

Doktori (PhD) értekezés tézisei

**A borderline tünetprofil és a gyermekkori
traumatizáció összefüggései**

Merza Katalin

Témavezető: Dr. Kuritárné Dr. Szabó Ildikó



DEBRECENI EGYETEM

Egészségtudományok Doktori Iskola

Debrecen, 2018

A borderline tünetprofil és a gyermekkori traumatizáció összefüggései

Értekezés a doktori (PhD) fokozat megszerzése érdekében
az egészségtudományok tudományágban

Írta: Merza Katalin okleveles pszichológus

Készült a Debreceni Egyetem Egészségtudományok doktori iskolája
(Megelőző orvostan és népegészségtan programja) keretében

Témavezető: Dr. Kuritárné Dr. Szabó Ildikó, PhD

A doktori szigorlati bizottság:

Elnök: Prof. Dr. Ádány Róza, az MTA doktora

Tagok: Dr. Égerházi Anikó, PhD

Dr. Hargitai Rita, PhD

A doktori szigorlat időpontja: Debreceni Egyetem NK
Megelőző Orvostani Intézet
II. emelet tárgyaló
2019. január 21. 11 óra

Az értekezés bírálói:

Prof. Dr. Perczel-Forintos Dóra, PhD

Prof. Dr. Tényi Tamás, az MTA doktora

A bírálóbizottság:

Elnök: Prof. Dr. Ádány Róza, az MTA doktora

Tagok: Prof. Dr. Perczel-Forintos Dóra, PhD

Prof. Dr. Tényi Tamás, az MTA doktora

Dr. Égerházi Anikó, PhD

Dr. Hargitai Rita, PhD

Az értekezés védésének időpontja: 2019. január 21. 13 óra
Debreceni Egyetem ÁOK Belgyógyászati Intézet „A” épület tanterme

BEVEZETÉS

A gyermekkori traumatizáció lehetséges felnőttkori kimeneteleinek egyike a borderline személyiségzavar, amely a mentális ellátásban jól ismert, súlyos személyiségzavar. Természetesen nem minden borderline beteg anamnézisében szerepel traumatikus előtörténet, de a főként külföldi kutatásokban az igazolódik, hogy több a traumatikus kórereddettel rendelkező, mint a traumától mentes borderline beteg. A diagnosztikus címke (borderline személyiségzavar) nem tesz különbséget e két eltérő etiológiával és patomechanizmusokkal rendelkező alcsoport között. A jelenlegi pszichiátria betegségek egységei ugyanis leíró jellemzőkre épülnek, nem tartalmaznak etiológiai és pszichodinamikai szempontokat. Nem fejezik ki, sőt elrejtik a traumatikus kóreredetet. A borderline diagnózis felállításához a meghatározott számú tüneti, viselkedési, érzelmi és kapcsolati kritériumoknak fiatal felnőttkorban kezdődő, tartósan és stabilan fennálló teljesülése szükséges. A traumatikus élmények (f)elismerésének hiányához az is hozzájárul, hogy a traumatizált beteg direkt rákérdezés nélkül ritkán jelzi a gyermekkorában elszenvedett bántalmazást, mert szégyelli (különösen a szexuális bántalmazást), titkolja, bagatellizálja azt, vagy nem ismeri fel az aktuális panaszai és a gyerekkori előzmények közötti összefüggést, esetleg amnéziás a történetekre. Tipikusan a legsúlyosabb, a gondozó által elkövetett szexuális bántalmazást rejti el leginkább a túlélő tudatossága elől a disszociatív amnéziás gát. A legszokványosabb pszichiátriai diagnózisok (alkoholabúzus,

depresszió) és a most tárgyalt borderline személyiségzavar diagnózis mögött sokszor a gyermekkori traumája következményeinek súlya alatt megroppant – és fel nem ismert – áldozat rejtőzik.

A komplex gyermekkori traumatizáció következtében kialakult borderline személyiségzavar súlyosabb állapotot eredményez, jelentősen rontja a pszichoszociális funkciószintet és a prognózist. Felismerése nélkülözhetetlen, mert a traumatizált betegek gyógyítása a fájdalmas múlt élményeinek hitelesítését és sajátos, a traumát tekintetbe vevő kezelési stratégiát igényel.

Míg az Egyesült Államokban és Nyugat-Európában több mint harminc éve irányulnak kutatások a súlyos és hosszan tartó gyermekkori traumatizáció borderline személyiségzavar kialakulásában betöltött etiológiai szerepére, addig a traumakutatás a volt szocialista államokban, köztük Magyarországon is gyerekcipőben jár. Ez idáig nem született olyan átfogó magyar nyelvű tanulmány, amely a borderline betegek gyermekkori traumatikus élményeit vizsgálja, ami azt a hamis látszatot keltheti, hogy az USA-val ellentétben, hazánkban a gyermekek ritkábban válnak abúzus áldozatává. Fontosnak tartottuk egy hiánypótló, komplex vizsgálat megvalósítását, amely azonosítja a magyar borderline páciensek élettörténetében előforduló traumatikus eseményeket, és feltárja az összefüggést az egyes borderline tünetek és a gyermekkori traumatizáció között.

Vizsgálatunk célja, hogy felhívja a klinikusok figyelmét a súlyos és hosszan tartó gyermekkori traumatizáció borderline személyiségzavar kialakulásában betöltött szerepére, ezáltal hozzájáruljon a borderline

személyiségzavarban szenvedő páciensek jobb megértéséhez és hatékonyabb kezeléséhez.

VIZSGÁLATI CÉLOK

1. cél: A gyermekkori traumatizáció vizsgálata

- A borderline személyiségzavarban szenvedő betegek által elszenvedett gyermekkori traumatikus élmények gyakoriságának és jellemzőinek felmérése.
- A borderline személyiségzavar és a gyermekkori traumatizáció közötti összefüggések vizsgálata.

2. cél: A disszociatív jelenségek vizsgálata

- A borderline személyiségzavarban szenvedő páciensek körében a disszociatív jelenségek súlyosságának felmérése.
- A disszociáció és a gyermekkori traumatikus élmények közötti kapcsolat vizsgálata.

3. cél: Az impulzivitás vizsgálata

- A borderline személyiségzavarban szenvedő páciensek körében az impulzivitás súlyosságának felmérése.
- Az impulzivitás és a gyermekkori traumatikus élmények közötti kapcsolatot feltárása.

4. cél: Az öngyilkossági kísérletek vizsgálata

- Az öngyilkossági kísérletek előfordulásának vizsgálata a borderline személyiségzavarban szenvedő betegek, a komorbid

major depresszió diagnózissal rendelkező borderline személyek és a depressziós kontrollszemélyek csoportjában.

- Az öngyilkossági viselkedés lehetséges prediktorainak feltárása.

5. cél: A szándékos fizikai önsértés vizsgálata

- A borderline személyek körében a szándékos fizikai önsértések előfordulási gyakoriságának és életkori kezdetének felmérése.
- A kutatásunkba bevont borderline csoporton belül az önsértések száma alapján alcsoportok elkülönítése és az alcsoportok összehasonlítása az önsértések jellemzői, a disszociatív jelenségek, az impulzivitás és a gyermekkori traumatikus élmények előfordulásának tekintetében.
- A szándékos fizikai önsértő viselkedések prediktorainak feltárása.

ESZKÖZÖK ÉS MÓDSZEREK

Nyolc budapesti és vidéki kórház pszichiátriai osztályáról összesen 171 pszichiátriai fekvőbeteget toboroztunk a vizsgálathoz. A mintába 18 és 50 év közötti, borderline személyiségzavar vagy majör depressziós zavar diagnózissal rendelkező fekvőbetegek kerülhettek be. A mintába kerülés szempontjából kizáró oknak számított bármely pszichotikus zavar, illetve kognitív károsodás. A vizsgálati csoportokba sorolás a SCID-I-II strukturált diagnosztikus interjúk segítségével történt. A SCID-II interjú alapján a borderline diagnózis

teljesüléséhez szükséges öt vagy annál több kritériumot elérő páciensek alkották a borderline vizsgálati csoportot. A depressziós kontrollcsoportba a SCID-I interjú alapján major depressziós zavarral diagnosztizált betegek kerültek, akik nem teljesítették egyetlen személyiségzavar kritériumait sem. A 171 főből összesen 18 személyt zártunk ki vizsgálatból, mert nem felelt meg a fent említett beválasztási kritériumoknak.

A klinikai kontrollcsoport mellett hozzáférési mintavétellel gyűjtött egészséges kontrollszemélyeket is bevontunk a kutatásba, akik önbevallás alapján nem szenvedtek pszichiátriai zavarban. Az egészséges kontrollszemélyek esetében kizáróknak számított, ha a személy aktuálisan vagy korábban pszichiátriai kezelés alatt állt. A végleges vizsgálati mintát összesen 204 fő alkotta, 80 borderline páciens, 73 depressziós kontrollszemély és 51 egészséges kontrollszemély.

Vizsgálati eszközök

A gyermekkori traumatikus élmények vizsgálatára a 42 itemből álló *Traumatikus Előzmények Kérdőív* következő hat alszámját használtuk: Érzelmi bántalmazás, Fizikai bántalmazás, Szexuális bántalmazás, Elhanyagolás, Szeparáció, Családon belüli erőszak szemtanújaként megélt fenyegetettség. A felsorolt averzív élményeket a kérdőív három fejlődési szakaszban méri fel: kisgyermekkorban (0-6 év), a latencia időszakában (7-12 év) és serdülőkorban (13-18 év).

A szexuális bántalmazás súlyossági paramétereinek (elkövető, módzat, gyakoriság, kezdet) részletesebb vizsgálatára a *Korai*

Traumatikus Élmények Kérdőív szexuális abúzus alkáláját alkalmaztuk.

A disszociáció felmérésére a 63 itemből álló *Magyar Disszociáció Kérdőívet* alkalmaztuk. A kérdőív alkálái a következők: Identitászavar, Kontrollvesztés, Amnézia, Abszorpció (teljes figyelmi bevonódás).

Az impulzivitást a *Barratt Impulzivitás Skála* segítségével mértük, amely a Figyelem, Kognitív instabilitás, Motoros impulzivitás, Perszerveráció, Önkontroll és Kognitív komplexitás alkálákból áll.

A fizikai önsértések módozatát, számát, életkori kezdetét, okait, az önsértések következtében szükséges orvosi kezelések számát, illetve a szuicid kísérletek számát az *Ottawa Önsértő Kérdőívvel* összesítettük.

A vizsgált személyek demográfiai jellegzetességeit és kezeléstörténetét egy általunk összeállított kérdőív segítségével mértük fel.

Statisztikai elemzés

A kérdőívek kitöltéséből származó adatok statisztikai feldolgozásához az IBM SPSS statisztikai program 20.0-ás verzióját használtuk.

A csoportközi különbségeket az adatok normális eloszlása esetén egyszempontos varianciaanalízis alkalmazásával teszteltük. Azokban az esetekben, amikor nem voltak adottak a paraméteres próbák használatának feltételei, a csoportok számától függően vagy Mann-Whitney U vagy Kruskal-Wallis próbát alkalmaztunk. A kategorikus

változók esetén a csoportokat Khi-négyszet próbával hasonlítottuk össze.

Az önsértő alcsoportok elkülönítését kétlépéses klaszterelemzés segítségével végeztük. Az elemzésbe kategorikus változóként az önsértések megtörténtét vagy hiányát, folytonos változóként pedig az önsértések számát vontuk be.

A gyermekkori traumatizáció és a vizsgált tünetek közötti kapcsolatok elemzésére logisztikus regresszió számítást alkalmaztunk (Backward módszerrel), és mindegyik esetben a demográfiai változókat kontrolláltuk. A gyermekkori traumatizáció és a vizsgált tünetek összefüggéseinek részletesebb vizsgálatára mediációs elemzést folytattuk le az SPSS programba beépülő Hayes-féle PROCESS alkalmazás segítségével.

A szignifikancia szintet valamennyi esetben 0,05-nek határoztuk meg.

EREDMÉNYEK

A minta demográfiai jellemzői

Szignifikáns különbség mutatkozott a csoportok között az életkor ($F = 49,42, p < 0,001$), a családi állapot ($\chi^2 = 88,72, p < 0,001$) és a foglalkoztatottság ($\chi^2 = 130,1, p < 0,001$) tekintetében. A borderline páciensek átlagéletkora bizonyult a legalacsonyabbnak ($30,5 \pm 10,87$ év), a depressziós kontrollszemélyeké a legmagasabbnak ($44,3 \pm 5,91$ év), valamint a borderline betegek között kevesebb volt a házas és több a munkanélküli, mint a kontrollszemélyek között. A

csoporthoz a nemek aránya hasonlóan alakult ($\chi^2 = 0,43, p = 0,808$), mindenhol a nők voltak túlsúlyban. Az iskolázottság tekintetében nem találtunk szignifikáns különbséget ($\chi^2 = 9,00, p = 0,061$), a legtöbb vizsgált személy középfokú végzettséggel rendelkezett.

A gyermekkori traumatizáció vizsgálata

A gyermekkori traumatikus események előfordulásának vizsgálata három csoport, a borderline fekvőbetegek, a depressziós kontrollszemélyek és az egészséges kontrollszemélyek bevonásával történt. A szexuális abúzus súlyossági paramétereit a borderline és a depressziós kontrollcsoportban mértük fel.

A 18 éves kor előtt elszenvedett traumatikus élmények közül az elhanyagolás ($\chi^2 = 35,88, p < 0,001$), az érzelmi bántalmazás ($\chi^2 = 34,36, p < 0,001$), a fizikai bántalmazás ($\chi^2 = 51,58, p < 0,001$), a szexuális bántalmazás ($\chi^2 = 45,52, p < 0,001$) és a családon belüli erőszak szemtanújaként megélt fenyegetettség ($\chi^2 = 45,02, p < 0,001$) a borderline személyek csoportjában szignifikánsan gyakoribb volt, mint a depressziós és az egészséges kontrollcsoportban. Továbbá a szignifikánsan több borderline személy számolt be kisgyermekkorban, hat éves kor előtt elszenvedett elhanyagolásról ($\chi^2 = 24,92, p < 0,001$), érzelmi ($\chi^2 = 32,98, p < 0,001$), fizikai ($\chi^2 = 45,04, p < 0,001$), szexuális bántalmazásról ($\chi^2 = 18,08, p < 0,001$), és volt szemtanúja családon belüli erőszaknak ($\chi^2 = 41,24, p < 0,001$).

A szexuális bántalmazás módját tekintve a depressziós kontrollszemélyekhez képest a borderline betegek szignifikánsan nagyobb arányban számoltak be a súlyosabb bántalmazási formákról,

mint az orális ($\chi^2 = 4,43, p = 0,035$) vagy vaginális behatolás ($\chi^2 = 14,68, p < 0,001$), illetve a nemi erőszak kísérlete ($\chi^2 = 5,49, p = 0,019$). Gyakoribb volt az apa vagy férfi gondozó által elkövetett bántalmazás ($\chi^2 = 5,93, p = 0,015$), illetve nagyobb arányban volt azonosítható több elkövető ($\chi^2 = 0,86, p < 0,001$). A borderline csoportban szignifikánsan magasabb volt a havi rendszerességgel elkövetett bántalmazás előfordulása ($\chi^2 = 5,77, p = 0,016$).

A traumatikus események halmozódása, vagyis a kumulatív traumapontszám szempontjából is összehasonlítottuk a három csoportot. A kumulatív traumapontszám 0-6-ig terjedhet, és azt fejezi ki, hogy a vizsgált személy gyermekkorában hány fajta traumatípust szenvedett el az általunk felmért hat kategóriából. A statisztikai elemzés rávilágított, hogy a borderline betegek szignifikánsan több traumatípust szenvedtek el, mint a depressziós és az egészséges kontrollszemélyek (5 vs. 3 vs. 1, $\chi^2 = 84,63, p < 0,001$).

Logisztikus regresszió számítását alkalmaztunk a borderline diagnózis kialakulásában szerepet játszó tényezők felmérésére. A statisztikai eljárás szerint vizsgálatunkban a gyermekkorban átélt intim testrészek fogdosása ($\text{Exp(B)} = 8,156, 95\% \text{CI} = 2,48\text{--}26,84, p < 0,001$), a behatolással járó szexuális bántalmazás ($\text{Exp(B)} = 5,316, 95\% \text{CI} = 1,15\text{--}24,54, p = 0,032$), az elhanyagolás ($\text{Exp(B)} = 4,248, 95\% \text{CI} = 1,56\text{--}10,69, p = 0,004$) és a fizikai bántalmazás ($\text{Exp(B)} = 4,083, 95\% \text{CI} = 1,67\text{--}10,79, p = 0,002$) növelték leginkább a felnőttkori borderline személyiségzavar diagnózisának esélyét.

A disszociatív jelenségek vizsgálata

A borderline betegek a depressziós kontrollszemélyekhez viszonyítva szignifikánsan magasabb pontszámot értek el a disszociáció kérdőíven ($U = 1215,0$, $p < 0,001$), vagyis súlyosabb disszociatív jelenségekről számoltak be.

A disszociáció és a gyermekkori bántalmazás közötti kapcsolatot többszörös lineáris regresszió számítás segítségével vizsgáltuk a borderline és depressziós mintán. A disszociáció kialakulásának esélyét a kumulatív traumapontszám ($\beta = 0,342$, $SE = 0,05$, $t = 2,973$, $p = 0,004$) és a behatolással járó szexuális bántalmazás ($\beta = 0,326$, $SE = 0,22$, $t = 2,728$, $p = 0,007$) növelték szignifikáns mértékben.

Az impulzivitás vizsgálata

A borderline betegek szignifikánsan magasabb pontszámot értek el az impulzivitás kérdőíven, tehát jelentősen impulzívabbnak bizonyultak, mint a depressziós kontrollszemélyek ($U = 1085,5$, $p < 0,001$).

Az impulzivitás és a gyermekkori bántalmazás közötti kapcsolatot többszörös lineáris regresszió számítás segítségével vizsgáltuk a borderline és depressziós mintán. Az impulzivitást a szexuális abúzus ($\beta = 0,30$, $SE = 4,13$, $t = 3,04$, $p = 0,003$), illetve a szexuális abúzus paraméterei közül az ismerős férfi által elkövetett bántalmazás jósolták be ($\beta = 0,22$, $SE = 5,35$, $t = 1,941$, $p = 0,05$) szignifikáns mértékben.

Az öngyilkossági kísérletek vizsgálata

Az öngyilkossági kísérletek előfordulásának vizsgálatánál a mintán belül három csoportot hasonlítottunk össze: 1.) a borderline személyiségzavarban szenvedő betegek csoportját, akiknél nem azonosítható társuló major depresszió ($n = 33$); 2.) az ún. komorbid csoportot, vagyis azokat a borderline betegeket, akiknél azonosítható társuló major depresszió ($n = 47$), illetve 3.) a depressziós kontrollszemélyeket ($n = 73$).

A komorbid csoportban szignifikánsan több személy (88,7%) számolt be szuicid kísérletről, mint a major depresszió diagnózissal nem rendelkező borderline betegek (70,4%), illetve a depressziós kontrollszemélyek (42,5%) csoportjában ($\chi^2 = 28,95, p < 0,001$).

Az öngyilkossági kísérletek számában szintén jelentős különbségek mutatkoztak a csoportok között ($\chi^2 = 46,519, p < 0,001$). A borderline betegek életük során átlagosan $1,96 \pm 2,38$ ($Mdn = 2$) alkalommal, a komorbid major depresszió diagnózissal rendelkező borderline betegek átlagosan $5,11 \pm 5,91$ ($Mdn = 4$) alkalommal, a depressziós páciensek pedig átlagosan $1,12 \pm 1,98$ ($Mdn = 1$) alkalommal kíséreltek meg öngyilkosságot.

Az öngyilkossági kísérletek, valamint a gyermekkori traumatizáció, a disszociáció és az impulzivitás, illetve a komorbid major depresszió közti kapcsolatot lineáris regresszió számítás segítségével vizsgáltuk a borderline és depressziós mintán. Az öngyilkossági kísérleteket a kumulatív traumapontszám ($\beta = 0,24, SE = 3,41, t = 2,58, p = 0,011$), a disszociáció ($\beta = 0,26, SE = 1,13, t = 2,25, p = 0,026$) és az

impulzivitás ($\beta = 0,29$, $SE = 1,76$, $t = 2,07$, $p = 0,040$) jósolták be szignifikáns mértékben.

A gyermekkori traumatizáció, az impulzivitás, a disszociáció és az öngyilkossági kísérletek közötti kapcsolat mediációs elemzése rámutatott arra, hogy az impulzivitás ($\beta = 0,19$, $p = 0,05$, Sobel $Z = 1,86$) és a disszociáció ($\beta = 0,21$, $p = 0,044$, Sobel $Z = 1,97$) közvetítő mechanizmust jelent a súlyos gyermekkori traumatikus élmények és a felnőttkori szuicidalitás között.

A szándékos fizikai önsértés vizsgálata

A borderline csoportban a depressziós kontrollcsoporthoz viszonyítva szignifikánsan több beteg számolt be arról, hogy élete során elkövetett legalább egy önsértő cselekedetet ($\chi^2 = 86,69$, $p < 0,001$), a borderline páciensek 78,75%-a önsértő, a depressziós páciensek 4,11%-a bizonyult önsértőnek.

Szignifikáns különbségek mutatkoztak a csoportok között az önsértő cselekedetek száma ($U = 21,00$, $p = 0,023$) és életkori kezdete ($U = 0,00$, $p < 0,001$) tekintetében. A borderline betegek életük során átlagosan $30,46 \pm 34,1$ ($Mdn = 15$) alkalommal sebezték meg önmagukat, míg a depressziós kontrollszemélyek ennél jóval kevesebbszer, átlagosan $2,33 \pm 1,53$ ($Mdn = 2$) alkalommal. A borderline betegek 30 évvel korábban, átlagosan $16,62 \pm 6,17$ ($Mdn = 15$) éves korukban bocsátkoztak először önszebzésbe, míg a depressziós kontrollszemélyek átlagéletkora az első önszebzés idején 46 ± 4 év ($Mdn = 46$) volt.

Kétlépcsős klaszterelemzéssel a borderline önsértő csoporton belül az önsértések száma alapján két alcsoportot azonosítottunk: egy mérsékelt önsértő alcsoportot ($n = 44$), akik életük során átlagosan $11,2 \pm 9,1$ önsértő cselekedetet követtek el és egy szuper önsértő alcsoportot ($n = 19$), akik életük során extrém gyakran, átlagosan $75,0 \pm 28,4$ alkalommal sebeztek meg önmagukat. Az önsértő alcsoportok mellett az elemzésekbe a nem önsértő borderline betegek csoportját is bevontuk.

A szuper önsértő borderline betegek esetében a nem önsértő és a mérsékelt önsértő páciensekhez képest súlyosabb borderline pszichopatológia rajzolódott ki: szignifikánsan több borderline kritériumot teljesítettek ($\chi^2 = 35,46, p < 0,001$), több társuló I-es tengely zavar ($\chi^2 = 28,70, p < 0,001$) és személyiségzavar ($\chi^2 = 14,41, p < 0,001$) volt azonosítható náluk.

Az önsértés életkori kezdetét tekintve a szuper önsértők és a mérsékelt önsértők szignifikánsan különböztek egymástól ($U = 241,0, p = 0,008$), a szuper önsértő betegek átlagosan $13,9 \pm 3,8$ ($Mdn = 14$) évesen kezdték az önsértést, míg a mérsékelt önsértők átlagosan $17,8 \pm 6,6$ ($Mdn = 16$) évesek voltak az első cselekmény idején.

A statisztikai elemzés szerint szignifikánsan több szuper önsértő borderline beteg szenvedett el gyermekkorában szexuális bántalmazást ($\chi^2 = 22,29, p < 0,001$) és volt szemtanúja családon belüli erőszaknak ($\chi^2 = 18,85, p < 0,001$). A szexuális abúzus paramétereit tekintve szignifikánsan gyakoribb volt a szuper önsértők élettörténetében az apa vagy férfi gondozó által elkövetett abúzus (χ^2

= 41,34, $p < 0,001$), a behatolással járó abúzus ($\chi^2 = 37,08$, $p < 0,001$), a heti rendszerességgel történő ($\chi^2 = 6,96$, $p = 0,031$) és a hat éves kor előtti bántalmazás ($\chi^2 = 41,28$, $p < 0,001$).

A traumatikus események halmozódása, vagyis a kumulatív traumapontszám szempontjából is összehasonlítottuk a három csoportot. A szuper önsértő betegek a mérsékelten önsértőkhöz és a nem önsértőkhöz képest szignifikánsan több gyermekkorban átélt traumátípusról számoltak be ($\chi^2 = 19,89$, $p < 0,001$). A nem önsértő borderline betegek átlagosan $3,18 \pm 1,47$ ($Mdn = 3$), a mérsékelt önsértők átlagosan $4,70 \pm 1,53$ ($Mdn = 5$), a szuper önsértők átlagosan $5,53 \pm 0,69$ ($Mdn = 6$) traumátípust szenvedtek el.

A szuper önsértő borderline betegek szignifikánsan magasabb disszociáció ($\chi^2 = 29,62$, $p < 0,001$) és impulzivitás ($\chi^2 = 24,84$, $p < 0,001$) pontszámokat értek el, mint a mérsékelten önsértő és a nem önsértő páciensek.

Az önsértés, a gyermekkori traumatizáció, a disszociáció és az impulzivitás közti kapcsolatot lineáris regresszió számítás segítségével vizsgáltuk. Az önsértések kialakulásának esélyét a kumulatív traumapontszám ($\beta = 0,21$, $SE = 6,70$, $t = 2,31$, $p = 0,023$) és a disszociáció ($\beta = 0,21$, $SE = 5,79$, $t = 2,18$, $p = 0,031$) növelték szignifikáns mértékben. A modellben az impulzivitás predikciós erővel bírt, ugyanakkor a szignifikancia szint határán mozgott ($\beta = 0,14$, $SE = 2,56$, $t = 1,89$, $p = 0,062$).

A gyermekkori traumatizáció, az impulzivitás, a disszociáció és az önsértések közötti kapcsolat mediációs elemzése rámutatott arra, hogy az impulzivitás ($\beta = 0,13$, $p = 0,007$, Sobel $Z = 2,69$) és a disszociáció

($\beta = 0,20$, $p < 0,001$, Sobel $Z = 3,55$) közvetítő mechanizmust jelent a gyermekkori traumatikus élmények halmozódása és a felnőttkori szándékos fizikai önsértések között.

MEGBESZÉLÉS

A gyermekkori traumatizáció vizsgálata

Vizsgálatunk igazolja, hogy a gyermekkori abúzus és elhanyagolás hazánkban is gyakori a borderline személyiségzavarban szenvedő betegek élettörténetében.

Az általunk felmért kedvezőtlen gyermekkori élmények gyakorisága mindegyik életkori szakaszban a borderline csoportban volt a legmagasabb, vagyis a borderline páciensek fele már hat éves kora előtt is áldozata volt a különböző családon belüli bántalmazásformáknak, illetve szemtanúja volt a családban előforduló erőszakos cselekményeknek.

Kutatásunk a borderline személyiségzavarban szenvedő betegek súlyos, multiplex traumatizáltságát bizonyítja, az általunk felmért hat traumatikus élménytípus közül a vizsgálatba bevont borderline személyek 18 éves koruk előtt átlagosan ötöt szenvedtek el!

A borderline páciensek a depressziós kontrollszemélyekhez viszonyítva súlyosabb paraméterekkel jellemezhető szexuális bántalmazásról számoltak be, az esetek felében az apa vagy az apafigura követte el a visszaéléseket, illetve a betegek 40%-át többen is áldozattá tették. A szexuális abúzust átélt borderline betegek fele-

háromnegyede a szexuális bántalmazás legsúlyosabb formáit is elszenvedte (orális és/vagy vaginális behatolás, nemi erőszak kísérlete).

Vizsgálatunkban a szexuális bántalmazás, a fizikai bántalmazás és a szülői elhanyagolás a borderline diagnózis legerősebb prediktorainak bizonyultak. Eredményeink egybecsengenek a nemzetközi kutatási adatokkal, miszerint a gyermekkorban elszenvedett szexuális bántalmazás és elhanyagolás Észak-Amerikától a Távol-Keletig lényeges szerepet játszik a borderline személyiségzavar kialakulásában. Ezek a traumatikus élmények a borderline etiológia kultúrafüggetlen aspektusát képviselik. Bizonyos kultúrafüggő specifikumok is kirajzolódnak a finomabb összehasonlítások figyelembe vételével, mégpedig – a kínai betegpopuláción végzett vizsgálathoz hasonlóan – a magyar borderline populációban is fontos etiológiai faktornak bizonyult a gyermekkorban átélt családon belüli fizikai bántalmazás. Feltehetően a testi fenytést mint gyermeknevelési eszközt elfogadó, autoritáriánus hagyományokkal rendelkező és jelenleg átalakulásban lévő társadalmakban a fizikai abúzus előfordulása gyakoribb.

A disszociatív jelenségek vizsgálata

Vizsgálatunkban a borderline betegek súlyos, a patológiás disszociáció jelenségkörébe sorolható disszociatív élményekről számoltak be. Eredményeink megegyeznek a külföldi vizsgálatokból származó adatokkal, amelyek a borderline személyiségzavarban szenvedő betegek körében a pszichiátriai zavarokban szenvedő és

egészséges kontrollcsoportokhoz képest súlyosabb és gyakoribb disszociatív tüneteket találtak. A borderline páciensek disszociatív élményei közé tartoznak az identitásérzetben bekövetkezett változások, a deperszonalizációs/derealizációs élmények, a kontrollvesztett állapotok (automatikus cselekvések, a figyelem elkalandozása, fálásrohamok) és az emlékezetkiesések. Mintánkban a borderline betegeknél megjelenő disszociatív élmények súlyossága és gyakorisága a diagnosztizálható (de fel nem ismert) disszociatív zavar lehetőségét veti fel.

A disszociáció legfőbb bejósító tényezőinek a kumulatív trauma pontszám és a behatolással járó szexuális bántalmazás bizonyultak, vagyis vizsgálatunkban is igazolódott, hogy a gyermekkori traumatikus események halmozódása, valamint a súlyosabb szexuális abúzus súlyosabb disszociatív tünetképzést eredményez.

Az impulzivitás vizsgálata

Vizsgálatunkban a borderline betegek jelentősen impulzívabbnak minősültek, mint a depressziós kontrollszemélyek. Eredményeink illeszkednek azoknak a tanulmányoknak a sorába, amelyek a borderline betegek között konzisztensen magasabb impulzivitás pontszámokat találtak, mint a nem borderline személyek csoportjában. A korábbi kutatásokhoz hasonlóan az általunk vizsgált borderline mintán is igazolódott az impulzivitás és a gyermekkori traumatizáció közötti kapcsolat. Az impulzivitást a gyermekkorban elszenvedett, súlyos paraméterekkel jellemezhető szexuális bántalmazás jósolta be. A szexuálisan bántalmazott betegek a késztetéseiket könnyebben

fordítják tettebe, a pillanatnyi megkönnyebbülést keresik, és nehezebben tartanak ki hosszú távú célok mellett.

Az öngyilkossági kísérletek vizsgálata

Vizsgálatunkban a szakirodalmi adatokkal megegyezően a borderline személyiségzavar és a major depresszív zavar társulása esetén a szuicid viselkedések legnagyobb gyakoriságát találtuk. A szuicid kísérleten átesett, komorbid major depresszió diagnózissal rendelkező borderline személyek a vizsgálat időpontjáig átlagosan 5,11 alkalommal próbáltak véget vetni életüknek, lényegesen többször, mint az (idősebb) depressziós személyek. A szintén hospitalizált borderline csoportot vizsgáló korábbi kutatásokhoz képest eredményeink borúsabb képet mutatnak, mintánkban mind az öngyilkosságot megkísérlők száma, mind a kísérletek száma magasabb volt, ráadásul az átlagosan 30 éves borderline betegek esetében nem zárhatóak ki további szuicid kísérletek.

Vizsgálatunkban a korábbi kutatásokkal ellentétben nem a negatív hangulati állapotok, hanem a gyermekkori traumatikus események halmozódása, az impulzivitás és a disszociáció jelentették a legnagyobb kockázatot az öngyilkossági kísérletek szempontjából. A gyermekkori traumatizáció, az impulzivitás, a disszociáció és az öngyilkossági kísérletek közötti kapcsolat finomabb elemzése rámutatott arra, hogy az impulzivitás és a disszociáció közvetítő mechanizmust jelent a súlyos gyermekkori traumatikus élmények és a felnőttkori szuicidalitás között.

A szuicid kísérletek szempontjából a szakirodalom a pszichiátriai betegségek közül a major depressziót tartja elsődleges rizikófaktornak, mely az öngyilkossági kockázat mérlegelésénél és megelőzésénél a depresszió, a reménytelenség és a csökkent problémamegoldó képességek felismerését hangsúlyozza. Eredményeink azonban arra figyelmeztetnek, hogy az öngyilkosság magyarázatának elsősorban a depressziós betegek megfigyelésére alapozott hagyományos modellje kevésbé alkalmas a borderline szuicidalitás konceptualizálására. Úgy tűnik, hogy a borderline betegek esetében a súlyos gyermekkori traumatizáció, az impulzivitás és a disszociáció jelenségei képezik az öngyilkossághoz vezető utat. Míg a depressziós személy többnyire egy viszonylag hosszantartó folyamat és mérlegelés eredményeképpen jut el az öngyilkossági cselekmény véghezviteléig, addig a borderline betegeknek az impulzív döntéshozatal és végrehajtás jellemző, az elviselhetetlennek megélt belső állapottól való azonnali megszabadulás vezérli.

A szándékos fizikai önsértések vizsgálata

Mintánkban a borderline páciensek több mint háromnegyede számolt be szándékos fizikai önsértő viselkedésről, vagyis hússzor annyian, mint a depressziós kontrollszemélyek. A borderline betegek a depressziós személyekhez viszonyítva jelentősen korábban, serdülőkorban kezdték az önsebzést, valamint életük során gyakrabban követtek el szándékos fizikai önsértést.

Vizsgálatunkban azonosítottunk egy szuper önsértő borderline alcsoportot, akik életük során extrém gyakorisággal bocsátkoztak

szándékos fizikai önsértő cselekedetekbe. A szuper önsértő páciensek a 80 fős borderline vizsgálati minta 23%-át jelentették, és átlagosan 75 önsértésről számoltak be.

A szuper önsértő, a mérsékleten önsértő és a nem önsértő borderline csoportok összehasonlítása minden vizsgált tényező tekintetében a szuper önsértő betegek súlyosabb állapotát igazolja. A pszichopatológia súlyosságára utal, hogy a szuper önsértők a maximális 9 borderline kritériumból 8-at teljesítenek, illetve átlagosan 6 társuló I-es tengely zavar és 3 személyiségzavar diagnózissal rendelkeznek. A szuper önsértők igen fiatalon, általános iskolás korukban (14 évesen) követték el az első önsértő cselekedetüket, míg a mérsékleten önsértők a serdülőkor végén, átlagosan 18 évesen bocsátkoztak először önsébzésbe.

A szuper önsértők súlyos traumatizáltságát bizonyítja, hogy a betegek a legsúlyosabb paraméterekkel jellemezhető gyermekkori traumatikus élményekről számoltak be, nevezetesen a korai (6 éves kor előtti), apa által elkövetett, behatolással járó, akár heti rendszerességgel történő szexuális abúzusról, valamint a különböző abúzusformák, az elhanyagolás és a gondozóktól való hosszas szeparáció együttes előfordulásáról.

A szuper önsértő személyek körében súlyosabb disszociatív élményeket és súlyosabb impulzivitást találtunk, ami egybecseng a szakirodalmi adatokkal.

Az önsértések nagyobb gyakoriságának esélyét szintén a gyermekkori traumatikus élmények halmozódása, a disszociáció, illetve az impulzivitás növelték jelentősen. A mediációs elemzés rávilágított

arra, hogy a disszociáció, illetve az impulzivitás közvetítő szerepet tölt be a gyermekkori traumatizáció és az önsértő viselkedések között. A kapott eredmények tükrében az önsértés értelmezhető a disszociatív állapotra adott közvetlen válaszként. A deperszonalizációs vagy disszociált énállapotokban az önsértés segíthet a normális szelférzet helyreállításában, a realitásba való visszatérésben. A lelki fájdalom megélése ellen életbe léptetett disszociatív mechanizmusok következtében megjelenő belső üresség és élettelenség érzésétől az önsébzéssel próbál szabadulni a beteg, a fizikai fájdalom bizonyítja az érzékelni képes, élő szelf létezését. A súlyosan impulzív személyek, a megfelelő affektusszabályozási képesség hiányában, a hosszú távú következményekkel nem számolva, a negatív érzelmeiket a gyors megnyugvást jelentő önsértések segítségével modulálják.

A szuper önsértő borderline alcsoport részletes vizsgálata rávilágít arra, hogy a borderline páciensek körében megjelenő extrém gyakori szándékos fizikai önsértések a gyermekkori traumatizáció súlyosságának, kezdetének, komplexitásának, valamint a borderline pszichopatológia súlyosságának indikátoraiként értelmezhetőek. Az önsértések gyakorisága viszonylag könnyen kikérdezhető adat, és a magas előfordulás arra figyelmeztetheti a szakembereket, hogy a beteg nagy eséllyel traumatizált és disszociatív munkamódokat alkalmaz. Eredményeinkből arra következtethetünk, hogy azoknak a személyeknek, akik fiatalon, serdülőkorban kezdik az önsértést, egy része borderline beteggé válik, ezért a kórkép teljes kibontakozásának megelőzésében a korai felismerés és kezelés elengedhetetlen.

FŐBB MEGÁLLAPÍTÁSOK ÉS EREDMÉNYEK

A traumakutatás a volt szocialista államokban, köztük Magyarországon is gyerekcipőben jár, ezért fontosnak tartottuk egy hiánypótló, komplex vizsgálat megvalósítását, ami azonosítja a magyar borderline páciensek élettörténetében előforduló traumatikus eseményeket, valamint feltárja a kapcsolatot a gyermekkori traumatizáció és borderline betegek körében megjelenő disszociáció, impulzivitás, öngyilkossági kísérletek és szándékos fizikai önsértések között. Vizsgálati mintánkat összesen 204 fő alkotta, 80 borderline páciens, 73 depressziós kontrollszemély és 51 egészséges kontrollszemély.

Kutatásunkban a csoportok közötti összehasonlítások megmutatták, hogy a borderline betegek halmozódó és súlyosabb paraméterekkel jellemezhető traumatikus eseményeket szenvedtek el gyermekkorukban, mint a depressziós és egészséges kontrollszemélyek.

A borderline páciensek minden vizsgált tünet tekintetében súlyosabb képet mutatnak a depressziós betegekhez képest: gyakoribb és súlyosabb disszociatív tüneteket élnek át, impulzívabbak, extrém gyakran bocsátkoznak szándékos fizikai önsértésekbe és többször követnek el öngyilkossági kísérletet. Az általunk vizsgált borderline fekvőbetegek döntő többsége bizonyára kimeríti a komplex PTSD kritériumait.

A borderline csoporton belüli összehasonlítások megmutatták, hogy az extrém gyakorisággal történő önsértések egyszerűen kikérdezhető

indikátorai a súlyos gyermekkori traumatizációnak, a disszociációnak, az impulzivitásnak, valamint a súlyosabb borderline pszichopatológiának.

A súlyosabb paraméterekkel jellemezhető gyermekkori traumatizáció rizikótényezőnek minősül a patológiás disszociáció és az impulzivitás kialakulása szempontjából.

A gyermekkori traumatizáció, valamint az önsértések és öngyilkossági kísérletek kapcsolatában az impulzivitás és a disszociáció közvetítő szerepet tölt be, vagyis a borderline betegek esetében számolni kell a szuicid kísérletek kialakulásának - a reménytelenségtől és a depressziótól - eltérő útjával.

Vizsgálatunk remélhetőleg felhívja a szakemberek figyelmét a gyermekkori traumatizáció borderline személyiségzavar kialakulásában betöltött kóroktani szerepére, és a klinikusokat arra sarkallja, hogy borderline betegeiknél célirányosan keressék a traumára utaló tüneteket, adatokat. A szakemberek ezen ismeretek birtokában könnyebben nézhetnek szembe a borderline betegek kezelésével kapcsolatos kihívásokkal, illetve a terápiás módszereket a populáció sajátosságaihoz igazíthatják, ezzel is növelve a terápia hatékonyságát.



Nyilvántartási szám: DEENK/408/2017.PL
Tárgy: PhD Publikációs Lista

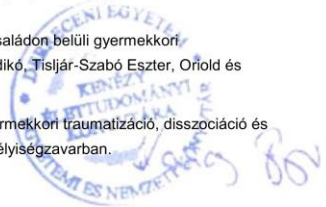
Jelölt: Merza Katalin
Neptun kód: EW668S
Doktori Iskola: Egészségtudományok Doktori Iskola
MTMT azonosító: 10036590

A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

1. Merza, K., Papp, G., Molnár, J., Kuritárné Szabó, I.: Characteristics and development of nonsuicidal super self-injury among borderline inpatients.
Psychiatr. Danub. 29 (4), 480-489, 2017.
DOI: <http://dx.doi.org/10.24869/psyd.2017.480>
IF: 1.232 (2016)
2. Merza, K., Papp, G., Kuritárné Szabó, I.: The role of childhood traumatization in the development of borderline personality disorder in Hungary.
Eur. J. Psychiat. 29 (2), 105-118, 2015.
DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632015000200002>
IF: 0.711

További közlemények

3. Kuritárné Szabó, I., Merza, K.: A szexuális bántalmazás és a borderline tünetprofil összefüggései.
In: Szexuális erőszak : Mítosz és valóság. Kutatások a szexuális erőszakról / Parti Katalin, Országos Kriminológiai Intézet, Budapest, 89-128, 2017.
4. Merza, K., Papp, G., Kuritárné Szabó, I.: Borderline személyiségzavar és gyermekkori traumatizáció.
In: Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna. A családon belüli gyermekkori traumatizáció : elmélet és terápia / Kuritárné Szabó Ildikó, Tiszlár-Szabó Eszter, Orföld és Társai Kft., Budapest, 167-184, 2017.
5. Merza, K., Harmatta, J., Papp, G., Kuritárné Szabó, I.: Gyermekkori traumatizáció, disszociáció és szándékos fizikai önsértő viselkedés borderline személyiségzavarban.
Orv. Hetil. 158 (19), 740-747, 2017.
IF: 0.349 (2016)





6. Merza, K., Kuritárné Szabó, I.: Childhood traumatization and self-mutilative behaviour in borderline personality disorder (pilot study).
Bul. Asoci. Balint Supl. 15 (59), 21-25, 2013.
7. Merza, K., Kuritárné Szabó, I.: A disszociáció hagyományos és új megközelítése.
Psychiat. Hung. 27 (1), 18-28, 2012.

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora: 2,292

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora (az értekezés alapján szolgáló közleményekre):
1,943

A DEENK a Jelölt által az iDEa Tudóstérbe feltöltött adatok bibliográfiai és tudományometriai ellenőrzését a tudományos adatbázisok és a Journal Citation Reports Impact Factor lista alapján elvégezte.

Debrecen, 2017.12.07.



Az értekezéshez kapcsolódó nemzetközi konferencia előadások

Merza K., Papp G., Harmatta J., Kuritárné Szabó I.: Childhood traumatization and trait impulsiveness among borderline patients with and without substance use disorder. Poster presentation, International Conference on Dual Disorders, 23-26 October, 2013. Barcelona, Spain.

Merza K.: Childhood Traumatization in the Etiology of Borderline Personality Disorder among Hungarian Patients. Oral presentation, Congress of the International Society for the Study of Personality Disorders, 15-19 September, 2013. Copenhagen, Denmark.

Merza K., Harmatta J., Kuritárné Szabó I.: Self-mutilation as a behavioural addiction in borderline personality disorder. Oral presentation, 1st International Conference on Behavioral Addictions, 11-12 March Budapest, 2013. Budapest.

Merza K.: Childhood traumatization and self-mutilative behaviour in borderline personality disorder. Oral presentation, V. Nemzetközi Román-Magyar Pszichiátriai Konferencia, 21-24 June, 2012. Csíkszereda, Romania.

Az értekezéshez kapcsolódó hazai konferencia előadások

Merza K., Kuritárné Szabó I.: Borderline személyiségzavar és gyermekkori traumatizáció. Előadás, Az IPE XIX. Konferenciája "Transzgenerációs traumák és skriptek feldolgozása integratív szemléletben", 2015. április 18. Budapest.

Merza K., Papp G., Kuritárné Szabó I. A gyermekkori traumatizáció és a pszichoszociális funkciószint összefüggése borderline páciensek esetében. Előadás, Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének VII. Konferenciája, 2013. szeptember 4-6. Kaposvár.

Merza K., Kuritárné Szabó I.: A gyermekkori traumatizáció etiológiai szerepe a borderline személyiségzavar kialakulásában. Előadás, A Magyar Pszichológiai Társaság XXII. Országos Tudományos Nagygyűlése, 2013. június 5-7. Budapest.

Tüski T., **Merza K.**, Kuritárné Sz. I. Traumatizált és nem traumatizált borderline betegek körében megjelenő disszociatív jelenségek. Előadás, A Magyar Pszichológiai Társaság XXII. Országos Tudományos Nagygyűlése, 2013. június 5-7. Budapest.

Merza K., Papp G., Kuritárné Szabó I. Gyermekkori traumatikus események előfordulása borderline betegek élettörténetében. Előadás, XIII. Magatartástudományi Napok, 2013. június 20-21. Debrecen.

Merza K., Harmatta J., Papp G., Kuritárné Szabó I. Gyermekkori traumatizáció, disszociáció és önsértő viselkedés borderline személyiségzavarban. Előadás, Magyar Pszichiátriai Társaság XVIII. Vándorgyűlése, 2013. január 23-26. Győr.

Merza K., Kuritárné Szabó I.: Borderline personality disorder and childhood traumatization. Poszter, Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének VI. Konferenciája, 2012. augusztus 29-szeptember 1. Budapest.

Merza K.: A disszociáció adaptív és maladaptív vonatkozásai. Előadás, Magyar Pszichiátriai Társaság VXXII. Vándorgyűlése, 2012. január 25-28. Debrecen.

Merza K.: A traumára való emlékezés jellegzetességei. Előadás, Magyar Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület IV. Országjáró Konferencia, 2011. október 1. Pécs.

Merza K.: Borderline personality disorder and childhood trauma, pilot study. Poszter, Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének V. Konferenciája, 2011. augusztus 31-szeptember 2. Szeged.

Merza K., Kuritárné Szabó I.: Disszociáció, gyermekkori traumatizáció és borderline személyiségzavar. Előadás, XI. Magatartástudományi Napok, 2011. június 28-29. Gödöllő.