

Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 12 (2011) 3, 191–213
DOI: 10.1556/Mental.12.2011.3.1

A RÖVIDÍTETT EGÉSZSÉGSZORONGÁS-KÉRDŐÍV (SHAI) MAGYAR VERZIÓJÁNAK KÉRDŐÍVES VALIDÁLÁSA ÉS PSZICHOMETRIAI ÉRTÉKELÉSE

KÖTELES FERENC^{1*} – SIMOR PÉTER² – BÁRDOS GYÖRGY³

¹ ELTE Egészségfejlesztési és Sporttudományi Intézet, Budapest

² BME-TTK Kognitív Tudományi Tanszék, Budapest

³ ELTE Egészségfejlesztési és Sporttudományi Intézet, Budapest

(Beérkezett: 2011. január 31.; elfogadva: 2011. május 6.)

Elméleti háttér és célkitűzés: Jelen kutatás célja a Rövidített Egészségszorongás-kérdőív (Short Health Anxiety Inventory – SHAI; Salkovskis, Rimes, Warwick, & Clark, 2002) magyar verziójának elkészítése, pszichometriai értékelése és kérdőíves validálása volt.

Módszerek: A vizsgálatban 441 alsóéves egyetemista (37% férfi; átlagéletkor: 20,5±1,33 év) vett részt, összesen 5 kérdőív kitöltésével (SHAI; Szomatoszenzoros Amplifikáció – SSAS; Vonásszorongás – STAI-T; Szubjektív Testi Tünetek – PHQ-15; WHO Jól-lét – WBI-5).

Eredmények: A megerősítő faktorelemzés mind a két-, mind a háromfaktoros verzió esetében jó illeszkedési mutatókat eredményezett, ezért az irodalomban inkább elfogadott két alskálás (Beteggé válás észlelt valószínűsége; Betegség észlelt következménye) megoldás használatát javasoljuk. A kérdőív magyar verziója jó belső konzisztenciával (Cronbach-alfa = 0,83) bírt, a STAI-T, az SSAS és a PHQ-15 skálákkal közepes erősségű (Pearson-r: 0,33–0,44; $p < 0,001$) korrelációt mutatott, míg a WBI-5 esetében az együttjárás gyengébbnek és negatív irányúnak mutatkozott ($-0,26$; $p < 0,001$).

Következtetések: Az eredmények alapján a kérdőív pszichometriai szempontból megfelelőnek tűnik, ugyanakkor a végső értékeléshez a vizsgálatot érdemes volna más mintákon is megismételni.

Kulcsszavak: egészségszorongás, reliabilitás, validitás, szomatoszenzoros amplifikáció, életminőség

* Levelező szerző: dr. Köteles Ferenc, ELTE Egészségfejlesztési és Sporttudományi Intézet, 1117 Budapest, Bogdánfy Ödön u. 10. E-mail: fecuska@gmail.com

1. BEVEZETÉS

A klinikai hipochondriázis a DSM-IV-TR-ben (American Psychiatric Association, 2000) az ún. preokkupációs szomatiform zavarok közé került, mivel – a konkrét fizikai funkcióváltozással is járó hisztériás szomatiform zavarokkal (ilyen pl. a szomatizációs zavar) ellentétben – legfontosabb jellemzője a súlyos betegség fellépésétől való vagy már meglévő súlyos betegséggel kapcsolatos eltúlzott mértékű szorongás. Az irreális mértékű szorongást a negatív szomatikus diagnózis (vagyis a feltételezett betegség kizárása) és az orvos megnyugtatója sem képes enyhíteni. A két állapot nem minden esetben választható el könnyen egymástól. Hipochondriázis esetében a szorongás rendszerint meghaladja a tapasztalt tünetek által indokolt mértéket, míg a szomatizációs zavarra inkább fordított viszony jellemző (Comer, 2000).

A hipochondriázis tipikus esetben fiatal felnőtt korban veszi kezdetét, nemi különbségek érdekes módon rendszerint nem mutathatók ki (American Psychiatric Association, 2000; Bleichhardt & Hiller, 2007). Prevalenciáját illetően sokáig nem álltak rendelkezésre adatok, manapság különböző populációkban körülbelül 0,4 és 3% közé teszik (Bleichhardt & Hiller, 2007; Escobar és mtsai, 1998), és gyakran jár együtt más pszichiátriai kórképekkel, például major depresszióval, generalizált szorongással vagy fokozott szomatizációs hajlammal. A nehezen kezelhető intenzitású gondolati körforgás jelenléte miatt felvetődött a kényszeres zavarokkal (pl. OCD – obszesszív-kompulzív megbetegedés) való kapcsolat lehetősége is, egyes szerzők szerint jogos volna az OCD-spektrumba tartozó rendellenességek közé sorolni, bár a rendelkezésre álló adatok alapján nem hozható egyértelmű döntés (Fallon, Qureshi, Laje, & Klein, 2000).

Mai tudásunk szerint a hipochondriázis kialakulásában az öröklődés nem játszik jelentős szerepet. Családvizsgálatok eredményei alapján a hipochondriák rokonai körében a generalizált szorongás és a szomatiform zavar megjelenése gyakoribb az átlagnál, de például az OCD prevalenciája nem (Fallon és mtsai, 2000). Ugyanakkor OCD-betegek rokonainak körében (más zavarok mellett) a szokásosnál gyakrabban mutatható ki a hipochondriázis is (Bienvenu és mtsai, 2000).

A hipochondriázis rendszerint éveken keresztül fennmaradó állapot (Barsky, Fama, Bailey, & Ahern, 1998), s javulás esetén is nagy a remisszió esélye (Barsky, Bailey, Fama, & Ahern, 2000). Kezelésében egyrészt a szelektív szerotonin visszavétel-gátló (SSRI) gyógyszerek (rendszerint a fluoxetin; Fallon és mtsai, 2000; Greeven és mtsai, 2007), másrészt a kognitív viselkedésterápia (Barsky & Ahern, 2004; Clark és mtsai, 1998) bizonyult sikeresnek, a kedvező irányú változás mindkét esetben hosszabb távon is

kimutatható (Greeven és mtsai, 2009). A különböző kezelési formák hatáosságát két, az Egyesült Államokban jelenleg is futó hosszabb távú vizsgálat (The Health Study Group, 2009; The Illness Concern Study Group, 2009) próbálja összehasonlítani. Mivel a hipochondriázis kifejezéshez rendszerint negatív konnotáció társul, manapság inkább az értékmentesnek tekinthető „betegséggel kapcsolatos fokozott aggodalom” (heightened illness concern) megjelölést szokás használni.

A klinikai hipochondriázis diagnózisa rendszerint strukturált klinikai interjú alapján (Barsky és mtsai, 1992), ám az állapot önkítöltős kérdőívek küszöbponyszám-feletti eredményei alapján is valószínűsíthető. A legismertebb ilyen kérdőív az eredetileg 14 eldöntendő kérdést tartalmazó *Whiteley-index* (Pilowsky, 1967), amit később 9, 6-pontos Likert-skálán megválaszolható tételű mérőeszközzé alakítottak (Barsky, Wyshak, & Klerman, 1986). A Whiteley-indexet eredetileg 3 alskálára (*Betegségtől való félelem; Betegségről való meggyőződés; Túlzott testi figyelem*) osztották, ám ezt a faktorstruktúrát később nem sikerült megerősíteni (Speckens, Spinhoven, Sloekers, Bolk, & van Hemert, 1996; Welch, Carleton, & Asmundson, 2009). Emiatt az állapot megítélésére manapság inkább a teljes skálapontszámot használják. Gyakori kritika, hogy a skála nemcsak a hipochondriázisra jellemző tételekből áll, ezért rosszul diszkriminál a hipochondriázis és más, szintén szorongással járó problémák között (Salkovskis, Rimes, Warwick, & Clark, 2002).

A *Szomatoszenzoros Amplifikáció Skála* (SSAS) létrehozóinak egyik célja éppen a hipochondriázis patomechanizmusának feltárása volt (Barsky, Wyshak, & Klerman, 1990). Mint azt korábban láttuk, a DSM-IV-TR (és a korábbi DSM-III-R) szerint a hipochondriázis legfontosabb jellemzője a súlyos betegségtől való félelem vagy a súlyos betegség feltételezése, ami egyes testi érzetek és tünetek téves interpretációján alapul. A szerzők elképzelése szerint a hipochonder betegek eleve érzékenyebbek a szomatoszenzoros információra, így a normális testi működések révén és/vagy az érzelmek (pl. a szorongás) testi korrelátumaiként kialakuló, átmeneti jellegű érzékleteiket felerősítik és patológiásként címkézik, majd megfelelő sémák alapján a továbbiakban szelektíven keresik a hipotézisüket megerősítő érzékleteket, illetve figyelmen kívül hagyják az annak ellentmondó testi információt (Pennebaker, 1982). A feltételezett betegségtől való szorongás egyrészt újabb és intenzívebb tüneteket generál, másrészt fokozza az introspekciót is, így a betegek ördögi körbe kerülnek. A skála valóban jól diszkriminálta a hipochonder és a kontrollpopuláció között (Barsky és mtsai, 1990), ám az eredetileg feltételezett patomechanizmust (a zsigeri és szomatikus információkra való fokozott érzékenység) nem sikerült megerősíteni. Az 1990-es évek közepére kiderült, hogy a hipochondriázis ese-

tében nem átlag feletti szomatoszenzoros érzékenységről van szó (Haenen, Schmidt, Schoenmakers, & van den Hout, 1997), valamint hogy e betegek esetében akár aktuális inger nélkül is létrejöhet percepció (Barsky, Brener, Coeytaux, & Cleary, 1995; Schmidt, Wolfs-Takens, Oosterlaan, & van den Hout, 1994). A hipochondriával kapcsolatos vizsgálatokból leginkább az derült ki, hogy az SSAS sokkal inkább magas szintű (kognitív-érzelmi), semmint alacsonyabb szintű szomatoszenzoros folyamatok eredményét méri (Nakao & Barsky, 2007; Nakao, Barsky, Nishikitani, Yano, & Murata, 2007). Marcus és munkatársainak (2007) összefoglalója szerint a magasabb szomatoszenzoros amplifikáció pontszámmal jellemezhető hipochondriás betegek szenzációszinten nem érzékenyebbek másoknál, ám hajlamosak rosszul interpretálni az észlelt ingereket (Marcus, Gurley, Marchi, & Bauer, 2007), mások speciális kognitív torzításról beszélnek (Mailloux & Brener, 2002). Összességében elmondható az, hogy a szomatoszenzoros amplifikáció konstruktuma a testi folyamatokra irányuló figyelem, a szorongás és az egészséggel kapcsolatos szorongás sajátos ötvözet, ám önmagában nem alkalmas a hipochonder tendenciák kérdőíves felmérésére vagy a hipochondriázis diagnosztizálására.

Az érzékenysége révén manapság a hipochondriás félelmek és hiedelmek felmérésének arany sztenderdjeként számon tartott *Betegség Attitűd Skálák* (*The Illness Attitude Scales, IAS*) nevű mérőeszköz 27 Likert-skálán megválaszolendő tételből és két nyílt végű kérdésből áll (Kellner, Abbott, Pathak, Winslow, & Umland, 1983). A tételeket eredetileg 9 alskálára bontották, amit későbbi vizsgálatokkal nem sikerült megerősíteni. Egy átfogó holland vizsgálatban (Speckens és mtsai, 1996) mindössze 2 jól elkülöníthető alskálát (*egészségsszorongás; betegviselkedés*), míg egy újabb német kutatásban (Welch és mtsai, 2009) három alskálát (*egészségsszorongás; egészségviselkedés; egészségi szokások*) azonosítottak. Összességében a mérőeszköz jó diszkrimináns validitással és teszt-reteszt reliabilitással bír, ezért a klinikumban széles körben használják (Sirri, Grandi, & Fava, 2008; Weck, Bleichhardt, & Hiller, 2010).

Érdemes megjegyezni azt, hogy a három, sok szempontból nagyon hasonló jelenséget mérő skála egymáshoz való viszonya meglehetősen érdekes. A Szomatoszenzoros Amplifikáció Skála és a Betegség Attitűd Skálák Egészségsszorongás-alskálája között egészséges és betegpopulációk esetében is 0,4–0,6 közötti együttjárást találtak, ám a Whiteley-index-szel való korrelációjuk csupán 0,2 és 0,3 közé esik (Speckens és mtsai, 1996).

Az utóbbi időben egyre többen vetik fel azt, hogy az egészséggel kapcsolatos szorongás nemcsak binárisan (klinikai hipochondriázis vs. egészséges állapot), hanem vonásjellegű dimenzióként is értelmezhető (Bleichhardt & Hiller, 2007; Martin & Jacobi, 2006; Noyes, Hoppel, & Yagla, 1999).

A felsorolt skálákon a klinikai küszöbpontszámot el nem érő vagy a diagnosztikus szempontok (legalább 6 hónapos időtartam, az életvitel jelentős mértékű befolyásolása stb.) alapján hipochonderként nem besorolható személyek között ugyanis jelentős különbségek mutathatók ki az egészséggel kapcsolatos szorongás mértéke tekintetében. Súlyosabb (de a klinikai küszöböt még el nem érő) esetekben mindez már egyértelműen az életminőség és a pszichológiai jóllét romlásával jár együtt. Ezekben az esetekben nem hipochondriázisról, hanem egészségsszorongásról (*health anxiety*), hipochondriás jellegű aggodalmakról (*hypochondriacal worries*) vagy betegséggel kapcsolatos aggodalmakról (*illness worry*) szokás beszélni. A fenti fogalmak az angol nyelvű szakirodalomban többé-kevésbé szinonimaként használatosak, ugyanakkor érdemes megjegyezni azt, hogy az aggodalmaskodás a szorongásnak csak egy részét, nevezetesen a kognitív faktort takarja, ezért a „szorongás” használata jóval korrektebbnek tűnik.

Ami a probléma kialakulását illeti, a dinamikus irányzatok a hipochondriázist elsősorban a szorongásos zavarokkal rokonítják, ugyanakkor a hipochondriás személyek gyenge énfunkciói miatt a betegséget a súlyosabb, olykor pszichotikus állapotot is előidéző kórképek közé sorolják (Hoffmann & Hochapfel, 2000). E megközelítés szerint a betegségre hajlamos személyeknél az éretlen énfunkciók mellett nem alakul ki egészséges testvázlat, így a testről alkotott felfogás az egyén saját szükségletei szerint alakul, és mágiikus tartalmakkal telítődik meg. A hipochondriás személy figyelme a szociális kapcsolatokról a saját teste felé fordul, és így sikerül lekötnie rejtett, tudattalan konfliktusokból eredő diffúz szorongását. Az interperszonális konfliktusok elkerülésének és egyfajta „testi nyelvre” való lefordításának szempontjai más neurotikus zavarokban is megfigyelhetőek (konverziós zavarok), Mentzos (2009) elképzelése szerint a hipochonder elsősorban primitív elhárító mechanizmusokat (introjekció, projekció) alkalmaz, és ezek segítségével vetíti ki a számára ellenséges tudattartalmakat a saját testére. Így a destruktív pszichés tartalmak kivetülnek, akárcsak a valóságvesztéssel járó állapotoknál, ám nem a külvilágba – miként paranoid állapotokban –, hanem a saját testképre.

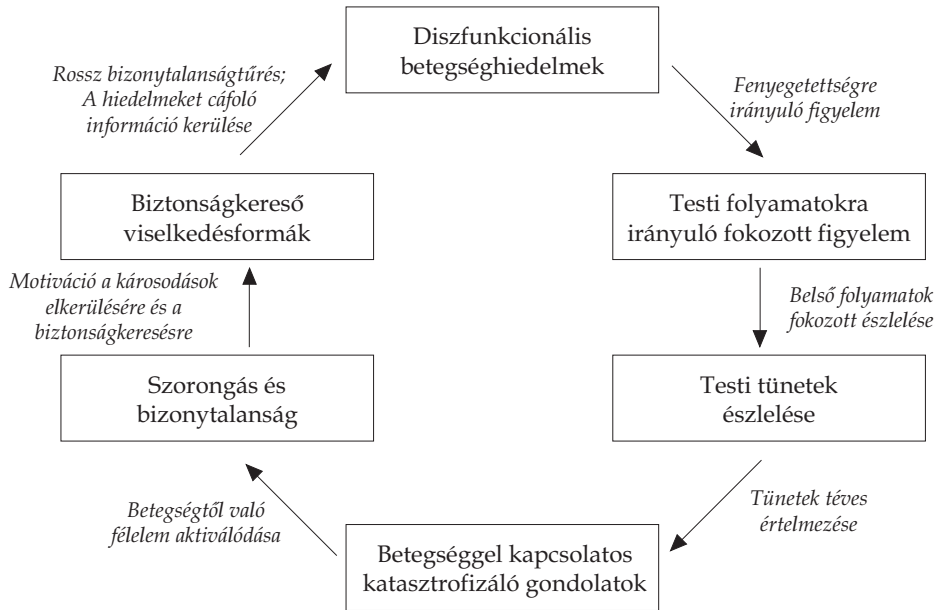
A hipochondriázis fontos eleme a másodlagos betegségelőny, amely az interperszonális konfliktusok hátterében álló rejtett agresszív tendenciák és a kötődési igény kvázi-kielégülését és átmeneti csillapítását szolgálhatja (Mentzos, 2009). Bár a dinamikus modellek elsősorban a hipochondriázis hátterében meghúzódó tudattalan folyamatok és primitív elhárító mechanizmusok szerepét hangsúlyozzák, már a korai analitikus szerzők is felfigyeltek a hipochondriás betegek torzult észlelési folyamataira (Hoffmann & Hochapfel, 2000), melyet a kognitív irányultságú szerzők dolgoztak ki kellő részletességgel (lásd alább).

A behaviorista és a későbbi tanuláselméleti szerzők a zavar kialakulását a korai életszakaszban bekövetkező maladaptív kondicionálási folyamatok és modellkövetés eredményének tartják. Ennek kapcsán a pszichodinamikus elképzelések másodlagos betegségelőny-fogalmához hasonló szempontot vetettek fel: amikor a környezet felfigyel és foglalkozik a vélt vagy – szomatizáció esetén – valóban megjelenő szomatikus tünetekkel, akkor mindez megerősítőként hat és így fenntartja a tünetképzést (Comer, 2000).

A rendszerelméleti családterápiás megközelítések szerint a zavar hátterében sérült kapcsolati mintázatok és kommunikációs nehézségek állnak. A saját testre való fókuszálás és a környezet bevonása (orvos, családtagok) a testi tünetekkel kapcsolatos aggodalmakba egyfajta kommunikációs kísérletnek tekinthető (Lebow, 2005). A fenti terápiás irányzatok elképzeléseiben közös elem a zavar hátterében álló kommunikációs nehézség. Ebből a szempontból nehéz elkülöníteni a hipochondriázist a szomatikus tüneteket gyakorta felvonultató hisztériás zavartól (jelenleg hisztrionikus személyiségzavar), ugyanakkor Mentzos (2009) véleménye szerint a hipochonder primitívebb elhárítási mechanizmusokat alkalmaz – és ezért nehezebben is kezelhető –, mint a hisztériás beteg.

Az utóbbi időben a hipochondriázis kognitív megközelítése került előtérbe, ami – a szomatoszenzoros amplifikáció kapcsán említett maladaptív sémák aktiválódásán túl – a fenyegetésészlelés elsődleges szerepét hangsúlyozza. A fokozott fenyegetésészlelés a tünetek aktív monitorozását, valamint az észlelt tünetek téves interpretációját váltja ki, ami katasztrófizáláshoz, növekvő szorongáshoz és a viselkedés megváltozásához (a vélt egészségkárosító tényezők kerülése stb.) vezet (1. ábra). A viselkedés-változás rövid távon csökkenteni képes ugyan a szorongást, ám hosszabb távon megerősíti a betegséggel kapcsolatos téves hiedelmeket, így végső soron azok fennmaradását szolgálja (Abramowitz, Deacon, & Valentiner, 2007; Warwick & Salkovskis, 1990; Wheaton, Berman, Franklin, & Abramowitz, 2010). Jól megerősíti ezt a modellt az az empirikus eredmény is, miszerint a fenyegetésészlelés és a hipochondriás jellegű aggodalmaskodás közötti kapcsolatot a szomatoszenzoros amplifikáció (vagyis a fokozott introspekció és az észlelt tünetekre adott szorongásos válasz) mediálja (Ferguson és mtsai, 2000).

A hangsúlybeli eltolódás új mérőeszközök kifejlesztését is igényelte. Egy nemcsak klinikai mértékű egészségsszorongást mérő skálának ugyanis a teljes mérési tartományon belül nagyjából azonos érzékenységgel kell bírnia, emellett képesnek kell lennie az egészségi problémákkal küzdő és így adekvát mértékű szorongást mutató személyek elkülönítésére is. Egy ilyen skála (*Health Anxiety Scale, HAI*) fejlesztését végezte el Salkovskis és munkacsoportja (Salkovskis és mtsai, 2002; Warwick & Salkovskis, 1989).



1. ábra. A hipochondriás félelmek keletkezésének kognitív modellje
(Abramowitz és mtsai, 2007 alapján)

A 64-tételes skála képes volt elkülöníteni a hipochondriás betegeket más szorongásos zavarokban (szociális fóbia, pánikbetegség) szenvedőktől, sikeresen kimutatta továbbá a kognitív viselkedésterápia hatására bekövetkező pozitív változásokat, és jó pszichometriai jellemzőkkel bírt. A skálát elméleti megfontolások alapján egy további alskálával (a betegség negatív következményei) is kiegészítették. A skála kifejlesztői végül a legjobb tétel-maradék korrelációt mutató tételek kiválasztásával elkészítették a skála rövidített verzióját (*Short Health Anxiety Scale, SHAI*) is, ami az eredetihez hasonló pszichometriai mutatókkal bír.

A szerzők a SHAI-t kétfaktoros (*egészségszorongás; betegség következményei*) skálaként írták le, ám a későbbi vizsgálatokban (Abramowitz és mtsai, 2007; Abramowitz, Olatunji, & Deacon, 2007) három alskálát (*beteggé válás észlelt valószínűsége; betegség észlelt következménye; testi figyelem*) sikerült kimutatni. A megerősítő faktorelemzések illeszkedési mutatói ugyanakkor sem a két-, sem a háromfaktoros megoldás esetén nem voltak meggyőzőek, ezért egy további vizsgálat is született, immár kategorikus változókra kidolgozott módszerrel (Wheaton és mtsai, 2010). A 636 alsóéves egyetemista mintáján történő, feltáró és megerősítő faktorelemzést egyaránt magában foglaló analízis végül a kétfaktoros megoldást (*beteggé válás észlelt valószínűsége; betegség észlelt következménye*) találta jobbnak. A 13. tétel

ebben és a korábbi vizsgálatokban is közel egyenlő mértékben súlyozott mindkét faktoron, ezért a szerzők az elhagyását javasolták.

Bár a klinikai értelemben vett, illetve klinikai állapothoz közeli (*sub-threshold*) hipochondriázis meglehetősen ritka, komolyabb mértékű irreális egészségszorongás egyes felmérések szerint a lakosság 6–13%-ára is jellemző lehet (Bleichhardt & Hiller, 2007; Noyes és mtsai, 1999). Mivel önmegerősítő és önfenntartó állapotról van szó, különösen fontos lehet a veszélyeztetettség felismerése, az érintettek korai szűrése (Martin & Jacobi, 2006). Jelen vizsgálat célja egy erre alkalmas eszköz, a SHAI magyar verziójának elkészítése, pszichometriai vizsgálata és kérdőíves validálása volt. A kérdőíves validálás kapcsán feltételeztük azt, hogy az egészségszorongás pozitív együttjárást mutat (1) a vonásszorongással, a (2) a szomatosenzoros amplifikációs hajlammal és (3) a hétköznapi tapasztalt szubjektív tünetekkel. Egy további hipotézisként feltételeztük az egészségszorongás és a pszichológiai jóllét fordított irányú (a nagyobb fokú egészségszorongás kisebb mértékű jólléttel jár együtt) kapcsolatát is.

2. MÓDSZEREK

2.1. Minta

A kérdőívcsomagot összesen 441 alsóéves egyetemista (37% férfi; átlagéletkor $20,5 \pm 1,33$ év) töltötte ki névtelenül. Az önkéntes résztvevők részben az ELTE PPK alsóéves pszichológia-, rekreáció- és sportszervező szakos hallgatói, részben a Budapesti Műszaki Egyetem pszichológiai témájú közismereti kurzusának hallgatói közül kerültek ki.

2.2. Mérőeszközök

A Rövidített Egészségssorongás-kérdőív (Short Health Anxiety Inventory – SHAI; Salkovskis és mtsai, 2002) 18-tételes skála, amely az egészségssorongást a fizikai egészségi állapottól függetlenül méri fel. A tételleket nem Likert-skálán kell értékelni, hanem minden esetben négy különböző lehetőség közül kell választani (lásd Függelék). A tételek az egészségi állapottal kapcsolatos aggodalmakra, a testi történésekre irányuló figyelemre, valamint egy potenciális betegség következményeire kérdeznek rá. A skála 3 független fordításból konszenzusos alapon kialakított első magyar változatát az eredeti skálát nem ismerő szakember fordította vissza angolra, majd a végső változat egy angol anyanyelvű szakember korrekciói alap-

ján került kialakításra. Az angol nyelvű SHAI belső konzisztenciája korábbi vizsgálatokban (Abramowitz és mtsai, 2007; Salkovskis és mtsai, 2002) kifejezetten jónak (Cronbach-alfa $>0,80$) bizonyult, ami a magyar verzió esetében is teljesült (részletesebben lásd az eredményeknél).

A Szomatoszenzoros Amplifikáció Skála (SSAS; Barsky és mtsai, 1990) eredeti formájában (Barsky, Goodson, Lane, & Cleary, 1988) öt tételből állt, amit később újabb öttel egészítettek ki, így jött létre a ma ismert és használt tíztételes verzió. A skála a testi érzetek intenzívként, károsként és zavaróként való megélésének tendenciáját méri (pl. „*Utálom, ha túl melegem van vagy nagyon fázok*”). A skála tételeit 5-pontos Likert-skálán kell értékelni, fordított tételek nincsenek. Belső konzisztenciája korábbi hazai vizsgálatokban (Köteles és mtsai, 2009; Szemerszky, Köteles, Lihi, & Bárdos, 2010) 0,7 körüli, jelen vizsgálatban 0,62 volt.

Az általános szorongási szint mérésére a Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorongás Kérdőív (STAI; Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) magyar változatának (K. Sipos, M. Sipos, & Spielberger, 1994) vonásszorongást mérő 20 tételét használtuk. A kérdőív a szorongással kapcsolatba hozható testi és pszichés állapotokat (pl. „*kipihentnek érzem magam*”, „*gyorsan elfáradok*”, illetve „*biztonságban érzem magam*”; „*nyugodt, megfontolt és tettekre kész vagyok*”) értékelteti 4-pontos Likert-skálán. A vonásszorongás-pontszámot a megfelelő tételek megfordítása után a 20 tételre adott pontérték összegeként kaptuk meg. A kérdőív használata a hazai irodalomban nagyon elterjedt, belső reliabilitása rendszerint 0,9 körüli (Stauder & Konkoly Thege, 2006; Szemerszky, Köteles, & Bárdos, 2009), amit jelen vizsgálat is megerősített (Cronbach-alfa = 0,89).

A testi tünetek és közvetve a szomatizációs tendencia (Kroenke, 2006) mérésére a Szubjektív Testi Tünet Skála (Patient Health Questionnaire Somatic Symptom Severity Scale – PHQ-15; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2002) 15-tételes változatát használtuk, ami lényegében a szomatizációval (is) kapcsolatba hozható, gyakori testi tünetek (pl. derék- vagy hátfájás; fejfájás; fáradtság; alvászavarok) előfordulásának gyakoriságát számszerűsíti 1 és 3 között, az elmúlt 4 hét vonatkozásában. A mérőeszköz természetesen nem képes elkülöníteni az orvosilag megmagyarázott és meg nem magyarázott tüneteket, s nem tekinthető a szomatiform zavarok diagnosztikus eszközének sem, ám a hazai és a nemzetközi gyakorlatban egyaránt általánosan használják mind a nem-specifikus tünetek, mind a szomatizációs tendencia mérésére. A skála magyar változatát több esetben használták már (Köteles és mtsai, 2009; Stauder & Konkoly Thege, 2006; Szemerszky és mtsai, 2009), jelen kutatásban belső konzisztenciája 0,72 volt. A skála egyik tétele csak nőkre vonatkozik, így az egyes tételek pontszámának összegzése a nők esetében automatikusan magasabb átlagpontszámot ered-

ményez. Ennek elkerülésére e skála esetében a teljes pontszámot nem a tételekre adott pontszámok összegzésével, hanem azok átlagolásával számítottuk ki.

A Bech, Gudex és Johansen (1996) által kidolgozott WHO Jól-lét Kérdőív 5-tételes változata (WBI-5) a személyek általános közérzetéről ad információt az elmúlt kéthetes időszak alapján. A teszt 4-fokú Likert-skálán mér, fordított tételt nem tartalmaz. A magyar verziót Susánszky, Konkoly Thege, Stauder és Kopp (2006) validálták, belső konzisztenciája korábbi vizsgálatok alapján (Bérdi & Köteles, 2010; Stauder & Konkoly Thege, 2006; Susánszky és mtsai, 2006) 0,69 és 0,85 között alakult, jelen vizsgálatban pedig 0,77 volt.

2.3. Statisztikai analízis

A skála faktorszerkezetét megerősítő faktoranalízissel (CFA) ellenőriztük, az Amos 4.01-es program segítségével. A két elméletileg feltételezett struktúra (2-, illetve 3-faktoros felépítés) és az empirikus adatok kapcsolatát öt, az irodalomban általánosan elfogadott illeszkedési mutatóval (CMIN/df; NFI; TLI; CFI; RMSEA) jellemeztük. Az esetleges nemi különbségeket függetlenmintás t-teszttel, a változók együttjárását Pearson-féle korrelációs együtthatóval, a validálásra használt változók SHAI-pontszámmal való összefüggését pedig többszörös lineáris regressziós elemzéssel vizsgáltuk. Ez utóbbi elemzés során az első lépésben a vonásszorongás- (STAI-T-) pontszámot, majd (2. lépés) a PHQ-15- (3. lépés) az SSAS- és végül a WBI-5-pontszámot léptettük be az egyenletbe.

3. EREDMÉNYEK

3.1. Leíró statisztikai adatok

A Rövidített Egészségszorongás-kérdőív tételeinek leíró statisztikai adatait az 1. táblázat tartalmazza. A teljes skálapontszám vonatkozásában nemi különbségeket nem találtunk ($t(439) = -1,611$; $p = 0,108$).

1. táblázat. A Rövidített Egészségszorongás-kérdőív tételeinek leíró statisztikai és pszichometriai adatai

Tétel száma – tartalma	Min. – max.	Átlag	Szórás	Korrigált tétel-totál korreláció (2-faktoros megoldás) [→ faktor]
1 – egészség miatti aggodás	1 – 4	2,13	0,662	0,587 [→ 1]
2 – fájdalmak gyakorisága	1 – 4	2,00	0,735	0,337 [→ 1]
3 – testi érzések tudatosulása	1 – 4	2,52	0,723	0,219 [→ 1]
4 – betegséggel kapcsolatos gondolatok elhessegetése	1 – 4	1,98	0,684	0,606 [→ 1]
5 – komoly betegség miatti félelem	1 – 4	1,58	0,683	0,644 [→ 1]
6 – betegségkép	1 – 4	1,75	0,608	0,466 [→ 1]
7 – gondolatok elterelése az egészségről	1 – 4	1,62	0,711	0,456 [→ 1]
8 – megkönnyebbülés az orvos hatására	1 – 4	1,34	0,726	0,319 [→ 1]
9 – betegség feltételezése	1 – 4	1,51	0,592	0,386 [→ 1]
10 – gondolkodás a testi változásokon	1 – 4	2,07	0,661	0,389 [→ 1]
11 – megbetegedés észlelt kockázata	1 – 4	1,78	0,761	0,617 [→ 1]
12 – komoly betegség feltételezése	1 – 4	1,41	0,558	0,574 [→ 1]
13 – testi érzés figyelmen kívül hagyása	1 – 4	2,03	0,690	0,388 [→ 1]
14 – az egészséggel való törődés mások szerint	1 – 4	1,90	0,580	0,244 [→ 1]
15 – súlyos betegség esetén az élet élvezete	1 – 4	2,11	0,732	0,514 [→ 2]
16 – súlyos betegség esetén a gyógyulás esélye	1 – 4	1,77	0,678	0,396 [→ 2]
17 – súlyos betegség hatása	1 – 4	1,68	0,798	0,615 [→ 2]
18 – súlyos betegség esetén a méltóság elvesztése	1 – 4	1,81	0,848	0,490 [→ 2]

3.2. Faktorszerkezet, megbízhatóság

A megerősítő faktorelemzéssel kapott regressziós együtthatókat a 2. táblázat foglalja össze. Az illeszkedési mutatók a kétfaktoros változat esetében kifejezetten jónak bizonyultak (CMIN/df = 2,208; NFI = 0,984; TLI = 0,989; CFI = 0,991; RMSEA = 0,052 [0,044–0,060]), ám a háromfaktoros megoldás esetében sem romlottak lényegesen (CMIN/df = 2,329; NFI = 0,983; TLI = 0,988; CFI = 0,990; RMSEA = 0,055 [0,047–0,063]). Az egyetemista minta adatai alapján tehát nem igazán lehetett dönteni a két-, illetve a három-

faktoros megoldás között. Emiatt a továbbiakban a nemzetközi eredmények alapján jobbnak tűnő kétfaktoros megoldást vizsgáljuk.

2. táblázat. Az egyes tételek megerősítő faktorelemzéssel (CFA) kapott sztenderdizált regressziós együtthatói a kétféle vizsgált modell esetében

Tétel száma	Kétfaktoros modell		Háromfaktoros modell		
	1. Beteggé válás észlelt valószínűsége	2. Betegség észlelt következménye	1. Beteggé válás észlelt valószínűsége	2. Betegség észlelt következménye	3. Testi figyelem
1.	0,640	-	0,622	-	-
2.	0,397	-	-	-	0,265
3.	0,204	-	-	-	0,361
4.	0,686	-	0,673	-	-
5.	0,756	-	0,759	-	-
6.	0,550	-	0,540	-	-
7.	0,483	-	0,469	-	-
8.	0,341	-	0,329	-	-
9.	0,433	-	0,424	-	-
10.	0,369	-	-	-	0,618
11.	0,708	-	0,704	-	-
12.	0,668	-	0,663	-	-
13.	0,397	-	-	-	0,573
14.	0,253	-	0,252	-	-
15.	-	0,635	-	0,632	-
16.	-	0,482	-	0,480	-
17.	-	0,796	-	0,796	-
18.	-	0,581	-	0,586	-

A teljes skála belső konzisztenciája szintén jónak mondható (Cronbach-alfa = 0,83), ugyanez igaz a *Beteggé válás észlelt valószínűsége* (Illness Likelihood - IL; Cronbach-alfa = 0,82) alskálára is. A négytételű *Betegség észlelt következménye* (Illness Severity - IS) alskála esetében a mutató alacsonyabb (0,71), de még elfogadható. A vizsgált mintán mind a teljes pontszám, mind az alskálák pontszáma eltér a normális eloszlástól (3. táblázat utolsó oszlopa).

3. táblázat. A vizsgálatban használt mérőeszközök leíró statisztikai adatai

	Min. – max.	Átlag	Szórás	Kolmogorov-Smirnov-féle Z-statisztika
SHAI	18 – 61	33,02	6,277	2,055; p<0,001
SHAI-IL	14 – 47	25,65	5,114	2,702; p<0,001
SHAI-IS	4 – 15	7,37	2,250	3,307; p<0,001
SSAS	13 – 45	29,59	5,206	1,105; p = 0,174
STAI-T	24 – 66	43,60	8,501	1,320; p = 0,061
PHQ-15	1 – 2,53	1,48	0,281	2,871; p<0,001
WBI-5	6 – 20	14,80	2,917	1,666; p<0,01

3.3. Validitás

Az eredeti és a rövidített skála kérdőíves vizsgálatára használt négy további mérőeszköz leíró statisztikai adatait a 3. táblázat, a korrelációs vizsgálatok eredményeit a 4. táblázat mutatja be. A teljes SHAI-pontszám szignifikáns, 0,33 és 0,44 közötti korrelációt mutatott a szomatoszenzoros amplifikáció, a szubjektív testi tünetek és a vonásszorongs pontszámával, illetve negatív irányban korrelált ($r = -0,26$) a jóllét-pontszámmal. A két alskála közül a *Beteggé válás észlelt valószínűsége* (IL) esetében lényegében hasonló mértékű és irányú, míg a *Betegség észlelt következménye* (IS) alskála esetében kisebb mértékű (0,11 és 0,27 közötti), de szintén szignifikáns együttjárásokat találtunk.

A lineáris regresszióanalízis egyes lépéseinek paramétereit az 5. táblázat mutatja be. Az első három változó (STAI-T, PHQ-15, SSAS) beléptetése rendre az egyenlet magyarázóerejének szignifikáns növekedését eredményezte, míg a 4. lépés (a WBI-5-pontszám beléptetése) már nem jelentett lényeges változást. A végső egyenlet a teljes variancia 28%-át magyarázta ($p < 0,001$).

4. táblázat. A Rövidített Egészségsszorongs-kérdőív, illetve a két alskála együttjárása a bevizsgálásra használt többi mérőeszközzel (Pearson r-koeficiensek)

N = 441	SHAI-IL	SHAI-IS	SSAS	PHQ-15	STAI-T	WBI-5
SHAI	0,94***	0,65***	0,42***	0,33***	0,44***	-0,26***
SHAI-IL		0,36***	0,42***	0,36***	0,42***	-0,23***
SHAI-IS			0,20***	0,11*	0,27***	-0,19***
SSAS				0,34***	0,39***	-0,13**
PHQ-15					0,39***	-0,20***
STAI-T						-0,57***

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

5. táblázat. A kimeneti változóként az egészségszorongás-pontszámot vizsgáló többszörös lineáris regressziós elemzés lépéseinek főbb jellemzői

Változó	Sztenderdizált béta	p
1. lépés ($R^2 = 0,195$; $p < 0,001$)		
STAI-T	0,441	$p < 0,001$
2. lépés ($\Delta R^2 = 0,030$; $p < 0,001$)		
STAI-T	0,369	$p < 0,001$
PHQ-15	0,187	$p < 0,001$
3. lépés ($\Delta R^2 = 0,055$; $p < 0,001$)		
STAI-T	0,289	$p < 0,001$
PHQ-15	0,130	$p < 0,01$
SSAS	0,261	$p < 0,001$
4. lépés ($\Delta R^2 = 0,002$; $p = 0,312$)		
STAI-T	0,258	$p < 0,001$
PHQ-15	0,130	$p < 0,01$
SSAS	0,267	$p < 0,001$
WBI-5	-0,050	$p = 0,312$

4. MEGBESZÉLÉS

4.1. Belső konzisztencia, faktorstruktúra

A jelen vizsgálat célja a Rövidített Egészségszorongás-kérdőív (SHAI) magyar verziójának pszichometriai jellemzése volt. Az eredmények alapján a Rövidített Egészségszorongás-kérdőív magyar verziója esetében – a nemzetközi eredményekkel (Wheaton és mtsai, 2010) összehangban – a két alskálára (*beteggé válás észlelt valószínűsége; betegség észlelt következménye*) való bontás tűnik ésszerűnek, annál is inkább, mert a testi folyamatokra irányuló figyelem különböző aspektusainak mérésére számos más, specifikus mérőeszköz is rendelkezésre áll (Köteles és mtsai, 2009; Rózsa & Kó, 2007). A teljes skála, illetve a két alskála egyaránt megfelelő belső konzisztenciával bír.

4.2. Validitás

A korrelációs eredmények alapján egyértelmű, hogy a kérdőíves validálás során mért konstruktumok közül három (vonásszorongás, szomatosenzoros amplifikáció, szubjektív testi tünetek) az első alskálával (*beteggé válás észlelt valószínűsége*) áll szorosabb kapcsolatban, ami e konstruktumok jelentéstartalmának ismeretében jól értelmezhető.

A regressziós vizsgálat eredményei alapján e három konstruktum egymástól függetlenül is magyarázza a SHAI varianciájának egy-egy részét. Mint azt korábban láttuk, Abramowitz és munkatársainak (2007) modellje szerint (1. ábra) a testi érzetekre irányuló fokozott figyelmi fókusz, illetve az észlelt és mentálisan felerősített testi ingerek téves értelmezése előhívja a betegséggel kapcsolatos negatív gondolati tartalmakat. Mindez irreális, szorongáskeltő elképzelésekhez vezet a megbetegedés valószínűségét illetően. A fokozott szorongás újabb maladaptív gondolati és viselkedéses láncolatot eredményez, amely átmenetileg csökkentheti a szorongás okozta bizonytalanságérzést, de hosszú távon mégis fenntartja a betegséggel kapcsolatos diszfunkcionális gondolatok és érzelmek ördögi körét. Mivel jelen esetben keresztmetszeti vizsgálatról volt szó, az eredmények nem teszik lehetővé a modell által leírt ok-okozati összefüggések elbírálását. Ugyanakkor az a tény, hogy a modellben szereplő, egyébként egymástól sem független három kulcsfontosságú konstruktum mindegyike magyarázó erővel bír (bár a teljes magyarázott varianciahányad meglehetősen kicsi volt), alátámasztja azt a feltételezést, hogy e tényezők szerepet játszanak az egészségszorongás kialakulásában és/vagy fennmaradásában.

Az eredmények értelmezése során nem szabad elfelejtenünk azt a tényt sem, hogy – mint azt a bevezetőben láttuk – a különféle terápiás megközelítések és klinikai tradíciók más és más oki háttértényezőket hangsúlyoznak (pl. korai traumák, kondicionált asszociációk stb.), amelyeket jelen kutatásban nem vizsgáltunk. E tényezők hatása részben tetten érhető lehet ugyan a mért változóknak (szorongási szint, testi történésekre irányuló figyelem stb.), ám az általunk használt kérdőíves keresztmetszeti módszerrel nem igazán közelíthető meg.

4.3. Egészségszorongás és életminőség

A pszichológiai jóllétet mérő kérdőív (WBI-5) nagyságrendileg megegyező mértékű, negatív irányú korrelációt mutat mindkét alsóskálával, illetve a teljes skálapontszámmal is, ami szintén megfelel az elvárásoknak. A korreláció abszolút értéke meglehetősen alacsonynak tűnik (0,17 körüli), ám ennek értelmezése során érdemes figyelembe venni azt is, hogy az eredmények egészséges fiatal egyetemisták mintáján születtek, ahol az egészségszorongás vélhetőleg meglehetősen alacsony mértékű, a pszichológiai jólléthez pedig számos már tényező is hozzájárul. Mindenképpen beigazolódott az, hogy már a nem patológiás mértékű egészségszorongással is együtt jár az életminőség valamilyen szintű romlása.

Habár a hipochondriázis kórképe korántsem az elmúlt évtizedekben született, a világháló eredményezte „információs robbanás” vélhetően hozzájárul az egészségszorongás tekintetében veszélyeztetett személyek megbetegedéssel kapcsolatos diszfunkcionális hiedelmeinek felerősödéséhez. A világhálón fellelhető és sokszor igen eltérő igényességű információknak köszönhetően már nemcsak a „beavatottak” értesülhetnek a különböző kórképek tüneteiről. Habár a különböző betegtájékoztató oldalak és egyéb fórumok gyakorlati haszna megkérdőjelezhetetlen, az egészségszorongásra hajlamos személyek számára a különböző betegségek tüneteinek részletes leírásai fenntarthatják és elmélyíthetik a megbetegedéssel kapcsolatos negatív gondolatokat, érzéseket és maladaptív információfeldolgozó mechanizmusokat (pl. testi érzetekre irányuló fókuszált figyelem).

Végezetül meg kell jegyeznünk, hogy jelen vizsgálat – a viszonylag nagy elemszám ellenére – lényegében csak elővizsgálatnak tekinthető. A mérőeszköz további vizsgálatát célszerű volna más mintákon (pl. egészséges felnőttek, klinikai hipochondriázissal diagnosztizált betegek) folytatni, mivel az eddigi eredmények mindenképpen biztatónak mondhatók.

FÜGGELÉK

A Rövid Egészségssorongás-kérdőív magyar változata

Kérjük, olvasson el figyelmesen minden állítást, azután válassza ki azt, amelyik a legjobban jellemzi az Ön érzéseit az elmúlt hat hónapban. Jelölje a megfelelő állítást az előtte lévő betű bekarikázásával.

1.

- (a) Nem aggódom az egészségem miatt.
- (b) Időnként aggódom az egészségem miatt.
- (c) Sokat aggódom az egészségem miatt.
- (d) Szinte mindig aggódom az egészségem miatt.

2.

- (a) Ritkábban fáj valamim, mint a legtöbb (korombeli) embernek.
- (b) Annyiszor fáj valamim, mint a legtöbb (korombeli) embernek.
- (c) Gyakrabban fáj valamim, mint a legtöbb (korombeli) embernek.
- (d) Állandóan fáj valamim.

3.

- (a) Általában nem vagyok tudatában testi érzéseimnek, változásaimnak.
- (b) Néha tudatában vagyok testi érzéseimnek, változásaimnak.
- (c) Gyakran tudatában vagyok testi érzéseimnek, változásaimnak.
- (d) Folyamatosan tudatában vagyok testi érzéseimnek, változásaimnak.

4.

- (a) Sosem okoz gondot elhessegetni a betegséggel kapcsolatos gondolatokat.
- (b) Többnyire el tudom hessegetni a betegséggel kapcsolatos gondolatokat.
- (c) Megpróbálok elhessegetni a betegséggel kapcsolatos gondolatokat, de sokszor nem sikerül.
- (d) A betegséggel kapcsolatos gondolataim annyira erősek, hogy meg se próbálok ellenállni nekik.

5.

- (a) Általában nem félek attól, hogy komoly betegségem lenne.
- (b) Néha félek attól, hogy komoly betegségem van.
- (c) Gyakran félek attól, hogy komoly betegségem van.
- (d) Folyamatosan félek attól, hogy komoly betegségem van.

6.

- (a) Nem tudom magam betegnek elképzelni.
- (b) Időnként el tudom képzelni, hogy beteg vagyok.
- (c) Gyakran képezem el, hogy beteg vagyok.
- (d) Állandóan betegnek látom magam.

7.

- (a) Nem okoz gondot, hogy eltereljem a gondolataimat az egészségemről.
- (b) Időnként gondot okoz, hogy eltereljem a gondolataimat az egészségemről.
- (c) Gyakran okoz gondot, hogy eltereljem a gondolataimat az egészségemről.
- (d) Semmi sem tudja elterelni a gondolataimat ez egészségemről.

8.

- (a) Hosszú időre megkönnyebbülök, ha az orvosom azt mondja, nincs semmi bajom.
- (b) Kezdetben megkönnyebbülök, de később néha ismét elkezdek aggódni.
- (c) Kezdetben megkönnyebbülök, de később mindig újra aggódni kezdek.
- (d) Nem könnyebbülök meg, ha az orvosom azt mondja, nincs semmi bajom.

9.

- (a) Ha egy betegségről hallok, sosem gondolom azt, hogy nekem is lenne.
- (b) Ha egy betegségről hallok, néha azt gondolom, hogy nekem is van.
- (c) Ha egy betegségről hallok, gyakran gondolok arra, hogy nekem is van.
- (d) Ha egy betegségről hallok, akkor mindig arra gondolok, hogy nekem is van.

10.

- (a) Ha valami testi változást észlelek magamon, nem gondolkodom azon, hogy mit jelenthet.
- (b) Ha valami testi változást észlelek magamon, gyakran gondolkodom azon, hogy mit jelenthet.
- (c) Ha valami testi változást észlelek magamon, mindig azon gondolkodom, hogy mit jelenthet.
- (d) Ha valami testi változást észlelek magamon, akkor muszáj megtudnom, hogy mit jelent.

11.

- (a) Általában nagyon kicsinek érzem annak a kockázatát, hogy komolyan megbetegedjek.
- (b) Általában meglehetősen kicsinek érzem annak a kockázatát, hogy komolyan megbetegedjek.
- (c) Általában közepesnek érzem annak a kockázatát, hogy komolyan megbetegedjek.
- (d) Általában nagyoknak érzem annak a kockázatát, hogy komolyan megbetegedjek.

12.

- (a) Sosem gondolom azt, hogy komolyan beteg vagyok.
- (b) Néha úgy gondolom, hogy komolyan beteg vagyok.
- (c) Gyakran gondolom úgy, komolyan beteg vagyok.
- (d) Általában azt gondolom, hogy komolyan beteg vagyok.

13.

- (a) Ha valami megmagyarázatlan testi érzést észlelek magamon, akkor nem esik nehezemre másra gondolni.
- (b) Ha valami megmagyarázatlan testi érzést észlelek magamon, akkor néha nehezemre esik másra gondolni.
- (c) Ha valami megmagyarázatlan testi érzést észlelek magamon, akkor gyakran nehezemre esik másra gondolni.
- (d) Ha valami megmagyarázatlan testi érzést észlelek magamon, akkor mindig nehezemre esik másra gondolni.

14.

- (a) A családom/barátaim azt mondanák, hogy nem törődöm eleget az egészségemmel.
- (b) A családom/barátaim azt mondanák, hogy normálisan viszonyulok az egészségemhez.
- (c) A családom/barátaim azt mondanák, hogy túl sokat aggódom az egészségemért.
- (d) A családom/barátaim azt mondanák, hogy hipochonder vagyok.

A következő kérdéseknél gondoljon arra, milyen lenne, ha súlyos betegsége lenne (pl. szívroham, rák, szklerózis multiplex stb.). Természetesen nem tudhatja, hogy milyen lenne pontosan, de arra kérjük, próbálja minél jobban elképzelni azt, hogy mi történne, annak alapján, amit magáról és a betegségről általánosságban tud.

15.

- (a) Ha súlyos betegségem lenne, akkor is nagyon tudnám élvezni az életem eseményeit.
- (b) Ha súlyos betegségem lenne, valamennyire akkor is tudnám élvezni az életem eseményeit.
- (c) Ha súlyos betegségem lenne, szinte egyáltalán nem tudnám élvezni az életem eseményeit.
- (d) Ha súlyos betegségem lenne, akkor egyáltalán nem tudnám élvezni az életem eseményeit.

16.

- (a) Ha súlyosan megbetegednék, jó esély volna arra, hogy a modern orvostudomány képes meggyógyítani.
- (b) Ha súlyosan megbetegednék, volna némi esély arra, hogy a modern orvostudomány képes meggyógyítani.
- (c) Ha súlyosan megbetegednék, nagyon kis esély volna arra, hogy a modern orvostudomány képes meggyógyítani.
- (d) Ha súlyosan megbetegednék, nem volna esély arra, hogy a modern orvostudomány képes meggyógyítani.

17.

- (a) Egy súlyos betegség tönkretenné az életem egyes részeit.
- (b) Egy súlyos betegség tönkretenné az életem sok részét.
- (c) Egy súlyos betegség tönkretenné az életem szinte minden részét.
- (d) Egy súlyos betegség tönkretenné az életem minden részét.

18.

- (a) Egy komoly betegség esetén sem érezném úgy, hogy elveszítettem a méltóságomat.
- (b) Egy komoly betegség esetén úgy érezném, hogy kissé elveszítettem a méltóságomat.
- (c) Egy komoly betegség esetén úgy érezném, hogy eléggé elveszítettem a méltóságomat.
- (d) Egy komoly betegség esetén úgy érezném, hogy teljesen elveszítettem a méltóságomat.

IRODALOM

- Abramowitz, J.S., Deacon, B.J., & Valentiner, D.P. (2007). The Short Health Anxiety Inventory: Psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 31(6), 871–883.
- Abramowitz, J.S., Olatunji, B.O., & Deacon, B.J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 38(1), 86–94.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Barsky, A.J., & Ahern, D.K. (2004). Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: A randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 291(12), 1464–1470.

- Barsky, A.J., Bailey, E.D., Fama, J.M., & Ahern, D.K. (2000). Predictors of remission in DSM hypochondriasis. *Comprehensive Psychiatry*, 41(3), 179–183.
- Barsky, A.J., Brenner, J., Coeytaux, R.R., & Cleary, P.D. (1995). Accurate awareness of heart-beat in hypochondriacal and non-hypochondriacal patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(4), 489–497.
- Barsky, A.J., Cleary, P.D., Wyshak, G., Spitzer, R.L., Williams, J.B., & Klerman, G.L. (1992). A structured diagnostic interview for hypochondriasis. A proposed criterion standard. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(1), 20–27.
- Barsky, A.J., Fama, J.M., Bailey, E.D., & Ahern, D.K. (1998). A prospective 4- to 5-year study of DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 55(8), 737–744.
- Barsky, A.J., Goodson, J.D., Lane, R.S., & Cleary, P.D. (1988). The amplification of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 50(5), 510–519.
- Barsky, A.J., Wyshak, G., & Klerman, G.L. (1986). Hypochondriasis. An evaluation of the DSM-III criteria in medical outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 43(5), 493–500.
- Barsky, A.J., Wyshak, G., & Klerman, G.L. (1990). The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24(4), 323–334.
- Bech, P., Gudex, C., & Johansen, K.S. (1996). The WHO (Ten) Well-Being Index: Validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(4), 183–190.
- Bérdi, M., & Köteles, F. (2010). Az optimizmus mérése: az Életszemlélet Teszt átdolgozott változatának (LOT-R) pszichometriai jellemzői hazai mintán. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65(2), 273–294.
- Bienvenu, O.J., Samuels, J.F., Riddle, M.A., Hoehn-Saric, R., Liang, K.Y., Cullen, B.A., et al. (2000). The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: Results from a family study. *Biological Psychiatry*, 48(4), 287–293.
- Bleichhardt, G., & Hiller, W. (2007). Hypochondriasis and health anxiety in the German population. *British Journal of Health Psychology*, 12(Pt 4), 511–523.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Wells, A., Fennell, M., Ludgate, J., et al. (1998). Two psychological treatments for hypochondriasis. A randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 173, 218–225.
- Comer, R.J. (2000). *A lélek betegségei*. Budapest: Osiris Kiadó
- Escobar, J.I., Gara, M., Waitzkin, H., Silver, R.C., Holman, A., & Compton, W. (1998). DSM-IV hypochondriasis in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 20(3), 155–159.
- Fallon, B.A., Qureshi, A.I., Laje, G., & Klein, B. (2000). Hypochondriasis and its relationship to obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 605–616.
- Ferguson, E., Swairbrick, R., Clare, S., Robinson, E., Bignell, C.J., & Anderson, C. (2000). Hypochondriacal concerns, somatosensory amplification, and primary and secondary cognitive appraisals. *The British Journal of Medical Psychology*, 73(Pt 3), 355–369.
- Greeven, A., van Balkom, A.J.L.M., van der Leeden, R., Merkelbach, J.W., van den Heuvel, O.A., & Spinhoven, P. (2009). Cognitive behavioral therapy versus paroxetine in the treatment of hypochondriasis: An 18-month naturalistic follow-up. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(3), 487–496.
- Greeven, A., van Balkom, A.J.L.M., Visser, S., Merkelbach, J.W., van Rood, Y.R., van Dyck, R., et al. (2007). Cognitive behavior therapy and paroxetine in the treatment of hypochondriasis: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 164(1), 91–99.
- Haenen, A.J.M., Schmidt, A.J.M., Schoenmakers, M., & van den Hout, M.A. (1997). Suggestibility in hypochondriacal patients and healthy control subjects. An experimental case-control study. *Psychosomatics*, 38(6), 543–547.

- The Health Study Group (2009). The Health Study. Letöltve: 2010. 10. 07-én: <http://www.thehealthstudy.com>
- Hoffmann, S.O., & Hochapel, G. (2000). *Neuróziselmélet, pszichoterápia és pszichoszomatikus medicina*. Budapest: Medicina Könyvkiadó
- The Illness Concern Study Group (2009). Illness Concern Study. Letöltve: 2010. 10. 07-én: <http://www.illnessworry.cumc.columbia.edu>
- Kellner, R., Abbott, P., Pathak, D., Winslow, W.W., & Umland, B.E. (1983). Hypochondriacal beliefs and attitudes in family practice and psychiatric patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 13(2), 127–139.
- Köteles, F., Gémes, H., Papp, G., Túróczi, P., Pásztor, A., Freyler, A., et al. (2009). A Szomatoszennozos Amplifikáció Skála (SSAS) magyar változatának validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10(4), 321–335.
- Kroenke, K. (2006). Physical symptom disorder: A simpler diagnostic category for somatization-spectrum conditions. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(4), 335–339.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258–266.
- Lebow, J. (2005). *Handbook of clinical family therapy*. Hoboken: John Wiley and Sons
- Mailloux, J., & Brener, J. (2002). Somatosensory amplification and its relationship to heart-beat detection ability. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 353–357.
- Marcus, D.K., Gurley, J.R., Marchi, M.M., & Bauer, C. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 127–139.
- Martin, A., & Jacobi, F. (2006). Features of hypochondriasis and illness worry in the general population in Germany. *Psychosomatic Medicine*, 68(5), 770–777.
- Mentzos, S. (2009). *A konfliktus-feldolgozás neurotikus módjai*. Budapest: Lélekben Otthon Kiadó
- Nakao, M., & Barsky, A.J. (2007). Clinical application of somatosensory amplification in psychosomatic medicine. *BioPsychoSocial Medicine*, 1, 1–7.
- Nakao, M., Barsky, A.J., Nishikitani, M., Yano, E., & Murata, K. (2007). Somatosensory amplification and its relationship to somatosensory, auditory, and visual evoked and event-related potentials (P300). *Neuroscience Letters*, 415(2), 185–189.
- Noyes, R., Happel, R.L., & Yagla, S.J. (1999). Correlates of hypochondriasis in a nonclinical population. *Psychosomatics*, 40(6), 461–469.
- Pennebaker, J.W. (1982). *The Psychology of Physical Symptoms*. New York: Springer
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of Hypochondriasis. *The British Journal of Psychiatry*, 113(494), 89–93.
- Rózsa, S., & Kó, N. (2007). A mindennapos testi problémák tünetpercepció modellje. In Z. Demetrovics, & G. Kökönyei (szerk.), *Személyiséglélektantól az egészségpszichológiáig* (111–133). Budapest: Trefort Kiadó
- Salkovskis, P.M., Rimes, K.A., Warwick, H.M.C., & Clark, D.M. (2002). The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32(5), 843–853.
- Schmidt, A.J.M., Wolfs-Takens, D.J., Oosterlaan, J., & van den Hout, M.A. (1994). Psychological mechanisms in hypochondriasis: attention-induced physical symptoms without sensory stimulation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61(1–2), 117–120.
- Sipos, K., Sipos, M., & Spielberger, C.D. (1994). A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar változata. In F. Mérei, & F. Szakács (szerk.), *Pszichodiagnosztikai vademecum* (Vol. 2, pp. 123–148). Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó

- Sirri, L., Grandi, S., & Fava, G.A. (2008). The Illness Attitude Scales. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(6), 337–350.
- Speckens, A.E., Spinhoven, P., Sloekers, P.P., Bolk, J.H., & van Hemert, A.M. (1996). A validation study of the Whitely Index, the Illness Attitude Scales, and the Somatosensory Amplification Scale in general medical and general practice patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(1), 95–104.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- Stauder, A., & Konkoly Thege, B. (2006). Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 203–216.
- Susánszky, É., Konkoly Thege, B., Stauder, A., & Kopp, M. (2006). A WHO Jól-lét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 247–255.
- Szemerszky, R., Köteles, F., & Bárdos, G. (2009). A környezeti elektromágneses terhelés hatásának tulajdonított nem specifikus tünetek és a tünetképzés pszichológiai háttér-tenyezői. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 64(3), 553–571.
- Szemerszky, R., Köteles, F., Lihi, R., & Bárdos, G. (2010). Polluted places or polluted minds? An experimental sham-exposure study on background psychological factors of symptom formation in “Idiopathic Environmental Intolerance attributed to electromagnetic fields”. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 213(5), 387–394.
- Warwick, H.M.C., & Salkovskis, P.M. (1989). Cognitive and behavioural characteristics of primary hypochondriasis. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 18(2), 85–92.
- Warwick, H.M.C., & Salkovskis, P.M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28(2), 105–117.
- Weck, F., Bleichhardt, G., & Hiller, W. (2010). Screening for hypochondriasis with the Illness Attitude Scales. *Journal of Personality Assessment*, 92(3), 260–268.
- Welch, P.G., Carleton, R.N., & Asmundson, G.J.G. (2009). Measuring health anxiety: Moving past the dichotomous response option of the original Whiteley Index. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 1002–1007.
- Wheaton, M.G., Berman, N.C., Franklin, J.C., & Abramowitz, J.S. (2010). Health anxiety: Latent structure and associations with anxiety-related psychological processes in a student sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(4), 565–574.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A tanulmány a K 76880 számú OTKA-pályázat támogatásával készült.

VALIDATION AND PSYCHOMETRIC EVALUATION OF THE HUNGARIAN VERSION OF THE SHORT HEALTH ANXIETY INVENTORY (SHAI)

KÖTELES, FERENC – SIMOR, PÉTER – BÁRDOS, GYÖRGY

Aim: The study aimed at the preparation, psychometric evaluation and questionnaire-based validation of the Hungarian version of the Short Health Anxiety Inventory (SHAI; Salkovskis et al. 2002).

Methods: 441 undergraduate students (37% male; mean age: 20.5 ± 1.33 yrs) completed five questionnaires (SHAI; Somatosensory Amplification – SSAS; Trait Anxiety – STAI-T; Subjective Somatic Symptoms – PHQ-15; Well-being – WHO-WB).

Results: The confirmatory factor analysis indicated equally good fit between the empirical data and the two- and three-factor-models described in the literature. In the light of the international findings, the use of two subscales (Illness Likelihood and Illness Severity) seems to be preferable. The Hungarian version of the questionnaire has shown good internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.83$) and medium level correlations (Pearson's coefficients between 0.33 and 0.44; $p < 0.001$) with the STAI-T, SSAS and PHQ-15 scales. The association with the WBI-5 was weaker and negative ($r = -0.26$; $p < 0.001$).

Conclusion: According to the results, the Hungarian version of the SHAI has good psychometric properties. To come to a final conclusion, replication of the study in different samples would be necessary.

Keywords: health anxiety, reliability, validity, somatosensory amplification, quality of life