

Szisztémás autoimmun betegségekkel kapcsolatos pszichológiai tényezők vizsgálata (protektív és rizikótényezők meghatározása)

LÉVAI TÜNDE¹, KOVÁCS LÁSZLÓ², HEMELEIN RITA², KAZINCZI CSABA³, RAFAEL BEATRIX¹

¹Szegedi Tudományegyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Pszichológiai Intézet

²Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Reumatológiai és Immunológiai Klinika

³Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Klinikai Orvostudományi Doktori Iskola

Jelen kutatásunk célja volt, hogy felmérjük, megjelenik-e különbség a relapszusban lévő szisztémás lupus erythematosus és rheumatoid arthritises betegek elmúlt egy év során átélt negatív életeseményeinek számában és az észlelt stressz, depresszió és szorongás szintjében a remisszióban lévő betegekhez mérten. További összehasonlítást végeztünk a jóllét és az étellel való elégedettség szintjére vonatkozóan. Ezenfelül célunk volt, hogy feltárjuk, mely pszichológiai protektív és rizikótényezők mutatnak pozitív, illetve negatív összefüggést az észlelt stressz és depresszió mértékével. A kérdések megválaszolása érdekében létrehoztunk egy relapszusban, valamint egy remisszióban lévő betegekből álló csoportot. A relapszusban lévő betegek csoportját 38 beteg, a remisszióban lévők csoportját 52 beteg alkotta. Mindkét csoport esetében megvizsgáltuk az életesemények számát, a depresszió, a szorongás és az észlelt stressz mértékét, a társas támogatottság, a megküzdési stratégiák és a reziliencia jellemzőit. Az észlelt stressz és a jóllét esetében szignifikáns különbség jelent meg a két csoport között. A reziliencia negatív összefüggést mutatott továbbá az észlelt stressz és a depresszió szintjével.

Kulcsszavak: rheumatoid arthritis, szisztémás lupus erythematosus, relapszus, remisszió, pszichológiai rizikó- és protektív tényezők

INVESTIGATION OF PSYCHOLOGICAL FACTORS OF SYSTEMIC AUTOIMMUNE DISEASES (IDENTIFICATION OF PROTECTIVE AND RISK FACTORS)

The objective of present study is to point out differences between systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis patients in relapse and patients in remission, in terms of number of negative life events, perceived stress, depression and anxiety. The level of well being and satisfaction with life in the two groups of patients were also compared. In addition, we aimed to explore which psychological protective and risk factors show positive or negative connection with perceived stress and depression. To answer these questions we created a group of patients in relapse and a group of patients in remission. The group in relapse had 38 members, while the group in remission had 52 members. We examined the number of life events, the level of depression, anxiety and perceived stress, as well as the features of social support, coping strategies and resilience, in both groups. Significant differences were found between the two groups in terms of perceived stress and well being. Furthermore resilience had a negative connection with the level of perceived stress and depression.

Keywords: rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, remission, relapse, psychological risk and protective factors

Bevezetés

A szisztémás autoimmun betegségek csoportjába tartozó rheumatoid arthritis (RA) és szisztémás lupus erythematosus (SLE) autoimmun kórlefolyású, krónikus gyulladásos megbetegedések, amelyek etiológiája és progressziója multifaktoriális.

Az immunrendszeri, genetikai, neuroendokrin, környezeti és pszichológiai tényezőknek egyaránt hatást tulajdoníthatunk a betegség kialakításában és az aktivitás alakításában. Ezen faktorok egymással folytatott interakciója, illetve az, hogy mindezek végül *hogyan befolyásolják a betegség folyamatát*, napjainkban csak részben ismert [1, 2].

A jelen kutatás célkitűzése volt, hogy megvizsgálja az RA és az SLE autoimmun betegségek aktív és nyugalmi állapotának kapcsolatát különböző pszichológiai faktorokkal.

A szisztémás autoimmun betegségek kialakulása és progressziója

A Selye János nevéhez fűződő stresszkonceptió, majd a biopszicho-szociális szemlélet megjelenésével kezdetét vette a krónikus betegségek – ezeken belül pedig a szisztémás autoimmun betegségek – kialakulásának és lefolyásának multifaktoriális vizsgálata. Ez a szemlélet kiemelt szerepet tulajdonít a pszichés stressznek, valamint a pszichológiai protektív és rizikófaktorok moderáló és mediáló hatásának. A pszicho-neuro-immunológia tárgykörébe tartozó kutatások elméleti alapját képezi a stresszválaszrendszer működése és a pszichológiai faktorok immunműködést befolyásoló hatása a stresszválaszrendszer aktiválódása által [3–6]. A kutatások, céljaikat tekintve, a betegségek kialakulásának és lefolyásának tanulmányozása során a stresszre, a vele szembeni megküzdésre, valamint a lehetséges következményként megjelenő pszichológiai distressz megismerésére helyezik a hangsúlyt [7–9].

A pszichés stresszorok betegségek kialakulására és folyamatára gyakorolt hatásának vizsgálata során jelentős szerepet kap a Rahe-féle életesemény-konceptió, amely szerint a társas-környezeti eseményekhez való alkalmazkodás okozta stressz a krónikus betegségek kialakulását meghatározó tényező lehet [10–12]. Ezen elmélettel összhangban számos bizonyíték született arra vonatkozóan, hogy RA-val és SLE-vel élő betegek körében a negatív életesemények, mint jelentős pszichológiai rizikótényezők, hatást gyakorolnak a testi és a mentális egészségre, jóllétre. Több kutatási eredmény is bizonyítja, hogy autoimmun betegek körében a relapszus ideje alatt átélt depresszió és szorongás szintje összefüggésben állt a korábbi hónapokban átélt interperszonális stresszrel, illetve az életüket veszélyeztető események következtében átélt stressz mértékével [7, 9].

Fontos azonban megállapítani, hogy a jelenleg fellelhető kutatásokból nem vonhatunk le egyhangú konklúziót a stresszkeltő életesemények és a betegség aktivitása közötti összefüggésre vonatkozóan [6–9].

A pszichológiai distressz összefüggései az RA és az SLE klinikai jellemzőivel

A nemzetközi szakirodalomban növekvő tendenciát mutat azon kutatások száma, amelyek szerint az RA-val és az SLE-vel élő betegek körében nagy valószínűséggel kialakulhat a pszichológiai distressz valamely formája és a pszichológiai jóllét negatív irányú változása [13, 14]. Bekövetkezésükhöz

vezethet többek között a központi idegrendszer közvetlen érintettsége, a kezelések hatása, a betegség következtében az életminőségükben bekövetkezett jelentős változás, valamint a krónikus betegséghez és annak kiszámíthatatlan lefolyásához való alkalmazkodás elégtelensége [9, 15].

A pszichológiai tünetek változatosak, de leggyakrabban depresszióról és szorongásról beszélhetünk. A tünetek számos esetben pszichoszociális faktorokhoz kapcsolódnak, mint például – a krónikus betegség hatásából kifolyólag – az értékes tevékenységek elvesztése, tehetetlenség érzése, továbbá a fájdalom fokozódása, funkcionális károsodás [7–9].

Zautra és munkatársai (2001) pozitív összefüggést találtak a depresszív tünetek, az észlelt stresszre adott fokozott érzelmi válasz és az ízületi fájdalom erősödése között RA-val diagnosztizált betegek körében [14]. Ezen eredménnyel összhangban áll Nery és munkatársainak kutatása (2007), amely során SLE-s betegeket vizsgálva közvetlen pozitív összefüggést mutattak ki a betegség aktivitása és a depresszió súlyossága között [16].

Protektív pszichológiai tényezők az RA és az SLE vonatkozásában

A stressz és az egészségi állapot közötti viszonyt nem tekinthetjük közvetlen kapcsolatnak. A negatív életesemények pszichológiai jóllétre és a betegség aktivitására gyakorolt hatása függ a stresszel szembeni megküzdési stratégiáktól, a rendelkezésre álló további pszichés protektív faktoroktól, mint például a társas támogatottságtól és rezilienciától, továbbá a személy fiziológiai állapotától [17, 18].

A protektív pszichológiai faktorok védik a személy pszichés integritását és hozzájárulnak a betegséggel való sikeres megküzdéshez [17, 18].

Ezen védőfaktorok közé soroljuk a adaptív megküzdési stratégiákat, amelyek azokat a viselkedési és kognitív erőfeszítéseket jelentik, amelyek segítségével az egyén képes megbirkózni a stresszt keltő életeseményekkel. A kutatási eredmények arra engednek következtetni, hogy az autoimmun betegek körében a problémafókuszú megküzdés enyhíti a mindennapi gondok szorongáskeltő hatását és a depresszív tünetek megjelenését. Ezzel ellentétben az elkerülést, aggodalmaskodó gondolkodást magában hordozó érzelmfókuszú megküzdés összefüggést mutat a depresszió magasabb szintjével és a testi fájdalmak felerősödésével [8, 19].

A társas támaszt a legmeghatározóbb pszichológiai protektív faktorok közé sorolják. RA-ban szenvedő betegek körében kapcsolatot mutattak ki az érzelmi társas támasz hiánya és az élettel való elégedettség alacsony szintje és a depresszív tünetek felerősödése között [7, 20].

A krónikus betegségekkel szembeni megküzdésben egyaránt jelentős hatást tulajdoníthatunk a magas szintű rezilienciának [18, 21]. A reziliencia olyan személyes és környezeti

tényezőket foglal magában, amelyek elősegítik a neheztelt életkörülmények ellenére történő sikeres alkalmazkodást. Vizsgálatok eredményei szerint krónikus betegséggel élők csoportjában a reziliencia fordított korrelációt mutat a depresszió és a szorongás szintjével, valamint a betegség aktivitásával [22, 23].

A kutatás hipotézisei

Az eddigiekben felvázolt kutatási eredményekre és a szakirodalomban fellelhető ellenmondásokra alapozva fogalmazzuk meg kutatásunk kérdéseit: Megjelenik-e eltérés a relapszusban lévő betegek észlelt stressz-, depresszió-, szorongás-, jóllét- és étellel való elégedettségének szintjében, valamint a közelmúltban átélt életesemények intenzitásában a remisszióban lévő betegekhez képest?

Mely pszichológiai protektív és rizikótényezők mutatnak pozitív, illetve negatív összefüggést az észlelt stressz és depresszió szintjével?

Kutatásunk hipotézisei szerint:

1. hipotézis: A relapszusban lévő betegeknek magasabb az észlelt stressz-, depresszió- és szorongásszintjük, mint a remisszióban lévő betegeknek.

2. hipotézis: A relapszusban lévő betegek a vizsgálatot megelőző egy évben több és jelentősebb életeseményeket éltek át, mint a remisszióban lévőek.

3. hipotézis: A relapszusban lévő betegek az étellel való elégedettség és a jóllét alacsonyabb szintjével jellemezhetőek, mint a remisszióban lévő betegek.

4. hipotézis: A teljes mintára vonatkozóan a negatív életesemények száma és a maladaptív megküzdés skála pozitívan, míg a reziliencia- és a társas támasz skálák negatívan függenek össze az észlelt stressz mértékével.

5. hipotézis: A teljes mintára vonatkozóan a negatív életesemények száma és a maladaptív megküzdés skála pozitívan, míg a reziliencia- és a társas támasz skálák negatívan függenek össze a depresszió mértékével.

Jelen kutatásunkkal kívánunk hozzájárulni az RA-ban és SLE-ben szenvedő betegek életében fennálló aktív és nyugalmi betegségperiódusok pszichés tényezőinek pontosabb megértéséhez, elősegítve pszichés jóllétüket és gyógyulásukat támogató lehetséges pszichológiai módszerek megvalósítását.

Vizsgálati minta és módszerek

A vizsgált betegcsoportok jellemzői

A vizsgálati mintába a Szegedi Tudományegyetem Reumatológiai és Immunológiai Klinikájának fekvőbeteg- és ambuláns betegellátásában részesülő RA-s és SLE-s betegek kerültek beválasztásra. A kutatást a Regionális Humán Orvosi Biológiai Kutatásaitikai Bizottság engedélyezte.

A vizsgálatban való részvétel feltétele volt a 18. életév betöltése és minimum 1 éve fennálló rheumatoid arthritis vagy szisztémás lupus erythematosus diagnózisa. A kutatásban való részvétel kizáró tényezői voltak a súlyos kognitív zavar, demencia, tumoros megbetegedés, egyéb súlyos szomatikus zavar (pl. szívelégtelenség) vagy pszichiátriai kórképek súlyos formái (pl. pszichózis).

A vizsgálati mintát 90 fő alkotja, akiket két csoportra osztottunk betegségük állapota alapján, remisszióban és relapszusban lévő betegekre. A vizsgálatban 77 nő és 13 férfi vett részt, átlagéletkoruk 59,13 év (szórás: 14,82 év), autoimmun betegségük átlagosan 16,63 éve van jelen életükben (szórás: 13,6 év).

A remisszióban lévő betegek csoportjába 52 személy tartozik (9 férfi és 43 nő), átlagéletkoruk 61,46 év (szórás: 13,25). RA-ban 39 beteg, SLE-ben 13 beteg szenved, betegségük átlagosan 18,26 éve van jelen életükben (szórás: 12,8).

A relapszus állapotában lévőek csoportját 38 beteg alkotja (4 férfi és 34 nő), átlagéletkoruk 55,94 év (szórás: 16,38). A csoportban 20 beteg RA-ban, 18 pedig SLE-ben szenved, betegségük átlagosan 14,39 éve áll fenn életükben (szórás: 14,4).

A tesztfelvételek helyszíne a Szegedi Tudományegyetem Reumatológiai és Immunológiai Klinikája volt. Minden résztvevő részletes szóbeli és írásbeli tájékoztatást kapott a kutatás tartalmáról és céljáról, a részvétel anonimitásáról. A kérdőív önkitöltős formátumú volt, melynek kitöltése megközelítőleg 30 percet vett igénybe.

Pszichológiai mérőeszközök

Észlelt stressz kérdőív – A 14 tételes kérdőív ötfokú Likert-skálán a személy stresszérzését jellemző gondolatokra és érzésekre kérdez rá, az elmúlt egy hónapra vonatkozóan [25, 26].

Életesemény-lista – 55 stresszkelő életesemény felsorolásával tárja fel az elmúlt egy évben történt pozitív és negatív változásokat az egészségi állapot, otthon és család, munka, személyes életvitel, szociális kapcsolatok és gazdasági változások életterületeit lefedve [12, 26].

Kórházi szorongás és depresszió skála – A kérdőív két különálló alskálán, 7-7 tétellel vizsgálja a szorongás szintjét és a hangulati állapotot az elmúlt egy hétre vonatkozóan, négyfokozatú skálát alkalmazva [27, 28].

Konfliktusmegoldó kérdőív – A 16 tételes kérdőív négy alskála mentén méri fel a kognitív és a viselkedéses megküzdési stratégiákat, négy dimenzióba sorolva: kognitív átstrukturálás, feszültségredukció, problémaelemzés, passzív megküzdés [29, 30].

Multidimenzióanalízis észlelt társas támasz kérdőív – A kérdőív 10 tételből áll, amelyek három alfaktorba csoportosulnak három kapcsolatrendszernek megfelelően: család, barátok és egyéb jelentős kapcsolatok. Az észlelt társas támogatás mértékének értékelése ötfokozatú Likert-skálán történik [31, 32].

Connor–Davidson-rezilienciaskála – A kérdőív 25 tételen keresztül méri fel a lelki ellenálló képességet és a stresszel való megküzdést. A válaszadónak ötfokú skálán kell meghatároznia, hogy mennyire volt rá jellemző az adott állítás az elmúlt hónapban [21, 33].

Élettel való elégedettség skála – A kérdőív a szubjektív életminőség kognitív értékelésére vonatkozóan tartalmaz öt állítást, amelyekről a válaszadónak egy hétfokú skálán kell megítélni, hogy mennyire jellemző rá az adott állítás [34, 35].

WHO jóllét kérdőív – A kérdőív öt tétellel méri a pszichológiai jóllét és a szubjektív életminőség szintjét. A kitöltőnek négyfokozatú skálán kell megítélnie, hogy az elmúlt két hét során hogyan érezte magát, mennyire voltak rá jellemzőek a felsorolt érzelmek [36, 37].

Statisztikai módszerek

Az adatbevitelt és a statisztikai elemzést az IBM SPSS 22 Statistics szoftverrel végeztük (IBM Corp., Armonk, NY, Amerikai Egyesült Államok). A remisszióban, illetve relapszusban lévő csoportok eredményeinek átlagát kétmintás t-próbával hasonlítottuk össze. A teljes beteganyagban az egyes mérőeszközökkel kapott számértékek egymással fennálló összefüggéseit többváltozós lineáris regresszió stepwise módszerével analizáltuk. A statisztikai szignifikancia határát minden esetben $p < 0,05$ értékben határoztuk meg. Az adatokat átlag \pm szórás formában adjuk meg.

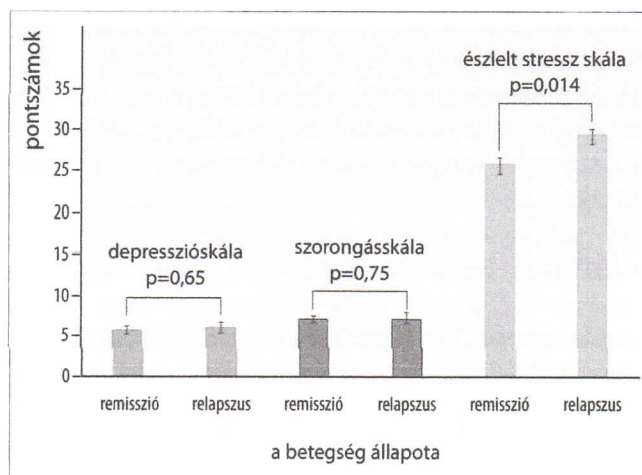
Eredmények

A remisszióban és a relapszusban lévő betegek összehasonlítása

Hipotéziseink vizsgálata során a két csoport észlelt stressz, depresszió- és szorongáskálákon elért értékeinek összehasonlítását végeztük. A statisztikai próba szerint a két csoport észlelt stressz skálán elért átlagértékei között szignifikáns eltérés észlelhető ($p = 0,014$). A remisszióban lévő csoport észlelt stressz pontszámának átlaga 25,61 (szórás: 7,06), a relapszusban lévő csoport átlaga 29,23 (szórás: 6,39) (1. ábra).

Ugyanakkor sem a depresszió, sem a szorongás vonatkozásában nem volt különbség a két csoport között. A depresszióskálán a remisszióban lévő csoport átlagpontszáma $5,61 \pm 3,78$, a relapszusban lévő csoport átlagpontszáma $5,97 \pm 3,68$ ($p = 0,65$) (1. ábra). A szorongáskála esetében a remisszióban lévő csoport átlagpontszáma $7,09 \pm 3,61$, a relapszusban lévő csoport pedig átlagosan $7,36 \pm 4,33$ pontot ért el ($p = 0,2$) (1. ábra).

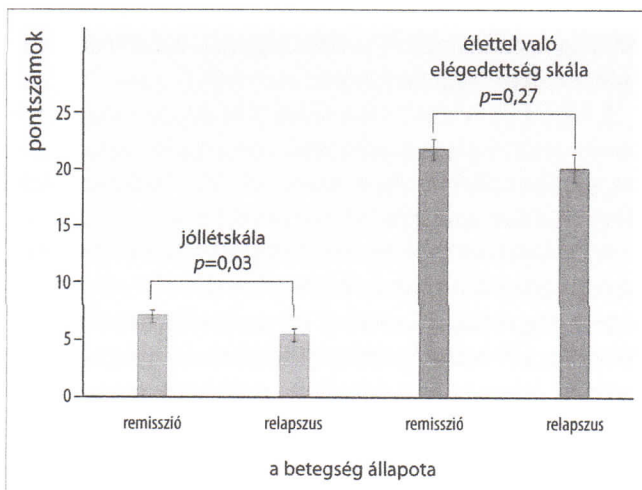
A relapszusban lévő betegek a vizsgálatot megelőző egy évben átélt életeseményeinek átlagértékei nem tértek el szignifikánsan a remisszióban lévő betegektől. A remisszióban lévő csoport átlaga $152,21 \pm 110,14$, a relapszusban lévő betegek átlagpontszáma pedig $181,05 \pm 127,1$ ($p = 0,25$).



1. ábra

A depresszió-, szorongás- és észlelt stressz skálák értékeinek összehasonlítása a remisszióban, illetve relapszusban lévő csoportok között (1. hipotézis). Az oszlopok az átlagértékeket, a hibásávok a standard hibákat jelölik

A két csoport jóllétskálán elért átlageredményei között jelentős különbség igazolódott. A remisszióban lévő csoport átlaga $7,15 \pm 3,51$, a relapszusban lévő betegcsoport átlaga pedig $5,5 \pm 3,67$ ($p = 0,03$) (2. ábra). Ezzel szemben az élettel való elégedettség vonatkozásában nem találtunk különbséget a két csoport között. A relapszusban lévő csoportja átlagosan $20,05 \pm 3,67$ pontot, a remisszióban lévő betegek csoportja pedig átlagosan $21,79 \pm 6,83$ pontot ért el ($p = 0,27$) (2. ábra).



2. ábra

A jóllét- és az élettel való elégedettség skálák értékeinek összehasonlítása a remisszióban, illetve relapszusban lévő csoportok között (3. hipotézis). Az oszlopok az átlagértékeket, a hibásávok a standard hibákat jelölik

A pszichológiai tesztek eredményének összefüggései a teljes mintára vonatkozóan

Amikor a teljes beteganyagban mértük fel az egyes mérőeszközökkel mérhető pszichológiai jellemzők összefüggéseit, a következő eredményeket kaptuk: Az észlelt stressz negatív korrelációt mutatott a rezilienciaskálával, ugyanakkor nem mutatott összefüggést az elmúlt egy év életeseményeit mérő skálával, a maladaptív megküzdés skálával, valamint a társas támasz skálával.

Az elemzés során felépített lineáris regressziós modellben a függő változót az észlelt stressz értéke alkotta, a független változókat az életesemény-pontszám, a maladaptív megküzdés skála pontszáma, a rezilienciaskála pontszáma és a társas támasz skála pontszáma jelentette. A modell alapján a reziliencia szignifikáns prediktornak tekinthető, valamint negatív összefüggést mutat az észlelt stressz értékével (1. táblázat).

1. táblázat. A többváltozós lineáris regresszió eredményei. A rezilienciaskála szignifikáns negatív összefüggést mutat az észlelt stressz értékével. A maladaptív megküzdési stratégiával való összefüggés tendenciaszerű, $p < 0,08$

	B	β	p^*
Életesemények	-	0,05	0,58
Maladaptív megküzdés skála	-	0,19	0,08
Rezilienciaskála	-0,21	-0,47	0,00
Társas támasz skála	-	0,05	0,64

*szignifikanciaszint $p < 0,05$

További eredményeinket tekintve, a depresszió negatív korrelációt mutatott a rezilienciaskálával, ugyanakkor nem mutatott összefüggést az elmúlt egy év életeseményeit mérő skálával, a maladaptív megküzdés skálával, valamint a társas támasz skálával sem.

A felépített lineáris regressziós modellben a függő változót a depresszió értéke alkotta, a független változókat pedig az életesemény-pontszám, a maladaptív megküzdés skála pontszáma, a rezilienciaskála pontszáma és a társas támasz skála pontszáma jelentette. A modell alapján a reziliencia ez esetben is szignifikáns prediktornak tekinthető, valamint negatív összefüggést mutat az észlelt stressz értékével (2. táblázat).

Megbeszélés

Tanulmányunkban a rheumatoid arthritisszel és szisztémás lupus erythematosusszal élő, betegségük aktív, illetve nyugalmi állapotában lévő betegcsoportok pszichológiai faktorainak vizsgálatát mutattuk be. Célkitűzésünk a relapszus és a remisszió állapotával kapcsolatos pszichológiai protektív és rizikótényezők meghatározása volt.

2. táblázat. A többváltozós lineáris regresszió eredményei. A rezilienciaskála szignifikáns negatív összefüggést mutat a depresszió értékével

	B	β	p^*
Életesemények	-	0,07	0,46
Maladaptív megküzdés skála	-	0,09	0,32
Rezilienciaskála	-0,13	-0,53	0,00
Társas támasz skála	-	-0,06	0,54

*szignifikanciaszint $p < 0,05$

A pszichológiai distressz összefüggései a remisszió és a relapszus állapotával

A remisszió és a relapszus állapotának összehasonlítása során eltérést találtunk a jóllét mértékében, a relapszusban lévő betegekhez jelentősen alacsonyabb értéket társíthatunk. Ezzel ellentétben az étellel való elégedettség vonatkozásában nem észleltünk különbséget.

Eredményeink a pszichológiai jóllét esetében összhangban állnak a megelőző évek kutatásaival, amelyek szerint a pszichológiai jóllét csökkenése összefüggésben áll az autoimmun betegségek tüneteinek fellángolásával, többek között a gyengeség, a fájdalom és a fáradtság fokozódásával, az ízületi gyulladásokkal és az életminőség romlásával [38, 39]. Az étellel való elégedettség esetében a kapott eredményeket feltételezhetően befolyásolhatta, hogy az autoimmun betegség állapotától függetlenül más pszichoszociális faktorok is jelentős hatást gyakorolnak rá. Mint az élet átfogó értékelése – a születéstől kezdve – a jelen élethelyzettől eltekintve az eddigi élet során elért sikerek, a munka, a szabadidő és a társas kapcsolatok tekinthetők az étellel való elégedettséget egyaránt meghatározó tényezőknek [44, 45].

A relapszusban lévő betegek jelentősen magasabb stresszt éltek meg, mint a remisszióban lévők. Jelen eredmények összhangban állnak az elmúlt évek tanulmányainak konklúziójával, miszerint a tünetek fellángolása, például ízületi gyulladás vagy fájdalom jelentkezése, és a stressz fokozódása közt kapcsolat igazolható [40, 41].

Az átélt negatív életesemények számában, a depresszió és a szorongás esetében feltételezett eltérésre a kutatás nem talált bizonyítékot. A szakirodalomban fellelhető eredményekkel ellentétben, a relapszusban lévő betegek nem éltek át több negatív életeseményt és nem tapasztalták a depresszió és a szorongás magasabb szintjét [9, 39, 41]. A kapott eredmények háttérben feltételezhetően hasonló tényezők állhatnak, mint az étellel való elégedettség esetében. A testi egészségi állapottól, jelen esetben az autoimmun betegség állapotától, függetlenül az élet egyéb területeinek pozitív értékelése kompenzálhatja, pozitívan befolyásolhatja a han-

gulati állapotot és a szorongás szintjét [2, 6, 8]. További befolyásoló hatást tulajdoníthatunk a kutatást limitáló tényezőnek, a két csoporton belül a betegség típusában megjelenő heterogenitásnak.

A pszichológiai protektív és rizikótényezők összefüggései az észlelt stressz és a depresszió mértékével

A reziliencia szignifikáns negatív összefüggést mutatott az észlelt stressz és a depresszió szintjével. Ezzel ellentétben, nem jelent meg összefüggés sem az észlelt stressz, sem a depresszió esetében a negatív életeseményekkel, a maladaptív megküzdés és társas támasz skálákkal.

A megjelent kapcsolat, miszerint a reziliencia negatív összefüggésben áll a stressz és a depresszió szintjével, konzisztensnek tekinthető a korábbi évek jelentős számú kutatásával. Cal és munkatársainak metaanalízise szerint a krónikus betegek csoportjainak többségében a reziliencia negatív irányú kapcsolatban áll a pszichológiai distressz fennállásával, megjelenésével [23]. Jelen kutatási eredmények magyarázatát jelentheti, hogy a reziliencia nem megfelelő szintje hátráltatja az egyént a megváltozott életkörülményekhez történő sikeres alkalmazkodásban és a stresszel szembeni megküzdésben. Ezáltal sérülhet az egyén pszichés integritása és mentális egészsége. Ennek következtében megemelkedhet az észlelt stressz és a depresszív tünetek mértéke, mint azt eredményeink is mutatják.

Az észlelt stressz és a maladaptív megküzdési stratégia között megjelent tendenciaszerű pozitív korreláció összhangban áll a rezilienciával kapcsolatos eredményekkel. Ez alapján a következtetéseket óvatosan kell kezeljük, azonban az eredmény arra utalhat, hogy a nem adaptív megküzdési stratégiák alkalmazása szintén a pszichés integritás, a mentális jóllét gyengüléséhez vezethet. Ezen eredmények összhangban állhatnak a reziliencia szintjének negatív irányú változásával, mint ahogy az előzőekben kifejtettük, a sikertelen alkalmazkodás szintén a stressz-szint emelkedéséhez vezethet.

Az észlelt stressz és a depresszióskálák negatív életeseményekkel, észlelt társas támasszal és maladaptív megküzdési stratégiák alkalmazásával való együtt járására vonatkozóan nem sikerült bizonyítékot találnunk. A kapott eredményekkel ellentétben, a korábbi évek jelentős számú kutatása igazolja, hogy a stresszorként jelen lévő életesemények gyarapodása rizikótényezőt jelent az átélt pszichológiai distressz-szint fokozódásának [7, 42]. Az észlelt társas támasz és maladaptív megküzdési stratégiák alkalmazására vonatkozó eredményeink szintén ellentmondásban állnak a korábbi évek kutatásaival [8, 9, 43]. A szakirodalommal inkonzisztens eredmények háttérben feltételezhetően a mintában megjelenő, a betegség típusában (RA és SLE) jelen lévő heterogenitás állhat.

Limitáló tényezők

A tanulmány limitáló tényezőjét jelenthette, így egyben eredményeit is befolyásolhatta, a vizsgálati mintában az autoimmun betegségek típusában megjelenő heterogenitás. A teljes mintában 59 RA-s és 31 SLE-s beteg szerepelt. Az RA és az SLE egyaránt a reumatológiai, szisztémás autoimmun betegségek csoportjába tartozik, azonban immunmechanizmusukban eltérnek, hiszen az SLE esetében számos olyan belső szervet érintő tünet is megjelenhet, amely az RA-val élő személyeket a legtöbb esetben nem veszélyeztetheti. Ezáltal SLE-ben a testi tünetek változatosabb megjelenése jelentősebb hatást gyakorolhat a betegek pszichés állapotára, mint RA-ban. A két betegségtípus együttes analízisét azonban a mindkét betegség esetén megjelenő reumatológiai tünetek és az autoimmun körlefoylás jelenléte miatt találtak indokoltnak.

További limitáló tényezőként fontos kiemelni, mint ahogyan az előzőekben is kifejtettük, a vizsgált pszichés paramétereket a testi egészségen túlmenően, jelen esetben az autoimmun betegségtől és annak állapotától függetlenül, más pszichoszociális paraméterek is befolyásolhatják.

Következtetések

A kutatás konklúziójaként megállapítható, hogy a reumatoid arthritis és a szisztémás lupus erythematosus aktív állapotában megemelkedhet a betegek észlelt stressz-szintje, továbbá ezen állapot összefüggésbe hozható a jóllétükben megjelent negatív változással. A pszichológiai protektív funkciót betöltő reziliencia stresszel és depresszióval megjelent negatív összefüggése bizonyítékot jelenthet valódi stresszel szembeni védelmező funkciójára, nem megfelelő szintje esetlegesen rizikóját jelentheti a pszichológiai distressz fokozódásának.

IRODALOM

- [1] Ader R: Conditioned immunomodulation: Research needs and directions. *Brain, Behavior, and Immunity* 2003; 17(1): 51-57.
- [2] Buz A: Anxiety and depression levels in patients with rheumatoid arthritis. *Eurasian Journal of Medicine and Oncology* 2017; <https://doi.org/10.14744/ejmo.2017.46220>.
- [3] Selye J: *Életünk és a stressz*. Akadémiai Kiadó, Budapest 1964; 180-250.
- [4] Erdei A, Sármay G, Prechl J: *Immunológia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest 2012; 77-80: 551-564.
- [5] Czirják L: A kötőszöveti betegségek (szisztémás autoimmun kórképek) diagnosztikájának és kezelésének gyakorlati vonatkozásai. *Fact Alkalmazott Társadalomtudományok Intézete*, Pécs 2003; 25-110.
- [6] Stojanovich L: Stress and autoimmunity. *Autoimmunity Reviews* 2010; 9(5): A271-A276.
- [7] Evers AWM, Verhoeven EW, van Middendorp H, et al: Does stress affect the joints? Daily stressors, stress vulnerability, immune and HPA axis activity, and short-term disease and symptom fluctuations in rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2014; 73(9): 1683-1688

- [8] Dekkers JC, Geenen R, Evers AWM, et al: Biopsychosocial mediators and moderators of stress-health relationships in patients with recently diagnosed rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism* 2001; 45(4): 307-316.
- [9] Kozora E, Ellison MC, Waxmonsky JA, et al: Major life stress, coping styles, and social support in relation to psychological distress in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2005; 14(5): 363-372.
- [10] Holmes TH, Rahe RH: The social adjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967; 11: 213-218.
- [11] Rahe RH: Epidemiological Studies of Life Change and Illness. *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 1975; 6(1-2): 133-146.
- [12] Rózsa S, Kő N, Csoboth C, et al: Stress and Coping. Hungarian Experiences with Rahe Brief Stress and Coping Inventory. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2006; 6(4): 275-294.
- [13] Erim Y, Tagay S, Beckmann M, et al: Depression and protective factors of mental health in people with hepatitis C: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2010; 47(3): 342-349.
- [14] Zautra AJ, Hoffman JM, Matt KS, et al: An examination of individual differences in the relationship between interpersonal stress and disease activity among women with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research* 1998; 11(4): 271-279.
- [15] Stojanovich L, Zandman-Goddard G, Pavlovich S, et al: Psychiatric manifestations in systemic lupus erythematosus. *Autoimmunity Reviews* 2007; 6(6): 421-426.
- [16] Nery FG, Borba EF, Hatch JP, et al: Major depressive disorder and disease activity in systemic lupus erythematosus. *Comprehensive Psychiatry* 2007; 48(1): 14-19.
- [17] Gy Kiss E, Csókási K, Hargitai R, et al: Resilience and protective factors of personality. *Psychology & Health* 2012; 27(suppl): 1.
- [18] Cal SF, de Sá LR, Glustak ME, et al: Resilience in chronic diseases: A systematic review. *Cogent Psychology* 2015; 2(1): doi: 10.1080/23311908.2015.1024928
- [19] Hyphantis T, Palieraki K, Voulgari P, et al: Coping with health-stressors and defence styles associated with health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2011; 20(9): 893-903.
- [20] Benka J, Nagyova I, Rosenberger J, et al: Social support as a moderator of functional disability's effect on depressive feelings in early rheumatoid arthritis: A four-year prospective study. *Rehabilitation Psychology* 2014; 59(1): 19-26.
- [21] Kiss EC, Vajda D, Káplár M, et al: The Hungarian adaptation of the 25-item Connor-Davidson Resilience Scale. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2015; 16(1): 93-113.
- [22] Ahern NR, Kiehl EM, Sole LM, & Byers J: A Review of Instruments Measuring Resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 2006; 29(2): 103-125.
- [23] Cal SF, de Sá LR, Glustak ME, et al: Resilience in chronic diseases: A systematic review. *Cogent Psychology* 2015; 2(1): doi: 10.1080/23311908.2015.1024928
- [24] Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R: A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour* 1983; 24: 385-396.
- [25] Stauder A, Konkoly Thege B: Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2006; 7(3): 203-216.
- [26] Miller M, Rahe RH: Life changes scaling for the 1990s. *Journal of Psychosomatic Research* 1997; 43: 279-292.
- [27] Zigmond AS, Snaith RP: The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983; 67: 361-370.
- [28] Muszbek K, Szekely A, Balog É M, et al: Validation of the Hungarian translation of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Quality of Life Research* 2006; 15(4): 761-766.
- [29] Folkman S, Lazarus R: Manual for the Ways of Coping questionnaire [Research Edition]. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists 1987.
- [30] Rózsa S, Purebl G, Susánszky É, et al: Dimensions of coping: Hungarian adaptation of the Ways of Coping Questionnaire. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2008; 9(3): 217-241.
- [31] Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, et al: The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment* 1988; 52(1): 30-41
- [32] Papp-Zipernovszky O, Kékesi MZ, Jámbori Sz: A Multidimenzió-nális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2017; 18(3): 230-262.
- [33] Connor KM, Davidson JT: Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety* 2003; 18(2): 76-82.
- [34] Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, et al: The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment* 1985; 49(1): 71-75.
- [35] Martos T, Sallay V, Désfalvi J, et al: Psychometric characteristics of the Hungarian version of the Satisfaction with Life Scale (SWLS-H). *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2014; 15(3): 289-303.
- [36] Bech P, Staehr-Johansen K, & Gudex C: The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1996; 65: 183-190.
- [37] Susánszky É, Konkoly Thege B, Stauder A, et al: A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2006; 7(3): 247-255.
- [38] Elenkov IJ: Neurohormonal-cytokine interactions: Implications for inflammation, common human diseases and well-being. *Neurochemistry International* 2006; 52(1-2): 40-51.
- [39] Dickens C, Jackson J, Tomenson B, et al: Association of Depression and Rheumatoid Arthritis. *Psychosomatics* 2003; 44(3): 209-215.
- [40] Marcenaro M, Prete C, Badini A, et al: Rheumatoid Arthritis, Personality, Stress Response Style, and Coping with Illness: A Preliminary Survey. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1999; 876(1 NEUROENDOCRIN): 419-425.
- [41] VanDyke MM, Parker JC, Smarr KL, et al: Anxiety in rheumatoid arthritis: RA and Anxiety. *Arthritis Care & Research* 2004; 51(3): 408-412.
- [42] Cutolo M, Straub RH: Stress as a Risk Factor in the Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *Neuroimmunomodulation* 2006; 13(5-6): 277-282.
- [43] Coty MB, Wallston KA: Problematic Social Support, Family Functioning, and Subjective Well-Being in Women with Rheumatoid Arthritis. *Women & Health* 2010; 50(1): 53-70.
- [44] Cheng ST: Age and subjective well-Being revisited: a discrepancy perspective. *Psychology and Aging* 2004; 19(3): 409-415.
- [45] Diener E: Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a National Index. *American Psychologist* 2000; 55(1): 34-43.

Lévai Tünde, Szegedi Tudományegyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Pszichológiai Intézet, 6722 Szeged, Egyetem u. 2., e-mail: tundelevai96@gmail.com