen utóbbi, vagyis a magányosság és a meg nem értettség érzésének gyakori megtapasztalását korábbi kutatások is

alátámasztják (Bediako & Friend, 2004; El-Mansoury és mtsai, 2008). A klinikai skálákat illetően még említést kell tenni arról, hogy a Maszkulinitás-Feminitás (Mf) skálán az RA-s betegek körében szintén valamelyest gyakrabban (11,1 vs. 2,9%) találtunk magas pontértéket a sclerodermás nőkhöz képest. Ezzel kapcsolatban azonban csak óvatos következtetéseket tehetünk, hiszen a különbség nem volt statisztikailag szignifikáns. Mindazonáltal nem mehetünk el szó nélkül amellett, hogy az eredmény némileg egybeesik Alexander és munkatársainak megfigyeléseivel (Johnson és mtsai, 1947), jóllehet a maszkulin attitűd és érdeklődés a saját vizsgálatunkban az RA-s nők mindössze 11,1%-át jellemezte. Ráadásul, a nőies tevékenységek ritkább gyakorlása a betegség következménye is lehet, hiszen a kórkép jelentős dizabilitást okoz, megnehezítve ezzel az olyan hétköznapi tevékenységek kivitelezését, mint a főzés, a kertészkedés vagy más rekreációs és szociális tevékenységek (Katz, Morris és Yelin, 2006). Mi több, az RA-s betegeink közül valamelyest többen (65,1 vs. 48,5%) panaszkodtak jelentős mértékű fáradtságra és rossz közérzetre az SSc-s betegekhez képest, amely megfelel Danieli és munkatársai (2005) eredményeinek, mely szerint az RA-s betegek valamelyest ( $p=0,06$ ) több fájdalmat tapasztalnak meg az SSc-s betegekkel összevetve (tudomásunk szerint eddig ez az egyetlen vizsgálat, amelyben a két betegcsoportot egymással összehasonlították a betegségek pszichoszociális aspektusát illetően). Végül, említést érdemel még az az eredmény, amely azt mutatja, hogy az RA-s betegek valamelyest nagyobb mértékben ( $56,32 \pm 8,01$  vs.  $53,68 \pm 8,08$  T-érték) és valamelyest többen (19 vs. 8,8%) töprengenek, rágódnak dolgokon, jóllehet, a csoportok közti különbségek ebben az esetben sem voltak szignifikánsak. Mindazonáltal, az RA-s betegek azon tendenciáját, hogy hajlamosak a betegség tüneteivel kapcsolatos ruminációra és katasztrófizációra, más kutatások is megerősítik (pl. Affleck és mtsai, 1992; van Hoogmoed és mtsai, 2010; Watkins és mtsai, 1999).

A tartalmi skálákat illetően a betegcsoportok és a kontroll csoport közti legjelentősebb különbséget, nem meglepő módon, az Egészségügyi panaszok skálán találtuk, amely feltehetően a két krónikus betegség számos szervrendszert érintő, gazdag tüneti manifesztációját tükrözi. Ennél kisebb különbséget mutattunk ki a Szorongás, a Félelmek, a Depresszió és a Romló munkateljesítmény skálákat illetően (a hatáserősség rendre közepes volt), melyeken az RA-s csoport mérsékelten emelkedett pontértékeket ért el. Előbbiek megerősítik a jelen mintában is a szorongásos és depresszív tünetek mások által következetesen megállapított magas prevalenciáját RA-s betegeknél (pl. Covic és mtsai, 2012; Isik és mtsai, 2007; Söderlin és mtsai, 2000). Vizsgálatunkban a magas pontértéket elérők

aránya a Szorongás skála esetében 33,3%, míg a Depresszió skálán 31,7% volt, amelyek egyfelől beleesnek az áttekintő tanulmányok által közölt 15-60%-os tartományba, másfelől megfelelnek a kérdőíves módszerekkel azonosított – az interjú alkalmazó vizsgálatokhoz képest magasabb – prevalencia adatoknak (pl. Abdel-Nasser és mtsai, 1998; Dickens és mtsai, 2002; Palkonyai és mtsai, 2007; van Dyke és mtsai, 2004). A Cinizmus magas pontértékének szignifikánsan gyakoribb előfordulása (27 vs. 13,2%) is talán a depressziós tünetegyütteshez kapcsolódó jelenség, mely utóbbi – a Depresszió tartalmi skála magas pontértéke alapján – szintén valamelyest nagyobb mértékű (31,7 vs. 17,6%) az ízületi gyulladással betegek közt a sclerodermás nőbetegekkel összevetve. A Romló munkateljesítmény fokozott mértéke az RA-s betegcsoport tekintélyes részét, 33,3%-át érinti, melynek értékelése során figyelembe kell venni a jelen minta demográfiai sajátosságait, mégpedig a relatíve magas átlag életkorát ( $56,52 \pm 11,94$  év), és ebből fakadóan azt a tényt, hogy a válaszadóink egy része nyugdíjas lehet. Másfelől, a betegség okozta dizabilitás miatt az RA-s betegek körében magas a rokkantnyugdíjasok és munkanélküliek aránya is, amely a felmérések szerint átlagosan 33%-os (Burton és mtsai, 2006). Jelen vizsgálatban nincs adatunk arra vonatkozóan, hogy mennyi az életkoruk vagy betegségük miatt nyugdíjazottak és a munkanélküliek aránya, azonban feltételezhető, hogy ez meghaladja az átlagpopulációban mérhető adatokat és ez hozzájárulhat a skálán mért magas értékhez. A tartalmi skálákat érintő eredmények kapcsán kiemelendő még az alacsony önértékelés, amely az ízületi gyulladással betegek 25,4%-ánál fordul elő (de 20,6%-ban megfigyelhető a sclerodermás betegcsoportban is). Ez az eredmény egyfelől jól illeszkedik az önértékelést vizsgáló, és annak csökkent mértékéről beszámoló korábbi tanulmányok sorába (Krol és mtsai, 1998; Nagyova és mtsai, 2005; Skevington és mtsai, 1987). Azzal kapcsolatban nem tehetünk egyértelmű megállapításokat, hogy ez a személyiségjellemző már a betegség kialakulása előtt is jellemezte-e a betegeket vagy a kórkép következménye-e (mint ahogyan azt Taylor (1983) feltételezi a kognitív adaptációról szóló elméletében). Az azonban feltételezhető, hogy megnehezíti a betegséghez való sikeres alkalmazkodást. Az előbbieket mellett az RA-s betegcsoport 28,4%-ánál tapasztalható a pszichoterápiában való részvételt és a viselkedésükön való változtatást illetően alacsony motiváció, valamint az érzelmi feltárulkozás kifejezett nehézsége. Az alexithymiát és érzelmi intelligenciát vizsgáló kutatások hasonló eredményre vezettek (Fernandez és mtsai, 1989; Tillmann és mtsai, 2013), ugyanakkor bizonyított, hogy az érzelmi feltárulkozás összefügg a pszichés és a fizikai egészségi állapottal (Keefe és mtsai, 2008; Wetherell és mtsai, 2005).

Vizsgálat	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Pincus és mtsai, 1986 (34 nő)	67	62	66	54	53	52	57	60	48	57
Liang és mtsai, 1984 (17 nő)	66,3	66,5	67	58,2	42,2	59,5	56,1	58,4	51,5	53,9
Payne és mtsai, 1982 (23 nő, 7 férfi)	65,0	67,0	66,7	57,4	50,2	51,7	57,8	56,8	52,3	52,6
Moos és Solomon, 1964 (49 nő)	65	68	67	58	52	54	57	57	54	-
Ahles és mtsai, 1984 (28 nő, 2 férfi)	62,5	61,4	64,1	53,7	45,7	57,2	55,4	56,2	51,8	53,5
Nalven és O'Brien, 1964 (35 nő)	66,2	67,6	66,1	57,4	50,3	56,8	60,7	59,6	51,5	59,7
Wiener, 1956 (50 férfi)	61,3	55,1	59,3	54,7	52,1	50,7	56,0	55,5	56,5	-
Kozora és mtsai, 1996 (24 nő, 5 férfi)	-	53,8	-	49,4	-	48,0	50,7	49,6	46,9	-
<b>Saját vizsgálat</b>	<b>66,4</b>	<b>67,4</b>	<b>65,2</b>	<b>52,3</b>	<b>52,8</b>	<b>54,5</b>	<b>59,3</b>	<b>59,4</b>	<b>47,3</b>	<b>59,9</b>

19. táblázat A reumatoid arthritises betegek MMPI profilja korábbi kutatások alapján

A jelen vizsgálatban feltárt klinikai profilok nagyfokú hasonlóságot mutatnak az RA-s betegek iránt korábbi kutatások eredményeivel. Az MMPI vagy MMPI-2 kérdőívvel végzett vizsgálatokban a neurotikus triász emelkedett értékét többen is egybehangzóan alátámasztották. Míg a többi klinikai skála értékei normál övezetbe estek, addig a Hs, D és Hy skálák értékei 62 és 68 T-érték között mozogtak. A saját és a megelőző vizsgálatokból származó T-értékeket összevetve, arra a következtetésre juthatunk, hogy ezek alig térnek el egymástól. Jelentősebb különbség csak a Wiener és munkatársai (1956) által közölt adatokkal kapcsolatban figyelhető meg, melyek több skála esetében is jelentősebben alacsonyabbak a saját eredményeinkhez képest. A különbség oka talán abban keresendő, hogy az említett vizsgálatban kizárólag férfiak vettek részt, eltérően a saját és mások kutatásaitól, amelyekben kizárólag vagy többségében nők alkották a vizsgálati csoportot. Érdeemes kiemelni továbbá, hogy a megelőző kutatásokban az MMPI kérdőívet használták, melynek megbízhatósága, szerkezete és a pontértékek értelmezése eltért az MMPI-2 kérdőívétől, továbbá nem álltak rendelkezésre alskálák, melyek segítették volna a klinikai skálák értékeinek pontosabb értelmezését. Ez alól Kozora és munkatársai (1996) vizsgálata képez kivételt, akik az újrasztenderdizált MMPI-2 kérdőívvel mérték fel a szisztémás lupus erythematosusos és RA-s betegeket. Saját eredményeinket az általuk publikált értékekkel összevetve (tanulmányukban csak 6 klinikai skála T-értékeit tették közzé), megállapítható, hogy a magyar RA-s betegek jelentősen magasabb pontszámot értek el a Depresszió (D), a Pszichaszténia (Pt) és a Szkizofrénia skálákon. Jóllehet, a két kutatás vizsgálati mintái nem csak elemszámukban, de



összetételükben is különböztek egymástól, ugyanis az amerikai kutatásban résztvevő betegek közel 20%-a férfi volt, illetve átlag életkoruk mindössze 33,8 év (min-max: 18-55 év) volt, így elképzelhető, hogy a betegség súlyosságát és szociális körülményeit illetően is eltér a jelen kutatás és Kozora és munkatársai (1996) vizsgálati mintája egymástól.

Az MMPI-2 profilok fentebb vázolt jellegzetességei azonban feltehetően a krónikus betegség fennállására utalnak, azaz inkább a betegségek következményének tekinthetők, semmint premorbid személyiség-szerkezetnek. Jóllehet, ennek alátámasztásához longitudinális vizsgálatra lenne szükség, így nem zárható ki, hogy a feltárt személyiségjellemzők már a betegség kialakulása előtt is jellemezőek voltak a betegcsoportunkra. Mindazonáltal, a feltevésünket valószínűsíti egyfelől, hogy azon klinikai skálák értékei magasak vagy emelkedettek, amelyek testi tünetek jelenlétére kérdeznek rá. Másrészt a két betegcsoport közel egyforma mintázata is ezt látszik alátámasztani. Mi több, más krónikus szomatikus kórképek, például krónikus obstruktív tüdőbetegség, fibromyalgia, szisztémás lupus erythematosus, migrén vagy nyaki disztónia esetében szintén ehhez hasonló karakterisztikájú profilokról számoltak be korábban (pl. Csókási és mtsai, 2015; Naber, Weinberger, Bullinger, Palsby, & Chase, 1988; Mongini és mtsai, 2005; Schmaling & Jones, 1996; Pérez-Pareja, Sesé, González-Ordi H, & Palmer, 2010; Zhukava & Shot, 2012). Mindezek arra utalhatnak, hogy a jelen vizsgálatban feltárt MMPI-2 profil a betegszerep és a krónikus, súlyos dizabilitást okozó, valamint erős fájdalommal járó betegség következményeit tükrözi.

Úgy tűnik tehát, hogy a neurotikus triász emelkedett, és esetlegesen a Pszichaszténia (Pt), Szociális introverzió (Si) és Szkizofrénia (Sc) skálák mérsékelten emelkedett értékeivel leírható profil a krónikus szomatikus betegek csoportjaira általánosan jellemző. A vizsgálat eredményei ugyanakkor arra is felhívják a figyelmet, hogy a krónikus betegek MMPI-2 profiljainak értelmezésekor fontos szem előtt tartani azt a módszertani problémát, hogy ezek a skálák tartalmazzák a legtöbb olyan tételt, amely a fizikai egészségi állapot megromlására és az ebből fakadó funkcióvesztésre vonatkoznak – vagyis elképzelhető, hogy a magas pontérték mindössze a krónikus állapot gazdag tünettanát és ennek következményeit tükrözi. Másfelől azonban a krónikus betegeknek számos kihívással kell megküzdeniük: megváltozik a testi integritásuk és közérzetük, átalakul az énképük, módosulnak a szociális szerepeik és a jövőképük, illetve akár a fizikai és szociális környezetük is lényegesen átformálódik (Tiringer, Varga és Molnár, 2007). Ennélfogva gyakorta alakul ki depresszió és/vagy szorongás a különböző krónikus megbetegedésben szenvedőknél a betegségre, mint jelentősen

megváltozott élethelyzetre, és mint veszteségélményre adott érzelmi reakcióként. Következésképpen, a betegek egy részénél az MMPI-2 profil fentebb ismertetett jellegzetességei valóban valamilyen aktuálisan fennálló hangulat- vagy szorongásos zavarra utalhatnak. Megfontolandó azonban Liang és munkatársai (1984) véleménye, akik szerint a Hisztéria (Hy) skála magas pontszámának adaptív értéke lehet, mivel a hisztériás tünetek lehetővé teszik a betegségből és a bizonytalanságból fakadó szorongás kanalizálását. Ugyanígy a magas Hipochondriázis (Hs) is adaptív lehet, hiszen önmaguk folyamatos monitorozása szükséges a betegség állapotának felügyeléséhez.

Az elemzésünk utolsó részében arra a kérdésre kerestük a választ, hogy az RA-s betegcsoporton belül elkülöníthetőek-e olyan alcsoportok, amelyek az MMPI-2 kérdőív valamilyen specifikus mintázatával rendelkeznek. Feltételeztük ugyanis, hogy az ízületi gyulladással betegek nem alkotnak homogén csoportot. Feltevésünk ellenőrzésére klaszteranalízist végeztünk, melynek eredményeképp négy alcsoportot különítettünk el. Ezeket a legjellemzőbb tulajdonságaik alapján neveztük el, és a klinikai skálákon valamint alskálákon elért pontértékeiket figyelembe véve azonosítottuk a sajátosságaikat. Az *Átlagos, pszichésen egészséges* alcsoport a minta 47,6%-át (30 fő) foglalta magába. A csoport mérsékelt emelkedett pontértéket mutatott a neurotikus triász skáláin (60,72 - 63,13 T-érték), azonban a többi klinikai skálán az átlagos tartományba tartozó pontszámokkal rendelkezett. Mi több, a neurotikus triász emelkedett értékét is a fizikai tünetek jelenlétére utaló alskálák okozták (pl. Gyenge testi működés alskála). Összességében tehát ez a csoport átlagos, az átlagpopulációra hasonlító profilt mondhat magáénak, és az attól való eltérés, mindössze a krónikus betegség okozta szomatikus panaszok okozták. A betegséghez való alkalmazkodásuk sikeresnek mondható, a betegség által okozott kihívásokkal feltehetően adaptívan meg tudnak küzdeni. A *Pszichoszomatikus* csoportot a vizsgálati minta 25,4%-a (16 fő) alkotta. A csoport legfontosabb jellemzője a Hisztéria (Hy), Hipochondriázis (Hs) és Depresszió (D) skálák magas értéke volt, melyekhez még a Pszichaszténia (Pt), Szociális introverzió (Si) és a Szkizofrénia (Sc) skálák magas értéke társult. Ezen utóbbiak azonban a neurotikus triász skáláitól eltérően, nem haladták meg a 70 T-értéket. Emellett a Paranoia (Pa) skála pontértéke is mérsékelt emelkedést mutatott náluk. A neurotikus triász magas pontértékei ennél a csoportnál nem csupán a betegség testi tüneteire utalnak, de valamilyen komorbid pszichopatológiai állapotot (szorongás, depresszió) is valószínűsítene. Elképzelhető, hogy az általuk tapasztalt számos fizikai (fáradtság, gyengeség, többféle szomatikus panasz) és pszichés tünet (aggodalom, szorongás, idegesség, ingerlékenység)

legalább részben a különböző élethelyzeti stresszorok következtében alakul ki. Az ilyen betegekre jellemző lehet, hogy konfliktusok esetén az érzelmek felvállalása helyett élettani mechanizmusokkal reagálnak. A harmadik, *Tünetgazdag*-nak elnevezett csoportba a vizsgálati mintánk 14,3%-a (9 fő) tartozott. A csoport profilja jelentősen eltért a másik 3 csoport profiljától, ugyanis a Maszkulinitás-Feminitás (Mf) és a Hipománia (Ma) skálák kivételével minden klinikai skála a magas tartományba sorolható pontértékű volt. A Szkizofrénia (Sc), Hisztéria (Hs) és Depresszió (D) skálák értéke a 75 T-értéket is meghaladta. A neurotikus triász magas értékéhez ennél a csoportnál is a szomatikus panaszokat mérő alskálák mellett a Szubjektív depresszió és a Mentális tomputtség alskálák magas értékei is hozzájárultak. Ugyanígy, a Szkizofrénia (Sc) skála magas értékei háttérében, nem pusztán a furcsa testi élmények, hanem további tényezők is állnak, mégpedig az énhatékonyság különböző formáinak hiánya. Emellett jellemző volt a csoportra a másoktól és maguktól való nagyfokú elidegenedés, melyekhez akár üldöztetési gondolatok is társulhatnak. Összességében tehát ez a csoport írható le a legtöbb pszichopatológiai tünettől, melyeknek klinikai jelentősége is lehet. Ugyanakkor, a csoport tagjai hajlamosak lehetnek arra, hogy tüneteiket, problémáikat felnagyítsák. Mindazonáltal, feltehetően ennél a csoportnál lenne leginkább szükség pszichoszociális intervenciók megvalósítására. Végül a negyedik, *Konverziós* csoportba az ízületi gyulladással járó betegek 12,7%-a (8 fő) tartozott. A profiljuk egyik megkülönböztető jegye, hogy kizárólag ebben a csoportban volt megfigyelhető a „konverziós völgy” mintázata, vagyis a Hisztéria (Hy) és a Hipochondriázis (Hs) skálák magasabb értéke a Depresszió (D) skálához viszonyítva. Jóllehet, mindhárom skála értéke még a mérsékelten emelkedett tartományban maradt és nem volt 10 T-értéknyi különbség a skálák között. Összességében a csoportprofil kissé magas fekvésű volt, ugyanis a Hipománia (Ma) és a Szociális introverzió (Si) skálák kivételével minden klinikai skála értéke a mérsékelten emelkedett övezetbe esett. A kérdőív alskálái közül a testi tüneteket mérő alskálák (Gyenge testi működés; Fáradtság, rossz közérzet; Testi panaszok; Bizarr szenzoros élmények), a Társas elidegenedés, valamint az Üldöztetési gondolatok és a Túlérzékenység a lelki fájdalomra alskálák emelkedtek ki. Mindezek azt valószínűsítik, hogy ezeknek az RA-s nőknek is számos testi panasz van (keletkezési mechanizmusaik esetenként kérdésesek lehetnek), sokszor érzik magukat gyengének, esékénynek. Továbbá elképzelhető, hogy kapcsolataik konfliktusosak és gyakorta érzik, hogy mások nem értik meg őket, nem kapnak elég szeretetet, vagy esetleg magányosnak érzik magukat.

A klaszteranalízis eredményeit krónikus fájdalommal élő betegekre vonatkozó empirikus eredményekkel tudjuk összehasonlítani (RA-s betegekre vonatkozó hasonló vizsgálatról nem tudunk). Krónikus derékfájós, migrénes vagy fibromyalgiás betegcsoportokat ugyanis már több ízben felmérték az MMPI kérdőívvel, majd klaszteranalízis segítségével próbálták azonosítani a csoporton belüli legjellemzőbb mintázatokat. A tanulmányok rendszerint 3, 4 vagy 5 profil-típust különböztettek meg, de ezek közül a 4 klaszteres megoldás a leggyakoribb (Costello, Hulse, Schoenfeld & Ramamurthy, 1987; Mongini, Ibertis, Barbalonga & Raviola, 2000; Riley, Robinson, Geisser, Wittmer & Smith, 1995; Robison, Schwimmer & Raloff, 1989), melyet P-A-I-N klaszterekként emlegetnek. A „P” csoport profiljában minden vagy csaknem minden klinikai skála magas pontértékű, így ez a leginkább pszichopathológiás csoport. A csoport tagjai többnyire alacsony szocioökonómiai státuszúak (alacsony iskolázottság, alacsony jövedelmű vagy munkanélküli), érzelmileg kiegyensúlyozatlanok, rossz egészségi állapotról és nagyfokú fájdalomról számolnak be és gyakran igénybe veszik az egészségügyi ellátás különböző formáit. Az „A” csoport profiljának megkülönböztető jegye a konverziós völgy, míg az „I” csoport profiljában a neurotikus triász mindhárom skálája magas értéket vesz fel a többi klinikai skála normál értéke mellett (néhány kutatásban egy-egy további skálán is magas, 70 T-érték feletti pontszámot mértek). Az „I” csoport tagjai általában a legrosszabb fizikai egészségi állapotú betegek közül kerülnek ki (gyakori hospitalizáció, súlyos diszabilitás és mozgáskorlátozottság), de igyekeznek alkalmazkodni a betegség okozta limitációkhoz. Az „A” csoport közepes értékekkel jellemezhető a szociodemográfiai és a klinikai változók mentén. Az „N” csoport „normál” profillal jellemezhető, mivel egyetlen klinikai skála pontszáma sem haladja meg a 70 T-értéket. Jellemzőiket tekintve általában magas szocioökonómiai státusszal (magas iskolázottság, magas jövedelem), közepes mértékű fájdalomérzettel, rövid betegségtartammal írhatóak le és rendszerint jól reagálnak a kezelésekre. A tanulmányok szerint a betegek többsége az „N” (15-48%; átlag:25%) és az „I” (21-58%; átlag: 30%) klaszterekbe tartozott, ezeknél kevesebben alkották az „A” (4-37%; átlag: 20%) és még kevesebben a „P” csoportot (4-28%; átlag: 15%). Meg kell jegyeznünk azonban, hogy a tanulmányok némelyikében az említett típusok közül csak hármat tudnak azonosítani, míg másokban 5 csoportot különítenek el a krónikus fájdalomtól szenvedő betegek körében. Másfelől, a négy klaszteres felosztást elfogadó és ebből kiinduló kutatások egy részében a vizsgálati csoport jelentős részét nem tudják besorolni a négy csoportba (Keller & Butcher, 1991; Robinson és mtsai, 1989; Slesinger, Archer & Duane, 2002).

A saját vizsgálatunkban elkülönített négy RA-s alcsoport többé-kevésbé megfeleltethető a krónikus fájdalommal élők csoportjaiban feltárt P-A-I-N klasztereknek. Az *Átlagos, pszichésen egészséges* csoport az „N” klaszterhez hasonlóan, normál MMPI-2 profillal írható le. Saját vizsgálatunkban azonban a betegek nagyobb hányadát foglalta magába a tanulmányok többségében közölt arányokhoz viszonyítva. A *Pszichoszomatikus* csoport az „I” klaszterre jellemző profilhoz hasonlóval ábrázolható, azonban a neurotikus triáson kívül más klinikai skálák értékei is a magas tartományba estek – jöllehet, ez többek között a szomatikus tüneteket mérő alskálák következménye volt. A *Tünetgazdag* csoportunk szinte minden klinikai skálán magas pontértéket ért el, csakúgy, mint a „P” klaszter. Végül a *Konverziós* csoportunk disztinktív jegye, az „A” klaszterhez hasonlóan, a neurotikus triász skálái által formált konverziós völgy volt, noha ez nem a szabályos formában jelentkezett. Saját vizsgálatunk eredményei tehát biztatónak tekinthetők, amelyet nagyobb elemszámú mintára kiterjesztve vizsgálhatók lennének az alcsoportok különbségei a demográfiai változók, a szomatikus állapot, illetve további pszichológiai jellemzők (pl. megküzdés, társas támogatás, személyes erőforrások vagy komorbid pszichopathológiai állapotok) vonatkozásában.

## 8. ÖSSZEGZÉS ÉS KITEKINTÉS

A jelen kutatás keretében felmértük a szorongásos és depresszív tünetek mennyiségét az egészséges nőkből és az RA-s és SSc-s betegekből álló vizsgálati csoportokban, valamint felmértük ezen csoportok temperamentum- és karakterjellemeit, illetve MMPI-2 profilját. Eredményeink igazolták, hogy a krónikus betegcsoportok tagjai jelentősen több depresszív és szorongásos tünetet tapasztalnak meg az egészséges nőkkel összevetve, továbbá számottevően nagyobb köztük azok aránya, akiknél a tünetek mennyisége alapján valószínűsíthető a szorongás (SSc: 26,1%; RA: 33,7%) és depresszió (SSc: 16,3%; RA: 25%) diagnózisa. Ezen komorbid pszichiátriai kórképek prevalenciájának pontos megállapítását azonban nehezíti az a körülmény, hogy a felmérésükre használt kérdőívek többsége számos olyan tételt tartalmaz, amelyek a pszichopathológiai állapot testi tüneteire vonatkoznak. Ezek a szomatikus tünetek azonban éppúgy lehetnek a krónikus betegség tünetei is, és a fennállásukkal kapcsolatos tételekkel való egyetértés jelentősen megnövelheti a depresszióként vagy szorongóként azonosított betegek arányát. Vizsgálatunk eredményei szerint is elsősorban ezek a tételek különítik el egymástól az egészséges és a krónikus beteg csoportokat. Kiemelendő továbbá, hogy a szorongás, amely a szakirodalomban jóval kisebb hangsúlyt kap a depresszióhoz képest, saját vizsgálatunk eredményei szerint nagyobb komorbiditást mutat az RA-val, mint a

depresszió. Ebből kifolyólag, a jövőben fontos lenne több vizsgálatot végezni a szorongás korrelátumait illetően.

A temperamentum- és karakterjellemezőkre vonatkozó eredményeket összegezve elmondható, hogy az RA-s betegek TCI profiljának legmarkánsabb jellemzői az egészségesekhez viszonyított magasabb Ártalomkerülés és alacsonyabb Újdonságkeresés. Ezek jellemzők a sclerodermás betegcsoportra is, így feltehetően a krónikus betegség szomatikus és pszichés következményeivel függnek össze. Az alacsony mértékű Önirányítottság azonban az RA-s betegek megkülönböztető jegye, így felvetődik annak lehetősége, hogy ez nem tekinthető a krónikus beteg állapot „természetes” velejárójának. Ugyanakkor minden eddigi olyan kutatásban megjelent a TCI-profil jellegzetességei között (a magas Ártalomkerüléssel együtt), amelyben krónikus betegeket vizsgáltak. Vagyis elképzelhető, hogy a jelen vizsgálatban a szokatlan és váratlan eredményt éppen a beteg kontroll csoport személyiségprofilja adja – és további vizsgálódásra ösztönöz, mivel felveti a kérdést, hogy vajon mivel magyarázható az átlagos szinten megmaradó önirányítottságuk. Mindazonáltal, az RA-s betegcsoport alacsony Önirányítottságát illetően megemlítendő, hogy ez a betegséghez való gyenge alkalmazkodást és maladaptív coping-stratégiák alkalmazását valószínűsíti. További eredményeink igazolták, hogy a komorbid szorongás és depresszió magyarázóváltozói elsősorban az Újdonságkeresés, az Ártalomkerülés és az Önirányítottság faktorok alsóskálái közül kerülnek ki, és a temperamentumjellemezők a szorongásos és a depresszív tünetek varianciájának nagyobb hányadát magyarázzák a karakterjellemezőkkel összehasonlítva.

Eredményeink alapján a betegcsoportok MMPI-2 profiljának legszembetűnőbb jellegzetessége a neurotikus triászot alkotó skálák magas övezetbe eső értékei. Ezenél enyhébb emelkedést mutat a Szociális introverzió (Si) skála pontértéke mindkét betegcsoportnál. Míg a Szkizofrénia (Sc) és a Pszichaszténia (Pt) skálák – az előzőektől eltérően – csak az RA-s csoportban vesznek fel mérsékelt emelkedett értéket. Feltételezzük, hogy a feltárt profilok ezen jellemzői a betegszerep és a krónikus, súlyos dizabilitást okozó, valamint erős fájdalommal járó betegségek következményeit tükrözik. További eredményeink azonban megerősítették, hogy az RA-s betegcsoportban jól elkülöníthetők a klinikai skálák sajátos mintázatával leírható alcsoportok. Vizsgálati mintánkban négy alcsoportot azonosítottunk, amelyek a következők voltak: Átlagos, pszichésen egészséges csoport; Pszichoszomatikus csoport; Konverziós csoport; Tünetgazdag csoport. Mindazonáltal szükségesnek tartjuk az elemzés nagyobb mintán történő megismétlését. Ennek eredményei

azonban támpontul szolgálhatnak a betegséghez sikeresen alkalmazkodó, illetve az intervenciót igénylő betegek azonosításában, valamint az intervenciók célok meghatározásában.

A vizsgálat - számos erénye és új eredményei mellett – természetesen korlátokkal is rendelkezik. Eredményeink általánosíthatóságát korlátozza egyfelől a vizsgálati csoportok elemszáma, illetve nemi összetétele. Másfelől, a kutatás külső validitását tekintve figyelembe kell venni azt a körülményt, hogy a betegcsoportok tagjait nagyjából egy intézményben toboroztuk, és nem tudhatjuk, hogy ők milyen jól reprezentálják az adott betegséggel küzdők alapsokaságát. Továbbá, a betegek többsége a kórházi kezelése alatt töltötte ki a kérdőívet, amely szintén befolyásolhatta a válaszadást, valamint hatással lehetett az aktuális pszichés állapotukra. Emellett, az eredményeket több esetben a betegek által tapasztalt fájdalom, fáradtság és dizabilitás tükrében értelmeztük, melyekre vonatkozóan azonban nem álltak rendelkezésünkre vizsgálati adatok. Következtetéseink helytállóságának alátámasztására tehát a jövőben érdemes lenne a betegség súlyosságára, aktuális aktivitására, fennállási idejére vagy a betegek által tapasztalt korlátozások, fájdalom és fáradtság mértékére vonatkozó változókat is bevonni a vizsgálatba. Másrészt – ahogy arra korábban utaltunk -, a feltárt személyiségprofilbeli jellegzetességek lehetnek premorbid személyiségjellemzők, amelyek hozzájárulhattak a betegségek kialakulásához vagy befolyásolhatják/befolyásolhatták a betegségek lefolyását (pl. a betegséghez való alkalmazkodásra gyakorolt hatásuk által), de lehetnek a vizsgált betegségek következményei is. Ezen utóbbit tartjuk valószínűbbnek, így az eredményeket többnyire ennek megfelelően értelmeztük, jóllehet, keresztmetszeti vizsgálatunk nem ad lehetőséget ok-okozati következtetések levonására. A kérdés egyértelmű megválaszolását egy longitudinális vizsgálat tenné lehetővé, amely az autoimmun kórképek esetében viszonylag könnyen megvalósítható lenne, tekintettel arra, hogy a kialakulásuk egy hosszú folyamat eredménye, amelynek középső szakasza, a nem differenciált collagenosis állapota orvosilag azonosítható. A betegeket tehát ezen szakasztól, a definitív autoimmun betegség előfázisától nyomon lehetne követni, felmérve a személyiségjellemzőiket, a személyes erőforrásaikat és a szociális kapcsolataik jellemzőit, és megvizsgálni, hogy a változók közül esetlegesen melyek járulnak hozzá a betegség stagnálásához, progressziójához vagy megszűnéséhez.

Végezetül fontosnak tartjuk kiemelni a vizsgálati eredmények gyakorlati implikációit. A feltárt személyiségjellemzők alapján úgy tűnik, hogy az RA-s betegek kifejezetten aggódók, aggályoskodók, ugyanakkor rendszeretők és feltehetőleg szeretnek a részletekkel

foglalkozni. Emellett kifejezetten racionálisak és fontos a számukra, hogy mi helyes, mi helytelen. Ezek természetesen meghatározzák azt is, hogy hogyan reagálnak egy betegség kapcsán, mit vált ki belőlük a krónikus betegség kialakulása vagy a kezelése. A betegség számukra valószínűleg azt a jelentést hordozza, hogy elvesztették vagy el fogják veszíteni a testük, az emócióik és az impulzusaik feletti hatalmat (Groves & Muskin, 2005). A kezelés vagy a betegség kiszámíthatatlansága erőteljesen frusztrálja őket. Meglehetősen sok információt igényelnek a gyógyszereket, a kezelést, a mellékhatásokat, a betegségük természetét illetően. Extrém körülmények között, azaz ha egy helyzet túlzottan stresszteli, akkor rigiddé, rugalmatlanná válhatnak, valamint előfordulhat, hogy a helyzet kontrollálásának egyetlen módját a kezelés vagy az azzal való együttműködés visszautasításában látják. Következésképpen, az ilyen személyiségű betegek esetében az a leghasznosabb és leghatékonyabb, ha elmagyarázzák nekik a betegségük kialakulását, lefolyását, megismertetik velük a kezelési lehetőségeket és ezek várható hatását és mellékhatását. Azaz, a számukra legmegfelelőbb intervenciónak az tűnik, ha „megtanítják” nekik a betegségüket, mégpedig a beteggel együttműködve, azaz arra bátorítva a beteget, hogy aktívan vegyen részt a kezelését érintő döntésekben – mivel így érezheti, hogy kontrollja van az események felett (Groves & Muskin, 2005).

Ennek egyik lehetséges módja a betegedukáció (Riemsma, Taal, Kirwan & Rasker, 2004), amely alatt azokat a tervezett edukációs tevékenységet értik, melyek célja az egészségmagatartás és/vagy az egészségi állapot javítása, fenntartása, illetve bizonyos esetekben a rosszabbodás lassítása. Ennek során a betegséggel – annak kialakulásával, tüneteivel és lefolyásával – és a gyógyszeres vagy egyéb szükséges kiegészítő kezelésekkel összefüggő, betegség-specifikus információkat adnak át a résztvevőknek (Hammond, 2004), illetve esetenként néhány alapvető készséget is megtanítanak, amelyek szükségesek a betegséggel való együttéléshez (Bodenheimer, Lorig, Holman & Grumbach, 2002). RA-s betegek esetében a betegedukációs programok hatékonyságát vizsgáló tanulmányok eredményei kissé ellentmondásosak, másrészt inkább rövid távú hatásokról számolnak be, amelyek a kimeneti változók egy szűk körére (fájdalom, depresszív tünetek, ismeretek) vonatkoznak (Abourazzak és mtsai, 2009; Hawley, 1995; Riemsma és mtsai, 2004; Superio-Cabuslay, Ward & Lorig, 1996). Mindemellett úgy tűnik, hogy elsősorban azoknak a betegeknek nyújtanak valós segítséget, akik viszonylag nagy előzetes medikális tudással rendelkeznek és magas szintű olvasási- és szövegértési képességekkel bírnak az egészséggel kapcsolatos témák vonatkozásában (Buchbinder, Hall & Youd, 2006).



Egy másik intervenciós lehetőséget képviselnek a szelf-menedzsment programok, amelyek az egészségügyi szakemberek és a beteg közötti partneri együttműködést hangsúlyozza (Bodenheimer és mtsai, 2002). Ennek értelmében a páciensek aktív részesei egyéni terápiájuknak, lényegében önmaguk elsődleges „gondozóinak” tekinthetők, mivel saját helyzetüket illetően ők rendelkeznek a legtöbb tudással. Az orvosi ellátást végzők feladata pedig abban áll, hogy segítsék a betegeket ezen öngondozói szerepük minél jobb betöltésében, azáltal, hogy megosztják velük a betegséggel kapcsolatos tudásukat, elősegítve ezzel, hogy a betegek informált döntéseket hozhassanak a mindennapjaikban. Többek között ezen aktív közreműködői szerep sikeres megvalósításában nyújtanak támogatást a szelf-menedzsment programok a résztvevők számára. Az RA vonatkozásában például ez annyit tesz, hogy megtanítják a betegeket arra, hogyan tudnak a felmerülő nehézségekkel megküzdeni és a napi aktivitásukat az aktuális tünetekhez igazítani olyan módon, amely leginkább megfelel a saját és mások szükségleteinek is (Riemsma és mtsai, 2004). A szelf-menedzsment programokban emellett kiemelt cél a résztvevők én-hatékonyság érzésének növelése. Ez egyúttal azt is jelenti, hogy a páciensek aktív ágensként vesznek részt a foglalkozásokon, ellentétben a hagyományos edukációs programokkal, ahol inkább passzív hallgatóságként számítanak rájuk. Ugyanakkor a szelf-menedzsment intervenciók nem felváltani, hanem sokkal inkább kiegészíteni hivatottak a hagyományos beteg-edukációs programokat, mivel a betegség okozta problémákkal való adaptív megküzdéshez a megfelelő információk és készségek egyformán nélkülözhetetlenek (Bodenheimer és mtsai, 2002). Az RA-s betegek körében alkalmazott szelf-menedzsment programok hatékonyságát illetően meggyőző bizonyítékok állnak rendelkezésre (Csókási, 2012). A tanulmányok szerint az önmenedzselésre tanító intervenciók javulást idéznek elő az olyan kimeneti változók tekintetében, mint az én-hatékonyság érzés, coping, fájdalomérzet és a fizikai dizabilitás mértéke, illetve az általános egészségi állapot (Bodenheimer és mtsai, 2002), és ezek a változások hosszú távon is fennmaradnak (Lorig, Mazonson & Holman, 1993). Hatékonyságukra ugyanakkor hatással van a betegség fennállási ideje (Astin, Beckner, Soeken, Hochberg & Berman, 2002) és a viselkedés megváltoztatására való hajlandóság (Keefe és mtsai, 2000; Prochaska és mtsai, 1994, Prochaska, Norcross & DiClemente, 2009).

Az előbbieket mellett ajánlhatók még a kognitív-viselkedésterápiás beavatkozások (Barsky és mtsai, 2010), amelyek többek között a fájdalomérzet (Ottonello, 2007; Zautra és mtsai, 2008) és más fizikai tünetek (Sharpe, Allard & Sensky, 2008), a depresszív tünetek

(Sharpe és mtsai, 2001), vagy akár a coping-stratégiák és a compliance (Evers, Kraaimaat, van Riel, & de Jong, 2002) módosításában tűnnek hatékonyak.

A fentebb ismertetett intervenciós lehetőségek jól illeszkednek a jelen vizsgálat RA-s betegcsoportjának jellemzőihez és szükségleteihez. Emellett, az RA-s betegek ellátásával kapcsolatos szakmai ajánlások, valamint ezen módszerek hatékonyságával kapcsolatos eredmények alapján is úgy tűnik, hogy a szóban forgó betegcsoport rehabilitációjának sikerességét számottevően megnövelhetik a komplex, a betegek tudását és készségeit egyaránt fejlesztő intervenciós lehetőségek. Ennélfogva, a különböző pszichoszociális beavatkozások az RA orvosi kezelésének fontos kiegészítő terápiás lehetőségeiként funkcionálhatnak.

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Nagyon-nagyon sokan járultak hozzá ahhoz, hogy ez a dolgozat elkészülhessen, amiért nagyon hálás vagyok mindegyikőjüknek.

Elsőként témavezetőmnek, Prof. Dr. Kiss Enikő Csillának szeretnék köszönetet mondani. Köszönöm, hogy támogatott szakmailag és emberileg egyaránt, bízott bennem az elmúlt hosszú időszakban, biztatott a munka folytatására, és javaslataival, tanácsaival segítette annak megvalósulását.

Rengeteg kollégámnak tartozom köszönettel, akik mind szakmailag, mind emberileg támogattak. Nélkülük nem jutottam volna el a dolgozat ezen fejezetéig. És most nagyon nehezen találok a megfelelő szavakat, hogy kifejezzem mindazt, amit érzek. Mindenesetre, szeretnék köszönetet mondani szobatársaimnak, Deák Anitának, Lénárd Katának és Pohárnok Melindának, akik mellettem álltak, biztattak, érdeklődtek vagy „megkávéztattak”. Köszönöm Hargitai Ritának, hogy mindig fordulhattam hozzá kérdéseimmel, kétségeimmel, és mindig kaptam tőle ezekre válaszokat. Köszönöm Bernáth és Révész tanár uraknak, hogy annyi évig mentoráltak, támogattak, biztattak. Köszönöm Járai Róbertnek a statisztika útvesztőiben való eligazítást, illetve az inspirációt, motivációt és megértést. Hálás szívvel gondolok Prof. Dr. László Jánosra, úgy hiszem, fontosnak tartotta a dolgozat elkészülését. Köszönöm Prof. Dr. Bereczkei Tamásnak a támogatását és türelmét, valamint Láng Andrásnak az önzetlen segítségét. De igazából az Intézet összes munkatársának köszönettel tartozom, amiért biztattak, szerettek, elviseltek – mikor mire volt szükség -, köszönöm, hogy velük dolgozhattam és fejlődhettem.

Köszönöm a PTE Klinikai Központ Reumatológiai és Immunológiai Klinikájának, hogy lehetőséget adtak a kutatás megvalósítására, de különösen Prof. Dr. Czirják Lászlónak, aki támogatta a kutatást, és javaslataival segítette a témában megjelent publikációk elkészülését.

Köszönettel tartozom a családomnak, amiért végig támogattak, biztattak, szerettek és elviseltek a nehéz időszakokban is. Köszönöm barátaimnak a feltétel nélküli szeretetüket, megértésüket, és hogy mindig meghallgattak.

Köszönöm a betegeknek, hogy válaszaikkal segítették a kutatás megvalósulását, és észrevételeikkel formáltak és gazdagították a benyomásaimat, szakmai hozzáállásomat is. Köszönettel tartozom a hallgatóknak, érdeklődésük és lelkesedésük mindig erőt ad a folytatáshoz.

Köszönöm!

## IRODALOMJEGYZÉK

- Abdel-Nasser, A. M., El-Azim, S. A., Taal, E., El-Badawy, S. A., Rasker, J. J., & Valkenburg, H. A. (1998). Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: An analysis of their occurrence and determinants. *Rheumatology*, *37*(4), 391-397.
- Abdel-Nasser, A. M., Ali, E. I. (2006). Determinants of sexual disability and dissatisfaction in female patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, *25*(6), 822-830.
- Abourazzak, F., el Mansouri, L., Huchet, D., Lozac'hmeur, R., Hajjaj-Hassouni, N., Ingels, A., & Perdriger, A., (2009). Long-term effects of therapeutic education for patients with rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine*, *76*(6), 648-653.
- Abraído-Lanza, A. F., Vasquez, E., & Echeverría, S. E. (2004). En las manos de Dios [in God's hands]: Religious and other forms of coping among Latinos with arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(1), 91-102.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology*, *87*(1), 49-74.
- Affleck, G., Tennen, M. H., Pfeifer, C., & Fifield, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*(2), 273-279.
- Affleck, G., Urrows, S., Tennen, H., & Higgins, P. (1992). Daily coping with pain from rheumatoid arthritis: Patterns and correlates. *Pain*, *51*(2), 221-229.
- Ahles, T. A., Yunus, M. B., Riley, S. D., Bradley, J. M., & Masi, A. T. (1984). Psychological factors associated with primary fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatology*, *27*(10), 1101-1106.
- Albers, J. M., Kuper, H. H., van Riel, P. L., Prevoo, M. L., van't Hof, M. A., van Gestel, A. M., & Severens, J. L. (1999). Socio-economic consequences of rheumatoid arthritis in the first years of the disease. *Rheumatology*, *38*(5), 423-430.
- Andó B., Kurgys E., Rózsa S., Honti J., Demeter I., Janka Z., & Álmos P. (2010). Az MMPI-2 klinikai főskáláinak bemutatása alkoholbetegek körében a kezelés első hetében. *Addiktológia*, *9*(2), 125-133.
- Ang, D. C., Choi, H., Kroenke, K., & Wolfe, F. (2005). Comorbid depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, *32*(6), 1013-1019.
- Arne, M., Janson, C., Janson, S., Boman, G., Lindqvist, U., Berne, C., & Emtner, M. (2009). Physical activity and quality of life in subjects with chronic disease: Chronic

- obstructive pulmonary disease compared with rheumatoid arthritis and diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27(3), 141-147.
- Astin, J. A., Beckner, W., Soeken, K., Hochberg, M. C., & Berman, B. (2002). Psychological interventions for rheumatoid arthritis: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis & Rheumatism*, 47(3), 291-302.
- Bálint G., & ifj. Gergely P. (2000). Rheumatoid arthritis. In: Petrányi Gy., Dobozy A., Gergely P., Pálóczi K., Szegedi Gy., & Szemere P. (szerk.), *Klinikai immunológia* (pp. 440-460). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barlow, J., Wright, C., & Kroll, T. (2001). Overcoming perceived barriers to employment among people with arthritis. *Journal of Health Psychology*, 6(2), 205-216.
- Barsky, A. J., Ahern, D. K., Orav, E. J., Nestoriuc, Y., Liang, M. H., Berman, I. T., ... Wilk, K. G. (2010). A randomized trial of three psychosocial treatments for the symptoms of rheumatoid arthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 40(3), 222-232.
- Bedi, G. S., Gupta, N., Handa, R., Pal, H., & Pandey, R. M. (2005). Quality of life in Indian patients with rheumatoid arthritis. *Quality of Life Research*, 14(8), 1953-1958.
- Bediako, S. M., & Friend, R. (2004). Illness-specific and general perceptions of social relationships in adjustment to rheumatoid arthritis: The role of interpersonal expectations. *Annals of Behavioral Medicine*, 28(3), 203-210.
- Bendtsen, P., & Hörnquist, J. O. (1992). Change and status in quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Quality of Life Research*, 1(5), 297-305.
- Bernscherer Gy., Karabélyos Cs., & Tarján Zs. (2008). A rheumatoid arthritis pulmonológiai manifesztációi. *Orvosi Hetilap*, 149(29), 1355-1361.
- Bodenheimer, T., Lorig, K. R., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 288(19), 2469-2475.
- Bodolay E., Dérfalvi B., ifj. Gergely P., & Poór Gy. (2007). Mikor kezdődik egy autoimmun betegség? A korai diagnosztikára való törekvés jelentősége. *Orvosi Hetilap*, 148(Supplementum 1), 25-30.
- Brauer, D. J. (2001). Common patterns of person-environment interaction in persons with rheumatoid arthritis. *Western Journal of Nursing Research*, 23(4), 414-430.
- Brodzky V. (2011). A rheumatoid arthritisben alkalmazott biológiai kezelések hatásossága az ACR70-végpont szerint: Indirekt összehasonlítás és metaregresszió Bayes-modell alkalmazásával. *Orvosi Hetilap*, 151(23), 919-928.

- Brodzky V., Czirják L., Géher P., Hodinka L., Kárpáti K., Péntek M., ... Gulácsi L. (2007). A rituximab szerepe a rheumatoid arthritis kezelésében: irodalmi áttekintés. *Orvosi Hetilap*, 148(40), 1883-1893.
- Buchbinder, R., Hall, S., & Youd, J. M. (2006). Functional health literacy of patients with rheumatoid arthritis attending a community-based rheumatology practice. *Journal of Rheumatology*, 33(5), 879–886.
- Burr, N., Pratt, A. L., & Smith, P.J. (2002). An alternative splinting and rehabilitation protocol for metacarpophalangeal joint arthroplasty in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Hand Therapy*, 15(1), 41-47.
- Burton, W., Morrison, A., Maclean, R., & Ruderman, E. (2006). Systematic review of studies of productivity loss due to rheumatoid arthritis. *Occupational Medicine*, 56(1), 18-27.
- Buzás E., Falus A., & Szegedi Gy. (2007). Az autoimmun betegségek patogenetikai jellemzői. *Orvosi Hetilap*, 148(Supplementum 1), 12-16.
- Carlisle, A., John, A. M., Fife-Schaw, C., & Lloyd, M. (2005). The self-regulatory model in women with rheumatoid arthritis: Relationships between illness representations, coping strategies, and illness outcome. *British Journal of Health Psychology*, 10(4), 571-587.
- Celikel, F. C., Kose, S., Cumurcu, B. E., Erkorkmaz, U., Sayar, K., Borckardt, J. J., & Cloninger, C. R. (2009). Cloninger's temperament and character dimensions of personality in patients with major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50(6), 556-561.
- Clarke, D. M., & Currie, K. C. (2009). Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: A review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Medical Journal of Australia*, 190(7), 54-60.
- Cleveland, S. E., & Fisher, S. (1960). A Comparison of Psychological Characteristics and Physiological Reactivity in Ulcer and Rheumatoid Arthritis Groups I. Psychological Measures. *Psychosomatic Medicine*, 22(4), 283-289.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975-990.
- Cloninger, C. R., Zohar, A. H., Hirschmann, S., & Dahan, D. (2012). The psychological costs and benefits of being highly persistent: personality profiles distinguish mood disorders from anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 758-766.
- Cole, S. F., & Karantzas, G. C. (2007). Attachment bonding and the receipt of care in the face of chronic illness. In *Generations of Relationships and Relationships across*

- Generations*. Conference Proceedings of the Combined 7th Annual Conference of the Australian Psychological Society's Psychology of Relationships Interest Group and International Association for Relationship Research Mini-conference (pp. 25-33). Australian Psychological Society.
- Conrad, R., Schilling, G., Bausch, C., Nadstawek, J., Wartenberg, H. C., Wegener, I. & Liedtke, R. (2007). Temperament and character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients. *Pain*, *133*(1), 197-209.
- Cormier, B. M., Wittkower, E. D., Marcotti, V., & Forget, G. (1957). Psychological aspects of rheumatoid arthritis. *Canadian Medical Association Journal*, *77*(6), 533-541.
- Cornwell, C. J., & Schmitt, M. H. (1990). Perceived health status, self-esteem and body image in women with rheumatoid arthritis or systemic lupus erythematosus. *Research in Nursing & Health*, *13*(2), 99-107.
- Costello, R. M., Hulse, T. L., Schoenfeld, L. S., & Ramamurthy, S. (1987). PAIN: a four-cluster MMPI typology for chronic pain. *Pain*, *30*(2), 199-209.
- Covic, T., Cumming, S. R., Pallant, J. F., Manolios, N., Emery, P., Conaghan, P. G., & Tennant, A. (2012). Depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: Prevalence rates based on a comparison of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) and the Hospital, Anxiety and Depression Scale (HADS). *BMC Psychiatry*, *12*(1), 6. DOI: 10.1186/1471-244X-12-6
- Covic, T., Pallant, J. F., Tennant, A., Cox, S., Emery, P., & Conaghan, P. G. (2009). Variability in depression prevalence in early rheumatoid arthritis: A comparison of the CES-D and HAD-D Scales. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *10*(1), 18. DOI: 10.1186/1471-2474-10-18
- Covic, T., Tyson, G., Spencer, D., & Howe, G. (2006). Depression in rheumatoid arthritis patients: Demographic, clinical, and psychological predictors. *Journal of Psychosomatic Research*, *60*(5), 469-476.
- Cross, M. J., March, L. M., Lapsley, H. M., Byrne, E., & Brooks, P. M. (2006). Patient self-efficacy and health locus of control: Relationships with health status and arthritis-related expenditure. *Rheumatology*, *45*(1), 92-96.
- Czirják L., Kiss Cs. Gy., & Kiss E. (2007). Növekszik-e az autoimmun kórképű betegek száma, az autoimmun betegségek előfordulása?. *Orvosi Hetilap*, *148*(Supplementum 1), 17-20.
- Csabai M., & Molnár P. (1999). *Egészség, betegség, gyógyítás: Az orvosi pszichológia tankönyve*. Budapest: Springer.

- Császár Gy. (1980). *Pszichoszomatikus orvoslás*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Császár Gy. (1986). *A reumatológiai kórképek pszichoszomatikája*. A MAOTE és az MPT pszichoszomatikus szekciójának közleménye, 7. füzet. Budapest: MAOTE, MPT.
- Csókási K. (2012). Rehabilitációs lehetőségek rheumatoid arthritisben szenvedő betegeknél: Beteg-educációs és szelf-menedzsment programok külföldi hatékonyságvizsgálatának eredményei. In: Gy. Kiss E. & Polyák L. (szerk.): *Egészség Rehabilitációs Füzetek 2: A személyes és társas tényezők szerepe a rehabilitációs munkában* (pp. 135-142). Budapest: Oriold és Társai Kiadó és Szolgáltató KFT.
- Csókási K., Hargitai R., Járai R., Nagy L., Czirják L., & Kiss E. C. (2015). Szisztémás autoimmune betegek-rheumatoid arthritis és szisztémás lupus erythematosus-MMPI-2 profilijának vizsgálata. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság tudományos folyóirata*, 30(4), 409-417.
- DeVellis, R. F., Holt, K., Renner, B. R., Blabock, S. J., Blanchard, L. W., Cook, H. L., ... & Harring, K. (1990). The relationship of social comparison to rheumatoid arthritis symptoms and affect. *Basic and Applied Social Psychology*, 11(1), 1-18.
- Danieli, E., Airò, P., Bettoni, L., Cinquini, M., Antonioli, C. M., Cavazzana, I., ... & Cattaneo, R. (2005). Health-related quality of life measured by the Short Form 36 (SF-36) in systemic sclerosis: correlations with indexes of disease activity and severity, disability, and depressive symptoms. *Clinical Rheumatology*, 24(1), 48-54.
- 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.
- Doeglas, D. M., Suurmeijer, T. P., van den Heuvel, W. J. A., Krol, B., van Rijswijk, M. H., van Leeuwen, M. A., & Sanderman, R. (2004). Functional ability, social support, and depression in rheumatoid arthritis. *Quality of Life Research*, 13(6), 1053-1065.
- Druley, J. A., & Townsend, A. L. (1998). Self-esteem as a mediator between spousal support and depressive symptoms: a comparison of healthy individuals and individuals coping with arthritis. *Health Psychology*, 17(3), 255.
- Eaton, W. W., Byrne, M., Ewald, H., Mors, O., Chen, C. Y., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2006). Association of schizophrenia and autoimmune diseases: Linkage of Danish national registers. *American Journal of Psychiatry*, 163(3), 521-528.
- Eede, D., Van, F., Moorkens, G., Schotte, C., Schacht, R., Sabbe, B. G., ... & Claes, S. J. (2009). Use of the Temperament and Character Inventory (TCI) for assessment of personality in chronic fatigue syndrome. *Psychosomatics*, 50(2), 147-154.



- El-Mansoury, T. M., Taal, E., Abdel-Nasser, A. M., Riemsma, R. P., Mahfouz, R., Mahmoud, J. A., ... & Rasker, J. J. (2008). Loneliness among women with rheumatoid arthritis: A cross-cultural study in the Netherlands and Egypt. *Clinical Rheumatology*, 27(9), 1109-1118.
- El-Miedany, Y. M., & Rasheed, A. H. E. (2002). Is anxiety a more common disorder than depression in rheumatoid arthritis?. *Joint Bone Spine*, 69(3), 300-306.
- Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., Geenen, R., Jacobs, J. W., & Bijlsma, J. W. (2003). Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behaviour Research and Therapy*, 41(11), 1295-1310.
- Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., Geenen, R., Jacobs, J. W., & Bijlsma, J. W. (2002). Longterm predictors of anxiety and depressed mood in early rheumatoid arthritis: a 3 and 5 year followup. *The Journal of Rheumatology*, 29(11), 2327-2336.
- Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., van Riel, P. L., & de Jong, A. J. (2002). Tailored cognitive-behavioral therapy in early rheumatoid arthritis for patients at risk: a randomized controlled trial. *Pain*, 100(1), 141-153.
- Fan, X., Goff, D. C., & Henderson, D. C. (2007). Inflammation and schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 7(7), 789-796.
- Fehér J., & Lengyel G. (2009). Az adalimumab biológiai terápiája hatékonysága és biztonságossága. *Orvosi Hetilap*, 150(26), 1215-1222.
- Fernandez, A., Sriram, T. G., Rajkumar, S., & Chandrasekar, A. N. (1989). Alexithymic characteristics in rheumatoid arthritis: a controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51(1), 45-50.
- Fifield, J., Tennen, H., Reisine, S., & McQuillan, J. (1998). Depression and the long-term risk of pain, fatigue, and disability in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 41(10), 1851-1857.
- Fonyó A. (1997). *Az orvosi élettan tankönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Fyrand, L., Moum, T., Finset, A., & Glennås, A. (2002). The impact of disability and disease duration on social support of women with rheumatoid arthritis. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(3), 251-268.
- Gardiner, B. M. (1980). Psychological aspects of rheumatoid arthritis. *Psychological Medicine*, 10(1), 159-163.
- Gaudin, P., Leguen-Guegan, S., Allenet, B., Baillet, A., Grange, L., & Juvin, R. (2008). Is dynamic exercise beneficial in patients with rheumatoid arthritis?. *Joint Bone Spine*, 75(1), 11-17.

- Gergely P., & Fekete B. (2007). Az autoimmun betegségek kezelésének újabb lehetőségei. *Orvosi Hetilap*, 148(Supplementum 1), 58-62.
- Gorwood, P., Pouchot, J., Vinceneux, P., Puechal, X., Flipo, R. M., De Bandt, M., & Ades, J. (2004). Rheumatoid arthritis and schizophrenia: A negative association at a dimensional level. *Schizophrenia Research*, 66(1), 21-29.
- Graves, H., Scott, D. L., Lempp, H., & Weinman, J. (2009). Illness beliefs predict disability in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(5), 417-423.
- Greene, R. L. (2000). *The MMPI-2: An interpretive manual* (2nd ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Groessler, E. J., Ganiats, T. G., & Sarkin, A. J. (2006). Sociodemographic differences in quality of life in rheumatoid arthritis. *Pharmacoeconomics*, 24(2), 109-121.
- Groves, M. S., & Muskin, P. R. (2005). Psychological responses to illness. In J. L. Levenson (Ed.), *American psychiatric publishing textbook of psychosomatic medicine* (pp. 67–88). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Hagglund, K. J., Roth, D. L., Haley, W. E., & Alarcon, G. S. (1989). Discriminant and convergent validity of self-report measures of affective distress in patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 16(11), 1428-1432.
- Hammond, A. (2004). Rehabilitation in rheumatoid arthritis: a critical review. *Musculoskeletal Care*, 2(3), 135-151.
- Hanson, D. R., & Gottesman, I. I. (2005). Theories of schizophrenia: a genetic-inflammatory-vascular synthesis. *BMC Medical Genetics*, 6(1), 7. DOI: 10.1186/1471-2350-6-7
- Hawley, D. (1995). Psycho-educational interventions in the treatment of arthritis. *Bailliere's Clinical Rheumatology*, 9(4), 803-823.
- Heine, P. J., Williams, M. A., Williamson, E., Bridle, C., Adams, J., O'Brian, A., ... & Lamb, S. E. (2012). Development and delivery of an exercise intervention for rheumatoid arthritis: Strengthening and stretching for rheumatoid arthritis of the hand (SARAH) trial. *Physiotherapy*, 98(2), 121-130.
- Hoffmann, S. O., & Hochapfel, G. (2000). *Neuróziselmélet, pszichoterápia és pszichoszomatikus medicina*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Holtzman, S., & DeLongis, A. (2007). One day at a time: The impact of daily satisfaction with spouse responses on pain, negative affect and catastrophizing among individuals with rheumatoid arthritis. *Pain*, 131(1), 202-213.

- Holtzman, S., Newth, S., & DeLongis, A. (2004). The role of social support in coping with daily pain among patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Health Psychology, 9*(5), 677-695.
- Husted, J. A., Gladman, D. D., Farewell, V. T., & Cook, R. J. (2001). Health-related quality of life of patients with psoriatic arthritis: A comparison with patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research, 45*(2), 151-158.
- Hyphantis, T. N., Bai, M., Siafaka, V., Georgiadis, A. N., Voulgari, P. V., Mavreas, V., & Drosos, A. A. (2006). Psychological distress and personality traits in early rheumatoid arthritis: a preliminary survey. *Rheumatology International, 26*(9), 828-836.
- Isik, A., Koca, S. S., Ozturk, A., & Mermi, O. (2007). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology, 26*(6), 872-878.
- Jakobsson, U. L. F., & Hallberg, I. R. (2002). Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis: a literature review. *Journal of Clinical Nursing, 11*(4), 430-443.
- Jiang, N., Sato, T., Hara, T., Takedomi, Y., Ozaki, I., & Yamada, S. (2003). Correlations between trait anxiety, personality and fatigue: study based on the Temperament and Character Inventory. *Journal of Psychosomatic Research, 55*(6), 493-500.
- Johnson, A., Shapiro, L. B., & Alexander, F. (1947). Preliminary report on a psychosomatic study of rheumatoid arthritis. *Psychosomatic Medicine, 9*(295), 56.
- Jones, A. L., Mowry, B. J., Pender, M. P., & Greer, J. M. (2005). Immune dysregulation and self-reactivity in schizophrenia: Do some cases of schizophrenia have an autoimmune basis?. *Immunology and Cell Biology, 83*(1), 9-17.
- Josefsson, K., Merjonen, P., Jokela, M., Pulkki-Råback, L., & Keltikangas-Järvinen, L. (2011). Personality profiles identify depressive symptoms over ten years? A population-based study. *Depression Research and Treatment, 2011*.
- Józsa T. (2001). *Immunpatológia és a leggyakoribb pszichoszomatikus betegségek*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Juth, V., Smyth, J. M., & Santuzzi, A. M. (2008). How do you feel? Self-esteem predicts affect, stress, social interaction, and symptom severity during daily life in patients with chronic illness. *Journal of Health Psychology, 13*(7), 884-894.
- Katz, P. P., Morris, A., & Yelin, E. H. (2006). Prevalence and predictors of disability in valued life activities among individuals with rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases, 65*(6), 763-769.

- Keefe, F. J., Anderson, T., Lumley, M., Caldwell, D., Stainbrook, D., Mckee, D., ... & Weiss, M. (2008). A randomized, controlled trial of emotional disclosure in rheumatoid arthritis: Can clinician assistance enhance the effects?. *Pain*, *137*(1), 164-172.
- Keefe, F. J., Lefebvre, J. C., Kerns, R. D., Rosenberg, R., Beaupre, P., Prochaska, J., ... & Caldwell, D. S. (2000). Understanding the adoption of arthritis self-management: Stages of change profiles among arthritis patients. *Pain*, *87*(3), 303-313.
- Keller, L. S., & Butcher, J. N. (1991). Assessment of chronic pain patients with the MMPI-2. Minneapolis: University of Minnesota Press
- Kennedy, N. (2006). Exercise therapy for patients with rheumatoid arthritis: Safety of intensive programmes and effects upon bone mineral density and disease activity: a literature review. *Physical Therapy Reviews*, *11*(4), 263-268.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (2002). Depression and immune function: central pathways to morbidity and mortality. *Journal of Psychosomatic Research*, *53*(4), 873-876.
- Kiss E., Dankó K., Sütő G., & Zeher M. (2007). A szisztémás autoimmun betegségek közös és eltérő sajátosságai. *Orvosi Hetilap*, *148*(Szupplementum 1), 44-51.
- Kiss J., Urbán S. V., Dudics V., Vas V., & Uher F. (2008). A mesenchymális őssejtek és az immunrendszer – Immunszuppresszió gyógyszerek nélkül? *Orvosi Hetilap*, *149*(8), 339-346.
- Koh, K. B., & Lee, B. K. (1998). Reduced lymphocyte proliferation and interleukin-2 production in anxiety disorders. *Psychosomatic Medicine*, *60*(4), 479-483.
- Kojima, M., Kojima, T., Suzuki, S., Oguchi, T., Oba, M., Tsuchiya, H., ... & Ishiguro, N. (2009). Depression, inflammation, and pain in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, *61*(8), 1018-1024.
- Kop, W. J., Gottdiener, J. S., Tangen, C. M., Fried, L. P., McBurnie, M. A., Walston, J., ... & Tracy, R. P. (2002). Inflammation and coagulation factors in persons > 65 years of age with symptoms of depression but without evidence of myocardial ischemia. *The American Journal of Cardiology*, *89*(4), 419-424.
- Kostova, Z., Caiata-Zufferey, M., & Schulz, P. J. (2014). The process of acceptance among rheumatoid arthritis patients in Switzerland: a qualitative study. *Pain Research and Management*, *19*(2), 61-68.
- Kozora, E., Thompson, L. L., West, S. G., & Kotzin, B. L. (1996). Analysis of cognitive and psychological deficits in systemic lupus erythematosus patients without overt central nervous system disease. *Arthritis & Rheumatism*, *39*(12), 2035-2045.

- Kököneyi Gy., & Urbán R. (2003). Citokinek és betegségviselkedés (sickness behavior). In: Urbán R. (szerk.), *A magatartás, a lelki élet és az immunrendszer kölcsönhatásai. Olvasókönyv pszichoneuroimmunológiából* (pp. 87-111). Budapest: ELTE Eötvös Loránd Könyvkiadó.
- Kraaimaat, F. W., van Dam-Baggen., R. M. & Bijlsma, J. W. (1995). Association of social support and the spouse's reaction with psychological distress in male and female patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 22(4), 644-648.
- Kratz, A. L., Davis, M. C., & Zautra, A. J. (2012). Attachment predicts daily catastrophizing and social coping in women with pain. *Health Psychology*, 31(3), 278-285.
- Krol, B., Sanderman, R., Suurmeijer, T., Doeglas, D., Sonderen, E. V., Rijswijk, M. V. & van den Heuvel, W. (1998). Early rheumatoid arthritis, personality and psychological status: a follow-up study. *Psychology and Health*, 13(1), 35-48.
- Kulcsár Zs. (1993). *Pszichoszomatika*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Kulcsár Zs. (2002). *Egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös Loránd Könyvkiadó.
- Lázár I. (2003). Szociál-pszichoimmunológia egy „hídtudomány” honi pillérei. In: Urbán R. (szerk.), *A magatartás, a lelki élet és az immunrendszer kölcsönhatásai. Olvasókönyv pszichoneuroimmunológiából* (pp. 13-48). Budapest: ELTE Eötvös Loránd Könyvkiadó.
- Leucht, S., Burkard, T., Henderson, J., Maj, M., & Sartorius, N. (2007). Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(5), 317-333.
- Liang, M. H., Rogers, M., Larson, M., Eaton, H. M., Murawski, B. J., Taylor, J. E., ... & Schur, P. H. (1984). The psychosocial impact of systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatology*, 27(1), 13-19.
- Lorig, K., Chastain, R. L., Ung, E., Shoor, S., & Holman, H. R. (1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 32(1), 37-44.
- Lorig, K., Mazonson, P. D., & Holman, H. R. (1993). Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis & Rheumatism*, 36(4), 439-446.
- Lu, S. R., Lin, H. Y., Lin, K. C., & Lin, H. R. (2008). Quality of life in middle-aged and older Taiwanese patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Nursing Research*, 16(2), 121-130.
- MacKinnon, J. R. (1992). Occupational profiles: Individuals with rheumatoid arthritis and a matched comparison sample. *Work*, 2(3), 39-49.

- MacKinnon, J. R., & Miller, W. C. (2003). Rheumatoid arthritis and self esteem: the impact of quality occupation. *Journal of Occupational Science, 10*(2), 90-98.
- Mancuso, C. A., Rincon, M., Sayles, W., & Paget, S. A. (2005). Longitudinal study of negative workplace events among employed rheumatoid arthritis patients and healthy controls. *Arthritis Care & Research, 53*(6), 958-964.
- Mangelli, L., Gribbin, N., Büchi, S., Allard, S., & Sensky, T. (2002). Psychological well-being in rheumatoid arthritis: Relationship to disease variables and affective disturbance. *Psychotherapy and Psychosomatics, 71*(2), 112-116.
- Martos T., & Konkoly Thege B. (2012). Aki keres, és aki talál – az élet értelmessége keresésének és megélésének mérése az Élet Értelme Kérdőív magyar változatával. *Magyar Pszichológiai Szemle, 67*(1), 125-149.
- Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine, 63*(4), 556-567.
- McClelland, D. C., Floor, E., Davidson, R. J., & Saron, C. (1980). Stressed power motivation, sympathetic activation, immune function, and illness. *Journal of Human Stress, 6*(2), 11-19.
- McDowell, I. (2006). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2000). Impact of adult attachment styles on pain and disability associated with arthritis in a nationally representative sample. *The Clinical Journal of Pain, 16*(4), 360-364.
- Mella, L. F. B., Bértolo, M. B., & Dalgalarondo, P. (2010). Depressive symptoms in rheumatoid arthritis. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 32*(3), 257-263.
- Miller, B. J., Buckley, P., Seabolt, W., Mellor, A., & Kirkpatrick, B. (2011). Meta-analysis of cytokine alterations in schizophrenia: clinical status and antipsychotic effects. *Biological Psychiatry, 70*(7), 663-671.
- MMPI - Segédlet az értékeléshez* (1999): Animula, Budapest
- Mongini, F., Ibertis, F., Barbalonga, E., & Raviola, F. (2000). MMPI-2 Profiles in Chronic Daily Headache and Their Relationship to Anxiety Levels and Accompanying Symptoms. *Headache: The Journal of Head and Face Pain, 40*(6), 466-472.
- Mongini, F., Rota, E., Deregibus, A., Mura, F., Francia Germani, A., & Mongini, T. (2005). A comparative analysis of personality profile and muscle tenderness between chronic migraine and chronic tension-type headache. *Neurological Sciences, 26*(4), 203-207.

- Moos, R. H., & Solomon, G. F. (1964). Personality correlates of the rapidity of progression of rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 23(2), 145.
- Morris, A., Yelin, E. H., Panopalis, P., Julian, L., & Katz, P. P. (2011). Long-term patterns of depression and associations with health and function in a panel study of rheumatoid arthritis. *Journal of Health Psychology*, 16(4), 667-677.
- Murphy, H., Dickens, C., Creed, F., & Bernstein, R. (1999). Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(2), 155-164.
- Muszbek, K., Székely, A., Balogh, É. M., Molnár, M., Rohánszky, M., Ruzsa, Á., ... & Vadász, P. (2006). Validation of the Hungarian translation of hospital anxiety and depression scale. *Quality of Life Research*, 15(4), 761-766.
- Müller, N., & Dursun, S. M. (2011). Schizophrenia genes, epigenetics and psychoneuroimmunology therapeutics: all make sense now?. *Journal of Psychopharmacology*, 25(6), 713-714.
- Naber, D., Weinberger, D. R., Bullinger, M., Polsby, M., & Chase, T. N. (1988). Personality variables, neurological and psychopathological symptoms in patients suffering from spasmodic torticollis. *Comprehensive Psychiatry*, 29(2), 182-187.
- Nagyova, I., Stewart, R. E., Macejova, Z., van Dijk, J. P., & van den Heuvel, W. J. (2005). The impact of pain on psychological well-being in rheumatoid arthritis: the mediating effects of self-esteem and adjustment to disease. *Patient Education and Counseling*, 58(1), 55-62.
- Nalven, F. B., & O'Brien, J. F. (1964). Personality patterns of rheumatoid arthritic patients. *Arthritis & Rheumatology*, 7(1), 18-28.
- Narayanan, K., Bhakuni, D. S., & Garg, O.P. (2009). Experience with rituximab in rheumatoid arthritis. *Indian Journal of Rheumatology*, 4(3), 136-137.
- Newth, S., & DeLongis, A. (2004). Individual differences, mood, and coping with chronic pain in rheumatoid arthritis: a daily process analysis. *Psychology & Health*, 19(3), 283-305.
- Nicassio, P. M., Wallston, K. A., Callahan, L. F., Herbert, M., & Pincus, T. (1985). The measurement of helplessness in rheumatoid arthritis. The development of the arthritis helplessness index. *The Journal of Rheumatology*, 12(3), 462-467.
- Oken, R. J., & Schulzer, M. (1999). Schizophrenia and rheumatoid arthritis. *Schizophrenia Bulletin*, 25(4), 625-638.

- Országos Egészségbiztosítási Pénztár. (2010). *A rheumatoid arthritis diagnosztikájának és kezelésének finanszírozási protokollja*. Letöltés helye: [http://www.neak.gov.hu/data/cms989740/0626\\_a\\_rheumatoid\\_arthritis\\_diagnosztikajanak\\_es\\_kezelesenek\\_finanszirozasi\\_protokollja.pdf](http://www.neak.gov.hu/data/cms989740/0626_a_rheumatoid_arthritis_diagnosztikajanak_es_kezelesenek_finanszirozasi_protokollja.pdf) Letöltés ideje: 2013. 02.17.
- Ottonello, M. (2007). *Cognitive-behavioral interventions in rheumatic diseases*. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 29(Suppl 1), A19-A23.
- Ozdetin, A., Ataoglu, S., Kocer, E., Yazycy, S., Yildiz, O., Ataoglu, A., & Ycmeli, C. (2007). Effects of depression and anxiety on quality of life of patients with rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis and fibromyalgia syndrome. *West Indian Medical Journal*, 56(2), 122-129.
- Palkonyai, E., Kolarz, G., Kopp, M., Bogye, G., Temesvári, P., Palkonyay, L., ... & Mészáros, E. (2007). Depressive symptoms in early rheumatoid arthritis: a comparative longitudinal study. *Clinical Rheumatology*, 26(5), 753-758.
- Panagiotakos, D. B., Pitsavos, C., Chrysohoou, C., Tsetsekou, E., Papageorgiou, C., Christodoulou, G., & Stefanadis, C. (2004). Inflammation, coagulation, and depressive symptomatology in cardiovascular disease-free people; the ATTICA study. *European Heart Journal*, 25(6), 492-499.
- Payne, T. C., Leavitt, F., Garron, D. C., Katz, R. S., Golden, H. E., Glickman, P. B., & Vanderplate, C. (1982). Fibrositis and psychologic disturbance. *Arthritis & Rheumatology*, 25(2), 213-217.
- Peck, J. R., Smith, T. W., Ward, J. R., & Milano, R. (1989). Disability and depression in rheumatoid arthritis. A multi-trait, multi-method investigation. *Arthritis & Rheumatism*, 32(9), 1100-1106.
- Péntek M. (2007). *Rheumatoid arthritises betegek egészségi állapota és betegségterhe Magyarországon* (Doktori értekezés). Budapest, Semmelweis Egyetem, Klinikai Orvostudományok Doktori Iskola.
- Péntek M., Szekanecz Z., Czirják L., Poór Gy., Rojkovich B., Polgár A., ... & Gulácsi L. (2008). A betegségprogresszió hatása az egészségi állapotra, életminőségre és költségekre rheumatoid arthritisben Magyarországon. *Orvosi Hetilap*, 149(16), 733-741.
- Perczel Forintos, D., Kiss, Z., & Ajtay, Gy. (2005). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest: OPNI.
- Pérez-Pareja, J., Sesé, A., González-Ordi, H., & Palmer, A. (2010). Fibromyalgia and chronic pain: Are there discriminating patterns by using the Minnesota Multiphasic Personality



- Inventory-2 (MMPI-2)?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1): 41-56.
- Picardi, A., Battisti, F., Tarsitani, L., Baldassari, M., Copertaro, A., Mocchegiani, E., & Biondi, M. (2007). Attachment security and immunity in healthy women. *Psychosomatic Medicine*, 69(1), 40-46.
- Picardi, A., Tarolla, E., Tarsitani, L., & Biondi, M. (2009). Links between immunity and conditions leading to psychotherapy. *Rivista di Psichiatria*, 44(3), 149-163.
- Pincus, T., Callahan, L. F., Bradley, L. A., Vaughn, W. K., & Wolfe, F. (1986). Elevated MMPI scores for hypochondriasis, depression, and hysteria in patients with rheumatoid arthritis reflect disease rather than psychological status. *Arthritis & Rheumatology*, 29(12), 1456-1466.
- Pincus, T., Griffith, J., Pearce, S., & Isenberg, D. (1996). Prevalence of self-reported depression in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 35(9), 879-883.
- Plach, S. K., Heidrich, S. M., & Waite, R. M. (2003). Relationship of social role quality to psychological well-being in women with rheumatoid arthritis. *Research in Nursing & Health*, 26(3), 190-202.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (2009). *Valódi újrakezdés. Hatlépcsős program árталmas szokásaink leküzdésére és életünk jobbá tételére*. Budapest: Ursus Libris.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., ... & Rossi, S. R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39-46.
- Puchner, R., Sautner, J., Loisl, D., & Puchner, U. (2009). Does a special relationship between personality and rheumatoid arthritis exist? Experiences with an Austrian Psychological Questionnaire. *Clinical Rheumatology*, 28(10), 1147-1152.
- Radanov, B. P., Schwarz, H. A., & Frost, S. A. (1997). Determination of future health status expectation in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(4), 403-406.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Ramjeet, J. (2003). Finding the evidence for practice: An overview of research in social support and rheumatoid arthritis. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 7(1), 43-47.
- Rat, A. C., & Boissier, M. C. (2004). Rheumatoid arthritis: direct and indirect costs. *Joint Bone Spine*, 71(6), 518-524.

- Reich, J. W., Zautra, A. J., & Manne, S. (1993). How perceived control and congruent spouse support affect rheumatoid arthritis patients. *Journal of Social and Clinical Psychology, 12*(2), 148-163.
- Rennie, K. L., Hughes, J., Lang, R., & Jebb, S. A. (2003). Nutritional management of rheumatoid arthritis: a review of the evidence. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 16*(2), 97-109.
- Revenson, T. A., & Felton, B. J. (1989). Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(3), 344-348.
- Riemsma, R. P., Taal, E., Kirwan, J. R., & Rasker, J. J. (2004). Systematic review of rheumatoid arthritis patient education. *Arthritis Care & Research, 51*(6), 1045-1059.
- Riemsma, R. P., Taal, E., Wiegman, O., Rasker, J. J., Bruyn, G. A. W., & van Passen, H. C. (2000). Problematic and positive support in relation to depression in people with rheumatoid arthritis. *Journal of Health Psychology, 5*(2), 221-230.
- Riley III, J. L., Robinson, M. E., Geisser, M. E., Wittmer, V. T., & Smith, A. G. (1995). Relationship between MMPI-2 cluster profiles and surgical outcome in low-back pain patients. *Clinical Spine Surgery, 8*(3), 213-219.
- Rios, R., & Zautra, A. J. (2011). Socioeconomic disparities in pain: The role of economic hardship and daily financial worry. *Health Psychology, 30*(1), 58-66.
- Robinson, M. E., Swimmer, G. I., & Rallof, D. (1989). The PAIN MMPI classification system: a critical review. *Pain, 37*(2), 211-214.
- Ronningen, A., & Kjekken, I. (2008). Effect of an intensive hand exercise programme in patients with rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 15*(3), 173-183.
- Rózsa S., Kállai J., Osváth A., & Bánki M. Cs. (2005). *Temperamentum és karakter: Cloninger pszichobiológiai modellje. A Cloninger-féle Temperamentum és Karakter kérdőív felhasználói kézikönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Rupp, I., Boshuizen, H. C., Jacobi, C. E., Dinant, H. J., & van den Bos, G. A. (2004). Impact of fatigue on health-related quality of life in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research, 51*(4), 578-585.
- Ryan, S., Hassell, A., Dawes, P., & Kendall, S. (2003). Control perceptions in patients with rheumatoid arthritis: The impact of the medical consultation. *Rheumatology, 42*(1), 135-140.

- Salminen, E., Heikkilä, S., Poussa, T., Lagström, H., Saario, R., & Salminen, S. (2002). Female patients tend to alter their diet following the diagnosis of rheumatoid arthritis and breast cancer. *Preventive Medicine, 34*(5), 529-535.
- Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Hazes, J. M., Willems, L. N. A., Bergman, W., & Rooijmans, H. G. M. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research, 44*(5), 573-585.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*(3), 219-247.
- Schleicher, H., Alonso, C., Shirtcliff, E. A., Muller, D., Loevinger, B. L., & Coe, C. L. (2006). In the face of pain: The relationship between psychological well-being and disability in women with fibromyalgia. *Psychotherapy and Psychosomatics, 74*(4), 231-239.
- Schmaling, K. B., & Jones, J. F. (1996). MMPI profiles of patients with chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research, 40*(1), 67-74.
- Sharpe, L., Allard, S., & Sensky, T. (2008). Five-year followup of a cognitive-behavioral intervention for patients with recently-diagnosed rheumatoid arthritis: effects on health care utilization. *Arthritis Care & Research, 59*(3), 311-316.
- Sharpe, L., Sensky, T., Timberlake, N., Ryan, B., Brewin, C. R., & Allard, S. (2001). A blind, randomized, controlled trial of cognitive-behavioural intervention for patients with recent onset rheumatoid arthritis: preventing psychological and physical morbidity. *Pain, 89*(2), 275-283.
- Skevington, S. M., Blackwell, F., & Britton, N. F. (1987). Self-esteem and perception of attractiveness: An investigation of early rheumatoid arthritis. *British Journal of Medical Psychology, 60*(1), 45-52.
- Skoldstam, L., Hagfors, L., & Johansson, G. (2003). An experimental study of a Mediterranean diet intervention for patients with rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases, 62*(3), 208-214.
- Slesinger, D., Archer, R. P., & Duane, W. (2002). MMPI-2 characteristics in a chronic pain population. *Assessment, 9*(4), 406-414.
- Smith, C. A., & Wallston, K. A. (1996). An analysis of coping profiles and adjustment in persons with rheumatoid arthritis. *Anxiety, Stress, and Coping, 9*(2), 107-122.

- Smith, T. W., Christensen, A. J., Peck, J. R., & Ward, J. R. (1994). Cognitive distortion, helplessness, and depressed mood in rheumatoid arthritis: a four-year longitudinal analysis. *Health Psychology, 13*(3), 213-217.
- Smyth, J. M., Stone, A. A., Hurewitz, A., & Kaell, A. (1999). Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. *JAMA: the Journal of the American Medical Association, 281*(14), 1304-1309.
- Somers, T. J., Shelby, R. A., Keefe, F. J., Godiwala, N., Lumley, M. A., Mosley-Williams, A., ... & Caldwell, D. (2010). Disease severity and domain-specific arthritis self-efficacy: Relationships to pain and functioning in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research, 62*(6), 848-856.
- Söderlin, M. K., Hakala, M., & Nieminen, P. (2000). Anxiety and depression in a community-based rheumatoid arthritis population. *Scandinavian Journal of Rheumatology, 29*(3), 177-183.
- Sprangers, M. A., de Regt, E. B., Andries, F., van Agt, H. M., Bijl, R. V., de Boer, J. B., ... & Miedema, H. S. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life?. *Journal of Clinical Epidemiology, 53*(9), 895-907.
- Strand, E. B., Zautra, A. J., Thoresen, M., Ødegård, S., Uhlig, T., & Finset, A. (2006). Positive affect as a factor of resilience in the pain—negative affect relationship in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research, 60*(5), 477-484.
- Superio-Cabuslay, E., Ward, M., & Lorig, K. (1996). Patient education interventions in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: A meta-analytic comparison with non-steroidal antiinflammatory drug treatment. *Arthritis Care & Research, 9*(4), 292-301.
- Symmons, D. P. M. (2003). Environmental factors and the outcome of rheumatoid arthritis. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology, 17*(5), 717-727.
- Szegedi Gy. (2000). Az autoimmun betegségek általános jellemzése. In: Petrányi Gy., Dobozy A., Gergely P., Pálóczi K., Szegedi Gy., Szemere P. (szerk.): *Klinikai immunológia* (pp. 416-428). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Szeifert L. (2010). *Depresszió és életminőség krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek körében* (Doktori értekezés). Budapest, Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola.
- Szekanecz Z. (2009). Adalimumab előrehaladott és korai rheumatoid arthritisben. *Orvosi Hetilap, 150*(28), 1333-1334.

- Tamási L., & Szekanecz Z. (2007). A biológiai terápia lehetőségei az arthritisek és a szisztémás autoimmun betegségek kezelésében. *Orvosi Hetilap*, 148(Supplementum 1), 63-70.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38(11), 1161-1173.
- Tillmann, T., Krishnadas, R., Cavanagh, J., & Petrides, K. V. (2013). Possible rheumatoid arthritis subtypes in terms of rheumatoid factor, depression, diagnostic delay and emotional expression: an exploratory case-control study. *Arthritis Research & Therapy*, 15(2), R45. DOI: 10.1186/ar4204
- Tiringer I., Simon A., Herrfurth D., Suri L., Szalai K., & Veress A. (2008). A szorongásos és depressziós zavarok előfordulása akut kardiológiai állapotokat követő osztályos rehabilitáció során. A Kórházi Szorongás és Depresszió Skála szűrőtesztként történő alkalmazása. *Psychiatria Hungarica*, 23(6), 430-443.
- Tiringer I., Varga J., & Molnár E. (2007). Krónikus betegek ellátásának egészségpszichológiája. In: Kállai J., Varga J., & Oláh A. (szerk): *Egészségpszichológia a gyakorlatban* (pp. 305-332). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Torrey, E. F., & Yolken, R. H. (2001). The schizophrenia–rheumatoid arthritis connection: Infectious, immune, or both?. *Brain, Behavior, and Immunity*, 15(4), 401-410.
- Tretharne, G. J., Lyons, A. C., Booth, D. A., & Kitas, G. D. (2007). Psychological well-being across 1 year with rheumatoid arthritis: Coping resources as buffers of perceived stress. *British Journal of Health Psychology*, 12(3), 323-345.
- Tretharne, G. J., Lyons, A. C., Booth, D. A., Mason, S. R., & Kitas, G. D. (2004). Reactions to disability in patients with early versus established rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 33(1), 30-38.
- Tretharne, G. J., Kitas, G. D., Lyons, A. C., Booth, D. A. (2005). Well-being in rheumatoid arthritis: The Effect of Disease Duration and Psychosocial Factors. *Journal of Health Psychology*, 10(3), 457-474.
- van Hoogmoed, D., Fransen, J., Bleijenberg, G., & van Riel, P. (2010). Physical and psychosocial correlates of severe fatigue in rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 49(7), 1294-1302.
- van Lankveld, W., Näring, G., van der Staak, C., van't Pad Bosch, P., & van de Putte, L. (1993). Stress caused by rheumatoid arthritis: Relation among subjective stressors of the disease, disease status, and well-being. *Journal of Behavioral Medicine*, 16(3), 309-321.

- van Os, S., Norton, S., Hughes, L. D., & Chilcot, J. (2012). Illness perceptions account for variation in positive outlook as well as psychological distress in rheumatoid arthritis. *Psychology, Health & Medicine, 17*(4), 427-439.
- Van Dyke, M. M., Parker, J. C., Smarr, K. L., Hewett, J. E., Johnson, G. E., Slaughter, J. R., & Walker, S. E. (2004). Anxiety in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research, 51*(3), 408-412.
- Verduin, P. J., de Bock, G. H., Vlieland, T. P. V., Peeters, A. J., Verhoef, J., & Otten, W. (2008). Purpose in life in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology, 27*(7), 899-908.
- Walker, J. G., Jackson, H. J., & Littlejohn, G. O. (2004). Models of adjustment to chronic illness: using the example of rheumatoid arthritis. *Clinical Psychology Review, 24*(4), 461-488.
- Wallston, B. S., & Wallston, K. A. (1978). Locus of control and health: a review of the literature. *Health Education & Behavior, 6*(1), 107-117.
- Ward, D. J. (1971). Rheumatoid arthritis and personality: a controlled study. *British Medical Journal, 2*(5757), 297-299.
- Watkins, K. W., Shifren, K., Park, D. C., & Morrell, R. W. (1999). Age, pain, and coping with rheumatoid arthritis. *Pain, 82*(3), 217-228.
- Wetherell, M. A., Byrne-Davis, L., Dieppe, P., Donovan, J., Brookes, S., Byron, M., ... & Miles, J. (2005). Effects of emotional disclosure on psychological and physiological outcomes in patients with rheumatoid arthritis: an exploratory home-based study. *Journal of Health Psychology, 10*(2), 277-285.
- Whalley, D., McKenna, S. P., de Jong, Z., & van der Heijde, D. (1997). Quality of life in rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology, 36*(8), 884-888.
- Wiener, D. N. (1956). Personality characteristics of selected disability groups. In: Welch, G. S., & Dahlstrom, W. G. (eds.): *Basic Readings on the MMPI in Psychology and Medicine*. Minneapolis: Univ. Minnesota Press.
- Winblad, S., Lindberg, C., & Hansen, S. (2005). Temperament and character in patients with classical myotonic dystrophy type 1 (DM-1). *Neuromuscular Disorders, 15*(4), 287-292.
- Wright, G. E., Parker, J. C., Smarr, K. L., Johnson, J. C., Hewett, J. E., & Walker, S. E. (1998). Age, depressive symptoms, and rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism, 41*(2), 298-305.

- Yelin, E., Cisternas, M., Foreman, A., Pasta, D., Murphy, L., & Helmick, C. G. (2007). National and state medical expenditures and lost earnings attributable to arthritis and other rheumatic conditions—United States, 2003. *MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56(1), 4.
- Younger, J., Finan, P., Zautra, A., Davis, M., & Reich, J. (2008). Personal mastery predicts pain, stress, fatigue, and blood pressure in adults with rheumatoid arthritis. *Psychology and Health*, 23(5), 515-535.
- Zautra, A. J., & Smith, B. W. (2001). Depression and reactivity to stress in older women with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 687-696.
- Zautra, A. J., Parrish, B. P., van Puymbroeck, C. M., Tennen, H., Davis, M. C., Reich, J. W., & Irwin, M. (2007). Depression history, stress, and pain in rheumatoid arthritis patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(3), 187-197.
- Zautra, A. J., Davis, M. C., Reich, J. W., Nicassio, P., Tennen, H., Finan, P., ... & Irwin, M. R. (2008). Comparison of cognitive behavioral and mindfulness meditation interventions on adaptation to rheumatoid arthritis for patients with and without history of recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 408-421.
- Zautra, A. J., Hoffmann, J. M., Matt, K. S., Yocum, D., Potter, P. T., Castro, W. L., & Roth, S. (1998). An examination of individual differences in the relationship between interpersonal stress and disease activity among women with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 11(4), 271-279.
- Zeher M., & Szegedi Gy. (2007). Az autoimmun betegségek fajtái. Osztályozás – klasszifikáció. *Orvosi Hetilap*, 148(Supplementum 1), 21-24.
- Zhukava, T., & Shot, I. (2012). Psychological features and emotional frustrations of chronic obstructive pulmonary diseases and asthma patients. *Polish Annals of Medicine*, 19(2), 94-97.
- Zigmond A. S., & Snaith R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Zyrianova, Y., Kelly, B. D., Gallagher, C., McCarthy, C., Molloy, M. G., Sheehan, J., & Dinan, T. G. (2006). Depression and anxiety in rheumatoid arthritis: the role of perceived social support. *Irish Journal of Medical Science*, 175(2), 32-36.

## **MELLÉKLETEK**

### **1. melléklet: Betegnyilatkozat és betegtájékoztató**

#### **BETEGTÁJÉKOZTATÓ**

azok részére, akik részt vesznek a „A szisztémás autoimmun kórképek személyiségjellemzőinek komplex klinikai- és egészségpszichológiai megközelítése” című vizsgálatban.

#### **KEDVES BETEGÜNK!**

Arra kérjük, hogy vegyen részt egy tudományos vizsgálatban, amely az Önt kezelő intézet, az Immunológiai és Reumatológiai Klinika és a Pécsi Tudományegyetem Pszichológiai Intézetének együttműködésében valósul meg.

A vizsgálat általános célja, hogy feltárja azokat a problémákat, panaszokat, érzéseket, amelyet az egyén megtapasztal egy szisztémás autoimmun betegséggel, mint krónikus betegséggel való együttélés során. További célunk a szervezet pozitív erőforrásainak azonosítása, amelyek a betegséggel való sikeres megküzdést és ezáltal a betegek jobb életminőségét szolgálják.

Az alábbiakban bemutatjuk a kutatás speciális célját és további fontos információkat adunk, mely megkönnyíti az Ön arra vonatkozó döntését, hogy részt kíván-e venni a vizsgálatban.

#### **A vizsgálat célja**

A krónikus betegség, sőt annak kezelése nemcsak testünkben okoz változásokat, de befolyásolja viselkedésünket, érzéseinket, érdeklődésünket és életminőségünket is. Célunk, hogy a betegek életműködési problémáit megismerve feltárjuk a személyiség azon pozitív erőforrásait, amelyek a betegséggel való megküzdésben szerepet játszanak. További célunk, hogy az eredményeket visszacsatoljuk az orvosok és az egészségügy nem orvos munkatársainak (nővérek, gyógytornászok, stb.) gyógyító tevékenységének mindennapi gyakorlatába.

Ez a kutatás az Ön részére semmiféle kockázatot nem jelent. Az Ön feladata e vizsgálatban mindössze annyi, hogy kitöltse az Önnek átadott kérdőíveket.

#### **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, anélkül, hogy ennek okát kellene adnia, vagy az bármilyen hátrányos következménnyel járna Önre nézve. A részvétel visszautasítása semmilyen módon nem befolyásolja az Ön kezelését és ellátását.



### **A vizsgálat lefolytatása**

Ha Ön úgy dönt, hogy részt vesz ebben a kutatásban és aláírja a Beteg Beleegyezési Nyilatkozatot, arra fogjuk kérni, hogy töltsön ki hat, az Ön viselkedésével, véleményével, érdeklődésével és érzéseivel kapcsolatos kérdőívet. Egy-egy kérdőív kitöltése annak hosszától függően kb. 10-40 percet vesz igénybe.

A kérdőíveket nem kell egyszerre kitöltenie. Amennyiben már megterhelőnek érzi a válaszadást, nyugodtan szakítsa félbe a feladatot. A válaszadást a pihenés után bármikor folytathatja. Csupán arra kérjük, hogy valamennyi kérdésre válaszoljon a rendelkezésre álló idői kereten belül (mielőtt elhagyná a kórházat).

### ***Bizalmas jelleg és titoktartás***

Minden beteggel kapcsolatos információt, melyet a vizsgálat során nyerünk bizalmasan kezelünk, és név nélkül dokumentálunk. Sem a beteg személyét, sem olyan adatot, amely alapján a vizsgálatban résztvevő személy azonosítható lenne, nem fedünk fel. A személyét érintő információ csak kezelő orvosához jut el. E célból Ön a vizsgálat elején egy számot kap, minden információt névtelenül gyűjtünk, és kutatásetikai standardok alapján analizálunk.

**A nemzeti és nemzetközi adatközlés kizárólag tudományos célokat szolgál, ahol az Ön identitása teljesen titokban marad.**

Ha bármi kérdése, kétsége maradt ezen betegtájékoztató elolvasása után, kérem vegye fel a kapcsolatot e dokumentumot aláíró orvossal.

Köszönjük!

.....

.....

Beteg aláírása

Dátum

.....

.....

Orvos aláírása

Dátum

## BETEGBELEEGYZÉSI NYILATKOZAT

„A szisztémás autoimmun kórképek személyiségjellemzőinek komplex klinikai- és egészségpszichológiai megközelítése” című vizsgálatban való részvételre:

- *Én*.....
- *Született (lánykori név)* .....
- *Év* ..... *hó:* ..... *nap:* .....
- *Családi állapotom:* .....
- *Lakhelyem:* .....
- *Legmagasabb iskolai végzettségem:*.....

megfelelő tájékoztatást kaptam a tudományos vizsgálat céljáról, módjáról, időigényéről. Megkaptam a Betegtájékoztató és a Beteg Beleegyezési 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 felmerülő kérdéseimet a vizsgáló orvossal megbeszéltem, és azokra kellő magyarázatot kaptam.

Tisztában vagyok azzal, hogy további kérdéseimre, esetleges kétségeimre választ kérhetek orvosomtól.

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

A mai napon a legjobb tudásom szerint tájékoztattam .....-t (név), hogy megértse mindazokat a célokat és feltételeket, melyek a „**A szisztémás autoimmun kórképek személyiségjellemzőinek komplex klinikai- és egészségpszichológiai megközelítése**” című tudományos vizsgálatban való részvételéhez szükséges.

.....

orvos aláírása

dátum

**2. melléklet: A TCI kérdőív skáláin és alskáláin mért T-értékek jelentése a betegcsoportokban**

<b>TCI skálák és alskálák</b>	<b>RA</b>	<b>SSc</b>
<b>Újdonságkeresés (NS)</b>	<b>jelentősen átlag alatti</b>	<b>jelentősen átlag alatti</b>
Felfedezés izgalma (NS1)	<i>enyhén átlag alatti</i>	<i>enyhén átlag alatti</i>
Impulzivitás (NS2)	átlagos	átlagos
Extravagancia (NS3)	<b>jelentősen átlag alatti</b>	<i>enyhén átlag alatti</i>
Rendezetlenség (NS4)	<i>enyhén átlag alatti</i>	<i>enyhén átlag alatti</i>
<b>Ártalomkerülés (HA)</b>	<i>enyhén átlag feletti</i>	<i>enyhén átlag feletti</i>
Anticipátoros aggodás (HA1)	átlagos	átlagos
Félelem a bizonytalanságtól (HA2)	<i>enyhén átlag feletti</i>	<i>enyhén átlag feletti</i>
Félelem az idegenektől (HA3)	átlagos	átlagos
Kifáradás és aszténia (HA4)	<i>enyhén átlag feletti</i>	<b>jelentősen átlag feletti</b>
<b>Jutalomfüggőség (RD)</b>	átlagos	átlagos
Érzékenység/szentimentalitás (RD1)	átlagos	átlagos
Kötődés (RD2)	<i>enyhén átlag alatti</i>	<i>enyhén átlag alatti</i>
Dependencia (RD3)	átlagos	átlagos
<b>Kitartás (P)</b>	átlagos	átlagos
<b>Önirányítottság (SD)</b>	átlagos	<i>enyhén átlag feletti</i>
Felelősség (SD1)	átlagos	átlagos
Céltudatosság (SD2)	átlagos	átlagos
Leleményesség (SD3)	átlagos	átlagos
Önelfogadás (SD4)	átlagos	<i>enyhén átlag feletti</i>
Személyes tulajdonságok belátása (SD5)	<i>enyhén átlag feletti</i>	<i>enyhén átlag feletti</i>
<b>Együttműködés (C)</b>	átlagos	átlagos
Társas elfogadás (C1)	átlagos	átlagos
Empátia (C2)	átlagos	átlagos
Segítőkézség (C3)	átlagos	átlagos
Együttérzés (C4)	átlagos	<i>enyhén átlag feletti</i>
Lelkiismeretesség (C5)	átlagos	átlagos
<b>Transzcendencia-élmény (ST)</b>	átlagos	átlagos
Belefeledkezés a dolgokba (ST1)	átlagos	átlagos
Transzperszonális azonosulás (ST2)	<i>enyhén átlag feletti</i>	átlagos
Spirituális elfogadás (ST3)	átlagos	átlagos

### 3. melléklet: A HADS kérdőív depresszió és szorongás skálái és a TCI skálák és alszkálák közti korrelációk a vizsgálati csoportokban

\*= p< ,05; \*\*= p< ,01; \*\*\*= p≤ ,001

TCI skálák és alszkálák	HADS Depresszió			HADS szorongás		
	Kontroll	RA	SSc	Kontroll	RA	SSc
<b>Újdonságkeresés (NS)</b>						
Felfedezés izgalma (NS1)	-,387***	- ,339***	-,277**	-,218*		
Impulzivitás (NS2)		,300***				
Extravagancia (NS3)		-,227*				
Rendezetlenség (NS4)						,259*
<b>Ártalomkerülés (HA)</b>	,571***	,604***	,575***	,494***	,640***	,544***
Anticipátoros aggodás (HA1)	,502***	,555***	,434***	,514***	,659***	,495***
Félelem a bizonytalanságtól (HA2)	,421***	,533***	,474***	,385***	,562***	,511***
Félelem az idegenektől (HA3)	,333***	,342***	,402***	,281**	,327***	,386***
Kifáradás és aszténia (HA4)	,514***	,563***	,550***	,362***	,548***	,375***
<b>Jutalomfüggőség (RD)</b>						
Érzékenység/szentsimentalitás (RD1)						
Kötődés (RD2)		-,212*	-,257*			
Dependencia (RD3)						
<b>Kitartás (P)</b>						
<b>Önirányítottság (SD)</b>	-,491***	- ,458***	-,273**	-,458***	- ,464***	-,297**
Felelősség (SD1)	-,410***	- ,396***	-,207*	-,430***	- ,365***	-,287**
Céltudatosság (SD2)	-,458***	- ,521***	- ,406***	-,379***	- ,403***	-,277**
Leleményesség (SD3)	-,460***	-,284**	- ,326***	-,338***	-,279**	-,266**
Önelfogadás (SD4)			,310**	-,240**		
Személyes tulajdonságok belátása (SD5)		-,239*	-,243*		-,310**	
<b>Együttműködés (C)</b>	-,251**	-,262*		-,208*	-,255*	

Társas elfogadás (C1)	-,231*				-,207*		
Empátia (C2)	-,343***	-,225*	-,207*				
Segítőkészség (C3)	-,187*		-,280**				
Könyörületesség (C4)						-,225*	
Lelkiismeretesség (C5)	-,189*	-,246*			-,193*	- ,347***	
<b>Transzcendencia-élmény (ST)</b>							
Belefeledkezés a dolgokba (ST1)							
Transzperszonális azonosulás (ST2)			-,211*				
Spirituális elfogadás (ST3)							

#### 4. melléklet: A vizsgálati csoportok T-értékei az MMPI-2 validitási skáláin

##### Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Térték_VRIN	0	67	52,0998	9,38680	1,14678	49,8102	54,3895	37,59	75,52
	RA	63	54,2802	11,03042	1,38970	51,5023	57,0582	34,14	75,52
	SSc	68	55,1318	9,94662	1,20620	52,7243	57,5394	34,14	78,97
	Total	198	53,8349	10,15519	,72170	52,4117	55,2581	34,14	78,97
Térték_TRIN	0	67	47,3809	9,91707	1,21156	44,9619	49,7998	23,55	65,72
	RA	63	52,2404	9,84014	1,23974	49,7622	54,7186	35,60	77,77
	SSc	68	49,5110	12,67295	1,53682	46,4435	52,5785	23,55	77,77
	Total	198	49,6586	11,04302	,78479	48,1110	51,2063	23,55	77,77
Térték_F	0	67	50,3458	8,82611	1,07828	48,1929	52,4986	35,79	78,78
	RA	63	56,6566	10,69275	1,34716	53,9637	59,3495	40,32	90,09
	SSc	68	52,9598	10,92562	1,32493	50,3152	55,6044	38,05	87,83
	Total	198	53,2515	10,45412	,74294	51,7864	54,7167	35,79	90,09
Térték_Fb	0	67	49,3930	9,09895	1,11161	47,1736	51,6124	40,82	79,28
	RA	63	58,7285	13,59522	1,71284	55,3046	62,1524	40,82	97,23
	SSc	68	55,9412	12,91690	1,56640	52,8146	59,0677	40,82	99,79
	Total	198	54,6123	12,56758	,89314	52,8509	56,3736	40,82	99,79
Térték_Fp	0	67	52,4181	10,93343	1,33573	49,7512	55,0849	38,42	91,05
	RA	63	54,2941	9,04675	1,13978	52,0157	56,5725	38,42	81,48
	SSc	68	52,7048	8,61056	1,04418	50,6206	54,7890	38,42	86,27
	Total	198	53,1134	9,57551	,68050	51,7714	54,4554	38,42	91,05
Térték_L	0	67	57,4379	9,67448	1,18193	55,0781	59,7977	35,14	74,66
	RA	63	57,4735	9,47550	1,19380	55,0871	59,8599	35,14	74,66
	SSc	68	55,1918	9,54391	1,15737	52,8817	57,5019	39,09	74,66
	Total	198	56,6778	9,57882	,68074	55,3354	58,0203	35,14	74,66
Térték_K	0	67	52,3715	9,29987	1,13616	50,1031	54,6399	26,67	70,15
	RA	63	47,3433	10,10549	1,27317	44,7983	49,8884	26,67	72,33
	SSc	68	49,6279	9,94002	1,20540	47,2219	52,0339	33,20	76,67
	Total	198	49,8294	9,94520	,70677	48,4356	51,2232	26,67	76,67
Térték_S	0	67	51,3750	8,51398	1,04015	49,2982	53,4517	31,31	75,37
	RA	63	47,8596	9,71841	1,22440	45,4120	50,3071	29,97	70,03
	SSc	68	48,5078	8,57075	1,03936	46,4333	50,5824	32,64	68,69
	Total	198	49,2718	9,01868	,64093	48,0078	50,5357	29,97	75,37

**5. melléklet: A klaszteranalízissel azonosított RA-s alcsoportok leíró adatai az MMPI-2 validitási és klinikai skáláin**

**Descriptives**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Térték_VRIN								
1	30	52,0690	10,99428	2,00727	47,9636	56,1743	34,14	75,52
2	16	59,5690	11,32344	2,83086	53,5351	65,6028	41,03	75,52
3	9	52,1456	12,04157	4,01386	42,8896	61,4016	37,59	72,07
4	8	54,3966	6,75658	2,38881	48,7479	60,0452	47,93	68,62
Total	63	54,2802	11,03042	1,38970	51,5023	57,0582	34,14	75,52
Térték_TRIN								
1	30	49,6586	8,85546	1,61678	46,3520	52,9653	35,60	65,72
2	16	53,2982	9,70578	2,42644	48,1263	58,4700	35,60	71,75
3	9	53,0054	5,59012	1,86337	48,7084	57,3023	47,65	59,70
4	8	58,9458	14,55700	5,14668	46,7758	71,1157	35,60	77,77
Total	63	52,2404	9,84014	1,23974	49,7622	54,7186	35,60	77,77
Térték_F								
1	30	49,8944	6,79210	1,24006	47,3582	52,4306	40,32	62,94
2	16	58,5577	6,31697	1,57924	55,1916	61,9238	44,84	67,47
3	9	73,2479	8,77052	2,92351	66,5062	79,9895	60,68	90,09
4	8	59,5475	8,96861	3,17088	52,0496	67,0455	49,37	71,99
Total	63	56,6566	10,69275	1,34716	53,9637	59,3495	40,32	90,09
Térték_Fb								
1	30	49,3675	7,13684	1,30300	46,7026	52,0325	40,82	66,46
2	16	65,9808	10,30836	2,57709	60,4878	71,4737	48,51	84,41
3	9	78,1425	11,03690	3,67897	69,6587	86,6262	61,33	97,23
4	8	57,4872	8,77593	3,10276	50,1503	64,8240	45,95	69,03
Total	63	58,7285	13,59522	1,71284	55,3046	62,1524	40,82	97,23
Térték_Fp								
1	30	51,3397	7,96182	1,45362	48,3667	54,3127	38,42	62,34
2	16	53,6722	8,23537	2,05884	49,2839	58,0606	43,21	71,91
3	9	61,2812	11,66566	3,88855	52,3142	70,2483	43,21	81,48
4	8	58,7560	6,13273	2,16825	53,6289	63,8831	52,78	71,91
Total	63	54,2941	9,04675	1,13978	52,0157	56,5725	38,42	81,48
Térték_L								
1	30	60,6983	8,22138	1,50101	57,6284	63,7682	47,00	74,66
2	16	56,8775	8,29098	2,07274	52,4595	61,2954	43,04	70,71
3	9	54,0228	10,96398	3,65466	45,5952	62,4505	35,14	70,71
4	8	50,4545	10,65572	3,76736	41,5461	59,3629	35,14	66,76
Total	63	57,4735	9,47550	1,19380	55,0871	59,8599	35,14	74,66
Térték_K								
1	30	52,2536	10,28699	1,87814	48,4124	56,0948	28,85	72,33
2	16	44,6087	6,56987	1,64247	41,1079	48,1095	35,37	57,11
3	9	39,4758	7,32745	2,44248	33,8435	45,1082	26,67	50,59
4	8	43,2500	9,64797	3,41107	35,1841	51,3159	26,67	57,11
Total	63	47,3433	10,10549	1,27317	44,7983	49,8884	26,67	72,33
Térték_S								
1	30	53,3823	8,56494	1,56374	50,1841	56,5805	36,65	70,03
2	16	46,2450	7,96932	1,99233	41,9984	50,4915	33,98	58,01
3	9	37,6873	5,73391	1,91130	33,2798	42,0948	29,97	50,00
4	8	41,8224	6,89834	2,43893	36,0553	47,5896	31,31	52,67
Total	63	47,8596	9,71841	1,22440	45,4120	50,3071	29,97	70,03

**Descriptives**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
					Lower Bound	Upper Bound			
Hs	1	30	60,7215	6,99551	1,27720	58,1094	63,3337	49,75	76,58
	2	16	72,5581	5,67585	1,41896	69,5337	75,5826	64,06	80,16
	3	9	76,3844	4,04432	1,34811	73,2757	79,4932	71,22	81,95
	4	8	64,2844	7,96803	2,81713	57,6230	70,9459	53,33	74,79
	Total	63	66,4176	8,96659	1,12968	64,1594	68,6758	49,75	81,95
D	1	30	63,1345	7,31280	1,33513	60,4039	65,8651	43,72	75,30
	2	16	75,9561	8,27542	2,06886	71,5465	80,3658	64,77	89,33
	3	9	74,7135	5,40738	1,80246	70,5570	78,8699	64,77	82,32
	4	8	58,1930	7,24870	2,56280	52,1329	64,2530	47,23	66,53
	Total	63	67,4174	9,88357	1,24521	64,9283	69,9066	43,72	89,33
Hy	1	30	61,6600	7,82569	1,42877	58,7378	64,5822	51,66	75,66
	2	16	73,2850	8,80057	2,20014	68,5955	77,9745	59,66	89,66
	3	9	65,8822	7,10243	2,36748	60,4228	71,3416	57,66	75,66
	4	8	61,6600	9,13392	3,22933	54,0238	69,2962	45,66	73,66
	Total	63	65,2156	9,37701	1,18139	62,8540	67,5771	45,66	89,66
Pd	1	30	45,3233	6,26522	1,14387	42,9838	47,6628	32,20	62,34
	2	16	54,2137	6,13981	1,53495	50,9421	57,4854	43,50	67,98
	3	9	66,3109	12,14815	4,04938	56,9730	75,6488	45,39	86,82
	4	8	59,0395	5,67209	2,00539	54,2976	63,7815	49,15	66,10
	Total	63	52,3212	10,44074	1,31541	49,6917	54,9506	32,20	86,82
Mf	1	30	51,6999	8,57635	1,56582	48,4975	54,9024	37,80	71,06
	2	16	49,3071	9,05999	2,26500	44,4794	54,1348	31,15	62,20
	3	9	57,0214	9,79131	3,26377	49,4952	64,5477	35,59	68,85
	4	8	59,1463	5,79868	2,05014	54,2985	63,9942	51,11	66,63
	Total	63	52,7980	9,05249	1,14051	50,5182	55,0779	31,15	71,06
Pa	1	30	45,1176	6,65109	1,21432	42,6341	47,6012	31,29	54,82
	2	16	60,3382	5,87009	1,46752	57,2103	63,4662	48,94	69,53
	3	9	66,9150	9,69300	3,23100	59,4643	74,3657	46,00	78,35
	4	8	64,0147	8,52977	3,01573	56,8836	71,1458	48,94	75,41
	Total	63	54,4967	11,61084	1,46283	51,5726	57,4209	31,29	78,35
Pt	1	30	50,0638	8,06112	1,47175	47,0537	53,0738	33,86	67,03
	2	16	68,1441	6,31560	1,57890	64,7788	71,5095	60,65	79,78
	3	9	74,2560	8,33973	2,77991	67,8455	80,6664	61,93	87,44
	4	8	59,6939	3,96084	1,40037	56,3825	63,0052	53,00	64,48
	Total	63	59,3345	12,03089	1,51575	56,3046	62,3644	33,86	87,44
Sc	1	30	50,0369	6,54584	1,19510	47,5926	52,4811	38,83	63,16
	2	16	65,3070	3,69031	,92258	63,3405	67,2734	58,74	72,01
	3	9	78,5275	8,11838	2,70613	72,2872	84,7679	70,91	94,14
	4	8	60,9513	7,43235	2,62773	54,7377	67,1649	48,78	73,12
	Total	63	59,3710	11,95495	1,50618	56,3602	62,3819	38,83	94,14
Ma	1	30	42,4145	7,82783	1,42916	39,4916	45,3375	30,45	60,36
	2	16	47,5427	7,19338	1,79834	43,7097	51,3758	36,86	64,64
	3	9	55,8523	5,49403	1,83134	51,6292	60,0754	45,41	62,50
	4	8	55,8226	7,78313	2,75175	49,3158	62,3295	47,54	68,91
	Total	63	47,3392	9,13599	1,15103	45,0384	49,6401	30,45	68,91
Si	1	30	55,3713	6,79655	1,24088	52,8335	57,9092	40,83	66,18
	2	16	65,2534	6,46213	1,61553	61,8100	68,6969	56,67	76,74
	3	9	70,6359	6,37479	2,12493	65,7358	75,5360	57,73	80,96
	4	8	54,1658	5,49965	1,94442	49,5680	58,7636	45,06	63,01
	Total	63	59,9087	8,86913	1,11741	57,6750	62,1423	40,83	80,96