

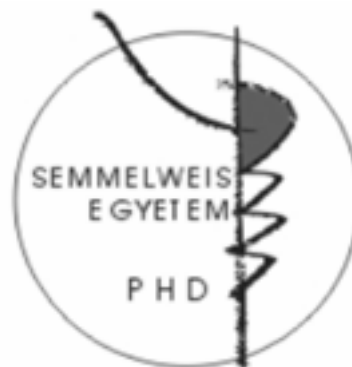
Személyiségvonások, tünetdimenziók, rossz szülői bánásmód vizsgálata és látens sérülékenységdimenziók azonosítása egyes pszichés zavarokban

Doktori tézisek

Dr. Unoka Zsolt

Semmelweis Egyetem

Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Simon Lajos egyetemi docens, kandidátus.

Hivatalos bírálók: Dr. Géczy Anna egyetemi docens, kandidátus

Dr. Túry Ferenc egyetemi tanár, Ph.D.

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Kopp Mária egyetemi tanár, az MTA tagja

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Túry Ferenc egyetemi tanár, Ph.D.

Dr. Harmatta János főorvos, Ph.D.

Budapest

2007

I. BEVEZETÉS

Kérdésfelvetésem alapjául azon kutatási eredmények szolgáltak, melyek szerint a jelenleg érvényben lévő diagnosztikai rendszerekben (BNO, DSM) leírt betegség kategóriák között nagyfokú a komorbiditás, illetve az egyes betegségek esetében talált sérülékenységi tényezők (genetikai, neurobiológiai, gyerekkori szocializáció) tekintetében is jelentős átfedés található. A fenti eredmények felvetik annak lehetőségét, hogy közös látens sérülékenység dimenziók állnak a magas komorbiditást mutató betegség kategóriák háttérében. Doktori értekezésemben a szakirodalom szerint nagyfokú komorbiditást mutató zavarok (Depressziós, Szorongásos, Bulimiás, Alkoholdependens, Borderline és Kevert személyiség zavar) háttérében álló sérülékenység dimenziókat vizsgálom.

A pszichiátriai zavarok háttérében álló szélsőséges temperamentum vonások, észlelt szülői bántalmazó magatartás, illetve korai maladaptív kognitív sémák jelenléte a korábbi vizsgálatok szerint fontos sérülékenységi tényezőnek számítanak. Fontos annak tisztázása, hogy melyek az egyes mentális zavarokra specifikus és melyek a mentális zavarok legtöbbszörre jellemző sérülékenység faktorok.

A nagyfokú komorbiditás miatt a pszichopatológiai jelenségek pontosabb leírása céljából több tünetdimenzió együttes mérésére alkalmas, klinikai körülmények között is használható strukturált klinikai interjúkra van szükség. Az általunk vizsgált, 50 tünetet mérő interjú (CPS-50) faktorstruktúráját és becslők közötti megbízhatóságát vegyes betegmintán vizsgáltuk.

Doktori értekezésemben a manifeszt pszichopatológiai tünetek illetve diagnosztikai kategóriák háttérében meghúzódó látens tünetdimenziók és sérülékenységi faktorok meghatározására tesztek kísérletet normál és pszichiátriai betegségben szenvedő személyek mintáin.

II. CÉLKITŰZÉSEK

Doktori értekezésemben két független vizsgálatot mutatok be. Az elsőben sérülékenység dimenziók és tünetdimenziók kapcsolatát vizsgálom egyes betegcsoportokkal és Normál mintával. A második vizsgálatban a Jelen Pszichiátriai Állapot interjú (CPS-50) pszichometriai jellemzőinek vizsgálata beteg mintán.

I. Látens sérülékenység dimenziók vizsgálata.

1. Első célkitűzésünk: a Temperamentum és Karakter Kérdőív (TCI) által mért személyiségvonás dimenziók tekintetében található különbségek vizsgálata volt Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás és Borderline mintán. Majd Normál mintához igazított hatáserekségeket mértünk, annak tisztázása céljából, hogy az adott betegség fennállása milyen

mértékben járul hozzá az egyes temperamentum és karakter dimenziók normáltól való eltéréseihez.

2. Második célkitűzésünk: a gyermekkori rossz szülői bánásmód vizsgálata volt Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás és Borderline mintán. Majd Normál mintához igazított hatáserősségeket mértünk, hogy lássuk milyen mértékűek az egyes betegségecsoportok között a különbségek a Young Szülői Kérdőív alszálaival mért észlelt szülői bántalmazás fajták tekintetében.

3. Harmadik célkitűzésünk: annak vizsgálata, hogy a korai maladaptív sémák tekintetében milyen különbségek találhatóak a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minta között. Majd Normál mintához igazított hatáserősségeket mértünk, hogy különbséget tudjunk tenni a Young Séma Kérdőív által mért egyes sémák esetében, hogy az adott betegség fennállása milyen mértékben járul hozzá a sémák súlyosbodásához.

4. Negyedik célkitűzésünk: az SCL-90 kérdőív által mért tünetdimenziók különbségeinek a vizsgálata volt Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás és Borderline mintán. Majd Normál mintához igazított hatáserősségeket mértünk, hogy különbséget tudjunk tenni egyes tünetdimenziók esetében, hogy az adott betegség fennállása milyen mértékben járul hozzá az adott dimenzió mért tünete súlyosságához.

5. Ötödik célkitűzésünk: a sérülékenységi tényezők (korai maladaptív sémák, a szülői bántalmazás összesített értékei és a temperamentum vonások) halmaza és a diagnosztikai egységek halmaza (Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás, Alkoholfüggő, Borderline és Kevert személyiségzavaros minták) között fellelhető egymástól független látens pszichopatológiai dimenziók keresése kanonikus faktorelemzéssel. Majd a kapott sérülékenység kanonikus faktorok tekintetében egyes minták (a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline) közt található különbségeket vizsgáltuk. Végül Normál mintához igazított hatáserősségeket mértünk, hogy különbséget tudjunk tenni az egyes sérülékenység faktorok esetében, hogy az adott betegség fennállása milyen mértékben járul hozzá az adott sérülékenység faktor értékéhez.

II. Jelen Pszichiátriai Állapot nemzetközi vizsgálata

6. Hatodik célkitűzésünk: nemzetközi munkacsoportunk által kidolgozott strukturált klinikai interjú (Jelen Pszichiátriai Állapot, CPS-50) megbízhatóságát és faktorstruktúráját megvizsgáljuk.

III. MÓDSZEREK

Külön mutatjuk be az első, "Látens sérülékenység dimenziók vizsgálat"-ban, illetve a második, "Jelen Pszichiátriai Állapot vizsgálat"-ban részt vevő személyeket, illetve a használt

módszereket. A betegek vizsgálata és adatainak felhasználása a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának az engedélyével történt.

III. 1. Vizsgálati minták

III. 1. 1. *Látens sérülékenység dimenziók vizsgálatban résztvevő személyek leírása:* Klinikai vizsgálatunkban összesen 744 fő (565 nő és 179 férfi) vett részt. A személyek két fő csoportba oszlanak: 1) Normál kontroll vizsgálati minta 157 főből állt (114 nő; 43 férfi) átlag életkoruk 28,9 (Szórás 11,57) év. 2) Semmelweis Egyetem Általános Orvosi Kara, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikájának, Pszichoterápiás részlegére felvett betegekből álló 587 fős minta (451 nő és 136 férfi), átlag életkoruk 36,88 (szórás 11,95) év. A betegek diagnózisa DSM-IV-TR kritériumai szerint történt. Depresszió (395), Szorongásos zavar (138), Bulimiás (79), Alkoholfüggőség (50), Borderline személyiségzavar (69), Kevert személyiségzavar (60).

A Normál és a beteg minták nem és életkor tekintetében szignifikáns mértékben különböztek, ezért a későbbi elemzésekben kovariánsként szerepeltek.

III. 1. 2. *Jelen Pszichiátriai Állapot (CPS-50) nemzetközi vizsgálatában résztvevő személyek leírása.* 78 becslést végző személy vett részt a vizsgálatban és 237 esetet vizsgáltak meg: 122 pszichotikus zavarban (51%), 71 Major affektív zavarban (30%), 29 Szorongásos zavarban (12%), 5 Evészavarban (2%), 6 Szomatizációs zavarban (3%), 4 más zavarokban (2%) szenvedett. A budapesti centrumban 2 pszichiáter vett részt a becslésben és 46 pácienszt vizsgált meg.

III. 2. MÉRŐESZKÖZÖK

III. 2. 1. *Látens sérülékenység dimenziók vizsgálatban használt mérőeszközök leírása:* Temperamentum és Karakter Kérdőív (TCI – 240 tétel), Young Szülői Kérdőív (YPI – 72 tétel), Young Séma Kérdőív (YSQ – 244 tétel), SCL-90 kérdőív.

III. 2. 2. *Jelen Pszichiátriai Állapot (CPS-50) nemzetközi vizsgálatában használt mérőeszközök leírása:* Jelen Pszichiátriai Állapot interjú (CPS-50), mely 50 tünet mérésére alkalmas strukturált klinikai interjú.

III. 3. Statisztikai elemzések:

III. 3. 1. *Látens sérülékenység dimenziók vizsgálatban használt statisztikai módszerek leírása:* Normál, más diagnosztikai egységgel együtt nem járó, “tisztának” nevezett Depressziós, Szorongásos, Bulimiás minták, és más diagnosztikai egységekkel együttesen előforduló Borderline minták közötti különbségeket Általános Lineáris Modell (GLM) analízis segítségével vizsgáltuk. A GLM modellben a diagnosztikai egységeket független

változókként, az első elemzésben a TCI dimenziókat, a második elemzésben a YPI anya totál és al-skálákat, a harmadik elemzésben a YPI apa totál és al-skálákat, a negyedik elemzésben a korai maladaptív sémákat, az ötödik elemzésben az SCL-90 GSI értékét és egyes tünetdimenzióit függő változókként, a nemet és az életkort kovariánsként használtuk. Sérülékenységi faktorok (korai maladaptív sémák, a szülői gondoskodás összesített értékei és a temperamentum vonások) halmaza és a diagnosztikai egységek halmaza között fellelhető egymástól független látens pszichopatológiai dimenziók azonosítását kanonikus faktorelemzéssel végeztük. Az elemzés során kovariánsként az életkort és a nemet használtuk. A statisztikai elemzések során SAS software-t használtunk. Az egyes betegségekre jellemző hatáserősséget minden egyes változó esetében az alábbi módon számoltuk ki: az adott változó adott betegmintán és a Normál mintán mutatott átlagának különbségét osztottuk a szórásokkal a kis minta torzításhoz igazítva (Hedges g).

III. 3. 2. *Jelen Pszichiátriai Állapot (CPS-50) nemzetközi vizsgálatában használt statisztikai módszerek leírása:* A becslést végző párok közötti kategóriális egyetértést (jelen van versus nincs jelen a tünet) Cohen kappájával mértük. A tünetek súlyosságára (0-3) vonatkozó konkordanciát intra-class coefficienssel (ICC) végeztük az egy utas random hatás modellt használva. Főkomponens faktorelemzést használtunk varimax forgatással a CPS-50 ötven tünetének faktor struktúrájának a vizsgálatára. A tünetmodulok skáláinak belső konzisztenciáját Chronbach alfa számítással ellenőriztük.

IV. EREDMÉNYEK

IV. 1. Első célkitűzés: Az Általános Lineáris Modell (GLM) elemzés a temperamentum és karaktervonások tekintetében az alábbi jelentősebb szignifikáns különbségeket ($p < 0,5$) találta az egyes diagnosztikai csoportok között. Az újdonságkeresés dimenzió mentén az impulzív tüneteket mutató betegségek (Borderline, Bulimiás) szignifikánsan magasabb értéket értek el, mint az internalizáló betegcsoportok (Depressziós, szorongó). Az ártalomkerülés dimenzión a betegminták szignifikánsan magasabb értéket értek el a Normál mintánál. A jutalomfüggés dimenzión pedig az alacsony pozitív affektivitással jellemezhető Depressziós és Borderline minta szignifikánsan alacsonyabb értéket értek el a Szorongós és Bulimiás mintánál. A karaktervonások közül az Önirányítottság dimenzión a Normál minta szignifikánsan magasabb értéket ért el az egyes betegmintáktól, az Együtműködési készség dimenzió tekintetében a Borderline és a Bulimiás mintát ért el szignifikánsan alacsonyabb értéket a Normál mintánál.

IV. 2. Második célkitűzés: Az Általános Lineáris Modell (GLM) elemzés szerint az észlelt szülői bántalmazás összesített értékei tekintetében mind az apára vonatkozó, mind az anyára

vonatkozó skálán mind a négy betegminta szignifikánsan ($p < 0,5$) magasabb értéket ért el (nagyobb fokú bántalmazást élt át), mint a Normál minta. A Borderline minta szignifikánsan több szülői bántalmazást észlelt gyermekkorában a Depressziós, a Bulimiás és a Szorongásos mintánál. A Young Szülői Kérdőív egyes alsókálái mind az anya, mind az apa bántalmazó viselkedésére vonatkozóan specifikus szignifikáns különbségeket mutattak az egyes betegcsoportok között.

IV. 3. Harmadik célkitűzés: Az Általános Lineáris Modell (GLM) elemzés szerint a korai maladaptív sémák tekintetében mind a négy betegminta szignifikánsan ($p < 0,5$) magasabb értékeket ért el, mint a Normál minta, amely eredmény megfelel az általános kognitív sérülékenység hipotézisnek. A Borderline minta a betegmintáknál is szignifikánsan magasabb értéket ért el a legtöbb maladaptív séma tekintetében. Az egyes betegmintákra jellemző specifikus kognitív séma mintázatokat találtunk, melyek tekintetében szignifikánsan különböztek egymástól, ami megfelelt séma tartalom-specifitás hipotézisnek.

IV. 4. Negyedik célkitűzés: Az Általános Lineáris Modell (GLM) elemzés szerint az SCL-90 alkalmas eszköznek bizonyult a Normál és a betegminták elkülönítésére, sőt a tünetdimenziók mintázatai segítségével el lehet különíteni a négy betegcsoportot is egymástól. Említésre méltó, hogy a szubjektíven átélt tüneteket mérő eszközön a betegmintán belül a Borderline minta mutatja a legsúlyosabb tüneti képet.

IV. 5. Ötödik célkitűzés: Kanonikus faktorelemzés három, egymással szignifikáns kapcsolatban álló kanonikus faktorpárt talált. A korai maladaptív sémák, szülői gondoskodás és temperamentum dimenziók halmaza és a diagnosztikai egységek halmaza közötti globális összefüggés Wilk's lambda statisztikával mérve szignifikáns volt ($F=2,98$, $df=175,3631$, $p < 0,01$).

1. táblázat. Kanonikus faktor párok közötti korrelációk

	Kanonikus korrelációs koefficiens	F érték	df	p
V1-D1	0,59	2,98	175,3631	<0,00
V2-D2	0,41	1,87	144,3140	<0,00
V3-D3	0,30	1,42	115,2640	<0,00

Rövidítések: V, sérülékenységi tényezők; D, diagnosztikai egységek.

Az *Első Sérülékenység (V1) kanonikus faktor*on - melyre az összes korai maladaptív séma, a rossz szülői bánásmód összesített értéke mindkét szülő esetében és az ártalomkerülés adott magas pozitív töltést - Normál mintához képest szignifikáns ($p < 0,5$) mértékben nagyobb értéket ért el mind a négy betegcsoport. Normál mintához igazított hatáserekségek növekvő sorrendbe bemutatva: Bulimiás (He: 0,83), Szorongásos (He: 1,41), Depressziós (He: 1,5) és a Borderline (He: 2,3). A *Második Sérülékenység (V2) kanonikus faktor*on, - melybe a

Sérülékenység séma, az ártalomkerülés negatívan, a Csökkentértékűség/Szégyen, a Büntető készenlét, az Elégtelen Önkontroll sémák és az újdonságkeresés temperamentum pozitívan töltődik - a Bulimiás (He:0,74) és a Borderline (He:1,18) minta szignifikánsan magasabb értéket ért el a Normál, a Szorongásos (He:-0,29) és a Depressziós (He:0,14) mintánál. A *Harmadik Sérülékenység (V3) kanonikus faktoron* – melyet a pozitívan töltődő Önfeláldozás séma, az újdonságkeresés és a jutalomfüggés temperamentum és a negatívan töltődő Érzelmi depriváció, Társas izoláció/elidegenedettség, Társas elutasítottság, Kudarca ítéltesség sémák és az ártalomkerülés temperamentum jellemez - szignifikánsan magasabb értéket ért el a Borderline minta (He:0,26) a Depressziós mintánál (He:-0,25). Említésre méltó, hogy a Diagnosztikai egység (V3) kanonikus faktorba meghatározó mértékben pozitívan töltődött az Alkoholfüggő csoport, és negatívan töltődött a Depressziós csoport.

IV. 6. Hatodik célkitűzés: CPS-50 reliabilitás vizsgálata a becslők közötti egyetértés 42 tünet (84%) esetében magas fokú volt ($\kappa > 0,70$; ICC $> 0,80$). A súlyossági becslés egyetértése hét tünet esetében alacsonyabb volt (ICC $> 0,70$): 6. Anorexia, 10. Korai ébredés, 17. Büntudat/Értéktelenség, 24. Pánik zavar, 28. Kényszer gondolatok, 33. Kritikátlan viselkedés, 50. Kognitív deficitek becslése. Csak a "Csökkent alvásigény" tünet nem érte el a tünet jelenlétére vonatkozó, becslők közötti egyetértés elfogadott megbízhatósági fokát ($\kappa = 0,62$). Négy centrumban, ahol negyvennél több beteget vizsgáltak meg párban a kutatók, becslők közötti megbízhatóság vizsgálatot végeztünk. A legtöbb klinikai skálán magas becslők közötti megbízhatóságot találtunk szinte minden centrumban ($\kappa : 0,78-0,98$).

A CPS-50 tételeinek faktoranalízise: a tételek nyolc fő faktorba töltődtek, melyek együtt a variancia 47%-át magyarázták, és az egyes faktorok esetében az eigenvalue értéke 6.47-től 1,60-ig terjedt: I. Depresszió (teljes variancia 13%), II. Pszichózis (8%), III. Mániás tünetek (7%), IV. Szorongásos tünetek (5%), V. Szomatikus tünetek (4%), VI. Alváshiány (4%), VII. Korai pszichózis (3%), VIII. Evészavar (3%). Az előzetesen, elméletileg kialakított klinikai skálák és a statisztikailag azonosított faktorok között jelentős egyezés található.

V. KÖVETKEZTETÉSEK

A temperamentum és karakterdimenziók vizsgálata során sikerült olyan személyiségvonásokat azonosítanunk, melyek az általunk vizsgált betegmintákra egyaránt jellemző közös vonások illetve, amelyek segítenek elkülöníteni az egyes betegmintákat egymástól. A temperamentum vonások alapján kialakult kép szerint az Ártalomkerülés, az averzív ingerekkel szembeni fokozott érzékenység, negatív affektivitás közös jellemzője a betegmintáknak a Normál mintával szemben, mely eredmény megfelel a szakirodalomban korábban találtaknak. Az Újdonságkeresés temperamentum dimenzió az impulzív tüneti

tengelyen osztotta két csoportra a betegmintát (Bulimiás, Borderline versus Depressziós, Szorongásos). A pozitív-jutalmazó ingerekkel szembeni érzékenység, vagy pozitív affektivitás tengely mentén is két csoport különült el: a megtartott pozitív affektivitású Normál, Szorongásos, Bulimiás minta és a pozitív affektivitás terén alacsony értéket elérő Depressziós és Borderline minta. A személyiség érettségét mérő karakterdimenziók közül a tanult, akaratlagos kontroll funkciók, a hosszútávú tervezésre alapuló, a pillanatnyi kielégüléseket késleltetni tudó vonások tekintetében (önirányítottság) mind a négy betegcsoport szignifikánsabban alacsonyabb értéket ért el a Normál mintánál, és a betegmintán belül is megfigyelhető volt a komplex önkontroll képességnek egy növekvő grádiense az impulzív Borderline, Bulimiás mintától, a Depressziós, Szorongásos minta felé. Az Együttműködési készség tekintetében az elsősorban kapcsolati zavarnak tekintett Borderline minta különült el a többi csoporttól. Ezek az eredmények megerősítik azt a nézetet, hogy az általunk vizsgált zavarok személyiségdimenziók mentén is elkülönülnek.

A bántalmazó szülői bánásmód mindkét szülő részéről szoros összefüggést mutat az egyes betegmintákkal. A Normál mintába tartozók visszaemlékezései szerint sokkal ritkábban érte őket rossz bánásmód a szülők részéről, mint a betegmintába tartozókat. Az egyes betegminták közt a bántalmazó szülő neme, a bántalmazás mértéke és módja tekintetében is jelentős különbségeket találtunk. Említésre méltó, hogy magukat leginkább bántalmazottnak megélt személyek a Borderline mintába voltak találhatóak, majd a Depressziós minta következett és a Szorongásos és Bulimiás minta közel azonos mértékű bántalmazást élt át a szülők részéről. A retrospektív, gyerekkorra vonatkozó bántalmazás kérdőívek megbízhatóságának komoly korlátai vannak, ezért az eredmények értelmezésénél óvatosnak kell lennünk. Eredményeink alapján azt minden esetre állíthatjuk, hogy a betegmintában az önéletrajzi emlékezetéből előhívott, gyerekkorra vonatkozó szülőreprezentációk bántalmazóbbak, mint a Normál mintában. Ezen eredmények összhangban vannak azokkal az eredményekkel, amelyek szerint a mentális zavarokban szenvedők bántalmazóbbnak élik meg szüleiket a mentális zavarokban nem szenvedőknél.

A korai maladaptív sémák általános emelkedése a Normál mintához képest, megfelel az általános kognitív diatézis hipotézisnek. Úgy tűnik, hogy a korai maladaptív sémák szoros kapcsolatban állnak mind a négy általunk vizsgált zavarral. A kognitív sémák tartalom-specifitás hipotézisének megfelelően az egyes minták között specifikus különbségek figyelhetők meg a korai maladaptív sémák tekintetében. A kognitív tartalom-specifitás becki hipotézisét csak részben igazolták eredményeink. A Depressziós minta valóban magasabb értéket ért el a Szorongásos mintánál a kapcsolati veszteség és a kapcsolati és teljesítmény kudarc sémák tekintetében, azonban a sérülékenységet mérő sémák tekintetében

nincs közöttük különbség. A becki hipotézist vizsgáló több kutatásban, azonban a sérülékenység tekintetében hasonló eredményre jutottak. A Borderline mintán talált eredmények megfelelnek a youngi koncepciónak, miszerint a Borderline személyiségzavarban szenvedőkre nagyon gyakran mind a 19 séma jellemző. Mivel a korai maladaptív sémák célzott terápia hatására jelentős mértékben módosíthatóak és módosulásukkal párhuzamosan jelentős javulás áll be a funkcionálás és az életminőség terén, a klinikum szempontjából fontosnak tartjuk a sémák kérdőíves azonosítását. Magas sémákkal bíró egyéneknél javasoljuk a sémák integrálását az esetkonceptualizációba és célzott kezelésüket beépíteni a terápiás tervbe.

Az SCL-90 segítségével a tünetek széles skáláját lehet azonosítani kérdőíves módszerrel. Alkalmasságuk bizonyult az egészséges és a beteg csoport elkülönítésében és az egyes csoportok között is különbséget tud tenni tünetdimenziók eloszlása és súlyossága tekintetében. A Depressziós és Szorongásos minta közötti különbségeket a két zavarra vonatkozó Háromosztatú modellnek megfelelően az alacsony pozitív affektivitásnak megfelelő depresszió SCL-90 dimenzió a Depressziós minta szignifikánsan magasabb értéket ért el a Szorongásos mintánál és a fokozott arousal szintet és aktiválhatóságot képviselő SCL-90 szorongás és fóbia dimenziókon a Szorongásos minta ért el magasabb értéket, a globális distresszt mérő GSI értéken, ami a konceptuálisan minden tünettől szoros kapcsolatban levő negatív affektivitásnak feleltethető meg egyaránt magas értéket értek el. A Bulimiás minta globálisan emelkedett distressz értékein belül említésre méltó, hogy a többnyire titokban tartott falásrohamok és önhánytatás nagyfokú paranoiditással és interperszonális érzékenységgel jár együtt. A Borderline minta szinte minden tünetdimenzióan a beteg mintán belül is emelkedett értéket mutatott, ami megfelel a Borderline személyiségzavarban leírt súlyos negatív affektivitásnak.

A konceptuálisan sérülékenységi faktoroknak tekinthető szélsőséges temperamentum vonások, rossz szülői bánásmód és korai maladaptív sémák egymással és az egyes betegminta konstellációkkal való összefüggéseinek a feltárása olyan látens dimenziókra mutatott rá, amelyek segítségével jobban megérthetjük az egyes zavarok közötti kapcsolatokat, illetve különbségeket, illetve találtunk olyan látens dimenziókat, melyek az egyes betegmintán belüli alcsoportokat különítik el. A fenti jelenségek vizsgálatára végzett kanonikus faktorelemzéssel nyert sérülékenység dimenziók közül az első a beteg Normál mintát globálisan különíti el, a második az impulzív nem impulzív mintát, a harmadik a Depresszió egy specifikus temperamentum és séma mintázatát különítette el az Alkoholfüggők egy specifikus csoportjától. Az egyes betegségekhez kapcsolódó egymástól független dimenziók felvetik, hogy az egyes betegségek hátterében több független sérülékenység dimenzió is

fontos szerepet játszhat, illetve felveti a betegségen belüli alcsoportok elkülönítésének a jelentőségét.

Az önkítöltő kérdőívek használata mellett, a klinikai kutatásokban fontos a klinikusok megbízható ítéletét elősegítő strukturált interjúk használata. Nemzetközi munkacsoportunk által kidolgozott mérőeszköz (CPS-50) a főbb pszichiátriai tünetdimenziók mérésére alkalmas megbízható munkaeszköznek bizonyult.

Összességében elmondhatjuk, hogy a pszichopatológiai spektrum általunk vizsgált területének a felosztásában fontos szerepet kellene adni közös látens sérülékenység dimenzióknak, különös tekintettel az általunk talált közös sérülékenység dimenzióra, amit a negatív affektivitás, rossz szülői bánásmód és a korai maladaptív sémák masszív jelenléte jellemez. Másik lényeges végkövetkeztetésünk, hogy mivel a korai maladaptív sémák valamint a temperamentum- és karakter-vonások jelentős kapcsolatban állnak az általunk vizsgált betegségcsoportokkal, fontos szerepet kellene játszaniuk a vizsgált betegségek pszichopatológiai felmérésében, esetkonceptualizációjában, és a terápiás tervezésben. Az általunk magyar nyelven bevezetett Young Séma Kérdőív alkalmas eszköznek bizonyult a korai maladaptív sémák azonosítására.

SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE:

A/ A disszertációhoz kapcsolódó közlemények

1. Unoka Zs. (1998) Az integrált pszichiátriai ellátásban használt becslőmódszerek. Pszichoterápia, Supplementum, 1:33-52.
2. Unoka Zs, Rózsa S, Kő N, Kállai J, Fábíán Á, Simon L. (2004a) A Derogatis-féle Tünetlista hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok. Psychiatr Hung, 3: 28-35.
3. Unoka Zs, Rózsa S, Fábíán Á, Mervó B, Simon L. (2004b) A Young-féle Séma kérdőív: A Korai maladaptív sémák jelenlétét mérő eszköz pszichometriai jellemzőinek vizsgálata. Psychiatr Hung, 3: 235-243.
4. Falloon IRH, Mizuno M., Murakami M, Roncone R, Unoka Zs, Harangozó J, Pullman J, Gedye R, Held T, Hager B, Erickson D, Burnett K. (2005) Structured assessment of current mental state in clinical practice: an international study of the reliability and validity of the Current Psychiatric State interview, CPS-50. Acta Psychiatr Scand, 111: 44-50.
5. Unoka Zs. (2006a) A korai traumák jelentősége a pszichiátriai zavarok kialakulásában I. rész. Családorvosi Fórum. 7: 25-30.
6. Unoka Zs. (2006b) A korai traumák jelentősége a pszichiátriai zavarok kialakulásában II. rész. Családorvosi Fórum. 8: 23-26.

7. Inczédy-Farkas G, Simon L, Unoka Zs, Czobor P. (2007) Csoporttagok kognitív sémáinak hatása a kölcsönös érzelmi választásban. *Pszichoterápia*, 16: 46-52.
8. Gergely Gy, Unoka Zs. Kötődés, érzelemszabályozás és mentalizáció; Az affektív szelf reprezentációs fejlődése. In Halász P. (szerk.) *Tudat és tudatváltozások*. Melinda Kiadó és Reklámügynökség. Budapest, 2007.
9. Gergely, G. & Unoka, Zs. The development of the unreflective self. In: Bush F N (Szerk.), *Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications*. The Analytic Press, New York, 2008: 57-102.
10. Unoka Zs, Czobor P, Tölgyes T. (2007) Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: a differential association. *Compr Psychiatry*, 48:199-204.

B/ Egyéb publikációk

1. Gazdag G, Csorba J, Unoka Zs, Koczka Zs. (1999) Produktív tünetek történeti változása. Pszichotikus betegek téveszméinek pszichiátriatörténeti vizsgálata. *Psychiatr Hung*, 2:158-164.
2. Unoka Zs. Az érzelmek forgatókönyv elmélete. In: Unoka Zs. (szerk.): *Pszichoterápia és klinikai kutatás*. SOTE, Budapest, 1999: 177-189.
3. Unoka Zs. (2000) A depresszió kognitív terápiája - Esetismertetés. *Családorvosi Fórum*, 10: 74-76.
4. Unoka Zs, Simon L, Beran E, Szily E, Szölössy O. (2002) Érzelem-előzmény értékelés profilok szerepe az érzelmek kialakulásában és differenciálódásában : az inger értékelés ellenőrzések modell vizsgálata magyar mintán. *Psychiatr Hung*, 5: 464-488.
5. Szily, E., Unoka Zs., Simon, L. (2002) A harag kognitív értékelés profiljának vizsgálata Depressziós betegek és egészséges kontrol személyek körében. *Psychiatr Hung*, 5: 489-498.
6. Beran E., Unoka Zs.: A narratív perspektíva váltás kölcsönös szabályozása mint az affektus-reguláció egy módja a pszichoanalitikus helyzetben. In: Pető K (szerk.) *Életciklusok*. Animula, Budapest, 2005: 113-121.
7. Beran E, Unoka Zs. Construction of self-narrative in a psychotherapeutic setting: An analysis of the mutual determination of narrative perspective taken by patient and therapist. In: Quasthoff UM, Becker T (Szerk.), *Narrative Interaction*. Jon Benjamins Publishing Company, Amsterdam/Philadelphia, 2005: 151-167.
8. Unoka Zs, Beran E. A narratív pozíciók és elkülönítésük szerepe az analitikus intervenciókban. In: Pető K (szerk.), *Életciklusok*. Animula, Budapest, (2005): 113-121.
10. Unoka Zs, Beran E. (2006) Figyelemirányítás, mint az analitikus terápia hatótényezője: az analitikus figyelmének hatása a szelf-narratívumok konstrukciós folyamatára.

Lélekelemzés. 1: 51-61.

11. Beran E, Unoka Zs. (2007) Figyelemirányítás, mint az analitikus terápia hatótényezője.

Lélekelemzés, 1: 101-115.