

**A szorongás, mint adaptív viselkedés.
A szorongásérzékenység mérésének
tapasztalatai különböző csoportoknál.**

Doktori (PhD) értekezés

Kerekes Zsuzsanna

**Konzulens:
Dr. Révész György
egyetemi docens**

**Pécsi Tudományegyetem
Pszichológia Doktori Iskola
2012**

„ ...sietni kezdtünk... csaknem kiabálva, sietve az erdei úton... füstös, csapzott árnyak között... Zúgott a szél. Ez volt az a pillanat, mikor a fák megnőttek, igen, az égig nőttek. A végzet volt mindebben, a hideg alkonyatban, ...ahogy néha kinyújtotta a kezét, mintha keresné az utat, mintha segítséget kérne ... a sűrű erdő mélyén, elveszette és segítséget kérve, s nem is hall mást, csak a szél zúgását, a fekete fák nyögését, szavai sikolyszerű kicsengését és szíve vad dobolását. Így mentünk vissza az úton, ki az erdőből.”

Márai Sándor: Ég és föld

Köszönöm

Szeretnék köszönetet mondani Mindenkinek, aki segítségemre volt a dolgozat elkészítésében, a vizsgálatban résztvevő Személyeknek, a Konzulensemnek, a Családomnak és a Barátaimnak.

Külön szeretnék köszönetet mondani *Tiszberger Mónikának* és a PTE ÁOK Magatartástudományi Intézet minden dolgozójának, akik türelmes szeretettel segítettek számtalan módon és formában nem csak ennek a disszertációnak a megírását, hanem eddigi minden tudományos és oktatói munkámat. Kiemelten köszönetet szeretnék mondani – nem fontossági, csak ábécésorrendben, egyforma szeretettel – *Bagodics Józsefné, Ildikónak; Nagyné Ébner Teréziának, Terinek és Polecsák Andrásné, Marcsinak.*

Köszönettel tartozom még *Katának és Gábornak*, akik a dolgozatírás ideje alatt „életben tartottak”.

A Férjem támogatása és motiválása nélkül azonban, sem ez, sem más nem valósulhatna meg: Tibor, Neked vagyok a leghálásabb! Köszönöm.

TARTALOM

I. BEVEZETŐ	8
II. PROBLÉMAFELVETÉS	9
III. ELMÉLETI HÁTTÉR	11
1. Az érzelmek meghatározása	11
1.1 <i>Az érzelmek általános biológiai mechanizmusai</i>	13
1.2 <i>Érzelemszabályozás</i>	14
1.3 <i>Gray-féle érzelemelmélet</i>	16
2. A félelmek és a szorongások elmélete, befolyásoló tényezők	18
2.1 <i>A félelem</i>	18
2.1.1 <i>A normál félelem</i>	19
2.1.2 <i>A patológiás félelem</i>	20
2.1.3 <i>A szeparációs félelem</i>	21
2.2 <i>A szorongás</i>	24
2.2.1 <i>A szorongás pszichobiológiája</i>	28
2.2.1.1 <i>A vestibuláris rendszer szerepe</i>	30
2.2.1.2 <i>A félelmet keltő helyzet értékelése</i>	31
2.2.2 <i>A neurotikus szorongások</i>	33
2.3 <i>A szülői viselkedés és annak hatása a gyermek fejlődésére</i>	36
2.3.1 <i>A szorongás és a szülői viselkedés kapcsolata</i>	44
2.4 <i>Szorongásfejlődés</i>	47
2.5 <i>A serdülőkor és az életkori krízisek szerepe</i>	49
2.6 <i>Szorongásérzékenység (anxiety sensitivity, AS)</i>	51
2.6.1 <i>Negatív affektivitás (NA) és szorongásérzékenység (AS)</i>	56
3. A szorongásos zavarok	57
3.1 <i>A szorongásos zavarok és a pánikbetegség „történelme”</i>	57
3.2 <i>A szorongásérzékenység a szorongásos zavarok</i>	59
3.3 <i>A szorongásos zavarról általában</i>	60
3.4 <i>Az evolúciós és etológiai szemlélet elképzelései a szorongásról és a pánikzavarról</i>	63
3.5 <i>A szorongásos zavarok leírása</i>	67
3.5.1 <i>A pánikzavar agorafóbia nélkül</i>	68
3.5.1.1 <i>Diagnosztikai kritériumok</i>	71
3.5.2 <i>Pánikzavar agorafóbiával</i>	72
3.5.2.1 <i>Az agorafóbiás félelmek</i>	74
3.5.3 <i>Generalizált szorongás zavar (Generalized anxiety disorder, GAD)</i>	76
3.6 <i>Epidemiológia</i>	79
3.7 <i>Komorbiditás</i>	80
3.8 <i>Terápiás lehetőségek</i>	81
3.9 <i>A szorongásos zavarok és a személy elhárító mechanizmusai</i>	83

3.10	<i>A neurózis újraértelmezése</i>	85
4.	Korábbi eredmények	86
IV.	ELSŐ VIZSGÁLAT LEÍRÁSA	90
1.	Hipotézis	90
2.	Vizsgálati személyek	91
3.	Módszer	91
4.	Eszközök	91
5.	Eljárás	93
6.	Eredmények	94
6.1	<i>A szülői magatartások faktoranalitikus eredménye</i>	94
6.2	<i>A Félelem felmérő kérdőív faktoranalitikus elemzése</i>	99
6.3	<i>A félelem felmérő kérdőív és a szülői magatartásokra való visszaemlékezés kérdőív korrelációs elemzésének eredményei</i>	103
6.3.1	<i>A vizsgált populáció eredményein alapuló félelem felmérő kérdőív faktorainak és a szülői magatartásokra való visszaemlékezés kérdőív korrelációs elemzésének eredményei</i>	103
6.4	<i>A szülői magatartások és a félelem felmérő kérdőív dimenzióinak nemre vonatkozó logisztikus regresszió analízise</i>	107
6.5	<i>Reliabilitásvizsgálat</i>	110
6.5.1	<i>Az EMBU reliabilitásvizsgálata</i>	110
6.5.2	<i>A Félelem felmérő kérdőív reliabilitásvizsgálata</i>	111
V.	MEGVITATÁS	112
1.	Összefüggés a szülői magatartásra való visszaemlékezés és a félelem felmérő kérdőív faktorai között	112
1.1	<i>Az apai magatartásra való visszaemlékezés hatásai</i>	114
1.2	<i>Az anyai magatartásra való visszaemlékezés hatásai</i>	116
1.3	<i>Összegés</i>	119
VI.	A MÁSODIK VIZSGÁLAT LEÍRÁSA	122
1.	A vizsgálat második szakaszához kapcsolódó néhány korábbi eredmény. 123	
2.	Vizsgálati személyek	124
3.	Módszer	125
4.	Eszközök	125
5.	Első vizsgálati szakasz – az ASP kérdőív faktoranalitikus vizsgálata	131
5.1	<i>Vizsgálati személyek</i>	131
5.2	<i>Módszer</i>	132
5.3	<i>Eszközök</i>	132
5.4	<i>Eredmények: Az Anxiety Sensitivity Profile (Szorongásra való érzékenység) kérdőív válaszainak feldolgozása</i>	132
5.4.1	<i>A teszt reliabilitás vizsgálata</i>	137
5.5	<i>Megvitatás</i>	137
6.	Második vizsgálati szakasz az ASI kérdőívvel végzett vizsgálat eredményei	138

6.1	<i>Vizsgálati személyek</i>	138
6.2	<i>Módszer</i>	138
6.3	<i>Eszközök</i>	138
6.4	<i>Eredmények</i>	138
6.5	<i>Megvitatás</i>	140
7.	Harmadik vizsgálati szakasz - Az ASP kérdőív összefüggései más kérdőívekkel	140
7.1	<i>Hipotézis</i>	140
7.2	<i>Vizsgálati személyek</i>	141
7.3	<i>Módszer</i>	141
7.4	<i>Eszközök</i>	141
7.5	<i>Eredmények</i>	142
8.	Negyedik vizsgálati szakasz – a szorongásos betegségeket valószínűsítő tényezők vizsgálata	154
9.	Ötödik vizsgálati rész – strukturális MR vizsgálat	162
9.1	<i>A képalkotás folyamata</i>	162
9.2	<i>MR képek feldolgozása</i>	163
9.3	<i>Statisztikai feldolgozás</i>	164
9.4	<i>Eredmények</i>	164
9.5	<i>Megvitatás</i>	164
VII.	MEGVITATÁS	166
1.	A második vizsgálati szakasz négy részvizsgálatának megvitatása	166
VIII.	ÖSSZEGZÉS	171
IX.	KIFEJEZÉSEK MAGYARÁZATA	175
X.	TÁRGYMUTATÓ	185
XI.	IRODALOMJEGYZÉK	186
XII.	MELLÉKLET	210
	1. sz. melléklet: Félelem vizsgáló kérdőív	
	2. sz. melléklet: Szülőkkel kapcsolatos gyermekkori emlékek (EMBU-r)	
	3. sz. melléklet: Anxiety Sensitivity Profile (Szorongásra való érzékenység) kérdőíve	
	4. sz. melléklet: Anxiety Sensitivity Index (ASI)	
	5. sz. melléklet: SPSR Kérdőív	
	6. sz. melléklet: TCI-R Kérdőív	
	7. sz. melléklet: Albany belső feszültség és félelem kérdőív	
	8. sz. melléklet: STAI-S	
	9. sz. melléklet: ASP faktorszerekezet	
	10. sz. melléklet: ASP leíró jellemzése	

- 11. sz. melléklet:** MR és kérdőívek korrelációja
- 12. sz. melléklet:** TCI Ártalomkerülés faktorra vonatkozó MR vizsgálat eredményének szemléltetése.
- 13. sz. melléklet:** Az FSS agorafóbiás félelmekre vonatkozó faktor vizsgálatának MR eredményének szemléltetése.
- 14. sz. melléklet:** A kardiológiai tünetek és a szorongás összefüggéseinek ábrázolása
- 15. sz. melléklet:** I. Táblázat: A különböző pszichológiai iskolák és irányzatok főbb elképzelései, a szorongásról, és a pánikról

I. BEVEZETŐ

A disszertáció címe a szorongás adaptív aspektusára fókuszál, bár ennek tényét a szorongásos zavarban szenvedő személy éppoly kevésbé látja be, mint az aktuálisan szorongást megelőző egészséges egyén. A jelenség megjelenését, kialakulását, betegséggé válását és kezelését mégis ebből az adaptív nézőpontból, az egészséges jelzőfunkció irányából tudjuk megragadni, és definiálni azokat a lényeges hatásokat, amelyek az adaptív cél megvalósulását akadályozhatják.

A szorongás meghatározása sem egyszerű, hiszen rendkívül sokféleképpen jelenhet meg, a személy közvetlen környezete számára is sokáig észrevétlen maradhat, melynek gyökerei abban a tényben keresendők, hogy a félelem és a szorongás önmagában normál jelenség is lehet.

Mivel a szorongásnak és így a szorongásos zavaroknak a tüneteit, és ezek értelmezését biopszichoszociális elméleti keretben szemlélve, vegetatív/szomatikus/pszichofiziológiai, viselkedéses és pszichés tünetekre lehet bontani, ez is nehezítheti a felismerést. Vannak olyan esetek, ahol a tünetek mindegyik vetülete jól felismerhető, de megjelenhetnek disszociáltan is, például a vegetatív tünetek a lelki tünetek nélkül, vagy éppen fordítva.

A szorongásos tünetek, számos más kórképben is megjelenhetnek, nehezítve ez által a differenciáldiagnózist, illetve a komorbid tünetek vagy egyéb szövődmények elfedhetik magát a szorongásos zavart. Gyakori, hogy a szorongó személy a napi rutinja során olyan elkerülő viselkedést alakít ki, melyben a tünetek sokáig rejtve maradhatnak.

Mindezen információk is jelzik, hogy a szorongás összetett jelenségének megértése, minél részletesebb feltérképezése nem csak a tudományos érdeklődés miatt lényeges, hanem az érintettek életminőségének javítása, illetve a megelőzés több lépcsőben megvalósítható lehetősége miatt is. Ezért választottam doktori értekezésem témájának a szorongásos zavarokat befolyásoló tényezők alaposabb vizsgálatát, melyben a megértés vezérfonala a sokszor háttérbe szoruló eredeti, azaz az adaptív funkciója.

II. PROBLÉMAFELVETÉS

A szorongás és félelmek kialakulására több elképzelés született (Beck, 1999; Freud, 1986, 1999; Klein, 1987; Kopp, 1992; Nemes, 1987; Nesse, 1987; Rosen, 1998; Szilvás, 2002), és a különböző pszichológiai iskolák eltérő aspektusait hangsúlyozzák a folyamatnak. Az elméletek gyakran összeegyeztethetetlennek tűnnek, pedig nem mondanak ellent egymásnak, csak más szemléleti keretben vizsgálják ugyanazt a jelenséget. Ezért két elgondolás, mint lehetőség, fogalmazódott meg bennem, az egyik **Kulesár Zsuzsa** (1995) felvetése alapján, hogy a különféle pszichológiai irányzatok a látszattal ellentétben, összeegyeztethetőek egymással, és együtt alkothatnak kerek egészet. A másik az lehet, hogy a szorongás, mint szindróma elfedi a megjelenő szimptomák eltérő eredetét, és ebben az esetben az adott tüneti dimenziók háttérében más–más magyarázatok állhatnak.

Konszenzus látszik azonban abban a kérdésben, mely szerint a szorongásérzékenység, a gyermekkori szeparációs félelmek és a szülői magatartás befolyásolja a szorongás és a pánik zavarok kialakulását (Kállai, 1991b; Klein, 1984; Klein, 1987; Kopp, 1991, 1992; Nesse, 1987; Margraf, 1988; Rihmer, 1999; Szilvás, 2002).

A legtöbb eddigi elmélet klinikai tapasztalatokon, interjúkkal, introspektív beszámolókkal kapott eredményeken alapszik, és a szorongásérzékenység és szorongás kialakulásával kapcsolatos vizsgálatok nagy része is a patológiára vonatkozik, retrospektív vagy prospektív módon (Barcy, 1994; Haraszi, 1995; Kállai, 1991; Kopp, 1992; Rihmer, 1995, 1996, 1999).

Az is nyilvánvaló, hogy nem lenne etikus, és nem kapnánk megbízható eredményeket, ha a jelenséget laboratóriumban szeretnénk kiváltani (Nesse, 1987), illetve a biokémiai úton kiváltott félelmek és szorongásélmények számos metodológiai és validitási nehézségeket is felvetettek (Margraf, 1988).

Dolgozatomban elsősorban normál fiatal felnőtteket vizsgállok, azzal a célkitűzéssel, hogy a szorongás kialakulásában szerepet játszó tényezők, érzékenyítő faktorok, szorongásérzékenység hatásairól tudjunk meg többet. Úgy tűnik, olyan normál, mindenki által megtapasztalt érzelmi élményről van szó, amely az adott személy életében valamely ponton elveszítve adaptivitását, mintegy önálló életre kelve, könnyen megbetegítő tényezővé válhat. A prevalencia adatok szerint

az egyik leggyakoribb pszichés betegség okává válik egy olyan folyamat, ahol az egyébként hasznos és védelmet biztosító félelemérzet túlzóvá majd problémává válik. Ha az adaptív funkciót tekintjük kiindulópontnak, véleményünk szerint, értelmet nyernek a patológia irányába elfutó eltérések, amelyek megértése további vizsgálatok, prevenciók és intervenciók alapját is képezhetik.

Az első, időben is először végzett vizsgálat, a félelmek alakulását (Arrindell, 1987) vizsgálja a szülői magatartásra való visszaemlékezés (Arrindell, 1992) tükrében egészséges, egyetemi hallgatók körében. Az irodalmi adatokkal és elméletekkel összevetett eredmények inspirálták a további lépéseket, amelyben szintén egészséges populációt vizsgálva a szorongásérzékenység, és a szorongást befolyásoló egyéb tényezőkkel foglalkozunk, mint a személyiség temperamentum faktorai, a féltékenység, vagy a jutalom- illetve büntetésérzékenység.

A normál személyek vizsgálata határt is szab az értelmezésének, de egyben ez nyújtja azt a potenciálisan fontos lehetőséget is, hogy vizsgálhatóvá váljanak olyan jelentős változók közti kapcsolatok, amelyekre eddig nem derült fény, vagy nincs ezzel kapcsolatos empirikus kutatás.

A sine morbo csoport vizsgálata mellett, különféle szorongásos zavarral diagnosztizált személyek vizsgálatának elemzésére is sor kerül, azzal a fontos megkötéssel, hogy a betegek nem rendelkeznek egységes diagnózissal a szorongásos zavarokon belül, amelyet az interpretációban szintén figyelembe vettünk.

A dolgozat felépítésében igyekszik egységes logikát követni, először a vonatkozó elméleti háttérrel tekintjük át a releváns érzelemelméletekbe ágyazva a biológiai, biopszichoszociális és kapcsolati dimenziókat egyaránt érintve, melynek segítségével érthetővé válnak a félelemmel, a szorongással, a szorongásos zavarokkal kapcsolatos eddigi elméletek és eredmények. Ezt követően a szorosan kapcsolódó kutatások és eredmények bemutatásával vezetjük be az elvégzett vizsgálatokat. Végül az eredmények értelmezésével válaszolunk a hipotézisben felvetett kérdésekre. A részvizsgálatok eredményeit törekedtünk az adaptív funkció, mint vezérfonal mentén egységes keretbe foglalni. A dolgozat végén található tárgymutatóval, illetve a fontosabb kifejezések részletesebb definiálásával szeretném a gondolatmenetet gördülékenyebbé tenni, mivel rengeteg az átfedés a felvázolt részek között.

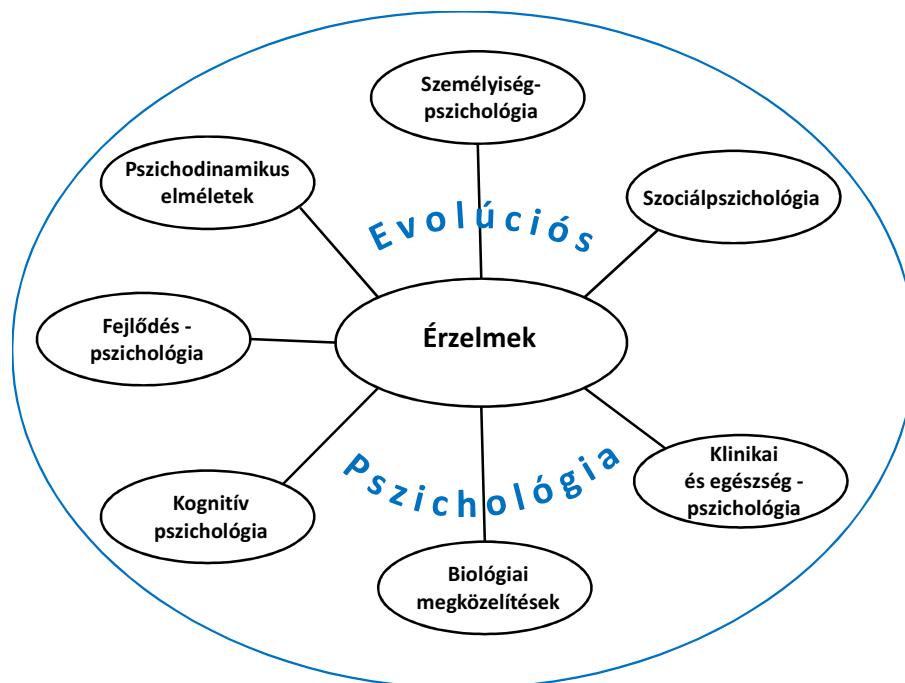
III. ELMÉLETI HÁTTÉR

1. Az érzelmek meghatározása

„Mindenki tudja mi az érzelem, amíg nem kell meghatároznia.”

Beverly Fehr és James Russel (1984, id. Oatley, 2001. 129. old.)

Az emóciók megértése, meghatározása és az érzelemszabályozás folyamatainak megismerése biztosítja azt a tágabb keretet, amelyben a konkrét érzelmek, érzelemviselkedés értelmezhetővé válik. Ennek érdekében összegezni próbáljuk azt a kontextust, amelybe a félelem és a szorongás érzése összefüggésében megvilágítható. **Gross** (2007, xiii. old.) Az érzelemszabályozás kézikönyve című munkájának bevezetőjében összefoglalja az érzelemszabályozás és a pszichológiai iskolák összefüggéseit (lásd. 1. ábra). Az általa vázolt rendszert alapul véve szeretnénk mi is körüljárni az érzelmek és a későbbiekben a félelem, ill. szorongás elméleti összefüggéseit. Az evolúciós magyarázatokat olyan háttérként kezeljük, amelyek a vizsgált terület funkcionális okait, adaptivitását tartják szem előtt, tágabb perspektívát biztosítva a proximatív okok megértésének, amelyek az ábrán is felsorolásra kerültek (Bereczkei, 2010).



1. sz. ábra. Gross (2007) módosított modellje az érzelmek és az azt befolyásoló elméletek összefüggéséről

Az evolúciós pszichológia ismeretrendszere alapot teremt az érzelmek, illetve az emóciók regulációjának árnyalt megértéséhez, keretet adva a kapcsolati mintázatok, a fejlődés során lezajló különféle változások cirkuláris oksági folyamatainak feltárásához (Péley, 2010).

Az érzelem a latin „emovere” szóból ered, jelentése falkavar, hajt, mozgat (Fröhlich, 1996). Az érzelmek definiálása kihívást rejtő feladat, hiszen többféle szempont alapján felosztható, csoportosítható jelenségről van szó. Elkülöníthetjük az érzelmeket az érzetektől, hangulatoktól, temperamentumoktól, beszélhetünk a jelenségről folyamatként vagy állapotként, kiemelhetjük a forrásukat, valenciájukat vagy tartalmukat, érzelem- vagy viselkedésszabályozó funkciójukat. Azonban a legtöbb esetben inkább a jelenségek összemosásával, mintsem finomításával találkozhatunk.

Az érzelmek objektív, mérhető része elsősorban a fiziológiai állapotváltozások megjelenését és vizsgálatát jelenti (ez is szakaszokra bontható), amely a viselkedéssel szorosan összefügg, illetve beszélhetünk még a szubjektíven megélt részéről is, amely szintén szerepet játszik a viselkedési formák megjelenésében. Az érzelmek, mint komplex állapotok megértésével **Grastyán Endre** (1965, id. Kopp, 1991) is foglalkozott.

Kiemelendő még az érzelmek kialakulásában, fenntartásában az egyéni tapasztalatok és a tapasztalatokat közvetítő interperszonális kapcsolatok, mint belső folyamatok szerepe, illetve az érzelmedefiníciók azon rendszere, amely a jelenség egy-egy tényezőjét hangsúlyozza, mint pl.: az affektív-; kognitív-; külső emocionális ingerek-; emocionális/expresszív viselkedéses- vagy motivációs definíciók kategóriája.

A definíciós törekvések lezárásaként **Deák** (2011) definícióját vesszük át, mely szerint „az érzelmeket olyan komplex jelenségeknek tekintjük, amelyek biológiai- (testi), társas- és kognitív komponensek együtteseként irányítják a viselkedést” (Deák, 2011. 9. old.)

Az érzelmek adaptív jelzőfunkcióját és az elsődleges vagy ún. veleszületett alapérzelmek fontosságát hangsúlyozzák az evolúciós szempontú megközelítések. Az **izardi** (1971, id. Kopp, 2003) előrehuzalozott, az **ekmani** (1982, id. Tisljár, 2010) kultúrától független alapérzelmek között éppúgy megtalálható a félelem, mint **Gray-** (2000) vagy **Plutchik** (2003) érzelmelemletében. Az érzelmek alkalmazkodást segítő funkciója mellett szól nem csak az érzelmkifejezés, hanem

az érzelmek tulajdonításának és megértésének, illetve a mások irányába megvalósuló érzelmek generálásának képessége, amely az egyedfejlődés során a társas kapcsolatokban kialakul. Ezenkívül, az érzelmek az integrált én kialakításában, fenntartásában és szabályozásában is jelentős biológiailag megalapozott szerepet töltenek be.

A másodlagos, tudatos, összetett vagy énrre vonatkozó érzelmeink is időben viszonylag gyorsan, a csecsemőkor végére, kialakulnak.¹ A folyamat feltétele a kognitív és társas fejlődés kölcsönhatásából eredő tapasztalatok átélésének szubjektív minősítése (Cole, 1998).

Az evolúciós elméletek azt a nézetet képviselik, hogy az érzelmek az innát, adaptív algoritmusok közvetítői a konkrét, megvalósuló viselkedés irányában, segítve kognitív döntéseinket és felkészítve a szervezetet a környezeti ingerek értékelése alapján a megfelelő válaszreakcióra. Tehát az érzelmek adaptív funkciója a különféle folyamatok integrációja, mint pl.: az élettani és pszichológiai reakciók sora adott események bekövetkezte kapcsán, melyek a társas kapcsolataink alapjait alkotják (Bereczkei, 2009).

Ekman (1982, id. Tisljár, 2010) kutatásaiban a haragot, undort, félelmet, örömet, szomorúságot, meglepődést azonosította, mint alapérzelmeket. **Plutchik** (2003) összességében nyolc,² bipoláris, kombinálható alapérzelemről beszél.

1.1 Az érzelmek általános biológiai mechanizmusai

Általánosságban az érzelmek idegrendszeri feldolgozási mechanizmusai egyaránt köthetőek az agy több területéhez. A limbikus rendszer és az amygdala, a hipotalamus lényeges szerepet tölt be az érzelmek kialakulásában, az orbitofrontális kérgi részen át a striatumba (ahol implicit közeledés vagy távolodás, mint reakció jelenik meg) továbbítódik az információ, majd a thalamus küldi a jelet a motoros kéregbe. A bazális ganglionok, mint a putamen, pallidum, nucleus caudatus a speciális reakciókért felelnek a különféle reakciók kapcsán. A bazális ganglionok neuronjai plasztikusak, az egyszer asszociált kapcsolatok gyorsan működésbe lépnek, ha a veszélyes ingerre emlékeztető elemmel találkoznak. A

¹ Másodlagos érzelmek pl.: büntudat, féltékenység, irigység, szégyenérzet, stb.

² Bizalom, félelem, meglepődés, szomorúság, undor, harag, várakozás, öröm.

cingularis kéreg az érzelemszabályozásban érintett, a figyelmi és emocionális információkat hozza közös nevezőre. Az insula a fenyegető ingerekre adott válaszban vesz részt. A bal félteke általában az okok interpretációjában játszik szerepet, segít csökkenteni a kognitív disszonanciát, célja az ellentmondásmentes információösszegzés. A jobb félteke az externális és internális ingereket érzelmi oldalról dolgozza fel (Birbaumer, 2006). A léziós és stimulációs tapasztalatok azt mutatják, hogy a jobb félteke, kiemelten a frontális területek (prefrontális cortex; PFC) aktivációja intenzívebb a negatív emóciók megélése kapcsán, míg a bal frontális részek a jobb oldal gátlása kapcsán erősítik a pozitív érzelmek megjelenését (Birbaumer, 2006; Davidson, 2002).

1.2 Érzelemszabályozás

„Az érzelemszabályozás olyan extrinzik és intrinzik folyamatokból áll, amelyek az érzelmi reakciók monitorozásáért, értékelésért és módosításáért felelősek, különös tekintettel az érzelmi reakciók intenzitására, idői jellemzőire, annak érdekében, hogy a célok elérésre lehetővé váljon.” (Thompson, 1994. 27-28. old., id. Kopp, 2003. 360. old.) Az érzelemszabályozás folyamata az emóciók fenntartását, csökkentését, gátlását, tehát teljes viselkedéses dinamikáját végzi a célok elérése érdekében, ennek egyik lehetséges formája az érzelemlétszabályozás, amely a negatívan minősített érzelmek regulációját jelenti.

Az automatikus, ezen belül az implicit érzelemszabályozási folyamatok elsődleges színtere az anya – gyerek kapcsolatban, mint társas kontextusban valósul meg (III. 2. 3.), akár pozitív akár negatív érzések megjelenéséről és szabályozásáról beszélünk.

A diszfunkcionális szabályozási formák jelentős szerepet játszanak számos patológiás állapot megjelenésében, így a szorongásos zavarok esetében is. Az érzelemszabályozás folyamata a pszichoanalízisből elsősorban az automatikus, tudattalan elhárító mechanizmusok szerepét (lásd még III. 3. 9.); a stressz kutatásával foglalkozó eredményekből a főleg konkrét helyzetekkel való megküzdést; a fejlődépszichológiából az önszabályozás koncepcióját (lásd III. 2. 3.) és az elsődleges szocializáció által kialakult kölcsönhatásokat; a tanuláselméletekből az érzelmi válaszok kondicionálhatóságát hasznosítja. A

felsorolt tudás egészül ki a tágabb szociális kontextusban létrejött interakciók és tapasztalatok szerepével, az idegrendszerben lejátszódó változások hatásmechanizmusával (lásd III. 2. 2. 1), amely mint egy belső hardver lép működésbe az említett „szoftverek által futtatott programokkal”. A leírt folyamatok kölcsönösen hatnak és visszahatnak egymásra, szétválasztásuk szinte kizárólag elméleti síkon valósulhat meg.

Az érzelemszabályozás idegrendszeri háttere egyre intenzívebben kutatott terület. **Greenberg** (2007, id. Kökönyei, 2008) szerint elkülöníthető a tudatos, kontrollfolyamatokra épülő corticalis és bal féltekei kivitelező folyamatokkal összefüggésben álló érzelemreguláció, és beszélhetünk még az implicit, automatikus subcorticalis, jobb féltekei regulációról, melyekhez eltérő stratégia társul. Az implicit folyamatok gyökere a kötődés minőségéből fakad, amelyekkel a III. 2. 3. szakaszban foglalkozunk részletesen.

Az érzelemszabályozás³ implicit folyamata, mely a hatékony érzelmi működés alapja, **Kökönyei** (2008) összegzése alapján a következő: az érzelmek elfogadása; tudatosságának és megértésének képessége; a megfelelő és adaptív impulzuskontroll kivitelezése; a szituációhoz illeszkedő érzelemszabályozó technikák rugalmas helyzetnek megfelelő és célelérést összehangoló használata.

Az emocionális reguláció működése kapcsán két stratégiát emelünk ki, amelyek relevánsak témánk szempontjából.

- Az ún. előzményközpontú stratégia a bemenet megváltoztatását végzi, mint a szituáció módosítása, elkerülése, a figyelmi fókusz befolyásolása. Azáltal hat az érzelmek megjelenésére, hogy a megelőzést próbálja megvalósítani.
- A másik ún. válaszközpontú működésmód a már létrejött kimenetet, azaz a létrejött érzelmet próbálja módosítani. Intenzitásváltozás, elnyomás, érzelmi gátlás, egyéb kognitív stratégiák sorolhatóak elsősorban ezekhez a folyamatokhoz. A negatív érzések, mint pl.: a szorongás kapcsán a katasztrófizálás, az önvád, mások hibáztatása konzerválhatja az emóciókat, míg az újraértékelés, perspektívaváltás, a fiziológiai folyamatok kontrollja csillapíthatja azt.

³ A szakirodalom fogalmainak részletes megvitatásától, hogy az érzelemszabályozás mennyiben különíthető vagy cseng össze egyéb definíciókkal, mint érzelmi intelligencia vagy emocionális kompetencia, nem térünk ki, mivel nem tárgya a további munkánknak.

A válaszközpontú stratégiához tartozó érzelem kifejezés gátlása, elnyomása aláássa nem csak a kapcsolatokat, hanem a kognitív funkciókat is, mert jelentős energiát igényel a gátlás folyamatos fenntartása, mely egyre rugalmatlanabbá, rigidebbé és a kontextustól függetlenné teszi a megjelenő viselkedést. Valójában, ebben az esetben az elfojtás elhárító mechanizmusról van szó, amely mint védekező viselkedés megjelenik és egyre nagyobb szerepet játszik a nem adaptív érzelemszabályozásban.

Az érzelemszabályozás folyamatának megértése segítheti nem csak a negatív érzések alakulásának, regulációjának megértését, hanem a kórossá válás folyamatának prevenció lépéseinek kidolgozását, illetve a maladaptív működések intervenciójának felépítését is.

1.3 Gray-féle érzelemelmélet

Az érzelmek és szabályozásuk általános és viszonylag rövid ismertetése után szeretnénk a vizsgálatunkban kiemelt jelentőséggel bíró **Gray** – féle érzelemelméletet részletesebben vázolni.

Az elképzelés bár biológiai, evolúciós alapokra épít, ennek ellenére a kognitív és tanult folyamatok éppúgy szerepet játszanak a megvalósulásában, mint a személyiség befolyásoló hatása. A félelem és a szorongás, mint érzelmek illetve a szorongásérzékenység összefüggéseinek feltérképezésében ez az elgondolás jelentős hatású volt. Úgy véljük, kutatásunk felépítésében és az eredmények integrálásában lényeges a modell vonatkozó részeinek megértése.

A bifázisos motivációs-érzelmi modellek közé tartozó a **Gray** – féle elképzelést,⁴ és a vele szoros összefüggésben álló, **Eysenck** által kidolgozott biológiai alapú, evolúciós szempontból adaptív érzelemelméletek azt mondják, hogy az érzelmi jelzések egyértelmű viselkedéses következménnyel járnak, univerzálisak és motiváción alapulnak.

Eysenck (1976, id. Carver, 1998) az érzelmi és a kérgi arousal összefüggéseit vizsgálta. Az agy általános aktivitására hat az érzelmi arousal, amely az intro - és extravertió kölcsönhatásában eredményez konkrét viselkedést. Az introvertáltak

⁴ A teljesség kedvéért említjük, hogy az eredeti elmélet három fő agyi struktúrát említ, de a harcolj – menekülj- dermedj rendszer (fight – flight – freeze system;FFFS), amely a konkrét büntetés jelenlétében aktiválódik, az eredeti elméletben sem került alapos kidolgozásra (Kimbrel, 2010).

kérgi arousalszintje magasabb, könnyebben kondicionálhatóak negatív érzelmekre, a büntetés esetükben kulcsfontosságú, melynek eredménye a szorongás érzése.

Az extrovertáltak kérgi arousalszintje alacsonyabb, kevésbé érzékenyek a kondicionálásra, magas érzelmi arousal mellett impulzívakká válnak (Carver, 1998).

Humán és állatokkal végzett tanulás lélektani kísérletek rámutattak, hogy a célmegvalósítás során szereshető elismeréssel kapcsolatos vélekedések adják meg az egyén megközelítő vagy elkerülő magatartásának karakterét. A megerősítő eseményekkel kapcsolatos beállítódás, az alkalmazott eljárás célszerűségével kapcsolatos személyes teóriák hatására, egyesek fokozott, mások mérsékelt érdeklődést mutatnak a megerősítések iránt. A különbségek a jutalmazott és a büntetett viselkedés elsajátításának vagy gátlásának az idői paramétereiben, valamint a kioltással szembeni ellenállásban is megmutatkoznak (Gray, 2000).

Gray (2000) az affektív minősítés és az arousal fogalmain keresztül írja le a személyiség alaptermészetét, kiemelve ennek ellentétes (megközelítés-elkerülés) jellegét. Azaz két, idegrendszerhez köthető rendszerben gondolkodik, az egyik a viselkedéses aktiváló vagy megközelítő rendszer (behavioral activation/approach system; BAS), amely a pozitív érzelmekért, mint öröm, remény, annak elővételezéséért és megközelítésért felelős és a jutalmazás motiválja. Ebben az elméleti keretben az impulzivitás kifejezés a jutalomérzékenység jelölésére szolgál.⁵

A viselkedés gátló rendszer (behavioral inhibition system; BIS) a büntetésre érzékeny, gátolja a személyt a félelmet keltő, bizonytalanságot okozó, esetenként ismeretlen helyzetek kellemetlen következményeinek elővételezése által, a negatív érzésekért, elsősorban a szorongás megjelenéséért felel (Kimbrel, 2010). **Gray** (2000) ezt a jellemzőt a szorongásvonás vagy szorongáshajlam elnevezéssel illeti.

Az érzelmileg stabil egyéneknél mindkét rendszer alacsony aktivitást mutat, ebből a szempontból az ilyen személy nem érzékeny.

Gray szerint az extraverzió dimenziója billenti a mérleget a BIS és BAS rendszerek közt valamely irányba, a magasabb extraverziót mutató egyének inkább

⁵ Davidson (1998) különbséget tesz a cél elérése előtti és utáni pozitív érzések között, és csak az előbbit köti a BAS rendszerhez.

impulzívak, az introvertáltak pedig inkább a büntetéskerülést valósítják meg⁶ (Carver, 1998).

Kutatásunk szempontjából a BIS rendszer jelentősebb, hiszen az áll kapcsolatban az averzív, fenyegetést keltő ingerekkel, amely által az élőlény negatív érzéseket él át, elindítva testi érzeteket, amelyek végül félelmet, szorongást váltanak ki az egyénben. Az elméleti összefoglaló következő részében ezeket az alapérzelmeket próbáljuk megérteni, körüljárva és megvilágítva minél több aspektusát.

2. A félelmek és a szorongások elmélete, befolyásoló tényezők

2.1 A félelem

„ a félelemérzet,...sokkal megalázóbb, emberhez méltatlanabb, semhogy érdeemes lenne annak átadni lelkiünket és idegeinket.”

Márai Sándor (1998, 84. old.)

A félelem és a szorongás közti különbségtétel nem mindig egyszerű, hiszen hasonló szomatikus jegyekkel és érzésekkel jelentkező emóciók, melyek pszichofiziológiai folyamatként a stresszre adott válaszként ragadhatóak meg (Molnár, 1987). A szakirodalom is gyakran szinonimaként használja a két fogalmat, amely bizonyos esetekben nem okoz nehézséget, de ez nem minden helyzetre igaz, bár szoros a határ, amely a kölcsönhatás miatt összemosódhat, így ezért sem lehetséges minden esetben az a szétválasztás.

A félelem eredetileg egy adaptív jelzés, és olyan cselekedetre készítet, amelynek eredménye az, hogy a személy a testi vagy lelki épségét veszélyeztető helyzetből elmenekülhet. Tehát a félelem ennek a veszélyhelyzetnek a szubjektív átélése, amelyet az az asszociáció határoz meg, amely az izgalmi állapotban megjelenik (Ranschburg, 1998a).

Kiváltó oka mindig közvetlen, míg a szorongásé közvetett és távoli. Illetve a klinikai gyakorlatban a félelem forrása külső, míg a szorongásé belső, oka a

⁶ Gray elmélete ugyanakkor nem veszi figyelembe az **eysencki** extraverzió szociabilitásra vonatkozó aspektusait (Carver, 1998).

személyiségben keresendő. A félelmet gyakran aktuális állapotnak tekintjük, míg a szorongást egy állandósult személyiségjellemzőnek (Ranschburg, 1998a).

A félelemnek, mint érzelemnek van tanult, tapasztalati oldala, ez teszi a vészhelyzet értékelését szubjektívvé, és egy veleszületett része is, melyek elválaszthatatlan egységet alkotnak (Ranschburg, 1998a).

Beck (1999) szerint alapvetően a jövőre vonatkozik, összetevőit fiziológiai, kognitív, motivációs, affektív vagy emocionális és viselkedéses komponensek alkotják, ám jelenléte mögött a kognitív komponensek megléte a döntő, melynek segítségével a fenyegető ingert intellektuálisan veszélyesnek értékeljük, de ez az inger gyakran nincs jelen, hanem anticipáljuk a bekövetkezését, és felmérjük a veszélyt.

2.1.1 A normál félelem

A normál és a patológiás félelem közti elméleti különbségek meghatározhatóak, de ahogy a következő definiálások is mutatják, nincs éles határ és választóvonal köztük. **Nesse** (1999) szerint a patológiás és a normál félelmet az különbözteti meg, hogy mennyire felel meg az adott szituációnak, melyet viszont a személy tapasztalatai és az adott környezet szab meg.

Hallowell már 1938-ban (id. Arrindell, 1987) megállapította, hogy a félelem kialakulása az egyéni élettapasztalatból ered, annak függvényében, hogy a félelem tárgyával milyen kapcsolatot alakít ki a személy a környezetében. Vizsgálatai során azt is kimutatta, hogy az adott kultúrában elterjedt hiedelmek szintén fontos tényezők ebből a szempontból. A kultúra azonban nem azt határozza meg, hogy valami szorongást keltő vagy sem, hanem annak a mértékét, hogy az adott érzelmi reakció még normálisnak mondható vagy már nem. **Beck** (1999) ezt azzal egészíti ki, hogy a normál félelem arányos a fenyegetettség mértékével, amelyet a fent említett egyéni tapasztalatok és a szociális normák irányítanak.

Rosen (1998) álláspontja az, hogy a normál félelem nem más, mint egy funkcionális mechanizmus, amely része a személy probléma megoldó készletének. A félelem nem csak válasz az ingerre, ahogyan a klasszikus behaviorista álláspont vélekedik, hanem a veszély percepcióját is, és a védekező magatartás motivációját

is magába foglalja. Egyben arra ösztönzi a személyt, hogy valahogyan enyhíteni próbálja ezt a negatív emocionális állapotot.

Lényeges jellemzője, hogy veszélyre adott reakcióként jelenik meg, amely a jövőre irányul, szemben pl.: a depresszióval, mely a múltra vonatkozik.

A normál félelem kialakításában az amygdalának van központi szerepe. Ez adja az érzelmi színezetét a folyamatban levő és elmúlt eseményeknek. Másik funkciója: fenntartani a stabilitást szemben a bizonytalansággal, ezért az amygdala a hypothalamusszal együtt alapvető fontosságúak a belső milió szabályozásában, amíg tart a félelem (Rosen, 1998).

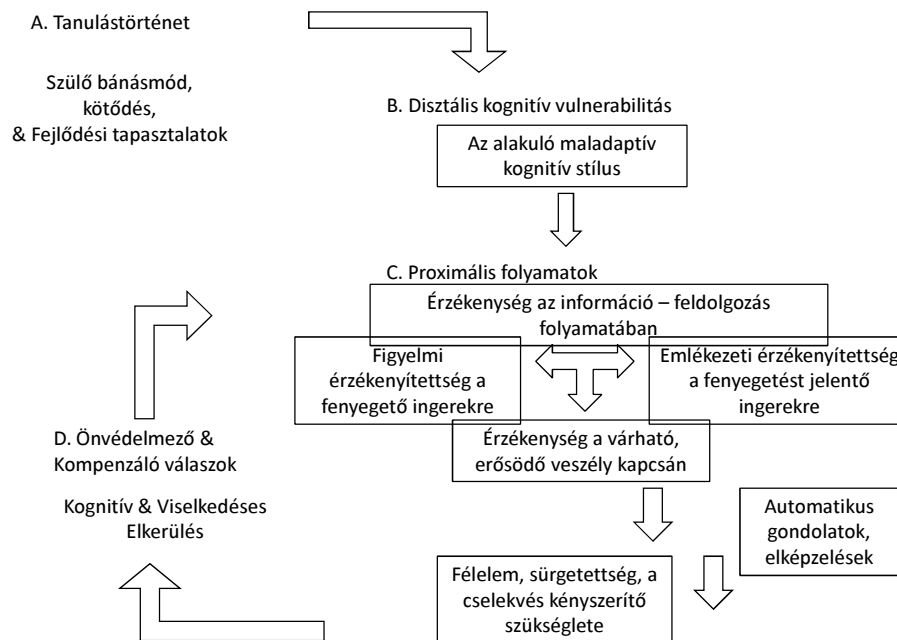
2.1.2 A patológiás félelem

A patológiás félelem úgy írható le, mint egy felnagyított, szélsőséges félelmi állapot, amikor az emocionális válaszok krónikusan diszfunkcionálisak és tartósak (Molnár, 1987). Ez a túlzott félelem káros autonóm, kognitív és szomatikus reakciókat eredményez, amely különböző szimptomákban manifesztálódhat. De leírható, mint egy negatív érzelmi állapot, amely a kontrollálhatatlanság érzésével asszociálódik. A patológiás szorongás kifejlődésének azonban a fő előfutára a normális mértékű félelem (Rosen, 1998).

A patológiás félelem kialakulásának biológiai mechanizmusát vizsgálva kimutatták, hogy ekkor a félelmi reakcióban résztvevő agyi reverberációs körök túlérzékenyvé válnak, és ennek eredményeként az amygdala és a körülötte lévő agyi területek (azaz a stria terminális nukleuszainak) működése is. Ezért felerősödik a félelemkeltő ingerekre adott viselkedéses válasz is, amelyet ez a folyamat közvetített. A csökkent ingerküszöb és ingerelhetőség az ismétlődő szenzitizáció és öngerjesztő folyamatok által jön létre, amely magába foglalja a neuropeptidek, a hormonok és egyéb proteinek működését is. Ez a hiperingerlékenység jelenik meg patológiás szorongásként (Rosen, 1998).

De a fent leírt folyamat jellemezhető egyfajta hiperéberséggel is, amely készenlétet eredményez, hogy a negatív eseményekre vagy a veszélyre reagálni tudjon a személy (Riskind, 2006) (lásd 2. ábra). Kognitív szempontból ez krónikus hipervigilancia, amely egyoldalúan a fenyegető jelzésekre érzékeny, azzal együtt,

hogy a személy nem képes koncentrálni a normális, mindennapi jelzésekre (Rosen, 1998).



2. ábra. Etiológiai modell a szorongás kognitív érzékenységének alakulására

Riskind (2006) szerint

Összefoglalóan tehát, **Rosen** és munkatársai (1998) azt feltételezik, hogy a patológiás szorongás közvetlenül a normál félelmi válaszokból alakult ki. A félelem biológiai mechanizmusai, melyek a normál félelemérzés alatt működnek az agyban, túlaktiválódnak, ezért túlérzékenyvé válnak és ennek a működésnek a következménye a patológiás mérték. Az éberség növekszik, és egyoldalúan szelektál, csak a fenyegető ingereket jelzi. A félelmi folyamatok aktiválódása egyre függetlenebbé és autonómabbá válik az előidéző ingertől, és a személy tudatos kontrollja alól kikerül. Ez a folyamat neuronális szenzitizációt is okoz, amely végül az amygdala és a körülötte lévő területek strukturális változásához vezet. Így ez a nem tudatos folyamat operatívva válik a különböző félelmi állapotokban (Rosen, 1998).

2.1.3 A szeparációs félelem

„Az ember csak társaságban tudja látni, érzékelni a világot.”

Márai Sándor (1998, 40. old.)

A szeparáció a **mahleri** modellben az anyával való szimbiózisból való kiválásra, az anyától majd a világtól való intrapszichés különállásra vonatkozik, amely a self és a tárgyak belső reprezentációjának kialakulásához vezet, és az individualizáció felé halad, ahol a kognitív képességek, illetve azok segítségével a belső autonómia fejlődik ki (Mahler, 1987). Ha még a szimbiotikus fázisban az anya csecsemő viszony affektív színezetében megjelenik a szorongás, akkor a fejlődő gyermek vonatkoztatási kerete nem tud a biztonságra épülni (Fonagy, 2005).

A szeparációs félelem kb. hét-nyolc hónapos korra alakul ki, megjelenése általános és normális folyamat a csecsemő fejlődése során. Hátterében a **mahleri** elméletben a differenciáció alfázis alkalmi elkülönülése majd később az újraközeledési alfázisban a különállás, a szeparáció tudatosulása és az együttlét fokozódó igénye, illetve e kettőnek a konfliktusa figyelhető meg, majd a szeparációs szorongás feletti fokozódó uralom megszerzése áll (Fonagy, 2005).

A **kleiniánus** felfogás szerint a szeparációval kapcsolatos félelmekben az agresszió, a büntudat, és a jóvátételi törekvések sikertelensége miatti depresszió alapvető, és ezért a szeparációs problémákhoz depresszív szorongás társul (Fonagy, 2005).

A **Hermann Imre** (1970, id. Ranschburg, 1998a) által leírt függőségi motívum szerint: a gyermeknek hiányzik az anyja, ha magára marad, és ez egyben a gyermeki védelem, figyelem és szeretetkeresés alapja is. Ezek az igények kb. három éves korig, nem szoktak gondot jelenteni, de ekkor megjelenik a gyermek önállóságigénye, amelyet a szülők hajlamosak összetéveszteni a függetlenséggel, ebből adódhatnak azok a problémák, amelyek az elutasító vagy a túlóvó szülői magatartáshoz vezethetnek (Ranschburg, 1998a). Lényeges megemlíteni, hogy a szeparációs félelmek és a szülőtől való függés egymást implikáló fogalmak, és ez egyben kölcsönös függést is jelent. Az anya jelenléte, normális esetben megóvja a gyermeket attól, hogy féljen a szokatlantól, ez a megfelelő pszichológiai és fizikai válaszkészség segít a biztonság élményét kialakítani, és megtartani az új és ismeretlen szituációkban is. Ugyanakkor az anya hiánya is lehet éppen a szokatlantól való félelem alapja (Ranschburg, 1998b).

Hogyan védekezhet a csecsemő a szeparációs félelem érzése ellen? **Mahler** elmélete szerint, ha az újraközeledési fázis konfliktusaiban a hasítás kerül előtérbe, akkor az borderline tünetképződéshez vezethet, mert a tárgyállandóság és az

identitás nem megfelelően alakul ekkor (Fonagy, 2005) Három éves kor után a leggyakoribb védekezési forma a félelem szimbólumokra való vetítése. De a gyermek rendelkezésére áll egy kortól független elhárító mechanizmus, a projekció.

A szeparációs félelemnek csecsemőkorban három oka lehet:

1. A szokásos reakciók lehetséges frusztrációja.
2. Szokatlan helyzet teremtése, melyben a szokásos sémától eltérünk.
3. A tehetetlenség érzése (Ranschburg, 1998a).

A szeparációs helyzetek két funkciót szolgálnak:

1. A határ kialakítását a szelf és a tárgyrepresentációk között.
2. A tárgyrepresentációkon belül a jó és a rossz integrálását, melynek első megvalósulása a szülő pozitív és negatív oldalainak egyesítése (Lyons–Ruth, 1991).

A szeparáció kapcsán a potenciális tér fogalmát emelném még ki, amely a bizalom állapotában jön létre, a baba és a mama köztes tere lesz, ahol végbemegy a játszás onnipotenciája és a valós élmények kontrollja. Mágikus világ ez, amely csak a megfelelő kapcsolatban jön létre. Ez a tér nem belső, de nem is külső, hanem ezek találkozásában alakul ki. A külső valóságot felépítő elemek találkozhatnak itt a belső mintákkal, érzésekkel, melyek a kreatív létezéssel kezdődnek. A külső valóság állandó, objektív, a belső valóság személyes tulajdon, és ez a harmadik tér ezek összjátékából jön létre, annak terméke, és ezektől függ. A fejlődés során ez lesz a szétválasztás tere is, és ekkor a szeparáció megélésében a potenciális teret kellene betölteni (Winnicott, 1999).

A szorongással kapcsolatos érzékenység kialakulásának egyik kulcsfontosságú tényezője az idegen helyzethez való alkalmazkodás képessége, valamint a szeparációra adott reakció intenzitása. **Klein** (1984), valamint **Biederman** (2007) kimutatták, hogy a pánik- és agorafóbiás betegek a szeparációs szorongásra érzékenyebbek. Ha a gyermek tehetetlennek érzi magát, tásaival vagy szüleivel való kapcsolata nem nyújt biztonságot számára, akkor a félelem érzése, csillapító kapcsolat hiányában, extrém erejű lesz és hosszabb időn át a negatív értelmező sémák határozzák meg a jelentéshordozó események észlelését. Így az egyébként semleges események veszélyt hordozó jelentést kapnak. A félelem élménye tárgyat keresve semleges eseményekre is áttolódik, a negatív tartalmakat hordozó szimbólumok pedig extrém töltetet kapnak. A belső ok külső bizonytalansággal párosul (Fenichel, 1946).

Ez a rövid áttekintés azért fontos, mert megmutatja azt a mintát, amelyet a gyermek még csecsemőként elsajátít, és felnőttként is ezekkel a mintákkal reagál a számára veszélyt jelentő szituációkban. Az évek során megtanul egy reakciómódot, amely a vészhelyzethez, illetve a szeparációhoz asszociálódik, és ez a szülői magatartás függvényében fog alakulni. Ha azonban tehetetlennek érzi magát, és a kapcsolat nem kielégítő a számára, akkor a félelem érzése később szimbólumokra vetítődhet, vagy asszociálódhat. Így számára nem az lesz tudatos, hogy a kapcsolati nehézségek okoznak benne frusztrációt, hanem adott eseményhez, szituációhoz köti a benne kialakuló bizonytalan élményt. Így válik a konkrét félelemből szorongás. A külső ok belső bizonytalansághoz kötődik (Ranschburg, 1998a).

2.2 A szorongás

A félelem és a szorongás definíciós problematikája valamelyest felbukkant az előző rész bevezetésében, és bár lehet, hogy teoretikusan vázolhatóak a különbségek, a gyakorlatban a szétválasztás nem mindig egyszerű (Rachman, 2002). Most a szorongás meghatározását szeretném finomítani.

A szorongás elnevezés a latin *anxius* szóból ered, melynek jelentése aggódó, zaklatott állapot. A görög nevezéktanban a megfojtani, szorosan összenyomni jelentés a megfelelője, a német *Angst* szó a lélek gyötrelmeire utal (Haraszti, 1989). A szorongás eredetileg szintén adaptív jelzés, amely a helyzet adekvát ingereire jelenik meg, mértéke ehhez aránylik, és az evolúció során a túlélés fontos eszköze, hiszen jelzi a veszélyt, és ez által menekülésre készítet, vagy felkészíti a szervezetet a küzdelemre (Ágoston, 1995b). Célja, hogy erőfeszítéseink, figyelmünk és minden egyéb reakciónk segítse az adott szituáció legjobb megoldását. Ha azonban ez nem teljesül, akkor kóros, indokolatlan, nincs arányban a helyzeti jelzésekkel, és ezért gátol a mindennapok cselekedeteiben (Arató, 1995).

A szorongást megfogalmazhatjuk univerzális emberi tapasztalatként, az egészséges személyiség alapvető képességeként, amely vészhelyzetben aktiválja a szervezetet, azaz úgy, mint a stresszorok által kiváltott stresszreakció pszichológiai vetületét (Molnár, 1987). A szorongás komplex jelenség, mely élettanilag a stresszre adott reakció az aktivációtól a kimerülésig (Selye, 1978), azonban a személyiség főbb területein affektív, kognitív és viselkedéses módon jelenik meg,

funkciója az adaptáció (Bitter, 1996a). A szorongás legjellemzőbb része a feszültség érzete, melynek tünetei megfelelnek a szervezet biopszichoszociális rendszerben való értelmezésének, amelyben az integrált rendszerek funkcióinak megfelelően: fiziológiai, affektív, kognitív és viselkedési tünetekről beszélhetünk (Rachman, 2002). Az eddigiekből is jól látható, hogy a szorongás az emberi élet alapvető része és ennek következményeképpen a pszichopatológiai egyik lényeges eleme, hiszen számos pszichológiai zavar alakulásában, folyamatában jelen van. (Mórotz, 2005).

Testi és lelki tünet együttest foglal magába a szorongás. **Beck** (1999) és **Lazarus** (id. Mórotz, 2005) szerint a szorongás emocionális válasz, amely a félelem kognitív kiértékelésére jelenik meg. **Noyes** (1998) a kognitív nézőpont kapcsán kiemeli a bizonytalanság és nyugtalanság érzését a megoldások keresésében, illetve a jövőbeni események összefüggésében, melyben az aggodalmas, félelmetes, katasztrófizáló gondolatok központi szerepet játszanak.

Ebben az értelmezési keretben értelmét veszti a valós, racionális és irracionális szorongás megkülönböztetése, mert egy érzelmi, átélt élményt nem érdemes ilyen módon megközelíteni, és ezért nem is a szorongás a kulcsfontosságú, hanem azok a kognitív sémák, melyek működtetik (Beck, 1999). Az értékelő művelet sajátosságai a többértelműség, az anticipátoros jelleg, és a szimbolikusság (Mórotz, 2005).

Ez az érzés segít mind a mai napig bennünket abban, hogy elkerüljük azokat a helyzeteket, melyek fenyegetést jelentenek számunkra (Ágoston, 1995a). A szorongás azzal, hogy menekülést vált ki valami elől a gyermekben, egyúttal a valakinél való biztonságkeresést is implikálja. Ez a minta is jelentős a későbbi életút alakulásában. A gyermek, védelmet keres, és ekkor van egy jellegzetes mozdulat, amely idővel szimbolikussá válhat a szorongást kiváltó helyzetekben, ez pedig a biztonságot nyújtó személybe való belekapaszkodás. **Hermann** (1984) ebben a mozdulatban a szorongás ősmagvát véli megtalálni, az őshelyzetet, amely az anyával való szoros kapcsolatot jelenti.

Egyben azt az álláspontot képviseli, hogy a szorongásnak nem feltétlenül csak külső oka lehet, annak ellenére, hogy ebben az esetben is van külső kiváltó tényező, hanem belső oka is. Ugyanis vannak olyan indulatok, amelyek már a megjelenésükkel szorongást váltanak ki a gyerekből. Ilyen indulat lehet a harag vagy agresszió, de a nemi ösztönök megnyilvánulásai is (Hermann, 1984).

Haraszti (1989) pszichodinamikai szempontból négy szorongásfajta különböztet meg:

1. Felettes-én szorongás: amely a túl erősen internalizált erkölcsi alapelvekből ered.
2. Kasztrációs szorongás: testi épség, képesség vesztes miatti félelem, mely szexuális funkciózavarral is járhat.
3. Szeparációs szorongás.
4. Ösztön-én vagy késztetésszorongás: az indulatok feletti kontroll elvesztésétől való szorongás.

A szorongás tehát komplex jelenség, melynek megragadásához általában három fő területet tudunk meghatározni. A szervezet, mint pszichobiológiai egység, alrendszerének megfelelő funkciókkal reagál a szorongásra, így a megjelenő tünetek is a területek funkcióihoz csoportosíthatóak. Az integrált rendszert a kognitív-érzékelő rész irányítja, és a reakciók, válaszok a helyzetek tükrében nyernek értelmet és funkciót.

Az affektív vetület fejezi ki, amit a személy érez. Többségében gyötrő, negatív, kellemetlen érzelmi állapotról van szó, melyet nyugtalanság, idegesség, ingerlékenység, feszültség jellemez.

Az érzelmi válaszok az ún. plusztünetek és mínusztünetek köré csoportosulnak, melyek a konkrét viselkedésben valósulnak meg. A mínusztünetek általában mennyiségi változások, ilyenkor az érzelmkifejezés visszafogottabbá válik, eltűnik még a konvencionálisnak tartható mosoly és nevetés is. Plusztünetek közé azok a viselkedések tartoznak, amelyek az érzelmi gátoltságon áttörve kissé modoros, groteszk, inadekvát háttérét adják a viselkedésnek, mivel a szorongató érzésekkel nem illenek össze, pl.: kényszeredett mosoly (Tringer, 1996).

A kognitív jellemzők közé tartoznak a szorongó személy gondolatai, amelyben a veszély, fenyegetettség értékelése dominál. Ide tartoznak a szenzoros-perceptuális tünetek; a gondolkodási nehézségek, mint zavarodottság, nehézségek az összpontosításban, a gátoltság; és a fogalmi tünetek, mint a kognitív torzítás vagy az ijesztő képzetek.

A viselkedéses aspektus az, ahogy a személy konkrétan reagál a fenyegetőnek ítélt helyzetben. A tanulás szerepe ebben jelentős befolyásoló tényező, beszélhetünk elsődleges reakciókról (harc, menekülés, megdermedés, ájulás), mely az ősi, archaikus, reflexszerű reakciómódokat jelenti és a komplexebb, érettebb,

hatékonyabb viselkedésmódokról (pl.: erőforrások, eszközök számbavétele), melyeket a szocializáció során tanul meg a személy, ezeket nevezzük másodlagos reakcióknak. Ide tartoznak még olyan jellegzetes viselkedésformák, mint a feszültség által kiváltott sírás, nevetés, túlbeszélés vagy a megváltozott beszédhang.

A viselkedés-repertoár gyakran beszűkül, gátolttá válik a megélt érzelmek kapcsán, a mozgás amplitúdó csökken, az egyéniségre jellemző mozgások elmaradnak, a verbális kifejezések használata sablonossá, modorossá, tartalmatlanná válhat. A feszültség érzését enyhítheti a mozgás bármely formája, a lábmozgatás, ujjak dobolása, stb. is.

A viselkedéses jellemzők közé tartoznak még a szorongás élettani jelenségei is, melyek két nagy csoportra oszthatóak. A muszkuláris és autonóm idegrendszeri szomatikus reakciókra, melyek többnyire általánosak a különféle szorongásos zavarokban is, bár megjelenésük gyakorisága és intenzitása változik.

A muszkuláris tünetek a tremortól az izomgörcsön át az izomgyengeségig bezárólag különfélék lehetnek, bár nem minden izomcsoport reagál egyformán a szorongásra. A fej, nyak, váll izmai általában intenzívebben reagálnak és vannak lokális tünetek, mint pl.: az írógörcsnek nevezett jelenség (Noyes, 1998).

A fiziológiai tüneteket az alábbi csoportokba oszthatjuk, melyek intenzitásbeli különbségei döntik el, hogy normál vagy patológiás a szorongásjelzés az adott egyén esetében:

- szív-és érrendszeri tünetek (ájulás, vérnyomásváltozás, palpitatio, tachycardia);
- légzőszervi tünetek (szapora légzés, nehézlégzés, légszomj, fuldoklás, fulladásérzés, torokgombóc-érzés, mellkasi nyomás, mellkasi fájdalom);
- emésztőrendszeri tünetek (nyál mennyiségi csökkenése és minőségi változása, hasi fájdalom, étvágytalanság, hányinger, hányás, hasi diszkomfort érzése, hasmenés);
- bőrtünetek (kipirult vagy sápadt arc, lokális vagy általános izzadás, hideg-meleg hőhullámok, bőrvizketés, bőrpír vagy márványozott bőr);
- szemtünetek (pupillatágulás, gyakoribb pislogás, könnyes szem, szemkontaktus kerülése, vagy rövidege);
- neuromuskuláris tünetek (remegés vagy reszketés, merevség, görcs, fokozott reflexek, általános gyengeség, szédülés, paresthesiák);

- vizelet-kiválasztással kapcsolatos tünetek, mint a gyakori vizelés vagy vizelési inger (DSM-IV-R, 2000; Tringer, 1996; Varga, 2006).

2.2.1 A szorongás pszichobiológiája

A szorongás biológiai szempontból alapvető az élőlény túlélése szempontjából, hiszen olyan döntések sorozatához vezet, amellyel a fenyegető helyzetek a legcélszerűbb megoldását képes megtalálni. Döntést hozunk az inger jelentéséről, mely az orientációs reakcióval kezdődik, ezután az inger érzelmi kiértékelése történik meg, melyben a limbikus rendszer játszik fontos szerepet. A következő döntés a negatívan és fenyegetőnek ítélt ingerrel való megküzdés módjára⁷ vonatkozik. Ebben a tanulás, a tapasztalatok, azaz kognitív folyamatok szerepe is jelentős az öröklött tényezőkön kívül.

A limbikus rendszer elülső része a pozitív minősítésért felelős, és itt az ingerküszöb alacsonyabb; a hátsó rész, mely működésében a centrális szürkeállomány működéséhez kapcsolódik, a negatív érzetek minősítését végzi, melyek könnyebben és gyorsabban kialakulnak, negatív visszacsatolást kialakítva. Ez biztosítja, hogy a vészhelyzet értékelése, és észlelésének lehetősége elsőbbséget élvez idegrendszeri feldolgozás szintjén is, biztosítva ezzel a túlélést. A szürkeállomány dorsalis része a félelem és szorongás kialakulásában fontos terület. A GABA-erg neuronok gátlása a periaqueductalis szürkeállomány kimenő aktivitás fokozva szorongást hoz létre (Noyes, 1998).

A negatív, kellemetlen ingerrel való megküzdés módjának eldöntésében az amygdala és az agykéreg működése játszik jelentős szerepet. A központi idegrendszer aktivációjának szabályozási zavaraként is szokás a szorongást definiálni, mivel ebben az esetben nem az inger mértékének megfelelő, hanem túlzó az aktiváció, kialakítva ezáltal a szorongás érzetét.

Az amygdala a tanult félelmi reakció „szíve”. A thalamus magok az amygdala laterális részének közvetítik az információt még a kortikális feldolgozás előtt, így tulajdonképpen a tudatos döntéshozás előtt az amygdala már rendelkezik a konkrét információval. Az inger még csak nagyvonalakban érte el a thalamust, de már

⁷ A megküzdés és az érzelemszabályozás közös metszettel is rendelkezik, számos eltérő jellemzőjük mellett. A stressz és stresszkutatásból eredő megküzdés fogalma többször visszaköszön írásunkban. Definiálása a Kifejezések magyarázata c. részben kerül bővebb kifejtésre.

kialakult egy asszociációs kapcsolat az amygdalával, amely a centrális magok segítségével aktiválni tudja a kimeneti rendszert. Ez a thalamo-amygdaloid kapcsolat teszi lehetővé a gyors, nem tudatos félelemkondicionálás folyamatát. A cortex – amygdala kapcsolat a diszkriminációs tanulás folyamatáért felel, melyben a mediális temporális cortex és a hippocampus tölt be lényeges szerepet (Birbaumer, 2006), és a helyzet kontextus specifikus információiért felel (Rosen, 1998).

A ventromediális prefrontális kéreg sejtjei gátolják a laterális amygdala működését, amely a félelmi reakciók kioltásában jelentősek. A frontális orbitalis kérgi rész a közeledés – távolodás folyamatának eldöntésében játszik szerepet, miután összeveti az információkat a múltbeli tapasztalatokkal.

Ha a különféle neurotranszmittereket vizsgáljuk, megállapítható, hogy tulajdonképpen minden ilyen rendszer érintett a szorongás megjelenésében. Az említett mediális prefrontális kéreg és amygdala közti folyamatot pl.: a glutamát és az NMDA – receptorok aktivitása határozza meg, az NMDA aktivációja kioltja a félelmet.

A locus coeruleusból kiinduló felszálló noradrenerg pályák aktiválódása éppoly jelentős, mint a szerotonin rendszer működése, illetve működésének esetleges zavara, amelyek a fenyegető helyzettel kapcsolatos információkat közvetítik. A centrális és perifériális noradrenerg rendszerek a félelemreakciók kapcsán kiemelték, a centrális rendszer főleg a figyelem és koncentráció fenntartásában fontos.

A GABA-erg gátló rendszerek szerepe a terápiás lehetőségek megtalálása miatt is előtérben van, a GABA_A receptor antagonisták túlsúlya a normál szorongás irányából a szorongásos zavarok felé billenti a mérleget.

A hipofízis – mellékvese tengely említése a patológiás folyamatok erősödésében jelentősek, a kortikotropin-releasing hormonok a noradreanlinal együtt a félelmi reakciók tartóssá válásában jelentősek (Birbaumer, 2006).

Említést érdemelnek még a receptor érzékenységet befolyásoló neuromodulátorok, mint például az endogén opiátok; a kolecisztokininek; a progeszteron és metabolitjai is, melyek a szorongás szabályozásában részt vesznek.

Funkcionális képalkotó eljárásokkal többnyire nem található kóros eltérés még a szorongás kóros mértékében sem, viszont szorongás esetén a kétoldali felső frontális kéregben, a jobb oldali alsó frontális régióban, és a középső frontális

régióban, kétoldali thalamusban és caudatusban is növekszik a vérátáramlás (Tringer, 1996).

2.2.1.1 A vesztibuláris rendszer szerepe

A szorongásos tünetek kialakulásában a kisagynak kiemelt jelentősége van, amely egyben szerepet játszik a szédülés érzetében is. Vesztibuláris diszfunkciókkal együtt gyakran megfigyelhető a testtartás és az egyensúly fenntartásának nehézsége is, amely a tájékozódási zavarban is jelentős tényező. **Kállai** (1998b) szerint a téri tájékozódás és testséma pszichológiai egységet alkot, és ennek működése adja a biztonság élményének alapját.

Az emóciók és a szédülés közti kapcsolatot már századokkal ezelőtt is tanulmányozták, tehát ismerték. **Schilder** már 1933-ban (id. Viaud–Delmon, 2000) képviselte azt, hogy a vesztibuláris rendszer működése fontos a neurózisok és a pszichózisok megértésében, mégpedig a testkép dinamikája miatt. Ezt a kapcsolatot azóta számos tanulmány is bizonyította (Viaud–Delmon, 2000, Furman, 2001).

A szédülés a torz vesztibuláris input következménye, amely úgy tűnik, hogy megváltozik a szorongásos zavarokban szenvedő személyeknél, így a vizuális–vestibuláris interakció folyamata is (Viaud–Delmon, 2000), és **Jacob** (1996) eredményei szerint ezek a tünetek az agorafóbiás személyeknél a legkifejezettebbek a különféle szorongásos kórképekben szenvedők között.

Sok pánikzavarban és organikus egyensúly zavarban szenvedő beteg mutat hasonló tüneteket, amely a szédülésen kívül azt jelenti, hogy érzékenyek az összetett vizuális információkra, a magasságra, a látómezőben észlelhető mozgásra. Ezt az érzékenységet nevezték el tér és mozgási diszkomfortnak (space and motion discomfort, SMD). Ez az SMD a vesztibuláris rendszer diszfunkciójához köthető elsősorban, mind az egyensúlyzavaroknál, mind a pánikzavarral küszködő személyeknél. Ezért azt tételezik fel, hogy az SMD-s személyeknél a vizuális, vesztibuláris információk integrációja megváltozik, átalakul, és ez vezet a vizuális információk nagyobb szerepéhez (Jacob, 1992, 1995).

A testtartás instabilitása szoros korrelációt mutatott az elkerülő magatartással. (Yardley, 1995), amely megerősíti **Schilder** elképzelését (1933, id. Viaud–Delmon, 2000) a testkép dinamikája és a vesztibuláris rendszer között.

Kiterjedt irodalom foglalkozik azzal, hogy a vesztibuláris reflex válaszok alaposan megváltozhatnak, bizonyos tényezők által, mint az álmoság, mentális szett, vagy amfetamin beadása (Redfern, 2001). Úgy tűnik, hogy a locus coeruleus a közvetítője mind az éberségnek, mind a szorongásos válaszoknak, főleg a noradrenerg beidegzés sűrűsége miatt, és ez azt implikálja, hogy a tér és mozgás diszkomfortban szenvedő betegeknek a testtartás ingadozását kellene mutatniuk az optikai áramlás stimulálása alatt, és ennek az ingadozásnak korrelálnia kellene a szorongás mértékével.

Az inger abbahagyása után is megmaradt a testtartási ingadozás a diagnózissal rendelkező személyeknél. Ez azt is jelentheti, hogy a szorongás önmagában is hatással van a vesztibuláris reflexekre és az egyensúlykontrollra, amely hasonló a noradrenerg hatásokhoz a változó vagy növekvő éberség esetében (Jacob, 1996).

Összességében elmondható, hogy az egyensúlyrendszer zavara egy komponense lehet annak a pszichobiológiai mechanizmusnak, amely a pánikzavarok kialakulásához vezethet (Perna, 2001). Azonban a vesztibuláris zavar önmagában nem elégséges feltétele a pánikzavarnak, ehelyett ez egy érzékenyítő faktor, mert vesztibuláris zavar esetén ez az információ valószínűleg torzul, így a személy jobban hagyatkozik a vizuális és a proprioceptív téri információkra. Ennek következtében szokatlanul bizonytalannak érzi magát azokban a szituációkban, melyekben ez utóbbi két csatornán beérkező információk hiányoznak vagy nem megfelelőek, hiszen így nem tudja kompenzálni a vesztibuláris információk hiányát (Jacob, 1996).

2.2.1.2 A félelmet keltő helyzet értékelése

A szorongás adaptív, ha a helyzet áttekinthető. De a mai világ egyre nehezebben kontrollálható, így a tehetetlenség, az aktivitással kontrollálhatatlan helyzetek száma növekszik. Gyakran nehezzé válik annak eldöntése, hogy adott helyzet vészhelyzet-e vagy sem. A cselekvő ellenőrzés hiánya, ennek a hiánynak az átélése, a tehetetlenség érzése az, amely a pánikbetegséghez vezethet. Ez kifejezetten igaz a függelmi viszonyokra, ahol a személy még kiszolgáltatottabb (anya-gyerek kapcsolat, partnerkapcsolat) (Kopp, 1991).

A kontroll hiányának hangsúlyosságát több szerző (Arrindell, 1987; Beck, 1999; Freud, 1986; Rosen, 1998) is kiemelte, illetve a DSM (2001) kritériumai között is megjelenik a pánikrohamok esetében, ezért, mint fontos tényezőt szükségesnek tartom megemlíteni. Azonban a kontroll kutatása a szorongás összefüggésében olyan ellentmondásos, hogy nehézségekbe ütközik az egyértelmű állásfoglalás. Úgy tűnik, hogy az egyén motivációja a kontroll megszerzésére olyan mértékben jelenik meg, amilyen mértékben reális esélyt lát annak megszerzhetőségére. A szorongást keltő helyzeteknek azonban épp az az egyik kiváltó tényezője, hogy nem lehet tudni, mit lehetne tenni a megoldás érdekében és a szorongás leküzdéséért. Minél bizonytalanabb az egyén, annál nagyobb szorongást fog átélni az adott szituációban (Wright, 1984).

A helyzet minősítése, szubjektív, és jellegzetes idegrendszeri, fiziológiai reakciókat is magába foglal. A személyiségfejlődés során a központi idegrendszerünkben is kialakul egy reakciómód a helyzetek kiértékelésére (Kopp, 1991). A pánik érzését feszültségkeltő helyzetek ébresztik, amelyet általában új, ismeretlen kihívások idéznek elő, és így a megoldásra még nincsenek meg a kidolgozott sémák. Az ennek következtében kialakuló tehetetlenség-érzés generálhatja, vagy előkészíti a talajt a többi tünetnek (Beck, 1999).

A hippocampusban a noradrenalin segít az információk fontosság nyilvánításában és a készenléti állapot létrehozásában, majd ezt a szerotonin mennyiségének szabályozásán keresztül alakítjuk érzelmmé. Tehát ez közvetíti a tapasztalatok negatív, félelmetes részét. A kognitív és fiziológiai értékelés e szerint külön választható, de csak szoros kölcsönhatásukban értelmezhetőek az események. Így válik érthetővé, hogy ez a folyamat a teljes szocializáció folyamán alakul ki, és rögzül, de nem visszafordíthatatlan módon. A helyzet kulcskérdése, hogy a személy számára a szituáció milyen mértékben kontrollálható vagy kontrollálhatatlan valamilyen aktivitással. A kompetencia élménye az, amelynek szintje egyéni, és melynek optimalizálására törekszünk döntéseink meghozatalakor. Veszély esetén még hangsúlyosabb ennek az optimális mértéknek a megtalálása. A döntést gyorsan kell meghozni, hogy az adott sérülést elkerüljük, menekülni vagy támadni tudjunk (Kopp, 1991).

Ez alapján tulajdonképpen úgy tűnik, hogy a pánikrohamok kialakulásánál csak a vészhelyzetként való kognitív kiértékelés és érzelmi átélés mozzanata a pszichológiai, ezután a fiziológia veszi át a terepet. Ez a folyamat gyorsan

kondicionálódik⁸ és rögzül, így villámgyorsan megjelenik egy tanult, aktív vagy passzív elkerülő magatartás (Birbaumer, 2006; Kopp, 1992). Kapcsolódó fogalom az experientális elkerülés, amely a szorongást kiváltó jelzőingerek elkerülése a félelmi tanulás hatásainak csökkentésére. Ha ez a stratégia konfliktusba kerül más megszokott funkciókkal, akkor az fokozhatja a megjelenő negatív érzelmi állapotot, azaz a félelmet és a félelem által kialakuló szenvedésnyomást. Ezáltal szenzitívebbé válik a személy a már említett jelzőingerekre, illetve a nem releváns ingerekre is gyorsabban generalizálódik a félelmi reakció. Ezáltal az érzelemszabályozás egyre rigidebbé és kontextus függetlenebbé válik, hiszen tulajdonképpen már konkrét tapasztalat nélkül megy végbe a generalizálódás mechanizmusa (Kököneyi, 2008).

Összességében a személy figyelme az ilyen élmények után többnyire saját testi szenzációira szorítkozik, ez egy általános figyelmi stratégiának tűnik, amelynek mértéke a hangulatának megfelelően változhat.

A félelmet keltő helyzet értékelése és megélése kapcsán az érzelemszabályozás ellenfolyamat – elméletét is érdemes megemlítenünk. Ekkor az inger kapcsán megjelenő elsődleges negatív érzelmi reakció mellett párhuzamosan, de lassabban kialakul a vele ellentétes ám tartósabb pozitív emóció is. **Kulcsár** (2007, id. Kököneyi, 2008) a jelenséget a traumatikus növekedéssel hozza ezt összefüggésbe. Ha a jelenség csak ennyiből állna, akkor a negatív érzelmeket kiváltó események az ellenfolyamat elmélet eredményeképpen minden esetben átfordulnának pozitív emóciókká. Azonban ha a negatív inger bekövetkezte után a történések bármily csekély mértékben is, de negatívak, akkor megváltoztatják az eddig leírt folyamatot. Ugyanis, ezáltal nem ellentétes folyamatok indulnak el, hanem az eredeti, elsődlegesen negatív folyamat nyer megerősítést, fokozva ezzel az érzékenységet és vulnerabilitást, amelyet az egyénre jellemző tulajdonságok is módosíthatnak.

2.2.2 *A neurotikus szorongások*

Freud (1999) elképzelése szerint beszélhetünk reális szorongásról – amely egy külső veszélyre adott reakció és az öfenntartás megnyilvánulása – ezt a nevelés

⁸ A félelem és az elkerülő vagy más viselkedési stratégia kondicionálása Kököneyi (2008) szerint értelmezhető érzelemszabályozási stratégiaként is.

folyamán tanulja meg az ember. Illetve van egy ún. neurotikus szorongás. Annak ellenére, hogy ezeket elméletben meg lehet különböztetni, a szubjektív érzésben nincs eltérés, mert a neurotikus szorongásnál is a belső veszélyt a személy úgy érzékeli, mintha külső lenne.

Szerinte a születés az életveszély átélésének és az anyától való elszakadásnak a mintaélménye, amely a szorongásos állapotban visszatér. A szorongásos neurózisban és a helyzet kiváltotta neurotikus fóbiákban, a szorongásos hisztériában, amelynek a kisgyermekkori fóbiák az előképei, a szorongás feltűnő mértéke a közös, egyébként függetlenek egymástól. Hiszen a szorongásos neurózisban egy szabadon lebegő várakozási szorongás érhető tetten, míg a helyzet kiváltotta fóbiákban van valamilyen mértékű eredeti veszély, amelyet azonban általában már nem veszünk figyelembe, mégis van valamilyen alapja. Neurotikus szorongássá ezeket a túlzó mértékben való megjelenésük teszi (Freud, 1986).

A várakozási szorongás hátterében a nemi élet elfojtását látja, amikor is az elfojtás miatt a libidó izgalmá helyére a szorongás kerül. Tehát az elfojtás folyamata zajlik először, és az elfojtott tartalmak helyére lép a szorongás. További tapasztalatai alapján úgy bővítette elképzelését, hogy az indulatok, legyenek azok bármilyen természetűek, elfojtását minden esetben szorongás fogja helyettesíteni (Freud, 1986).

Azok a szorongásos formák, melyek gyermekkori emlékeket ébresztenek fel, regresszió segítségével nyitnak utat a szorongás kialakulásának. A fóbiáknál a neurotikus folyamat két szakaszban alakul ki. Az első, amelyről eddig szó volt, a második, hogy a szorongás külső veszélyhez kötődik, és ekkor a külső veszély a félelmet okozó ösztöntörekvést helyettesíti. A felépített mechanizmus gyenge pontja, hogy belülről megtámadható, mert a belső veszély kivetítése nem lehet sosem tökéletes. Ugyanakkor a szorongási tárgynak a veszéllyel szimbolikusan van kapcsolata. „A fóbia tartalma körülbelül ugyanoly jelentőségű a fóbia számára, mint a nyilvánvaló álom az álom számára” (Freud, 1986. 334. old.).

Az eddig leírt elképzelések alkotják **Freud** (1986) első szorongáskonceptióját, melyet tíz évvel később, 1926-ban módosított (Lábadi, 2000) úgy, hogy a szorongás keletkezése a korábbi, az Énben megy végbe, ez váltja ki az elfojtást, és a belső veszély áttevődik egy külsőre (Freud, 1999).

Melanie Klein (1935, id. Fonagy, 2005) szerint a neurotikus állapotok a két pozíció, a paranoid és a depresszív pozíció pszichotikus szorongásaiból alakulnak

ki, melynek alapja a **freudi** halálösztön veleszületett szorongása, és ezt kedvező körülmények között az anyával kapcsolatos élmények mérsékelhetik, vagy módosíthatják, és így van rá esély, hogy a jó, pozitív élmények kerülnek túlsúlyba. A **kleini** modell szerint a neurotikus zavarok oka a megoldatlan depresszív szorongás.

Kernberg (1984, id. Fonagy, 2005) véleménye a neurotikusan szerveződő tünetekről, hogy azok alapja a valamennyire integrált, de elfojtott gyermeki szelfhez történő regresszió. Ő, a lelki szerveződés egységének a szelf- és tárgyrepresentációkat, illetve a köztük kialakult különféle érzelmi állapotokat tekinti, melyek mentén a mentális representációk alakulhatnak. Az említett affektív állapotok belsővé válásával alakulnak a pszichikus struktúrák, az érzelmi minőségének függvényében. A neurotikus személy tehát, képes a negatív és pozitív szelf- és tárgyrepresentációk integráció bizonyos fokára, de ez én és a felettes-én között konfliktus jön létre. A megjelenő szorongás annál intenzívebb, minél erősebbek és differenciálatlanabbak a kapcsolódó érzelmek.

A patológia spektruma iránya egy köztes szinten át a személyiségzavarokig juthat el ezen a módon. Főbb elhárítási formák ebben az esetben az elfojtás, és ahogy súlyosbodik a kép a hasítás. A gátlások gyengülnek, míg az impulzív készletek szerepe egyre nő, az én, mint pszichikus entitás nem stabil, a felettes-én sem integrálódott megfelelően (Flaskay, 1989; Fonagy, 2005).

Freud (1986) elképzeléseit, mint vezérfonalat tekintve szeretném kicsit egyberendezni az eddigi elméleteket, melyek jól összecsendenek egymással. Elmondhatjuk, hogy az anyával való kapcsolat, amely később mintája a többi szeretetkapcsolat alakulásának is, meghatározó a szorongás kialakulása szempontjából. Az anyától való elszakadás bizonytalanságot jelent a gyermek számára, amelynek első élménye maga a születés, de a gyermek fejlődése során is többször átéli ezt az élményt. Ha a későbbiekben ilyen szituáció fordul elő, a gyermek félelmét szimbólumokra vetíti, és később felnőttkorában is jól működik majd ez a projektív mechanizmus. Külön kiemelhető ebből a szempontból az elutasító és a túlóvó szülői magatartás. A megjelenő szimbólumok már kisgyerekként is lehetnek fóbiaszerűek, amelyek elővetíthetik a felnőttkori fóbiák megjelenését. A korai, múltbeli tapasztalatokra való érzelmi visszaemlékezés egy regresszív állapotot eredményez, amely, a fenti elméletek alapján, megkönnyíti a szorongás kialakulását, hiszen regresszív állapotban nem működnek, a már

egyébként jól működő énvédő mechanizmusok. A megjelenő élményben vannak objektív valós veszélyek is, de ezek szerepe jóval csekélyebb, mint a fantáziában megjelenő és belső eredetű veszélyeké. Így a külső okban a belső tényezők jelennek meg. A gyermekben, majd a későbbi felnőttben az őt ért események agresszív és egyéb indulatokat váltanak ki, melyet elfojtva szorongást él át. A helyzetben átélt szimbólumok jelentősége továbbra is hangsúlyos marad, a személy mintegy erre rátanulva alakítja ki a szorongás, már megfogható és nem belső, hanem külső tárgyát. A félelem tartalma mögött azonban dinamikus hatások állnak. Ahogy az álom is elfedi a látens álmogondolatokat, éppúgy a félelem, szorongás is elrejti tünetével a valódi érzéseket, amelyek a szorongás kifejeződése által manifesztálódnak. Ezt az eltorzított, helyettesítő tünetet elemezve felfedhetjük a szorongás valódi jelentését; amely **Hermann** (1984) megfogalmazásában gyakran épp a bizonytalanságból fakadó el nem engedés, a belekapaszkodás bizonyossága lehet.

Ebben az áttekintésben **Freud** első koncepcióját gondoltuk végig, mert ez az, amit zökkenőmentesen bele lehet illeszteni a többi elméletbe, magyarázatot adva arra is, hogy honnan erednek az agresszív vagy a kapcsolatban megformálódó szexuális érzések. Illetve ráírném a neurotikus problémáknak a szeretet és a gyűlölet szabályozásában fellelhető közös gyökerére. **Hamilton** (1996) szerint azonban bár az említett érzelmi szabályozás itt sem tökéletes, a neurotikus problémák esetében a bűntudat, depresszió jelenik meg inkább, és a hasítás helyett a pozitív és negatív élmények egyazon időben megélhetőek, egyszerre jelenhetnek meg, azonban a nem kívánt érzések elfojtás, elnyomás alá kerülnek, tudattalanok maradnak. Ennek oka, hogy a tárgykapcsolatok a neurotikus személyiségeknél kifejlődtek, a szelf és a tárgy differenciált, a jó és a rossz integrált, ahogy **Lyons-Ruth** (1991) említi a szeparáció funkcióinál, csak éppen az eltérő élmények egyszerre vannak jelen.

2.3 A szülői viselkedés és annak hatása a gyermek fejlődésére

A kötődés a gyermek számára a biztonság érzését nyújtja, melynek háttérén felfedezheti a világot. Ez a kötődési viselkedésen keresztül valósul meg (Fonagy, 2005), melyre a szülő egy következetes magatartással válaszol. **John Bowlby** (1969, id. Nagy, 2005) elmélete szerint a gyermekek ahhoz kötődnek, azzal

alakítanak ki tartós érzelmi köteléket, akik biztonságos háttérrel biztosítanak a számukra, és ez a korai anya–gyermek kapcsolat elsődleges funkciója is. Azt feltételezte, hogy létezik egy egyensúly a fizikai közelség kialakításában, amelyet a gyermek is irányít a veleszületett viselkedési minták segítségével.

Ugyanakkor a szülő a felelősség az egyensúly megfelelő fenntartásában, hiszen a szülő optimális pszichológiai és fizikai válaszkészsége az, amely segít a gyermeknek a biztonság élményét kialakítani és megtartani (Cole, 1998).

A kötődési készletet motivációja tehát **Bowlby** (1969, id. Nagy, 2005) szerint biológiai alapokra épül, ősi agyi területekhez köthető, és szorosan összefügg az exploráció és a félelem tapasztalatait feldolgozó rendszerekkel. A gyermek tapasztalatai az érzelmekkel együtt kognitív reprezentációk rendszerét építik fel, melyben a gondozó viselkedése jelenti azt a kiindulási bázist, amely segítségével aktívan kialakítja viselkedéses stratégiáit (Nagy, 2005).

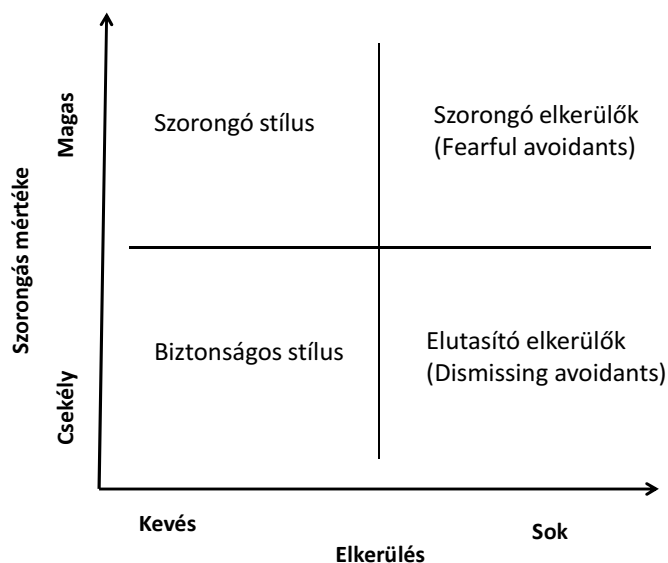
A kötődés és a kötődési viselkedés tulajdonképpen egy olyan stressz – szabályozó rendszer, melynek központi eleme a félelem, célja a kimenetel optimalizálása, segíti nem csak a védelemkeresést, hanem a megküzdés kialakítását is (Péley, 2010).

Ainsworth és munkatársai (1978, id. Nagy, 2005) **Bowlby** (1969, id. Cole, 1998) kötődés elméletét kísérletesen is igazolták, és ez alapján három kategóriát hoztak létre: a szorongó/elkerülő (A), a biztonságosan kötődő (B) és a szorongó/ellenálló (C) gyerekek csoportját (Cole, 1998). Majd **Main** és **Solomon** (1990, id. Nagy, 2005) kiegészítették ezt egy negyedik csoporttal, a dezorganizált (D) csoportba tartozó gyerekekkel, illetve kiterjesztették még a vizsgálatot a szülői magatartások megfigyelésére és lejegyzésére is.

Mikulincer (2003) munkáiban a kötődési stílust kétdimenziós modellben tudja elképzelni (lásd 3. sz. ábra), amely a kérdőívekkel is mérhető kötődési szorongás (attachment anxiety) és kötődési elkerülés (attachment avoidance) fogalmaival írható le, összhangban az eredeti kötődési, érzelemszabályozási elmélettel és a kapcsolati működésekkel. A hangsúlyt ő nem a mentális állapotokra, vagy az érzelmi tükrözésre helyezi, mint **Fonagy** (1998) és **Gergely** (1998), hanem a szülő – gyerek interakciókra, ahol a közelségkeresés sikere alakítja ki mind a kapcsolati, mind a kognitív érzelemszabályozó folyamatokat, és egyben az énről és a másikról alkotott vélekedéseket is. A közelség keresése veleszületett érzelemszabályozó folyamat és egyben elsődleges kötődési stratégia, a kötődési személye

rendelkezésre állása és elérhetősége a kulcsmozzanat ebből a szempontból. Az általuk meghatározott négy kötődési stílus ez alapján:

- biztonságos (közelség, komfortérzet, interdependencia, a támogatás keresésben kialakuló bizalom, a distresszel való konstruktív megküzdés jellemzi);
- szorongó (a kötődési biztonság hiányzik, erős a közelség iránti szükséglet, aggodalom jellemzi a kapcsolatot, és az elutasítástól való félelem);
- szorongó elkerülő és
- elutasító elkerülő kötődési stílus (a szorongó elkerülő és elutasító elkerülő közös jellemzői: hiányzik a kötődés biztonsága, a másikkal való érzelmi távolság dominál, hiányoznak a közelséget kereső stratégiák distressz esetén, és következetesen keresik a másodlagos kötődési stratégiákat⁹).



3. sz. ábra A kötődési stílusok **Mikulincer** és munkatársai (2003)

szerint

⁹ A másodlagos kötődési stratégiák esetében a cél nem a distresszt megoldó válasz keresése, hanem a kötődési rendszer kontrollálása (Mikulincer, 2003).

Mikulincer (2003) a procedurális tudás leírásához az ún. „biztonság alapú forgatókönyvek” (script) fogalmát használja (Waters, 1998, id. Mikulincer, 2003), amely a kötődési viselkedés aktivációját és dinamikájában érthető meg. A kötődési viselkedés szerinte három fő komponensből épül fel, ennek a második pontja kiemelt az említett forgatókönyv szempontjából:

1. A közelségkeresés (proximity seeking), amely az elsődleges kötődési stratégia aktiválásáért felel, és magába foglalja fenyegető események monitorozását és annak veszélyességi besorolását.

2. A biztonságkereső stratégiák (security – based strategies), melyek a külső vagy internalizált kötődési tárgy elérhetőségét kísérik figyelemmel. Ezek a kötődési biztonság és fejlődés egyéni különbségeiért felelősek, céljuk a distressz enyhítése, a személyes támaszok kiépítése konstruktív, rugalmas, reális módszerekkel. Általában rendelkezünk megfelelő forrásokkal és lehetőségekkel ennek a biztonságnak a megvalósítására, de ha nem, akkor viszont lehetőségünk van az aktuális helyzetnek megfelelő támogatás kidolgozására. A biztonságkereső stratégiák deklaratív és procedurális tudást tartalmaznak az énről, a másiktól és az érzelemszabályozás folyamatáról egyaránt. A deklaratív tudás a distressz leküzdhetőségével kapcsolatban optimista szemléletet tartalmaz, a másik jóindulatába vetett hitet és bizalmat és azt, hogy az én hatékonyan képes a fenyegetéssel megküzdeni. Ezek a vélekedések a biztonságos kötődés alapelemei, amelyek a kötődési személlyel megvalósított pozitív interakciók tapasztalataiból épülnek fel, és azt erősítik, hogy a disztressz és a külső akadályok kezelése megtanulható. A procedurális tudás alapja a már említett „biztonság alapú forgatókönyv” (Waters, 1998, id. Mikulincer, 2003). Ez egy olyan hipotetikus séma, amely szintén három megküzdési módot foglal magában: a distressz elismerését, a támogatás keresését és instrumentális problémamegoldást. A második lépés stratégiai elemei átfedést mutatnak a **Lazarus** (1986) által leírt érzelemfókuszú megküzdéssel, míg az instrumentális problémamegoldás a problémaorientált megküzdés elemeit tartalmazza. Ezek a tapasztalatok a közelségkeresés elsődleges stratégiáiból erednek, amely védelmet, támogatást és a distressz csökkenését eredményezik. A biztonságosan kötődő személyek megtanulják, hogy a negatív megterhelések kimutatása a másiktól támogató választ vált ki, hogy a saját aktivitásuk képes oldani a feszültséget, megtalálni a megoldásokat és egyben szabályozhatóvá tenni az érzéseket. A konstruktív és

hatékony szabályozás egyben meggátolja a nem adaptív megküzdési módok és primitív énvédő mechanizmusok megjelenését is.

3. A hiperaktiváció versus deaktivációs stratégiák (hyperactivating versus deactivating strategies) nevet kapta a harmadik stratégia, amely a közelségkeresés megvalósíthatóságát méri fel. Tulajdonképpen azt értékeli ki, hogy mennyire valósítható meg a reális megküzdés, ha a kötődési biztonság valami miatt sérül. Ez a stratégia akkor lép életbe, ha a közelségkeresés sikertelen vagy a személy túlságosan a kapcsolattól teszi függővé a védelmet, önmagát védtelennek érzi, érzelemszabályozása sikertelen, és ezért válik szükségessé a másodlagos kötődési stratégiák alkalmazása. Megtalálhatóak benne a serkentő, ösztönző és a gátló komponensek is, amelyek együttesen növelik a fenyegetés monitorozását, illetve elsősorban a kötődési személy nem-elérhetőségére fókuszálnak, mivel a negatív tapasztalatok dominálják a működését. Az elutasítás lehetősége jelenti a fenyegetést, ezért a rosszállás, az elhagyatottság legkisebb jelzésének észlelésekor a hiperaktivációs stratégia növeli a szorongó, érzékenyített figyelmi potenciált a kötődési személlyel kapcsolatban. Ez a működésmód kialakít egy olyan önmagát erősítő ördögi kört, melyben a megterhelés és a kötődési rendszer krónikus aktivitása interferál a nem kötődéshez kapcsolódó történésekkel is. A személy ilyenkor tévesen azt reméli, hogy ezáltal csökkenthető a belső feszültség, de ehelyett csak egy differenciálatlan, kaotikus mentális struktúra alakul ki. Ez a működésmód a magas kötődési szorongásértékkel rendelkező gyerekeknél alakul ki, amely együtt jár a fenyegető ingerek eltúlzásával, pesszimista, negatív önértékeléssel, a tárgyi és szociális világ működéséről alkotott katasztrofizáló hiedelmekkel. A kötődési személyekről és a kötődési viselkedésről kialakuló belső reprezentáció az aggodalmakra épül, akkor is, ha nincs semmilyen fenyegetésre utaló jel. Ez hosszútávon azt eredményezi, hogy még olyan esetekben is, amikor a közelségkeresés megvalósíthatónak látszik, a túl intenzív megközelítés, mint felnagyított aktivitás dominál, és minden erőfeszítést ebbe az irányba mozgósít. Fenyegetésre, amely lehet maga a szeparáció is, erőteljes készenléti állapotot alakít ki, amely még a pozitív érzéseket is azonnal felülírja és extrém módon negatívvá alakítja.

A deaktiváló stratégia, mint másodlagos stratégia, akkor jön létre, ha a személy a közelségkeresés miatt büntetést, vagy a jutalom elmaradását tapasztalja és a distresszt okozó helyzettel való megküzdést magára hagyottan, önállóan kell

megkísérelnie. Ekkor a viselkedés gátlása mellett az érzelmek és a kogníciók is gátlás alá kerülnek, a személy megküzdési repertoárja beszűkül, azok hiánya dominál. A személy célja a kötődési rendszer deaktiválása, hogy elkerülje a kötődési személy elérhetetlenségéből fakadó további frusztrációt, mely által a kötődési szükségletet is tagadja, igyekszik elkerülni a közelséget, intimitást, kapcsolati függést, próbálja lehetőség szerint maximalizálni a kognitív, érzelmi és fizikai távolságot is. Ezt a stratégiát azok a személyek részesítik előnyben, akik a kötődési elkerülés dimenzióban magas értéket érnek el, az említett alacsony intimitás mellett igyekeznek eltitkolni a fájdalmas gondolataikat, elnyomni a negatív emlékeiket, hiányzik a kognitív hozzáférés a negatív self-reprezentációkhoz, a negatív vonásaikat projektálják a környezet irányába, nem ismerik be a nehéz érzéseiket és az alapvető félelemérzetet is tagadják.

Oatley (2001) megfogalmazza, hogy a kötődési stílusokhoz jellegzetes érzelmi mintázat kapcsolódik, a biztonságosan kötődők képesek az érzelmek sokszínűségének megélésére és kimutatására, az elkerülők kisebb intenzitással tudták megélni az érzelmeket, a többiek pedig elsősorban a negatív érzelmeket tudták kifejezni.

Pereg (2004) a kötődési stílus és a negatív érzelmek szabályozásának összefüggéseit vizsgálta a memória és döntéshozás összefüggéseiben. Azt tapasztalták, hogy a szorongó kötődési stílusú személyek nehezebben hívják elő a pozitív érzelmi tartalmú információt, inkább a negatívát tudják használni. Az elkerülő kötődési stílusú személyek szintén a negatív érzelmi információkat tudják használni, de ekkor a pozitív emóciók egyáltalán nem játszottak szerepet, még pozitív érzelmek jelenlétében sem. A biztonságosan kötődők viszont a negatív értelmi tartalmak esetében is könnyebben mozgósítják a pozitív érzelmi tartalmakat, és képesek a hangulattal ellentétes kogníciókat előhívni. Összességében azt hangsúlyozzák, hogy a kötődési stratégiák hatással vannak az érzelmek és kognitív funkciók közti kapcsolatokra.

A közelségkeresést alapul vevő elmélet azt mondta, hogy a sikeres aktivitás együtt jár az érzelmi élményekhez való pozitív viszony kialakulásával, a distresszel való megbirkózás képességével, segít megtalálni a személyes erőforrásokat, tehát az érzelemszabályozás adaptivitását. A közelségkeresési sikertelenség maladaptivitást eredményez, a hiperaktivációs stratégia a kötődési rendszert

krónikusan aktiválja, míg a deaktivációs stratégia kontroll alatt tartja a kötődési rendszert, és ezáltal beszűkíti a kognitív és érzelmi lehetőségeket is.

Gergely és Watson (1998) a szülői érzelemreflektív reakcióikat nemcsak a közvetlen érzelemszabályozásban és ezáltal a kötődési mintázat alakulásában tartja fontosnak, hanem ezt egyfajta érzékenyítő tényezőnek is tekinti, amely által a gyermek képes lesz saját érzelmeinek azonosítására. Tehát ez reprezentációalakító funkcióval is rendelkezik, mely által létrejöhetnek az elsődleges, automatikus procedurális érzelmi állapotok másodlagos reprezentációi, létrehozva az éntudatosság alapjait.¹⁰

A **Fonagy** és munkatársai (1998) által képviselt modern kötődéelmélet kifejti, hogy a korai tárgykapcsolatokban szerzett tapasztalat, és annak érzelmi minősége hogyan befolyásolja egyrészt a gyermek mentális képességeit, másrészt ez által egy olyan reprezentációs rendszer kialakulását, melynek segítségével eligazodik a társas világban, kiválasztja azt, hogy mire fordítsa a figyelmét.

Az anyai érzelmi tükrözés, amely az anya–gyermek interakcióban jön létre, segít kialakítani az érzelmek magasabb szintű reprezentációját, de ha a visszatükrözött érzelem irreálisan eltúlzott vagy túlhangsúlyozott, akkor később a gyermek nem lesz képes affektusainak intenzitását szimbolizációval korlátozni, így a szorongásos tüneteket katasztrofális jelzésként élik meg, és elfoglalja őket a saját szorongásukra való összpontosítás. A folyamat gyökere a reprezentációs illesztés nem megfelelő működésében ragadható meg, így nem alakul ki megfelelő reflektív funkció és biztonságos kötődés sem a gyermekben (Fonagy, 1998).

A reprezentációs illesztés által az én és a másik képes kontrollálni a kapcsolatukban megjelenő reprezentációs állapotokat. Az anya tükrözi vissza a gyermek számára a gyermek érzelmeit, egy megszervezett formában, tehát a visszatükrözött állapot és a gyermek elsődleges állapota közötti különbséggel szervezi a gyermek magasabb szintű reprezentációjának kialakulását. Ha ez elmarad (rideg szülői magatartás), túlzottá válik (túlóvó szülői magatartás) vagy egyoldalúvá, a szelf–fejlődés folyamata zavart szenved (Fonagy, 1998).

¹⁰ A folyamat alakulásának lényeges eleme a kontingenciadetekció, melynek segítségével a gyermek perceptuálisan és kategoriálisan is csoportosítani tudja az érzelmi állapotra utaló ingereket. Ezek fiziológiai változásokat és automatikusan kioldható érzelmi reakciókat eredményeznek. További szükséges tényező a szülői külső, empátikus biofeedback ingerlés, amely a gyermek érzelemkifejezéseit tudja viselkedéses módon visszajelezni (Gergely, 1998).

A bizonytalan gyermekeknél sérül a reprezentációs rendszer, ezáltal a figyelmi folyamat, és így a szűrőrendszer is, nincs biztos támpont a világban való eligazodásra sem. A gyerek zaklatottá (anxius) válik, keresné a biztonságot, kapaszkodna a szülőbe, de nem tud. A félelmeit a személy vagy szimbolikussá alakítja, vagy projektálni fogja.

A mentális állapotok, a vágyak, vélekedések, érzelmek, gondolatok is változnak ebben a folyamatban, melynek segítségével a viselkedést és a pszichológiai élményeket megértjük, legyen az másnak tulajdonított, vagy a sajátunk. Érzelmi minősége fontos része a megértést lehetővé tevő mentalizációs képesség alakulásának, melynek segítségével a gyermek a másik személy felszíni viselkedésére képes reagálni, és saját maga is képes a saját elképzeléseire a másik vélekedéseiről, vágyairól, érzéseiről, terveiről reagálni. A másik személynek ezáltal tudatállapotokat tulajdonít, és így értelmessé teszi a másik viselkedését, ezért interperszonális helyzetekben rugalmasan és adaptívan tud válaszolni. Ezt a korai kapcsolatban sajátítjuk el, a mentális állapotok szülői visszatükrözése által, melyben a szülőkkel kialakított érzelmi kapcsolat minősége kulcsfontosságú (Fonagy, 1998).

A mentalizációs képesség minősége meghatározza a szelf szerveződésében megjelenő egyéni különbségeket az autonómia, az én-tudatosság a szabadság és felelősség területén. Ez képezi a szelf-élmény folytonosságának és koherens struktúrájának az alapját is, formát ad a szelf-szerveződésnek. Mivel nem tudatos, automatikus, nehéz észrevenni és korrigálni a benne megjelenő hibákat (Fonagy, 1998).

Egyben ez a bizonytalanság elleni védekezés a szeparációval fenyegető helyzetekben, serdülő-és felnőttkorban, fokozza a szükségletet a másik fizikai jelenlétére, mert az én-ézés élményét csak az által tudja kialakítani a személy, ha talál valakit, akire ki tudja vetíteni a korai kapcsolatból magával hozott befogadhatatlan, torzított „tükör-képet” (Target, 1998). Ez lesz tehát az az alapvető élmény, amely kiváltja azt a mechanizmust, amely a félelmek kialakulásának alapkövévé válik.

Így látható, hogy azok a gyerekek, akiknél nem alakul ki a biztonságos kötődés, nagyobb mértékű szeparációs szorongást élnek át, főleg a szorongó-elkerülő és a szorongó-ellenálló gyerekek (Cole, 1998).

2.3.1 A szorongás és a szülői viselkedés kapcsolata

A szerető vagy emocionálisan meleg viselkedés (Ranschburg, 1998a, 1998b) a gyermek elfogadására, megértésére helyezi a súlyt, a szülő odafigyel a gyermekére. A biztonságos kötődés kialakulásának légköre ez, ahol a gyermek viselkedésében megjelenhet a szorongás és a stressz érzése is. A **mahler**-i szimbiotikus fázisból kialakuló bizalomteli elvárások megerősödnek (Horváth, 1983), de nem a **Mahler** (1987) által elképzelt úton alakul a baba érzelemszabályozása a szeparáció-individuáció folyamatában, hanem komplexebb módon. A szeparációs szorongás nem önmagában jelentős, hanem a kapcsolat minőségében. Ha a szülő reakciója a szorongásra megfelelő, akkor elviselhetővé válik, mert a reprezentációk kialakulásában jelen vannak a pozitív és a negatív érzések is (Lyons-Ruth, 1991).

Az előző részben említett kötődési készlet biológiai alapjairól már **Bowlby** (1969, id. Nagy, 2005) is beszélt, amely során a gyermek az érzelmi tapasztalati segítségével kognitív reprezentációk rendszerét alakítja ki. Ma már tudjuk, hogy a biztonságos kötődés a jobb féltekei szabályozó folyamatokat¹¹ és a limbikus rendszer és az amygdala működését erősíti, amely a negatív érzelmek hatékony szabályozását eredményezi. Az adaptív érzelemszabályozás a biztonságos kapcsolatban bontakozhat ki, amelynek jelzései, mint pl.: szemkontaktus, a megkapaszkodás igénye, a társ keresése idegrendszeri aktivációs folyamatokat indítanak el és erősítenek meg. **Mikulincer** (2003) ezért azt hangsúlyozza, hogy az érzelemszabályozás egyik legfontosabb kiindulópontja a kötődési személy elérhetősége.

Amennyiben az anya-csecsemő-viszony affektív színezetében megjelenik a szorongás, a fejlődő gyermek vonatkoztatási kerete, célpontjainak kiválasztása, exploratív bátorsága a bizonytalanság miatt csorbát szenved (Fonagy, 2005).

A szorongó személy azonban a veszélyt túl, önmagát pedig alábecsüli, és ennek viselkedéses megnyilvánulásait felerősítik, hogy a gondozó vagy később a társ megfelelő reakcióját kiváltsák, miközben saját kétségbeesésükre összpontosítanak (Fonagy, 2001). A gyermekkorban kialakult függőségi motívum, amely lehetővé tette a szeparációs szorongás kialakulását is, arra ösztönzi a gyermeket, hogy elismerést és figyelmet keressen a szülőnél. Ha ezt valamilyen okból nem találja

¹¹ A bal féltekei aktiváció szabályozza gátló mechanizmusok segítségével a jobb félteke negatív érzéseit, és segítik a pozitív érzelmek megjelenését (Davidson, 2002).

meg, akkor erős feszültség jön létre, amely ellenérzéssé alakulhat. Az elutasító szülő nem képes reagálni igényeire, hiszen rideg, és a túlóvó szülő sem képes a kellő figyelmet megadni, önmagával, önmaga bizonytalanságával van elfoglalva, nem a gyermek igényeivel. Ekkor a gyermek viselkedése a nyílt agresszió és a szorongás irányába fejlődhet tovább. A nyílt agresszió kialakulhat abban az esetben, ha a szülő elutasító, hiszen a gyermeknek nem sugall semmi rá irányuló szeretetet, még hamis szeretetet sem, ez az út ezért általában nem vezet szorongás kialakulásához (Ranschburg, 1998a).

Az overprotektív szülői attitűd viszont tudatos szinten szeretetet sugall, hiszen a szülő többnyire túlzott féltésről, számol be, metakommunikatív jelzései intimitásra, dependenciára, túlóvásra utalnak, és ezek keverednek az ellenállás jegyeivel (Cole, 1998), mivel a gyermek iránti ellenséges érzései büntudatot keltenek benne, és ez jelenik meg az aggodalmaiban (Bagdy, 2002). Az anyai szerepben való bizonytalanság is kiválthatja ezt a mindkét fél számára terhes helyzetet, melynek állandó feszültsége nehezen viselhető el, illetve az anya kapcsolati problémái és a saját szeparációs félelmei is okozhatják, mintegy reakcióképzésként a túlzott féltést (Ranschburg, 1998b).

Ez az örökös aggodalom az anya szorongását is csökkenti, de közben nem ismeri fel a gyermek igényeit, ezért nem tudja a gyermek elvárásait teljesíteni. A szülő ezzel szorongást közvetít a gyermek felé, és aggodalmas gondoskodásával frusztrációnak teszi ki (Bagdy, 2002).

Ezért a megjelenő agresszív gyermeki indulatokat nem lehet levezetni, megjelenik a szorongás, amely mögött azonban megmarad az agresszió a szülő felé, de kénytelen elfojtani azt. Hiszen a gyermek szereti a szüleit, és ezért a két ellentétes érzés ambivalenciáját nem tudja összeegyeztetni, így az elfojtás, mint elhárítás marad a számára. Mivel a gyermek azt éli meg, hogy ő milyen hálátlan, ezért önmagát is megveti. Azt tapasztalja önmagáról, hogy a szülői szeretetért cserébe haragot, agressziót érez. Itt tehát egyszerre két folyamat zajlik a gyermekben, a szeparációs szorongás miatti védekezés az egyik, és ezt még fokozza a közben végbemenő énléérékelés, az én devalválása is. Később a serdülőkorban ezek a szorongások elmélyülhetnek (Ranschburg, 1998b). Ezt támasztják alá a Felnőtt Kötődési Interjú módszerével kapott eredmények is, ebben a korban az ilyen személyek haragot vagy passzivitást mutatnak a kötődési személyekkel (Kaplan, 1985, id. Fonagy, 2001).

Mindehhez járul még **Hermann Imre** (1984) szerint a szorongás két sajátos tulajdonsága, „a múlt visszatérése és az objektív valóság felcserélése képzelt valósággal” (Hermann, 1984, 175. old.). Így már nem is az objektív tények lesznek a meghatározóak, a kognitív feldolgozás folyamatában nem az aktuális ingerek vesznek részt, hanem a személyes élmények alapján átélt érzelmek válnak meghatározóvá.

A túlóvó, elárasztó szülői magatartás és a szeparációs élmények hatásával több tanulmány is foglalkozott. **Webster** 1953-ban (id. Mathews, 1982) összehasonlította az agorafóbiás betegeit a pánikbeteg és a konverziós hisztériában szenvedő betegeivel, és azt tapasztalta, hogy az agorafóbiásoknál 96%-ban, a többi csoportban 44%-ban fordult elő dominánsan túlóvó szülői bánásmód. Azonban ezekben a vizsgálatokban nem volt megfelelő kontroll csoport és objektív mérőeszközök sem, ezért ezek alapján nem lehet levonni valós következtetéseket.

Capelli és munkatársai (1989) eredményeiből az derült ki, hogy minél nagyobb az overprotektív szülői magatartás mértéke, a gyermekek annál kevésbé voltak önállóak, annál kevésbé voltak fejlettek és hatékonyak a megküzdési stratégiáik, és annál kevésbé volt fejlett a pszichoszociális alkalmazkodási módjuk.

A szülői viselkedéshez zárásként, a nemek közti különbséget foglaljuk össze az érzelemkifejezés kapcsán. A nők érzelemviselkedése kulturálisan és evolúciós szempontból is eltérő a férfiakhoz képest. A női kapcsolatorientált érzelemkifejezése teszi lehetővé a hatékony, anya – gyerek viszonyban megvalósuló, korábban részletesen kifejtett érzelemkommunikációt. A férfi/apa funkciója a gyermekkel való kapcsolatban inkább a negatív emóciókon keresztüli szabályozás (Tisljár, 2010). A szülői viselkedésben megjelenő nemi különbségek, az azokban bekövetkező esetleges zavar szintén hatótényező lehet a mentalizációs folyamatok alakulásában. **Reitman** (2010) szülői viselkedés és szorongás összefüggéseit kutató vizsgálatában azt találta, hogy ha a fent említett szülői funkciók megcserélődnek, az jó előrejelzője a serdülőkorban megjelenő szorongásnak. Azaz, ha az anya veszi át a szabályozó, kontroláló funkciót és az apai magatartás az érzelmileg elfogadó attitűdöt tükrözi, az mind a fiú, mind a lánygyermekek esetében növeli a szorongás kialakulásának esélyét, bár az együtt járás csak a lányoknál volt szignifikáns.

2.4 Szorongásfejlődés

Rövid áttekintést szeretnék adni a szorongásfejlődés alakulásáról, mivel azonban a leírt tényezőkhez minden esetben hozzátartozik, hogy számottevő egyéni különbségek vannak mind a pszichofiziológiai reaktibilitás, mind a temperamentum bizonyos tényezői, mint például a félnkség és az introverzió, vagy a negatív életesemények hatását tekintve (Vetró, 1996), ezért előtte az egyéni esékenység legáltalánosabb kognitív mintázatairól esik szó.

Davidson (2002) affektív stílus fogalma kapcsolódik még ide, amely képes megragadni az egyéni különbségeket az érzelmekre adott reaktivitás kapcsán, a fogalom az adott személy érzelmi válaszait és érzelmi regulációját jellemzi.¹²

Az általános szorongásszint, mellyel rendelkezünk, számos tényezőtől eredhet, melyre az életünkben bekövetkező események alapján teszünk szert, és csirái már a születés utáni időszakban megfigyelhetőek (Comer, 2000). A vonásszorongás klasszikus **Allport** – i (1937, id. Ender, 2001) definíciója szerint egy általános, tartós predispozícióról van szó, amely a különféle szituációkban megjelenő következetes reakciómódot ragadja meg. Azonban ez nem egy abszolút érték, inkább egyfajta koherens és jellegzetes viselkedéses válasz, amely a személyre jellemző tulajdonság. Az ún. állapotszorongás tulajdonképpen azokat az egyéni különbségeket tükrözi, ahogyan a világot és az eseményeket észleljük, és ahogyan erre reagálunk. **Spielberger** (1983, id. Rachman, 2002) ennek a két szorongásszintek a mérésére fejlesztette ki a State-Trait Anxiety Inventory (STAI) önkítöltős kérdőívet.

A katasztrófizáló kognícióknak központi szerepük van a szorongások alakulásában (Tortella-Feliu (2010), ezen belül is a pánikzavarok megjelenésében, így a szorongás érzékenység (anxiety sensitivity) (lásd: III. 2. 6.) fogalma hasznos részét képezi a kognitív felfogásnak, mely olyan testi szenzációkat takar, amelyek lehetséges káros, megzavart működése fizikai vagy pszichológiai következményekkel járhat (Rachman, 2002).

Biederman (2007) követéses vizsgálatában, melyben 151 család 233 gyermeke

¹² Az affektív stílus négy összetevője: az érzelmi reaktivitás küszöbe, az érzelmi válasz csúcsamplitúdója, a csúcsamplitúdóig eltelt idő, valamint a felépülési idő. Az felsorolt idői jellemzőket affektív kronometriának is nevezik, mely a prefrontális kéreggel (PFC) és PFC féltekei közti munkamegosztással és az amygdalával áll összefüggésben. Elektrofiziológiai mérésekkel azt mutatták ki, hogy a PFC asszimétriája jó előrejelzője a negatív érzelmi ingereket követő felépülési idő hosszának (Davidson, 2002).

vett részt, azt találta, hogy a gyermekkori szeparációs szorongás szignifikánsan növelte a pánikzavarra való esélyességét, főleg, ha a szülők között depresszió vagy pánikzavar is előfordult.

Doerfler (2007) eredményei azt mutatták, hogy a diagnosztizált szeparációs szorongásos zavarban szenvedő fiatalok és a komorbid pánikzavarban szenvedő fiatalok nem különböznek az átélt szeparációs helyzetek számát tekintve. Illetve a szerzők szerint lehetséges, hogy a szeparációs szorongás a pánikzavar gyermekkori megjelenési formája.

Preter és **Klein** (2008) szerint mind a hirtelen veszteségek, gyász és a gyermekkori szeparációs szorongás fontos előzményei a „spontán” kialakuló pánikrohamnak. Mindezek a fulladást jelző rendszer téves riasztásával, a megjelenő légszomjjal és az ezt befolyásoló endogén opioid rendszerrel összefüggésben állnak.

A szorongásos folyamatok, kogníciók növelik a pánik megjelenésének valószínűségét, melyek általában növelik a szorongást, kialakítva ezzel egy öfenntartó folyamatot (Margraf, 1988).

Nyolc hónapos kor körül jelenik meg a szeparációs szorongás, majd kb. húsz hónaposan a gyermek éjszaka felriad, ez a sötétség-és térfóbia egyik alaptapasztalata, mert vizuális ingerek hiányában az egyéb érzékszervi tapasztalatok jelentősége megnövekszik, ehhez adódik **Hermann** (1984) szerint, hogy a gyermekek eidetikus látása fejlettebb. Ezért a fantáziaműködés, a sötétben való tájékozódás képtelensége és az alvás előtti szomnambul állapot, az eidetikus látás és az egyéb testi szenzációk összessége adja minden egyéb fóbia alapját (Nemes, 1987).

Háromévesen a gyermek fél a nagy állatoktól, amely a rossz tárgy jelenlétét szimbolizálja, és a sötétségtől, amely a jó tárgy hiányának érzetét kelti. Ez az élmény az analitikus felfogás szerint szintén döntő a későbbi pánikos félelmek megjelenésében. Ezeket az érzéseket a mesék segítenek legyőzni, illetve segítik az archaikus szorongások megnevezését, objektivációját (Nemes, 1987).

A kisgyermekkori rémálmok serdülőkorban újra megjelennek, melyek olyan tipikus jeleneteket tartalmaznak, mint például menekülési útvonalak, melyek elzáródnak, zárt terekben való bolyongás, stb. Ezt egészítik ki a tárgyvesztéstől való félelmek, és a tárgyvesztéses élmények, mint érzékenyítő események (Nemes, 1987).

A modern kötődéssel foglalkozó kutatók eredményei szerint a serdülőkor szorongásos zavarok az elkerülő csecsemők 70%-ánál jelennek meg (Warren, 1997, id. Fonagy, 2005), illetve a bizonytalan kötődés rizikófaktorként szerepel a későbbi depresszió illetve szorongásos zavarok kialakulásában (Fonagy, 2005).

Ha a bizalom szimbiotikus átélése sérül valamilyen módon, akkor sérül az én és a másik elkülönülése. A sérülés olyan veszteséget és hiányélményt eredményez, amely fenntartja a segélykérő viselkedést (Haraszti, 1995a; Hermann, 1984; Klein, 1987; Kopp, 1992) a valakihez való menekülés igényét.

A személy célja a biztonságosnak vélt szimbiózis megélése lesz, ahol még nincsen jó és rossz, ahol a környezet az én része, és megvan a biztos kapcsolat élményének legalább az illúziója (Kállai, 1992–93). Ezért szenvednek zavart a szeparáció mentén alakulni próbáló határok, mert a kapcsolat nem egyértelmű, veszélyes az elkülönülés élménye, amelynek a potenciális tér betöltésével kellett volna kialakulnia (Winnicott, 1999). De mivel ez nem jött létre, ezért a megközelítés és elkerülés szimbolikus kétségeit a valós térbe projektálva éli meg (Kállai, 1998a).

Ennek a mintának az alapjaira helyezve úgy vélem a többi elmélet egységes keretbe foglalható, és látható, hogy bár a szeparáció jelentős tényező, mert ez az élmény aktiválja a folyamatot, igazából a kapcsolat minőségében fontos, és hogy ez csak egy részét adja a sok összetevőből álló egésznek.

2.5 A serdülőkor és az életkori krízisek szerepe

„Az ifjúságtól jókedvűen kell búcsúzni.”

Márai (1998, 126. old.)

A serdülőkor többször szóba került már, - egyrészt, mert úgy tűnik, mélyítheti a szeparációs szorongásokat, másrészt a kisgyermekkor szorongásos álmok is visszatérnek ebben az időszakban. Az is tény, hogy a legtöbb szorongásos zavar és ezen belül a pánikzavar általában serdülőkorban jelentkezik (a tünetek 80%–a 18 és 25 év között alakul ki) (Gádos, 1996; Haraszti 1995a). Miért lehet ennek az életkornak ilyen kitüntetett szerepe? Egyrészt elképzelhető, hogy az ekkor

bekövetkező hormonális változások is befolyásolják a tüneteket, de az is lehet, hogy azért, mert a személyiség alakulásában van fontos szerepe.

Ha az ember egyedfejlődését összehasonlítjuk más fajok fejlődésével, akkor látható, hogy humán jellemző a relatíve hosszú gyermek- és serdülőkor, és ez szükséges számos alkalmazkodást segítő kognitív képesség megjelenésében. A serdülőkorban lezajló maturáció részben genetikailag meghatározott, de a tanulási folyamatok is elengedhetetlen részét alkotják. Mindezek a tényezők irányt adva kanalizálják a megvalósuló viselkedést, a gének által adott lehetőségek kifejeződésének kontextust teremtve lehetőséget adnak (Bereczkei, 2010). A számos, elsősorban hormonálisan lezajló változás ebben az életkorban kifejezett és aktívan lezajló változásokat eredményeznek, amelyeket az serdülőkorra jellemző krízisek kapcsán is meg tudunk ragadni.

A serdülőkorban **Anna Freud** (1994) szerint újraélednek a legprimitívebb szorongások is a biológiai változások megjelenésekor, bár ezt a későbbi empirikus kutatások nem erősítették meg (Fonagy, 2005).

Ugyanakkor serdülőkorban történik meg a gyermekkori szexuális fejlődés összegzése, melyben a genitális tendenciáknak kell győzniük a részösztönök felett, és integrálódnia kell a testképbe. Ehhez az Ödipusz – komplexum sikeres, identifikációval való megoldása szükséges. Ha a pregenitális vágyak uralkodóak maradnak ebben a folyamatban, akkor a szexuális fantázia és a test elutasítódik, mert regresszív vágyak forrásává válik. A partnerkapcsolat tárgya nem megfelelően alakul, homoerotikus kötődés is hozhat boldogságot, de ez elakadás ebben a tekintetben, és megjelenhetnek sadomazochisztikus tendenciák. A testhez való viszony a leglassabban leváló fejlődési vonal, így ha elakadás jön létre, annak enyhébb formái mellett megjelenhet a szülőtől való távolság a szorongás és üresség érzése mellett, megjelenhetnek azonban visszalépések is, önbüntető tendenciákkal (Koller, 2006).

Aztán a következő időszak a kamaszkor és a felnőttkor közti átmenet szakasza, amely az individualizáció első komoly mérföldköve.

A következő időpontban a szülővé vált személynek kell újra önmagára találnia, hiszen a gyermekek ekkor repülnek ki a családi fészekből (Haraszti, 1995a), illetve a menopauza idején újra bekövetkezik a szexualitás alakulásának összegzése, de ekkor már negatív előjellel (Koller, 2006). Végül az időskor idején újra változtatni kell az életformán, a szokásokon, amely a nyugdíj elérésével együtt jár. Ezek mind–

mind kihívásokat, elbukásokat, szeparációt, változásokat és valamelyest bizonytalanságot rejtenek magukban, amely életre hívhatja a korábbi félelmeket, kötődési és leválási élményeket. Természetesen, ezek az időpontok nem kizárólagosak, hiszen bármikor bekövetkezhet egy párkapcsolati, vagy más hasonló dinamikájú krízis, amelyre ilyen tünetekkel reagál az egyén (Haraszi, 1995a).

A klinikai tapasztalat szerint a kialakulás gyökerei a gyermekkorra vezethetőek vissza, de bizonyos élethelyzetek aktiválják ezeket a diszpozíciókat (Beck, 1999).

A fent említett szakaszok és krízisek jól rímelnek **Erikson** (1991) pszichoszociális fejlődésméletére. A kiemelt életkorok megfelelnek az általa leírt pszichoszociális krízisek időszakának, amikor is a változás időszakában a személy sérülékenyebb, és a szeparációs félelmek és tapasztalatok felbukkannak, mint ahogyan azt a bűvópatak hasonlatában **Erikson** (1991) is szemléltette. Azért olyan, mint a bűvópatak, mert a konfliktus nem ér véget, akkor sem, ha sikerül az adott élethelyzetben megoldani, hiszen az élet folyamán, különböző módon és formában újra megjelenhet.

Így tehát, a leírt tapasztalatok szintén azt a feltevést erősítik, hogy a szeparációs félelmek, a kötődési mintázatok és az arra való emlékezés, döntően befolyásolja a szorongásos zavarok megjelenését.

2.6 Szorongásérzékenység (anxiety sensitivity, AS)

„Az egyetlen dolog, amitől félnünk kell, az maga a félelem.”

F. D. Roosevelt

A korábban már említett (III. 2. 4.) szorongásérzékenység (anxiety sensitivity, AS) olyan kogníciók összessége, amely a szorongásos zavar kialakulásában kulcsfontosságú szerepet tölthet be. A szorongásos betegségek kapcsán a vulnerabilitást és az egyénre jellemző pszichofiziológiai reaktibilitást hivatott prediktív módon megragadni.

A jelenséget többnyire úgy definiálják, mint a szorongáshoz kapcsolódó testi tünetektől, illetve magától a szorongástól való félelem érzetét, amely abból az elképzelésből fejlődik ki, hogy ezek a tünetek negatív pszichés, fizikai és szociális hatással vannak az egyénre (Bernstein, 2006; Cox, 2001; Deacon, 2006; Kotov,

2007; McNally, 2002; Reiss, 1985; id. Olatunji, 2005, 2009; Tull, 2009). Tulajdonképpen a kellemetlen testi szenzációt megéltó egyén a szervezet jelzését hibásan értelmezi, amely elindítja a szorongásos tünetek erősödését is. Ezáltal egyre inkább előtérbe kerülnek azok a vizsgálatok, melyek azt hangsúlyozzák, hogy az AS jó előrejelzője a szorongásos zavarok megjelenésének. **Maller és Reiss** (1992, id. Steinman, 2010) szerint a magas szorongásérzékenység ötszörösére emeli a szorongásos zavarok kialakulásának rizikóját. **Schmidt** és munkatársai (2008) megfogalmazása szerint az AS és a szorongás tünetek megjelenése közt kimutatható szignifikáns összefüggés a maga nemében páratlannak mondható. **McNally** (2002) ehhez kapcsolódóan hangsúlyozza, hogy az AS alapvetőbb, mint a fóbiák vagy más konkrét helyzethez köthető félelmek, mivel motivációs háttérét adja minden olyan helyzet elkerülésének, amelyben a személy félelmetes ingerrel kerül szembe. **Carleton** (2007) a félelem negatív értékelése, a betegségek, sérüléstől, fájdalomtól való félelem mellett, a bizonytalansággal kapcsolatos intoleranciát is kiemeli. Méréseik alátámasztják, hogy a katasztrófizáló gondolatok megjelenésében a bizonytalanság megélése összekapcsolódik a szorongásérzékenység jelenségében is.

Az AS nem csak a szorongásra és depresszióra való érzékenység közti különbséget írja le, de alapvetően olyan konstruktum, amely képes megragadni az egyéni különbségeket egy olyan jelenség szempontjából, amely valamilyen mértékben minden emberben megtalálható. Hiszen egy univerzális, veleszületett jelenségről, a félelem érzetéről van szó, amely minden ember sajátja, a különbség csupán mennyiségi. Nemzetközi összehasonlító vizsgálatok alapján a jelenséget két diszkrét részre osztják: a patológiás és normatív szorongásérzékenységre, melyek inkább kategoriális, mintsem dimenzionális különbséget foglalnak magukba (Bernstein, 2006). Az előbbiekhöz a válaszadók kb. 10 – 20%-a tartozik (Taylor, 2008).

Cox (2001) azt hangsúlyozza, hogy a pánikrohamok erősíthetik a szorongásérzékenységet, amely magyarázat lehet arra, miért a pánikzavartól szenvedők érik el általában a legmagasabb pontokat az AS mérésekor. Ugyanakkor a szorongásra érzékenyebb személyek diagnosztikus interjúja után az derült ki, hogy a vizsgált személyek csupán 55%-a élt meg korábban valódi pánikrohamot, és a magasabb pontszámok háttérében nem kizárólag ez a tapasztalat húzódott meg. Arra a következtetésre jutott, hogy az AS csak részben felelős a pánik

kialakulásáért, és ebben a tekintetben a diatézis kérdése összetettebb. A katasztrófizáló kogníciók szerepét ő is kiemeli. Összességében azt mondja, hogy nem pusztán a szorongás vagy a szorongástól való félelem az, amit megismernek az eredmények által, hanem a szorongásérzékenység mérésekor ennél sokkal szélesebb értelmezési keretben szereznek információkat a kutatók, amely a korábban megfogalmazottnál egy jóval általánosabb reaktibilitás. Ha a személyiség ötfaktoros modelljében gondolkozunk, akkor ez a neuroticizmus olyan oldala, amely a stresszel kapcsolatos általános vulnerabilitást is megragadja a pánikhoz kapcsolódó szorongás előrejelzésében. Kapcsolódó következtetése és kritikája is, hogy nemcsak a vulnerabilitás vélt összetevőit érdemes kutatni, hanem a protektív vagy mediáló tényezőket is, amelyek lehetővé teszik, hogy a szorongásérzékenység magas értéke ellenére sem alakul ki minden ebbe a csoportba tartozó személynél pánikzavar.

Calkins (2009) szintén ezt a gondolatmenetet viszi tovább, hangsúlyozza, hogy a diatézis – stressz modell a különféle rizikótényezők interakciójából épül fel. Kizárólag nőkből álló populációt vizsgálva nem sikerült alátámasztaniuk azt az állítást, mely szerint a megélt negatív életesemények jelentik azt a mediáló szerepet betöltő stresszforrást (Melchior, 2007, id. Calkins, 2009), amely a szorongásérzékenységgel együtt előrejelzi a szorongásos tünetek megjelenését. A diatézis kapcsán az AS és a neuroticizmus bizonyult szignifikánsan prediktív tényezőnek, a konkrétan átélt megterhelő életesemények helyett.

A vizsgálatok azt mutatják, hogy a szorongásérzékenységnek genetikai háttere (Schmidt, 2008) is van a főleg korai, tanult tapasztalatok mellett, ezért egyre többen definiálják veleszületett temperamentumként, mely szorongásos zavarok kialakulását predisponálhatja (öröklődési koefficiens .45) (McNally, 2002; Olatunji, 2009; Tull, 2009). **Taylor** (2008) eredményei árnyaltabbá teszik a jelenséget: 245 monoizigóta és 193 dizigóta ikerpárt vizsgált. Eredményének tükrében elmondhatjuk, hogy a szorongásérzékenység etiológiája összetettebb, mint ahogy korábban gondolták. Férfiak esetében nem kaptak genetikai összefüggést, csak környezeti tényezők¹³ befolyásoló hatását sikerült kimutatni. Nők esetében az örökletességi együttható szignifikánsan növekedett az AS értékeivel együtt, a

¹³ Környezeti tényezőkön ebben az esetben az arousal változáshoz kapcsolódó testi szenzációk veszélyességéről és ártalmosságáról alkotott hiedelmek tanult, tapasztalatokon nyugvó megerősítő hatását értik a szerzők.

közepes AS értékekkel rendelkező hölgyekhez képest. Összességében a nőknél sikerült kimutatni a környezeti tényezők és genetikai okok befolyásoló hatását a szorongásérzékenység minden faktorában. Ezek az eredmények azért is érdekesek, mert a genetikai hasonlóság a nemek közt jelentősebb, mint a különbség, amely arra enged következtetni, hogy a gének expressziójában lehet az eltérés. A közvetítő mechanizmus még nem ismert, de a pubertásban megjelenő tünetek felvetik a nemi hormonok szerepét, amelyek növelhetik a szorongás megjelenésének genetikai valószínűségét.

A szülői viselkedés és szorongás kapcsolatával a III. 2. 3. szakasz foglalkozott részletesebben. A szorongásérzékenység kapcsán is lényeges a szülői magatartásra befolyásoló szerepére visszautalnunk, mivel az anyai tükrözés nem kielégítő volta adja az egyik alaptapasztalatát a katasztrófizáló gondolatok kialakulásának. Ha nem megfelelő a reprezentációs illesztés vagy elmarad az esetleges pl.: rideg szülői attitűd miatt, akkor a mentális állapotok alakulása is zavart szenved.

Scher (2003), ha nem is ilyen integrált formában, de lényegileg erre a működésmódra utal vissza, amelynek kapcsán arra a következtetésre jut, hogy a szorongásérzékenység tulajdonképpen megfogalmazható belső munkamodellként, amely a kora gyermekkorban megélt pszichológiai distressz kapcsán alakul ki. Két szülői mintát emelnek ki, az egyik a rideg, elutasító a másik a fenyegetéssel túlkontrolláló viselkedésmód (Reitman, 2010; Scher, 2003).

Hipotézisük szerint mindkettő olyan negatív tapasztalat, amely szerepet játszik az AS kialakulásában és nem csak a szülő által kiváltott, hanem az aktuális jelenben átélt emocionális megterhelések kezelésében is megjelenő tényező. Eredményeikben a fenyegetéssel túlkontrolláló magatartás összefüggést mutatott a szorongás tüneteivel. A rideg szülői viselkedés a depresszív tünetképződésre való hajlam mellett, a legerősebb prediktora az AS részét képező „gondolatok feletti kontroll elvesztésétől való félelem” - faktornak. Eredményeiket úgy fogalmazták meg, hogy az AS nem más, mint a gyermekkori tapasztalatok és az érzelmi distressz közti közvetítő folyamatok összessége, mely lényeges elem a jelenség etiológiájában (Scher, 2003).

Az eddig leírtakat támasztja alá **Schmidt** (2010) vizsgálati eredménye, aki 9 – 13 éves gyerekek szorongásérzékenységét egyéves utánkövetéses periódusban elemezte. Az elméletek alapján a szorongástól való félelem relatíve stabil kognitív

vélekedérendszeret alkot, amelynek prediktív és tartós voltát már ez a 12 hónapot magába foglaló időszak is bizonyította.

A vulnerabilitás kialakulásában szerepet játszó tényezők közé tartozik még a vigilanciában bekövetkező érzékenyítettség, illetve a testi szenzációk érzékelésében bekövetkező egyoldalú információfeldolgozás (Tull, 2009). **Steinman** (2010) is ezt a kognitív torzítást emeli ki a szorongásérzékenység kapcsán. Kognitív viselkedésterápiás tapasztalataik is alátámasztják, hogy a magas AS-sel rendelkező, rizikócsoporthba tartozó személyeknél végzett kognitív intervenciók eredményesek, és az AS értékben is mérhető változással járnak, bár ennek időbeli tartóssága még nem bizonyított.

Az AS pozitív együtt járást mutat elsősorban a pánik avarral (Calkins, 2009; Cox, 2001; Deacon, 2006; Kotov, 2007; Olatunji, 2005, 2009; Plehn, 2002; Schmidt, 2008), illetve prospektív adatok szerint a pánikrohamok kialakulásában is szerepet játszik (Olatunji, 2005, Tull, 2009). A szorongásérzékenység szintje magasabb azoknál a személyeknél is, akik átéltek pánikrohamot pánikzavar kialakulása nélkül. A különféle megközelítéseket alkalmazó vizsgálatok, akár pániktünetek provokálását, akár a prospektív kutatásokat nézzük, egyre inkább megerősítést nyer a tény, hogy az AS kiemelt szerepet tölt be a pánikzavarok kialakulásában és fennmaradásában (Cox, 2001).

A szorongás szempontjából alacsony érzékenységgel bíró személyek a fiziológiai reakciókat csak kellemetlennek értékelik, míg a magas értékeket adó személyek ugyanezeket az érzeteket félelmetesnek és fenyegetőnek minősítik (Kotov, 2007). Ez egybevág azzal a tapasztalattal, mely szerint a szorongásérzékenységet mérő kérdőívek használhatósága a testi tünetek érzékelésén alapszik. A teoretikus háttérrel elsősorban a pánikzavarok kognitív elmélete biztosítja, amely a katasztrofizáló gondolatok és a szomatikus reakciók félreértelmezésének patogenezisben játszott szerepét emeli ki (Deacon, 2006). Ennek ellenére fontos kihangsúlyozni, hogy az AS fogalma tágabb, mint a szorongás kognitív szintje.

Megemlítendő, hogy ismétlődő stresszek kapcsán kialakulhat az ún. anticipátoros (elővételezett) szorongás is, és ennek következtében a fenyegetőnek tartott helyzetet elkerülő viselkedés, amely azonban nem keverendő össze a szorongásérzékenységgel (McNally, 2002).

2.6.1 Negatív affektivitás (NA) és szorongásérzékenység (AS)

A biológiai, viselkedéses és etiológiai modellek számos szorongást, félelmet befolyásoló tényezőt említenek. A szorongásérzékenység mellett a negatív affektivitás szerepét hangsúlyozzák és vizsgálják egyre többen. Olyan állapotot jellemez a fogalom, amely magas szubjektív distressz érzéssel jár, mivel az egyén a környezetben tapasztaltakat bosszantónak minősíti. Averszív, ellenséges hangulatot jelent, amely haraggal, dühvel, szomorúsággal, büntudattal, ijedtséggel jellemezhető. A **Gray**-féle szorongásvonás, az **Eysenk** által megfogalmazott neuroticizmus korrelál az NA-val, feltételezhető, hogy a háromféle meghatározás lényegi elemei közösek (Carver, 1998).

A kutatások szerint az NA szerepet játszik a depresszió és a szorongás kialakulásában, ám természete szerint leginkább hajlamosító tényezőnek definiálhatjuk. Ha igazoltak olyan rizikótényezők, mint az AS, akkor a negatív affektivitás olyan potenciális, nem specifikus rizikófaktor, amely közvetítő változóként szerepelhet a szorongásérzékenység és a pánikzavar agorafóbiával, vagy agorafóbia nélkül diagnózisok között, annak ellenére, hogy az eredmények többségében az AS önmagában is szignifikáns kapcsolatban van az említett zavarokkal. A vonatkozó eredmények felvetik az AS és a viselkedésgátlásra való érzékenység (behavioral inhibition sensitivity), mint a negatív affektivitáshoz kapcsolódó jelenség vizsgálatának lehetőségét is (Schmidt, 2008).

Az NA kapcsán szeretnénk idekapcsolni az érzelemszabályozás és kötődési viselkedések korábban vázolt összefüggéseit is. Azok a személyek, akik biztonságos kötődési stílust tapasztaltak meg a korai fejlődés idején tartós stressz esetén is képesek a pozitív affektusokat fenntartani, előhívni, negatív érzéseiket szabályozni, melynek egészségvédő hatása is van.

Az implicit érzelemszabályozás korai deficitje a negatív érzelmekre való fókuszálást eredményezheti, amely idegrendszeri szinten is erősíti a negatív affektivitást és a szorongásérzékenység jelenségét is, melyek a szorongás kialakulásának elemei lehetnek.

A negatív affektivitás fogalma alatt **Tortella-Feliu** (2010) egy kialakult temperamentum jellemzőt ért, amelyben a különféle személyiség és motivációs modellek metszik egymást, amelyben a már említett neuroticizmus és büntetésérzékenység a főbb elemek.

3. A szorongásos zavarok

„Az élet rettenetes versenyében a legtöbb ember csak akkor pihen meg, ha beteg.”

Márai Sándor (1998, 48. old.)

3.1 A szorongásos zavarok és a pánikbetegség „történelme”

Haraszti (1989) megfogalmazása szerint az emberek többségénél a szorongás az a tünet, amelyet komolyan vesznek, mert egyértelművé teszi a tényt, hogy a lelki működések összhangja megbomlott, és kevés kivételtől eltekintve a pszichés betegségek tüneteinek között is megtalálható a szorongás valamely aspektusa.

Mivel nincs éles átmenet a normál és kóros szorongás között, annak ellenére, hogy beszélhetünk a szorongás súlyosságáról, tartósságáról, inadekvát vagy túlzó viselkedéses reakciókról, összességében a minősítés valódi kritériuma maga az egyén, aki szenvedését kórosnak, problémásnak minősíti (Tringer, 1996).

A szorongást (lásd: III. 2. 2.) már az ókori tudósok is leírták, sőt az első írott említésnek a Gilgames sumér eposzt tartják, amikor is Gilgames beszél a halandóságról (Noyes, 1998). **Hippokratész** is beszél arról az indokolatlan félelemérzésről, amely elkerülő magatartást eredményez (Ágoston, 1995b). A pánik elnevezés Pán isten nevéből ered, aki az ókori görög mitológia szerint, hangjával ríogatja az eltévedt vándorokat. Ez is azt mutatja, hogy már akkor ismerték a pánik és a szorongás tüneteit (Kovács, 2002). Történetileg ide kívánczik még **Aiszkülosz**, **Platón**, **Arisztotelész** illetve **Cicero** nevének említése is, akik megfogalmazásaikkal a mai szorongáselméletek előfutárainak tekinthetőek (Noyes, 1998).

1621-ben **Robert Burton** A melankólia anatómiája című könyvében írta le a pánikroham első, részletes jellemzését:

„Sok nyomorúságos hatást okoz ez a félelem az emberben: kipirulást, elsápadást, remegést, verejtékezést, majd hirtelen fázás után az egész testet

forróság önti el, szívdobogás, illetve ájulásérzés kíséretében.” (id. Gábor, 1995, 30. old.)

A mai terminológia kialakulásához rögzös és hosszadalmas út vezetett, de a tünetek megegyezése alapján kijelenthetjük, hogy az ideges szívdobogás, szívneurózis, „katonaszív”, az effort–szindróma, és még sorolhatnánk, mind ugyanazt hivatottak jelölni: a pánikbetegséget (Bánki, 1995a).

Mindezek ellenére az orvosi és pszichiátriai kutatások nem foglalkoznak ezzel a tünetcsoporttal egészen a XIX. századig. **Freud** elméleteivel (lásd: III. 2. 2.) és megkérdőjelezhetetlen hatásával együtt terjedni kezdett a neurózis, majd a szorongásos neurózis elnevezés. Ennek a fogalomnak a kialakulása után ezen a területen többnyire az analitikus szemléletű megközelítések domináltak (Ágoston, 1995b). Ugyanakkor a tünetek leírása szinte teljesen lefedi a mai DSM kritériumokban adott tüneteket (Bánki, 1995b), amely nem meglepő annak ismeretében, hogy **Freud** maga is 12 évig volt pánikbeteg, 31 éves korától 43 éves koráig (Arató, 1995).

A pánikroham első tökéletes leírását 1832–ben **Hope** adta, aki szintén pánikbeteg lehetett. A betegség felfedezőjének és első gyógyítójának mégis **Donald F. Kleint** (1987) tartják, hiszen a pánikbetegség terminológiát a mai értelemben ő javasolta, és azt feltételezte, hogy az agorafóbia tulajdonképpen a pánikrohamoktól való félelem, illetve az az okozta szégyenérzet következménye (Bánki, 1995a).

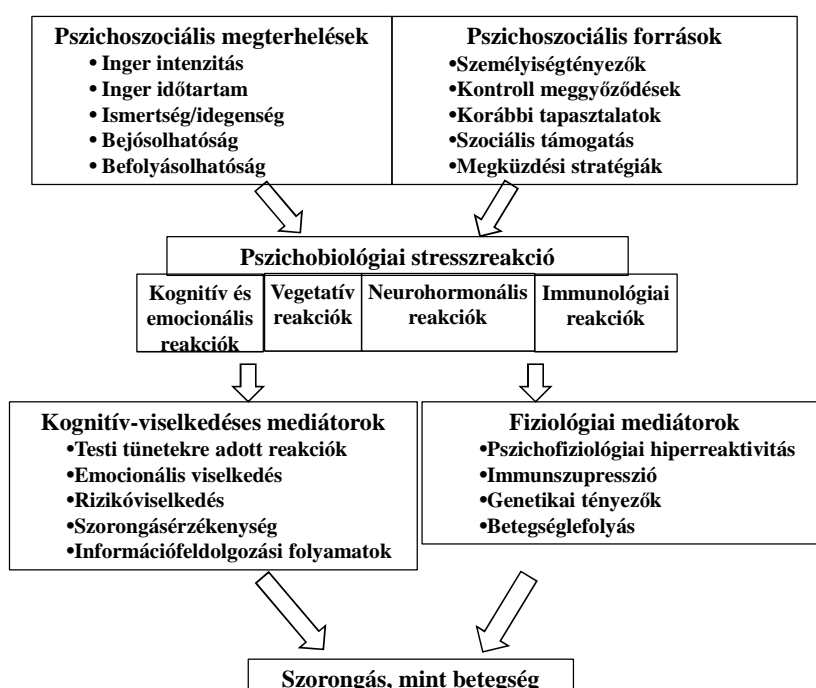
A 60–as években kezdődött meg a pánikbetegségek elkülönítése a szorongásos kórképek közül, mivel egyre több adat mutatta egyértelműen, hogy ez a betegség jellemző öröklésmentet mutat, háttérben specifikus biokémiai reakciók mutathatóak ki, és jellegzetes terápiás érzékenység is megfigyelhető. Az anamnézisben gyakrabban kerülnek reflektorfénybe a gyermekkori szeparációs élmények, vagy egy fontos személy elvesztése, ill. ennek a veszélye (Kecskeméthy, 1985).

Az 1970–es évektől az Amerikai Pszichológiai Társaság (APA) törekvései segítségével létrejött a DSM, amely szakmai konszenzuson alapuló nozológiai egységeket vezetett be. A legújabb DSM–IV–R–ben sem fordul elő a neurózis fogalma, éppen úgy, mint az 1980–as DSM–III.–ban, hanem szorongásos zavarokról beszélünk. A pánikbetegséget diagnosztikai rangra is igazából 1980–ban a DSM–III emelte (Ágoston, 1995b; Bitter, 1996b).

3.2 A szorongásérzékenység a szorongásos zavarok

A szorongás megértésében is egyre nagyobb jelentősége van a diatézis – stressz modellnek (lásd 4. ábra), amely az aktuális és krónikus megterhelések mellett különféle módokon megvalósuló érzékenységet jelenti, melyet az alábbi ábra szemléltet vázlatosan.

A szorongásérzékenységet számos szerző premorbid rizikótényezőként definiálja, amely a fejlődés során hajlamosít a szorongásos zavarok kialakulására (Cox, 2001; Deacon, 2006; Kotov, 2007; McNally, 2002; Schmidt, 2008). Ez alól a poszttraumatikus stressz zavar kivételt képez, viszont a legnagyobb valószínűséggel a pánikzavar valamely formája illetve generalizált szorongás zavar jelenhet meg (Tull, 2009).



4. sz. ábra. **Tiringer** (2004) stressz – diatézis modell ábrája alapján

Követéses vizsgálatok azt mutatják, hogy az AS jobb előrejelzője a szorongásos zavarok kialakulásának, mint pl.: a vonásszorongás (McNally, 2002). A fizikai tünetek és az azokkal kapcsolatos interpretációk állnak a legerősebb kapcsolatban elsősorban a pánikzavarokkal (Kotov, 2007; McNally, 2002), és a kognitív diszkontroll érzete pedig mind a generalizált szorongással, mind a pánikzavarral (Rector, 2007).

Schmidt (2006) és munkatársai két éves utánkövetéses vizsgálatukban igazolták, hogy a szorongásérzékenység valóban vulnerabilitási tényező a szorongásos zavarok patogenezisében, és megbízható adatokkal szolgál a betegség gyakoriságának bejósolásában is.

3.3 A szorongásos zavarról általában

Tringer (1996. 55. old.) definíciója szerint: „A szorongásos zavarok a magatartás, az élménymód, a központi és vegetatív idegrendszer tartós, többnyire progresszív zavarával járó állapotok, amelyek kedvezőtlen genetikai és szocializációs hatások alatt kialakuló személyiség talaján bontakoznak ki, és a környezettel patológiás egyensúlyt kialakítva idült állapotba torkollanak.”

A szorongás lényeges momentumaként **Kopp** (1991, 221. old.) azt emeli ki, hogy az „észlelt veszélyt aktivitással kontrollálhatatlannak minősítjük”.

Ahogy már említettük, a szorongás, mint tünetcsoport kevés kivétellel a pszichés zavarok többségében valamilyen formában megjelenik, általában kockázati tényezőnek tartják a további pszichiátriai zavarok kialakulásában is. a populáció 28%-a él át élete során valamilyen szorongásos zavart (Beard, 2010).

A szorongás, mint önálló kórkép a tünetcsoport önálló előfordulását jelenti, amely általában hosszmetzeti dinamikával rendelkezik, és tartósan szenvedést okoz a személynek és többségében a közvetlen környezetében élőknek is. Gyorsan krónikussá válnak, terápia nélkül fluktuálnak, lefolyásuk progrediáló.

Kállai és munkacsoportja (1992) a szorongásos zavarok tüneteit vizsgálva három faktort különített el, az én – vesztes, a respirációs és vesztibuláris tüneteket magukba foglaló csoportokat, melyek közös jellemzője, hogy szerepüket tekintve a személyek percepcióit és kognícióit irányítják.

Tringer (1996) a szorongásos zavart a struktúraképződés mértéke szerint tartja megragadhatónak és feloszthatónak (lásd 1. táblázat). A generalizált szorongás esetében még nem talált struktúrát az egyén, ez a tárgyaltalan szorongató állapot tartósan nagy szenvedésnyomással jár. Majd a pánik esetében az idő jelenik meg, mint a roham és rohamok nélküli időszak meghatározója, és a struktúrák megjelenésével a szorongással való megküzdés is kontrolálhatóbb, még ha

erőfeszítések árán is. A kényszeres zavarok ebben a tekintetben súlyossági végpontot is jelentenek, mert a neurózis, ekkor elkezdi távolodni a valóságtól.

Szorongásos zavarok esetében közös pontként az élmények megélésének negatív módját is ki kell emelnünk, amelyben a negatív önkép, az újdonságtól való tartózkodás, az események hiány-mozzanatára fókuszálás jelentős szerepet tölt be. „A neurotikus léte a „még nincs” és a „már nincs” közé szorult...” (Tringer, 1996. 34. old.). Gyakorivá válik az imperativizmus jelensége, amely a „kell” típusú állítások túlsúlyát jelzi. A szorongó személy idő megélésében jellegzetes belső „stresszkeltő” hármassá bontakozik ki: rágódás a múlton, morgolódás a jelenben/jelenen és aggodalmak a jövőre vonatkozóan. Ez magával hozza, hogy a múlt nem zárult le, de mintha a jövő befolyásolhatatlan és megváltoztathatatlan lenne. A szorongó személy tulajdonképpen a depressziós betegekre jellemző kognitív sémákkal rendelkezik, amely piramidális struktúrát alkot (Tringer, 1996).

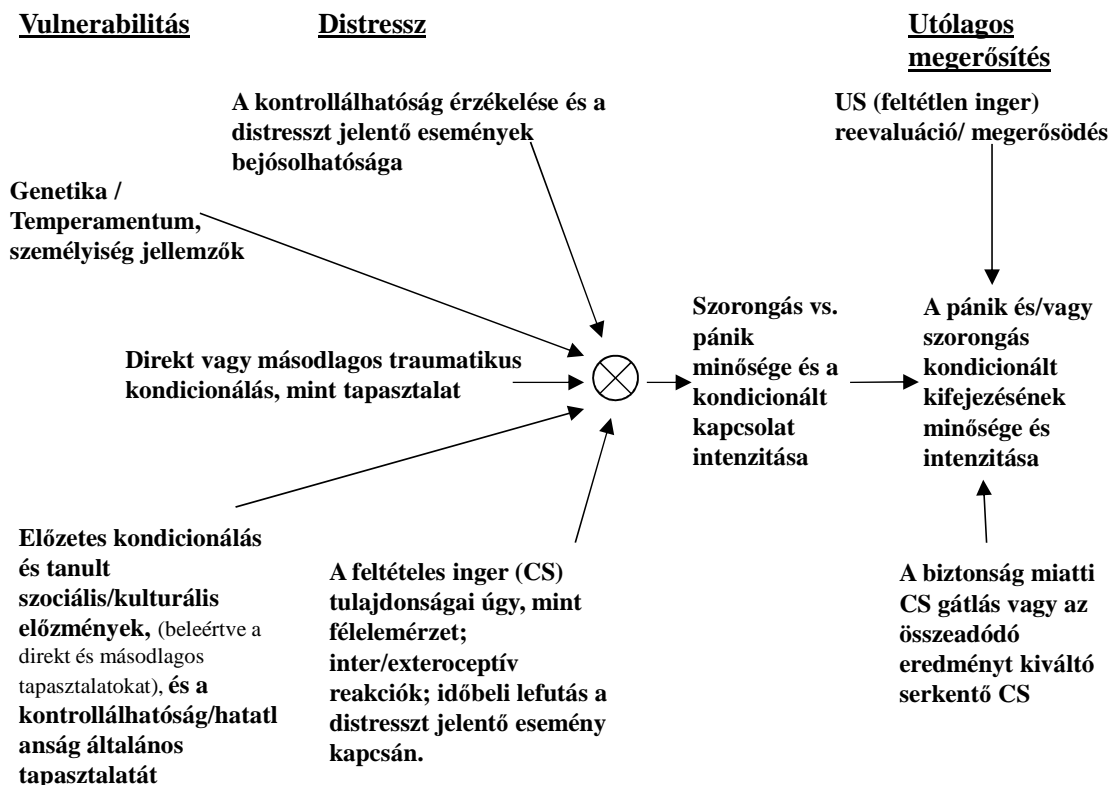
1. táblázat. A szorongásos zavarok a strukturálódás mértéke szerint (Tringer, 1996, 18. old.)

A szorongásos zavar	Strukturaképző elem	Megjegyzés
Generalizált szorongásos zavar	Még strukturálatlan	Többszörféle fluktuáló, megjósolhatatlan lefolyás
Pánikzavar	Idő	Roham és rohammentes időszakok
Agorafóbiás zavarok	A tér vagy a tér valamely sajátossága	Zártság, nyitottság, magasság
Szociális fóbia	A szociális tér és/vagy a Másik	Emberek mennyiségi és minőségi vonatkozásban, kiemelt szociális helyzetek
Specifikus fóbiák	Tárgyak, állatok	A fóbiás tárgy közelsége, távolsága
PTSD	A trauma	A trauma előtt és utáni állapotra válik ketté az egyéni élet
Kényszeres gondolatok	A kényszeres gondolat	A gondolat közelsége-távolsága, szimbolikus tér, kognitív fóbia
Kényszeres cselekvés	rituálék	A rituálék maguk képezik a struktúrát

A tanulásméleti modellekre több utalás történt már, de a szorongásos zavarok etiológiájával kapcsolatban most térünk ki először a részletekre (lásd 5. ábra).

Mineka (2006) modelljében kiemeli, hogy a részben genetikailag meghatározott temperamentumtényezők, személyiségjellemzők és a korai, tanult tapasztalatok együttesen hozzák létre a diatézist, melyek a szorongásos zavarok megjelenését befolyásolhatják. A vulnerabilitás ezek közös hatása által alakul ki, és a distresszt vagy traumát jelentő életesemények is lényeges alkotóelemei a folyamatnak.

Az előzetes tapasztalatok szerepét is hangsúlyozzák, mely szerint egy látens késleltetés alakul ki, abban az esetben, ha a feltételes inger megfigyelhető még mielőtt a feltételes (conditioned stimulus; CS) és a feltétlen inger (unconditioned stimulus; US) összekapcsolódna a tanulás folyamatában. Ez azt jelenti, hogy ha a gyermek megfigyelheti, hogy a szülő hogyan viselkedik egy nem félelmetes helyzetben egy szintén nem félelmetes tárggyal, akkor az ugyanazzal a tárggyal kapcsolatos későbbi félelmetes vagy traumatikus helyzetekre immunisabbá válik, jobban tolerálja azokat, kisebb intenzitással, vagy később jelentkezik a félelem, szabályozhatóbb marad, vagy nem is alakul ki félelem reakció.



5. ábra. A modern tanuláselméleti magyarázatok fő részeinek áttekintése

Mineka (2006) szerint

A kondicionálás alatti környezeti tényezők is hatással vannak a tanulás folyamatára, elsősorban a kontrollérzése számít a tekintetben, hogy mekkora félelem kondicionálódik a feltételes ingerhez.

Az esemény bekövetkezte utáni információk szintén hatnak a tanulásra, amelyet infláció effektusnak neveznek. Ha a személy CS jelenléte nélkül intenzív traumatikus tapasztalatot él át, enyhe félelem kondicionálása után, akkor a kondicionálás kapcsán intenzívebb félelmi reakciót tapasztalhatunk nála. A feltétlen inger reevaluációja akkor történik meg, ha a személy verbális vagy más formában arról kap információt, hogy az US veszélyesebb, mint ahogy azt eredetileg gondolta volna, illetve emlékezés, vagy egyéb ismétlési folyamatok is ezt a hatást eredményezik. Ezáltal növekszik a feltételes ingerre adott félelmi reakció is.

Összességében tehát a traumatikus, félelmet kiváltó esemény előtti, alatti és az utána bekövetkező történések egyaránt hatással vannak a tanulás folyamatára, és erősítik a félelem, szorongás érzését, a kondicionálás és tanulás pedig a fennmaradását is facilitálja. Ide tartozik még, hogy az evolúció során félelmetesként minősített tárgyak (kígyó, pók, nyílt terek) esetében a megerősítés és tanulás gyorsabban végbemegy, mint evolúciósan kevésbé releváns ingerek (autó, bicikli) kapcsán (Mineka, 2006).

A betegség kialakulása multifaktoriális, az elméleti áttekintésben igyekeztünk a legfontosabb tényezőkről áttekintés adni, beleértve az idegrendszeri alapokat éppúgy, mint a személyiség szerepét, a társas kapcsolatok mentén szerveződő tapasztalatok szerepéről is szó esett, kiemelten a szülő-gyerek kapcsolatot. A szocializáció során végbement tanulási folyamatok hatása a fejlődő idegrendszerre a betegség kialakulásában lényeges közvetítő elem.

3.4 Az evolúciós és etológiai szemlélet elképzelései a szorongásról és a pánikzavarról

Ahogy azt a *Problémafelvetés*ben is említettem (lásd II.), a szorongásos zavarokról, a pánik kialakulásáról a különböző pszichológiai iskolák különféle elképzelésekkel rendelkeznek, de mivel a legtöbb elméletről már volt szó, így az áttekinthetőség kedvéért egységes táblázatba foglaltam őket. (Ezeket a nézőpontokat a 15. sz. mellékletben található **I. táblázat** foglalja össze.) Ebben a fejezetben az evolúciós pszichológia oldaláról szeretnénk összegezni a szorongásos

zavarok elméleti megközelítéseit, kiemelve azokat a tényezőket is, amelyek utalásként részben már megjelentek a dolgozatban. Tény, hogy „az emberi fajra invariánsan jellemző mentális működések a pleisztocénben (durván az utolsó két millió év alatt) uralkodó szelekciós nyomások hatására alakultak ki” (Bereczkei, 2010. 15. old.), és mivel az azóta bekövetkezett környezeti és kulturális változások az egyedfejlődést valójában nem változtatták meg, ezért az ultimatív okok kutatása és megértése lényeges szempont számunkra. A proximatív okokra a pszichológia eddigiekben részletesebben kifejtett, egyéb területeivel együttesen tudunk rávilágítani, amelyek jó kiegészítői egymásnak.

A törzs- és egyedfejlődés, az adaptív- és maladaptív funkciók megértése olyan multikauzális folyamatot tár fel, amely a betegségek ill. kialakulásuk, előfordulásuk okainak megértését is segítheti (Péley, 2010).

A szorongás adaptivitására már többször történt utalás, azonban az is fontos megállapítás, hogy a szorongás normál mértéke nélkül nem lenne lehetséges a társadalmi együttélés, a normák elsajátítása és betartása (Kopp, 1991). **Darwin** (1959, id. Plutchik, 2003) által megfogalmazott alapelvek között szerepel, hogy az érzelmeknek funkcionális értékük van, nincs ez másképp a félelem és szorongás esetében sem. Azonban ezek a funkcionális okok nem változtak az evolúciós szempontjából rövid időnek számító kb. két millió év alatt, miközben a környezet, melyben élünk drasztikusan módosult. Így a mai modern környezetünk kihívásai nem csengenek egybe azokkal a feladatokkal, amelyre szelektálódtunk a filogenezis folyamán. Az evolúciós pszichológusok ezt lényeges okként fogalmazzák meg abban a folyamatban, amelyben a korábban adaptív viselkedések maladaptívvá válását vizsgálják. Nem a funkció vált abnormálissá, hanem a normál funkciók veszítették el adaptivitásukat a jelen környezetben, amelyre a szervezet még nem tudott alkalmazkodni (Péley, 2010).

A főként kognitív terápiás tapasztalatok azt mutatják, hogy a pánik, mint állapot biológiailag és pszichológiailag egységes ősi, archaikus viselkedési mintákból épül fel (Kállai, 1991b). A védekező viselkedés kialakulásában fontos szerepet játszik egy specifikus kognitív terület, amelyet félelemmodulnak is neveznek. Ezt az evolúciósan releváns ingerek aktiválják, és normál esetben szelektálja is azokat. Valamilyen tapasztalatból a fóbia kialakulásához több tényező szükséges, ezek közül az egyik meghatározó élmény, hogy a szociális környezet, elsősorban a szülők által közvetített tapasztalatok, negatívak. De ez csak azokra az ingerekre

értékes, melyek evolúciós szempontból fenyegetőek. Az intenzitás és a dinamika már tanult folyamat, amelyben szerepe lehet különféle kulcsingereknek és szenzitív periódusoknak is (Bereczkei, 2003).

A pánik, ha etológiailag nézzük, önmagában nem patológiás, hanem inkább alkalmazkodás, amely a veszélyes helyzetekből való menekülés megkönnyítésére fejlődött ki. Pánikzavarban szenvedő betegek pánikérzése normális mértékű, csak éppen a reális veszély hiánya esetében jelennek meg. Az agorafóbiás félelmeket is akkor érthetjük meg, ha az alkalmazkodás összefüggésében vizsgáljuk, mint egy potenciálisan adaptív következményét az ismételt pánikrohamoknak. Ez a hipotézis magyarázatot ad a pánik és az agorafóbia számos aspektusára. A pánikroham nem valaminek a hiányából ered, hanem védekezés valami ellen. A pánik szindróma szimptomáit a legtöbb elmélet csak nehezen tudja megmagyarázni, de ha az adaptív funkciók szempontjából nézzük, akkor a folyamat érthetővé válik (Nesse, 1987).

Ha a hatalmas mértékű belső, menekülésre kényszerítő erő cselekvésbe fordítódik, minden erőfeszítés a menekülésre koncentrálódik. A menekülés iránya az otthon és a megbízható rokonok; ez a magatartásmintázat az állatoknál tipikus, mert bíznak az otthon és a rokonok védelmében. A menekülésre való felkészülés fiziológiai folyamata visszaköszön a pánikot jellemző tünetekben, hiszen a fizikai helyzetváltoztatás kihívásával konkrétan meg kell küzdeni, így érhető, hogy a pánikroham tizenkét szimptomájából, melyet a DSM-III meghatározott, nyolc közvetlenül segíti a menekülést, vagy másodlagos megjelenése a menekülést segítő válasznak (Nesse, 1987). Elmondható, hogy a szorongásos zavar ebből a perspektívából nem is nevezhető zavarnak, hanem inkább a fenyegetés által kiváltott hasznos válasznak. Nesse (1990) nem tartja megfelelőnek a szorongás gyógyszeres kezelését sem, mivel ez ellentmond az evolúciós készletnek és csökkenti a rátermettséget,¹⁴ hiszen az érzelem adaptív funkcióját igyekszik megszüntetni. Ha csak a jelenséget nézzük, akkor a vészjelzés és a fenyegetettség miatti félelmi reakció költségessége kevésbé jelentős, ahhoz képest, hogy mit veszíthet az egyén, ha a riasztás hiánya mégis veszélybe sodorja. A természetes szelekció a túlérzékenység vagy túl intenzív reakciók irányába mutathat, de a folyamat megértése segítség lehet abban, hogy összességében kialakítható legyen egy egyensúlyi állapot.

¹⁴ Fitness – rátermettség, szaporodási siker.

Klein (1984) nézete a pánikról szintén etológiai szempontokon alapszik, de ő a gyermekkori szeparációs szorongás szerepét hangsúlyozza. A különbségek ellenére, a pánik és a szeparációs szorongás szorosan összefügg. A normális fejlődés során az egyik képesség át tud alakulni a másikká, és a fejlődési egymásra hatás a személyben azt eredményezheti, hogy megjelenik a két viselkedési mintának a kombinációja olyan helyzetekben, ahol a körülmények bizonytalanok, és egyaránt fenyegethetnek szeparációval vagy fizikai veszéllyel (Nesse, 1987).

Az etológiai nézőpont szerint pl.: az agorafóbiás félelmek kondicionálása nem egy speciális tárgyra fog kifejlődni, hanem egy általános környezetre, területre, amely körülveszi, amikor az eset bekövetkezik. Ezért bizonyos szituációk, melyek összefüggésbe hozhatóak voltak a nagyobb veszély kockázatával az evolúció során, csökkenthetik a pánik kialakulásához vezető ingerküszöböt. A tág, nyílt terek nem adnak biztonságos menedéket, a zárt terek növelik a csapdába esettség érzését. Ebben az értelmezési keretben az is világossá válik, hogy miért a nők érzékenyebbek ezekre a félelmekre, hiszen ők egyrészt fizikailag is sokkal védtelenebbek, mint a férfiak, másrészt az evolúció során nekik gyermekkel kellett menekülni, amely nehezebb. Ezért, és a gyűjtögető életmód miatt is sokkal kevésbé távolodtak el az otthonuktól, mint a férfiak a vadászat során (Nesse, 1987). Egy másik ok lehet, hogy a nők helyzete sokat változott az elmúlt században, a teljes függőségtől az önállóságig. Ezt a gyors változást azonban nem követte a génállomány és egyéb tényezők megváltozása, amely segítette volna az adaptáció sérülésmentesebbé válását (Haraszti, 1995).

A pánikzavar egy betegség, amely a pánik rossz szabályozási folyamatainak eredménye, de maga a pánik nem betegség, hanem védekezés a veszély bizonyos fajtái ellen. Ez a helyzet azért jöhet létre, mert a modern környezet különbözik attól a környezettől, amelyben ezek a funkciók kifejlődtek (Nesse, 1990), azaz a nyílt tér a személy számára az evolúció során tapasztalt jelentést közvetíti, vagyis a lehetséges veszélyforrást, ahol nincs lehetőség a menekülésre, a rejtőzésre, ezért nem biztonságos (Szilvás, 2002).

A szorongás adaptív, ha a helyzet áttekinthető. De a mai világ egyre nehezebben kontrollálható, így a tehetetlenség, az aktivitással kontrollálhatatlan helyzetek száma növekszik. Gyakran nehezzé válik annak eldöntése, hogy adott helyzet vészhelyzet-e vagy sem. A cselekvő ellenőrzés hiánya, ennek a hiánynak az átélése, a tehetetlenség érzése az, amely a pánikbetegséghez vezethet. Ez

kifejezetten igaz a függelmi viszonyokra, ahol a személy még kiszolgáltatottabb (anya–gyerek kapcsolat, partnerkapcsolat) (Kopp, 1991).

3.5 A szorongásos zavarok leírása

A BNO-11 és DSM-IV-R osztályozási rendszerekben a szorongásos zavarok fogalma alatt szerepel az önmagában nem kódolható pánikroham és agorafóbia; majd a pánikzavar agorafóbia nélkül; pánikzavar agorafóbiával; agorafóbia pánikzavar nélkül; specifikus fóbia; szociális fóbia; kényszeres zavar; poszttraumás stressz zavar; akut stressz zavar; generalizált szorongás zavar és az egyéb állapotok okozta szorongásos zavarok (DSM-IV-R, 2001).

A továbbiakban a pánikzavar formáit; az agorafóbiához kapcsolódó állapotokat; és kisebb hangsúllyal, de még a generalizált szorongás zavart is részletesebben tárgyaljuk (Tull, 2009), mert a szorongásérzékenység talaján kifejlődő szorongásos patológia leginkább ebbe az irányba fut ki (Kotov, 2007; McNally, 2002). Ennek a felsorolt sorrendiségnek egyik oka lehet az a strukturálódási folyamat, amelyet **Tringer** (1996) is említ, bár ő a generalizált szorongást első helyre teszi (lásd 1. sz. táblázat), míg a vizsgálati összefüggések hátrébb sorolják (McNally, 2002). Az eltérés lehetséges oka a generalizált szorongás túl általános, ezért nehezebben felismerhető és diagnosztizálható volta, illetve az, hogy a generalizált szorongás gyakran alakul át más szorongásos zavarrá.

Az irodalomban említésre kerül még a PTSD és a szociális fóbia is, mint lehetséges összefüggés, de ez inkább elméleti feltételezés, mint empirikusan bizonyított tény (Kotov, 2007). Illetve találkozhatunk ennek ellentmondó vizsgálati eredményekkel, pl.: a szociális fóbia kapcsán felmerül, hogy a szorongásérzékenység kérdőívvel végzett vizsgálatok alapján ez a problémakör teljesen eltérő jellemzőket mutat, mint a többi szorongásos zavar, mivel a társak jelenlététől és megítélésétől, nem az egyéntől függenek a megjelenő szorongásos tünetek. Itt nem elsősorban az egyén önmegfigyelése, hanem a külső megfigyelő perspektívája a lényeges elem (Deacon, 2006). A poszttraumás stressz zavart is ellentmondás veszi körül, többek között **Deacon** (2006) és **Tull** (2009) is a kivételek közt említi.

3.5.1 A pánikzavar agorafóbia nélkül

A szorongásos zavarok különböző formái közül először a „pánikzavar agorafóbia nélkül” betegséggel foglalkozunk, ahol a pánikroham megjelenése, gyakorisága egyénenként és nozológiai kategóriánként is eltérő (Kállai, 1992).

A pánikbetegségnek diagnosztikai nehézségei vannak, mert megjelenési körülményei változatosak, és egyrészt egy fluktuáló, intenzitásában változó állapot, másrészt olyan elkerülési szokások fejlődnek ki, melyek által intenzitását nem könnyű megítélni, hiszen szubjektív beszámolókon alapulnak (Kállai, 1992).

A főként kognitív terápiás tapasztalatok azt mutatják, hogy a pánik, mint állapot biológiailag és pszichológiailag egységes ősi, archaikus sztereotípiákból épül fel. A pánikbetegségek rendkívül összetettek, és minden összetevőnek egyformán jelentőséget kell tulajdonítanunk. A konkrét pánikrohamok kialakulásában széndioxid vagy nátriumlaktát által kiváltott hiperventiállációnak jelentős szerepe van, ezt **Klein** (1987) a fulladást jelző rendszer funkciózavaraként írta le (false-suffocation-alarm-theory), emellett egyre inkább előtérbe kerül **Bouton** (2001, id. Lieb, 2005) tanuláselméleti megközelítése, aki a kondicionálási folyamatok explicit szerepét hangsúlyozza. Szerinte a pánik és a szorongás részben különálló érzelmi tapasztalatok. A pszichometriai elemzések alapján elkülönítik a pánikhoz kapcsolódó autonóm idegrendszeri izgalmi állapotot, a szélsőséges félelemérzetet, a menekülj – támadj aktív készségét, és a szorongáshoz tartozó aggodalmakat, nyugtalanságot, melyek ugyan különböznek, de egyformán lényeges elemei a pánikzavarnak (Mineka, 2006).

Bouton (2001, id. Mineka, 2006) három csoportba sorolja a vulnerabilitással összefüggő tényezőket. Az első a már említett, nem specifikus, részben genetikailag meghatározott temperamentum és személyiségtényezők (neuroticizmus, vonásszorongás) csoportja. A második a korábbi tanulási tapasztalatokat foglalja magába, amelyek pszichológiai sebezhetőséget eredményeznek, ha a személy a kontroll hiányát, vagy a tehetetlenséget tapasztalja meg. A harmadik tényező pedig olyan specifikus tanulási tapasztalatokat jelent, amelyek a krónikus betegségekkel és a betegszereppel vannak összefüggésben. Azok a felnőttek, akiknél kialakult a pánik, gyermekkorukban az elsődleges szocializációs közegükben fizikai szenvedés tanúi voltak, mely által a szomatikus tüneteket veszélyesnek és félelmetesnek ítélik meg.

A pániktüneteket vizsgálva a pszichofiziológiai folyamatokat rendszerezve három részt határoztak meg: az akut pánikállapotot, a pánik reakciót magába foglaló anticipációs szorongást és a fóbiás elkerülést. Ezek együttesen alkotják a konkrét személyre jellemző pániktüneti profilját (Kállai, 1992).

A pánik megjelenése mögött egy olyan pszichodinamikai állapot húzódik, amelynek története van, - pl.: szeparációs élmények, agresszív készletések elaborációi, kapcsolati konfliktusok, - és amelyek a jelenben aktualizálódnak. Van egy farmakológiai, biokémiai háttere a jelenségnek, (pl.: respirációs, kardiovaszkuláris) és ehhez jön még az aktuális gondolkodási sémák, a betegséggel kapcsolatos koncepciók, kognitív folyamatok feltárása. Ez a hármas rendszer egy nagyon szoros egységet alkotva határozza meg a tünetek megjelenését, intenzitását, stb. Az a terápiás tapasztalat, hogy a személyek fel tudták idézni a pánikroham alatt és után átélt eseményeket, de a közvetlen előtte történeteket nem (Kállai, 1991).

Klein (1987) kimutatta, hogy a pánikbetegek a szeparációs szorongásra érzékenyebbek. Ez azonban nem feltétlenül azt jelenti, hogy több szeparációs tapasztalatuk lenne gyermekkorban, hanem, hogy intenzívebben reagálnak az elkerülhetetlen szeparációs élményekre. Ezért a pánik nem más ebben az esetben, mint egy ösztönös reakció, amelynek alapja egy segítségkérő magatartás. Ez evolúciósan a túlélést szolgálná, de ebben az esetben ez egy túlzott vészreakció (Kopp, 1992).

A pánikbetegekkel foglalkozó terápiás tapasztalat, a személyek interjúinak elemzése alapján, azt mutatja, hogy sok a személyek élettörténetében fellelhető hasonlóság:

- gyermekkorban az apa nem nyújtott biztonságot, védelmet, gyakran alkoholizált;
- az anya többnyire neurotikusan overprotektív volt;
- a szülőkhöz való kötődés félelmeikkel, büntudattal, kielégítetlen szeretetvágyal terhes;
- jelentős stresszel járó életesemények a pánikot megelőző időszakban (hozzátartozó betegsége, halála);
- a környezetükben előfordul súlyos beteg személy, vagy pánikbeteghez hasonló tüneteket mutató személy;
- kamaszkorban bekövetkező veszteségélmény, vagy önállósági törekvések megghiúsulása (Kállai, 1991);

- felnőtt, élettársi kapcsolataik nem harmonikusak, de azokat akár nagy áldozatok árán is igyekeznek fenntartani, paradox módon azonban kapcsolataik tartósak, mindent megtesznek a fenntartásukért, melynek alapja az egyedül maradástól való félelem lehet (Kállai, 1991; Nagy, 2005);

- érzelmi igényeik kielégíthetetlenek, ezeknek a tárgya csak önmaguk tud lenni;

- a személy feszültségeket hordoz magában (pl.: kisebbségi érzés, ambíciók és képességek konfliktusa), melynek a megélését a személyiség szerkezete határozza meg (Tringer, 1996);

- a pánikot megelőzően fokozottan stresszel teli időszakot élnek át, melyben racionálisan kell viselkedniük, érzelmeit vissza kell fogniuk, vagy el kellett rejtteni, hogy fennmaradjon egy olyan látszat, amely számukra kívánatos volt;

- az első pánikroham megjelenése előtt jellemző egy általános várakozási feszültség,

- miközben a fenti folyamatok zajlanak, lassan kialakul egy olyan kognitív séma, amely képes az önigazoló információk befogadására. (Kállai, 1991)

E rövid áttekintés összegzéseként elmondható, hogy mind a pánik, mind az azt kiváltó félelmek, átélése szubjektív és egyéni. Ezt bizonyítja, hogy pánikrohamot szinte minden ember átél élete folyamán, mégsem válik pánikbeteggé. Több elképzelés alakult ki azzal kapcsolatban, hogy mi lehet az a plusz, amely az egyéneket érzékenyíti a pánikrohamokkal és az elkerülő viselkedéssel szemben. A leírt elképzelések alátámasztják az elméleteket, amelyekről eddig szó volt, és egybehangzanak azokkal a megfigyelésekkel is, amelyek a gyermekkori félelmek és szorongások alakulására vonatkoznak. (Ezeket az elképzeléseket, a különböző pszichológiai iskolák és nézőpontok szerint csoportosítva, az **I. táblázat** foglalja össze a 15. sz. mellékletben.)

Az öröklött tényezőkön kívül az értékrend, az én-ideál, a beállítottság, a korábbi tapasztalatok, a konfliktusok, félelmek, szeparációs és kapcsolati szorongások előli menekülésmódok a későbbi életévekben is visszaköszönnek a pillanatnyi állapot függvényében. Ahogy **Kopp Mária** (1992) is megfogalmazza, amikor a kapcsolati függés nyíltan nem mondható ki, létrejön egy más típusú kapcsolat, egyfajta egymásra utaltság, amely más módon, de összetartja a személyeket. A túlvó anya által korlátozott gyermek bizonytalanná válik, ezért olyan módon kér segítséget a környezetétől, hogy a környezete ezt számára

biztosítani tudja. Így a szülői magatartás, a szeparációra való és pszichofiziológiai érzékenység és az elfojtott indulatok, más egyéb tényezőkkel együttesen vezethetnek a különböző mértékű pánik jelenségekhez.

Az eddigiek alapján úgy tűnik, hogy azokban az esetekben, ahol megjelennek az pánikra jellemző félelmek, jelen lehet ezeknek a tapasztalatoknak a dinamikája, ugyanakkor nem minden esetben válnak patológiássá. Ennek egyik lehetséges okát kereshetjük a személy elhárító mechanizmusainak működésében is (lásd. III. 3. 9.).

3.5.1.1 Diagnosztikai kritériumok

A neurotikus panaszkodás, és a panaszok alapját képező testi elváltozások, fizikai betegségek elmaradása számos diagnosztikai nehézséget vet fel, az első körben a szomatikus orvoslás látókörébe kerülő páciens esetében. **Juhász**, (1968, id. Ozsváth, 1989) szerint a tünetcsoport lényege a hibás alkalmazkodás, illetve a megjelenő sajátos magatartás.

A DSM-IV-R (2001, 169.old.) alapján: A. Mind az (1), mind a (2) teljesülése szükséges:(1) visszatérő pánikrohamok; (2) legalább egy rohamot egy hónapos (vagy hosszabb periódus) követett, amelyre az alábbiak közül egy (vagy több) jellemző: (a) tartós aggodás újabb; (b) aggodalom a roham vagy következményei miatt (pl.: önkontroll elvesztése, szívroham, „megőrülés”); (c) a rohamokkal kapcsolatban jelentős magatartásváltozás. B. Agorafóbia hiánya. C. A pánikrohamok nem tulajdoníthatók pszichoaktív szer (pl.: visszaélésre alkalmas szer; gyógyszer) vagy általános egészségi állapot (pl.: hyperthyreoidismus) közvetlen élettani hatásának. D. A pánikrohamok nem magyarázhatóak jobban más mentális zavarral, mint amilyen a szociális fóbia, a specifikus fóbia, a kényszeres zavar, a poszttraumás stressz zavar vagy a szeparációs szorongásos zavar.

A pánikroham tünetei: Jól körülírható időszak intenzív félelemmel vagy diszkomfort érzéssel, amelyben az alábbi tünetek közül legalább 4 (vagy több) hirtelen fejlődik ki és maximális intenzitását 10 perc alatt éri el: 1. Palpitatio (heves szívdobogás), szapora szívverés (tachycardia), 2. izzadás, - (izzadás félelmében); 3. remegés vagy reszketés; 4. fulladás-vagy légszomj-érzés; 5. fuldoklás (torokgombóc-érzés); 6. mellkasi fájdalom vagy diszkomfort, 7. hányinger, vagy hasi diszkomfort; 8. szédülés, bizonytalanság, vagy ájulásérzés; 9. derealisatio (a

realitás elvesztésének érzése) vagy depersonalisatio (olyan érzés, mintha elvált, elszakadt volna saját testétől); 10. megőrüléstől vagy az önkontroll elvesztésétől való félelem; 11. halálfélelem; 12. paresthesiák (zsibbadás, érzéketlenség, bizsergés); 13. hidegrázás vagy kipirulás, hevülés. (DSM-IV-R, 2001, 167–168. old.)

3.5.2 Pánikzavar agorafóbiával¹⁵

„Úgy tűnik, hogy a pánikbetegség neurotikus dinamikára épülő megálló egy olyan úton, mely az agorafóbiás betegségek kialakulásához vezet.”

Kállai János (1991b, 36. old.)

Az agorafóbia első dokumentált megnevezése **Westphal** nevéhez fűződik 1871-ben, aki a Platzschwindel, szó szerinti fordításban térszédülés, névvel illette. **Westphal** előtt egy évvel, **Benedikt** is leírta az agorafóbiát, és ő is a szédülést tartotta központi tényezőnek, és nem a szorongást (Mathews, 1982).

Az a tapasztalat, hogy a pánikbetegek és az agorafóbiások összehasonlításakor a tünetek egy része és a betegségek etiológiája között is nehéz különbséget tenni. Az is kijelenthető, hogy minden agorafóbiás tünet magában foglal pániktüneteket is. Ez azonban nem mond ellent annak, hogy vannak olyan agorafóbiások, akik nem szenvednek pánikszimptomáktól (Kállai, 1992).

Szinte a pánikrohamhoz tartozó komplikációnak tekintik az agorafóbia kialakulását, mert a pánikbetegség lefolyása során 72–79%-ban megjelenik (Rihmer, 1995), vagyis azokban az esetekben, amikor a pánikrohamok ismételt megjelenése hosszabb hat–kilenc hónapnál (Kállai, 1991b).

A vélemények nem egyeznek azt illetően, hogy az agorafóbia szövődmény-e vagy kiváltó tényező. Vannak olyan elképzelések is, mely szerint az agorafóbia tehető felelőssé a kialakult felnőttkori függőségi viszonyokért a családban vagy kapcsolatokban (Kovács, 2002). Ekkor az agorafóbiához vezető szorongás miatt a személy életminősége jelentősen romlik, képtelen elhagyni a lakását, vagy csak kísérelve, ezért nemcsak szociálisan válik izolálttá, hanem munkahelyét, addigi életét is elveszíti (Ágoston, 1995b).

¹⁵ A diagnosztikai kritériumok külön felsorolásától eltekintünk, mivel az előző pontban felsoroltakhoz képest az agorafóbia jelenléte a különbség.

Az agorafóbia definíciója a DSM IV-R szerint: „Félelem olyan helyeken, helyzetekben, ahonnan az elmenekülés nehéz (vagy problémás), vagy nincs kéznél az azonnali segítség váratlan vagy az adott szituációban várható pánikroham vagy pánikszerű tünetek esetén. Az agorafóbiás félelmek tipikusan a következő jellegzetes helyzetekben jelentkeznek: egyedül elmenni otthonról; tömegben lenni vagy sorban állni; hídon lenni; busszal, vonattal, autóval utazni. A személy a szorongást keltő szituációkat kerüli (pl.: az utazást korlátozza), vagy észrevehető szenvedéssel (feszültség, diszkomfort) pánikroham/pánikszerű tünetek kialakulása miatti félelemmel viseli el, vagy az ilyen helyzetekben társra van szüksége. A szorongás vagy fóbiás elkerülő magatartás nem magyarázható jobban más mentális zavarral.” (DSM–IV–R, 2001, 168. old.)¹⁶

Az agorafóbiás félelmek még nem járnak súlyos következményekkel, de a személy életminőségét mégis mindenképpen befolyásolják. Ahogy erről már szó volt, a pánik érzése, a félelmek, és így az agorafóbiás félelmek átélése, intenzitása szubjektív, ezért nehéz meghatározni, milyen mérték az, amelytől már betegségnek számít. A legtöbb agorafóbiás félelmet kiváltó helyzetet, tényezőt a személy mindennapjai során ki tudja kerülni, ezért nem okoz különösebb fennakadást. Ha azonban ez már nem működik, akkor rontja jelentősen az életminőséget, és súlyos következményekkel járhat. Ekkor kerülnek az ettől szenvedő személyek a klinikus látóterébe.

Freud (1986, 1999) sem tekintette a fóbiákat külön betegségnek, de többféle betegséghez kapcsolódhatnak (Nemes, 1987). Az agorafóbia alapja a pszichoanalitikus tradíció szerint a partnertől való függés, mely szintén arra mutat, hogy a túlövő anyának ebben nagy szerepe van. Ez azt is jelenti, hogy a túlövő anya a gyermek kutató–felfedező aktivitását megpróbálja gátolni, vagy valamiképpen kontrollálni. Később ezt a szerepet a személy partnere veszi át, és a pánikroham akkor jelenik meg, amikor az adott kapcsolat bizonytalanná válik, a szimbiózis valamilyen módon sérül, és a kapcsolattól, illetve a társtól való függés nyíltan nem mutatható ki. „Ennek a feltevésnek a háttere a szeparációs elmélet, amely hidat képezhet a pszichoanalitikus hagyomány és **D. F. Klein** »biológiai modellje« között” (Kopp, 1992, 44. old.).

¹⁶ Létezik az „agorafóbia pánikzavar nélkül” diagnózis is, melynek ismertetésétől eltekintünk, mivel ebben az esetben az agorafóbia kritériumai teljesülnek a pánikzavar ismérvei nélkül.

3.5.2.1 Az agorafóbiás félelmek

Az agorafóbiás félelmek sokféle helyzetben megjelenhetnek, mert a fóbiások menekülési reakciója időben és térben is eltolódott, pszichodinamikai szóhasználattal élve eltolt reakció a környezet ingereire. Olyan félelemérzetről van szó, amely olyan helyeken, szituációkban jelenik meg, ahonnan nehéz vagy nem lehetséges a menekülés, nincs elérhető segítség a pánik vagy pánikszerű tünetek megjelenésekor (DSM – IV. – R., 2001).

Az agorafóbiások figyelme egy belső és bármelyik pillanatban bekövetkező veszélyre szűkül, így ha bekövetkezik egy kellemetlen fiziológiai reakció, akkor az azonnal aktiválja a személy fantáziáit, személyes élményeit, és ez alapján tartalmat ad az átélt érzetnek. Ezért nem tudja az aktuális helyzetet adekvátan érzékelni, a figyelem a fiziológiai élményeken fixálódik. Ennek következtében megszakad a téri és idői tapasztalatok folyamatos érzékelése, így a kognitív térkép folyamatossága is. Tehát összességében kialakul az agorafóbiásokra jellemző kognitív elkerülési stratégia, mert a viselkedést nem az aktuális ingerek határozzák meg. Ezért a változó környezet, az új helyzetek még inkább fenyegetőnek tűnnek a számukra, mert nem tudnak ezeknek a kihívásoknak, ingereknek megfelelni. Az otthon, a megszokott környezet, a rutinfeladatok és cselekvések viszont éppen ezért lesznek megnyugtatóak a számukra, ezért jelentenek biztonságot, amit egyre nehezebb elhagyni. A cselekvés célja egyre inkább a biztonság megtartása és a feszültségmentesség elérése lesz (Kállai, 1991a). Ez az elképzelés ötvözi a pszichodinamikus, fiziológiai és kognitív nézőpontokat is. A következő elképzelés a kognitív zavarokat idegrendszeri mechanizmusok zavarához köti.

E szerint a tanulás mechanizmusának fejlődésében két fontos funkciócsoport alakult ki, melyek egymással harmonikus kapcsolatban vannak, de fejlődésükben különböznek. A fejlődés során ezek egymást kiegészítve, de felváltva működnek a helyzeti követelményeknek megfelelően. A „taxon”-rendszer funkcionálisan korábban érik, ez az inger–inger, inger–válasz reakciók másodlagos, kontextustól független megvizsgálásával foglalkozik. A másik rendszer, a „local” a téri, idői információt, tehát a kontextust dolgozza fel, tulajdonképpen kialakítja az adott helyzetre jellemző kognitív térképet. A két rendszer különválasztásával a fóbiák kialakulása és „megtanulása” is érthetőbbé válik. A két mechanizmus központjának a hippocampust tekintik, és ezért felvetik, hogy a félelem kialakulása és

generalizálódásának egyik oka lehet a hippocampalis taxon–local–rendszerekben bekövetkező információ összehangolási zavar. Ezáltal a félelemjelzések bármilyen irreleváns válaszhoz kötődhetnek, anélkül, hogy a valós kognitív térkép kialakulhatna. A rendszerek zavarát a nagymértékű pszichológiai stressz okozhatná (Jacobs, 1985).

Agorafóbiás páciensek esettanulmányai is jól szemléltetik, hogy a tünetek megjelenése és a páciens problémái tulajdonképpen a partner, vagy más hasonlóan szoros érzelmi kapcsolat köré csoportosulnak valamilyen formában. Tehát a kötődésnek jelentős szerepe van a tünetek kialakulásában. Gyakori még, hogy a megfelelés igényében és a körülmények kontrollálásában is keletkezik valamilyen zavar, amikor például egy kapcsolatban a határok nem egyértelműek vagy túl merevek. A személy számára veszélyt jelenthet az elkülönülés is és az együttesség élménye is, ezért úgy érezheti, tehetetlen a kapcsolatainak alakításában, nem kompetens a körülmények alakításában. Ezt támasztja alá az a terápiás megfigyelés, mely szerint gyakorló terapeuta nem találkozik olyan esettel, ahol egyedülálló páciensnél jelent meg agorafóbiás zavar (Barcy, 1994).

Haraszti (1995) úgy véli, hogy az utóbbi évtizedekben elszaporodó agorafóbiás betegségek oka a kor individuális szemléletében jelentkezik: a közösségekben rejlő védelmező, megtámasztó erő eltűnik, pedig az Énnek szüksége lenne erre. Az autonómia hangsúlyozásával egyre inkább egyedül marad az egyén, hiszen előfordulhat, hogy egy bizonyos helyzetben a közvetlen környezete, sőt saját maga sem tud önmagának segítséget, megnyugvást nyújtani. Ezért mondhatjuk, hogy szorongása a környezetnek szól, és más az értelme, mint pl.: a kígyóval kapcsolatos fóbiának. Ez egy kommunikáló tünet, amely segítségkérést jelez a környezete felé. Nem fokális traumához kapcsolódó, hanem az egyén létét kérdőjelezi meg, azt, hogy elég életrevaló–e, független–e.

Az agorafóbia kifejlődését **Klein** (1987) szerint okozhatja az, hogy a váratlan, fenyegetést nem jelentő szituációban megjelenik a pánik érzése, és ez segélykérő magatartást eredményez. Ha a roham elmúlt, a személy jobban érzi magát, de megmarad a tartós aggodalom, és autonóm distressz érzése fejlődik ki, amely a második fontos eleme a kialakulás folyamatának. Az érzékenyebbé vált személy túlreagálja az őt ért ingereket, amely a következő pánikot is kiválthatja, és amely neurokémiai változásokhoz is vezet. Ezért a személy azt hiszi, hogy bizonyos szituációk gyakrabban vezethetnek pánikhoz, bár érthetetlen módon néha nem.

Ebből a személyek leszűrik azt a tanulságot, hogy hajlamosabbak pánikot átélni, ha egyedül vannak, vagy távol az otthonuktól. Ezért elkezdik kerülni azokat a helyzeteket, amelyek számukra nem jelentenek biztonságot, mert nem elérhető a segítség.

Az agorafóbiás félelmek kapcsán a rizikófaktorok két elkülöníthető csoportját írja le **Mineka** (2006), mely szerint a női nem és az alkalmazotti státusz milyensége emelhető ki. Azok a személyek, akik a munkájukat részben, vagy teljes egészében otthonról végzik, hajlamosabbak kialakítani az agorafóbiás elkerülő viselkedést, azokhoz a személyekhez képest, akiknek mindennap el kell hagyniuk az otthonukat a munkavégzés miatt.

A fent leírt tényezőket agorafóbiás betegeknél figyelték meg, ennek ellenére a végbemenő mechanizmusok és érzékenyítő tényezők hasonlóak lehetnek normál személyeknél is. Hiszen nagymértékű pszichés stressz esetén a félelemjelzés zavara átmenetileg megjelenhet, amely irreális válaszhoz vezethet. A személy ekkor, a veszély rá ható belső következményeire figyel, ezért a fiziológiai reakcióinak nem képes a helyzetnek megfelelően tartalmat adni. A cselekvéseiben a megszokott biztonságot kísérli meg megvalósítani, melyben a múltbeli tapasztalatoknak van kiemelt szerepe, de mivel a helyzetnek nem megfelelő, ezért nagy esélye van a sikertelenségnek, amely megerősítheti a félelem mértékét, és szenzitívebbé tesz a jövőbeni eseményekre. Ebben a folyamatban tetten érhetővé válik az első agorafóbiás félelmek átélése, amely fokozottabb belső monitorozást eredményezhet. Ennek az lehet a következménye, hogy a személy egyre inkább önmagát figyeli, és ezért egyre inkább eltávolodik a valós ingerektől, így ez egy öngerjesztő folyamattá válhat.

3.5.3 *Generalizált szorongás zavar (Generalized anxiety disorder, GAD)*

A generalizált szorongás az egyik leggyakoribb szorongásos zavar, amely jelentős életminőség csökkenéssel jár (Beard, 2010). A betegek kb. fele hosszútávon más szorongásos zavar irányába „lép tovább” (Tringer, 1996). Többnyire a legalább hat hónapig fennálló nehezen kontrollálható szorongásos panaszok állnak előtérben. A felsorolt tünetekből legalább három megjelenik, és a napok nagy részében tapasztalható. A tünetek: nyugtalanság, idegesség,

„felhúzottság” érzése; fáradékonyság; koncentráció zavar, „gondolkodásképtelenség”; ingerlékenység; izomfeszültség; alvászavar (elalvási, átalvási nehézség vagy nyugtalan, nem kielégítő alvás). A tünetek nem tulajdoníthatóak más I. tengelyen kódolt zavarnak vagy szerhasználatból eredő zavarnak, viszont a tünetek klinikailag is jelentős szenvedést és funkcióromlást okoznak (DSM-IV-R, 2001).

A GAD esetén a betegek egyik szenvedésforrása, hogy nem tudják körülhatárolni, hogy pontosan mi, mely helyzetek és mikor váltanak ki szorongást, ez a bizonytalanság az életminőségre rendkívül negatívan hat. Az internalizáló tünetek vannak többségben, amely azt eredményezi, hogy a környezet számára sokszor későn derül ki, hogy valami baj van az adott személlyel. Az aggodalmak gyorsan eluralják a személy életét, és mivel a kiváltó tényezők pontosan nem körülhatárolhatóak, ezért a személyek általában az érzelmeiket kezdik megpróbálni elkerülni. Zavar alakul ki az érzelmeik szabályozásában, amely négy területen jelenik meg:

- az átélt érzelmeik intenzitása fokozottabb;
- ugyanakkor nehézségeik vannak az érzelmeik megértésével (nehezebben tudják leírni, megfogalmazni, azonosítani és elfogadni azokat);
- intenzívebb negatív kogníciókat mutatnak, mind a negatív, mind a pozitív érzelmeik kapcsán, ezáltal erősebbek a katasztrofizáló hiedelmek;
- végül pedig több erőfeszítéssel tudják uralni, kezelni a negatív érzéseket, kialakul egy maladaptív érzelemkezelés (Mennin, 2009).

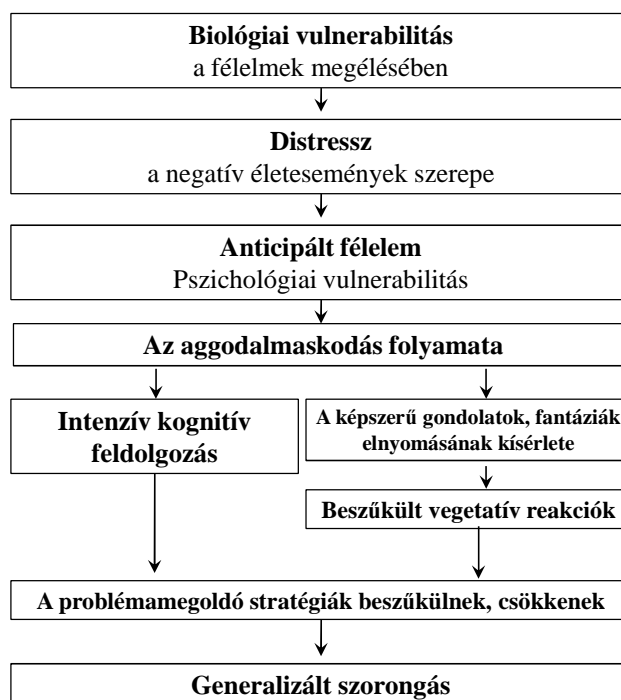
Kimutatták, hogy azoknál a személyeknél kétszer gyakrabban alakul ki GAD, akik a munkájuk folyamán megélt pszichológiai stresszt kimerítőnek, túlzónak minősítették (Melchior, 2007, id. Calkins, 2009).

A betegség kialakulásában a genetikai tényezők szerepe nem bizonyított, de nem is cáfolt, az eredmények ellentmondásosak. Neurobiológiai szempontból a noradrenalin, szerotonin és a GABA-rendszer szerepét emelhetjük ki, illetve az amygdala és a hippocampus működését. **Kopp** (1990) a generalizált szorongó betegeknél erősebb vonásszorongást mutatott ki a viszonylagos jobb féltekei aktivációs túlsúly mellett.

A kognitív megközelítés a félelemmel teljes elvárások szerepét emeli ki, amelyben a veleszületett és az élet során kialakult vulnerabilitásnak van

jelentősége, melyben a fokozott vigilancia, a kontroll hiányától való félelem és a tanulási folyamatok elsősorban a kondicionálás játszik lényeges szerepet, amely egy önmagát erősítő folyamattá válik (Lieb, 2005). Ezenkívül a gyerekkori traumatikus élmények negatív hatását, a bizonytalanság tolerálásának deficitjét, a biztonságra utaló jelzések inadekvát használatát és az aggodalmaskodást, mint önmagát megerősítő és folyamatos jellemzőt emelik ki (Mineka, 2006).

Eysenck (1992, id. Lieb, 2005) modellje az esékenységet tisztán kognitív szempontok alapján építi fel, melyben a magas vonásszorongással rendelkező személyek kritikus életeseményt átélve a megterhelés folyamán átélt figyelmi stratégiát generalizálják, amely végül oda vezet, hogy általánosságban válik minden veszélyessé és fenyegetővé a környezetben. **Borkovec** (1991, id. Lieb, 2005) modellje az aggodalmaskodást helyezi a középpontba, amely a mentális, szellemi elkerülés eszközévé válik, hiszen a képzeletben megélt és előrevetített eseményeket kell elkerülni, amelyek már abban a formában is vegetatív tüneteket váltanak ki. Ezt a modellt egészíti ki Turowsky és Barlow (2000, id. Lieb), melyet a 6. ábra szemléltet.



6. ábra. **Turowsky** és **Barlow** modellje a GAD kialakulásának folyamatáról (2000, id. Lieb, 2005)

3.6 *Epidemiológia*

A nők esetében 30, 5%, férfiaknál 19, 2% a szorongásos zavarok prevalenciája (Calkins, 2009, Howell, 2006).

Pánikzavar egyes felmérések szerint kétszer (Rihmer, 1995; Szendi, 2000), más adatok alapján háromszor olyan gyakori nők, mint férfiak esetében (Bitter, 1996b). Gyakran kezdődik, vagy súlyosbodik a szülés utáni időszakban, illetve a menstruáció idején (Szendi, 2000; Howell, 2006), mivel a női nemi hormonok hatnak a pánik kialakulásában szerepet játszó biológiai folyamatokra. A progeszteron és a gamma-aminovajsav szerepe kiemelt ebben a tekintetben (Kulkarni, 2007). Érdekes tény, hogy a nemek közti esékenységbeli különbség korán kezdődik, már hatéves korban kimutatható, amely mögött biológiai okokat tételeznek fel (Howell, 2006). Ezt magyarázza **Fodor** (1974, id. Arrindell, 2003) klasszikus elmélete is, amelyben a tradicionális nemi szerepekből eredezteti ezt a különbséget, ahogyan azt az evolúciós nézőpont is hangsúlyozza.

Ezenkívül a betegség indulásának és lefolyásának megfigyelhető egy szezonális mintázata is (Rihmer, 1995; 1999). Leggyakrabban 18 és 25 év között kezdődik (Rihmer, 1999), de előfordul későbbi megjelenés is az esetek kb. 20%-ában (Bitter, 1996b), azonban a későbbi kezdet is általában az életciklusok fordulópontjait érinti, azaz a 30 – 40 év, és az 55 – 60 közötti időszak is gócpontnak számít (Haraszti, 1995b). Korábban az örökletes hajlamot valószínűnek gondolták, mert a vérrokonok között a betegség 20-25%-os gyakorisággal fordul elő (Rihmer, 1996), ma már a genetikai hátteret egyes szerzők bizonyítottan tekintik (Talati, 2008).

A statisztikai adatok alapján pánikbetegség a lakosság 0, 6 – 1%-ában (Haraszti, 1995b), más adatok szerint az átlag populáció 3%-ában (Carpiniello, 2002, Lieb, 2005) jelenik meg, de vannak olyan becsült adatok is, mely szerint a lakosság 15 – 20%-át érinti a betegség (Haraszti, 1995b).

A megjelenő tünetek szempontjából a nők inkább légszomjat, hasi diszkomfortot és fulladásérzetet tapasztalnak, míg a férfiak inkább izzadásról és hasi fájdalomról számolnak be (Howell, 2006).

A pánikbetegségek és a különböző szociodemográfiai faktorok, illetve más egyéb tényezők között sem tudtak szignifikáns összefüggést kimutatni. A már említett szorongásérzékenységen kívül az egyetlen prediktív faktor, amelyet sikerült vizsgálatokkal alátámasztani, az az, hogy a korai szeparációs szorongásban

és iskolafóbiában szenvedők között később szignifikánsan több pánikbeteg fordul elő, mint a populáció egyéb tagjai között (Ágoston, 1995a). Ennek megjelenése felnőttkorban is olyan kapcsolati mintához köthető, amelynek modellje a korai szülő-gyermek kapcsolat volt (Kopp, 1991). Ez azonban csak elméleti feltételezéseken alapszik, megfelelő empirikus bizonyítékok erre nincsenek, a klinikai esettanulmányokban előforduló adatok és elméleti következtetések alapján állították fel ezt az elképzelést.

A generalizált szorongás prevalenciája 4 – 7 %, amely azonban a már említett „tünetváltások” miatt általában lecsökken és nagyjából azonos a pánikzavarok epidemiológiai adataival. Eltérés van a pánikzavarokhoz képest abban is, hogy mely életkorban kezdődik a betegség. A GAD felnőttkorban vagy még később alakul ki, általában a középkorú vagy még idősebb személyeket veszélyezteti. A nőknél ez a betegség is gyakrabban fordul elő, mint a férfiaknál, és általában az alacsonyabb jövedelemmel rendelkezőknél gyakrabban fordul elő. Az utóbbi időben azt figyelték meg, hogy a férfiak esetében az ún. kritikus életesemények érzékenyítő tényezőknek számítanak, tehát ha valami számukra szubjektíven fontos dolgot negatívan élnek meg, bár a vizsgálatok többsége ebben a vonatkozásban retrospektív (Lieb, 2005).

3.7 Komorbiditás

Agorafóbia 65-80%-ban, major depresszió 38-90%-ban társul a pánikzavarhoz, gyakori az alkohol és a drog használata a páciensek esetében. Szomatikus betegségek közül magas vérnyomás, nyombélfekély, irritábilis bélszindróma és az idiopátiás kardiomiopátia fordul elő leggyakrabban (Rihmer, 1999).

A krónikus szorongás gyakran vezet személyiségzavarok kialakulásához is, megjelenhet inszomnia vagy más szorongásos kórkép is. A személyiségzavarok közül elsősorban a B – klaszterbe sorolható zavarokat emelném ki. A borderline-személyiségzavarban szenvedő személyek szintén érzékenyek a szeparációra, és jelentős szorongást élnek át. A hisztrionikus személyiségzavar egyik alapélménye szintén a szorongás.

Ahogy azt a következő részben kifejtjük, a neurózis átdefiniálását lefedő tüneti képek dinamika tekintetében szoros kapcsolatot mutatnak a pánikzavarral, illetve a

szorongásos zavarokon belül sem mindig egyszerű a konkrét tüneti kategóriák tisztázása. Ahogy már szintén szó esett róla, tartós pánikzavar ritkán marad önálló diagnózisként, szomatikus betegségek, egyéb szorongásos zavarok, főleg agorafóbia és generalizált szorongás, illetve depresszív hangulatzavarok jelennek meg. Szociális fóbia, szeparációs szorongás a kórelőzményekben szintén gyakori, illetve kényszeres zavar sem ritka (Rihmer, 1999).

Gyakran jelennek meg olyan komorbid ún. küszöb alatti tünetek, melyek szenvedést okoznak a személynek, de nem merítik ki az adott kategória diagnosztikus kritériumait. Egyes felmérések azt igazolják, hogy a pánikbetegek 90 %-ánál megjelenik valamilyen szövődmény (Bitter, 1996b).

A pánikzavarok és a hipochondriázis fenomenológiai kapcsolatát, és gyakori komorbiditását számos tanulmány leírja (Abramowitz, 2007a; 2007b; Noyes, 1999).

A szorongásos zavarokkal diagnosztizált páciensek között magas a szuicid kísérletek száma, ezen belül kiemelten a pánikzavarok esetében, főleg, ha egyéb komorbid képek is megjelennek, úgy, mint a major depresszió, alkohol problémák (Diaconu, 2007).

GAD esetében a komorbid depresszió aránya 40-70% közt változik, és általában a generalizált szorongásos tünetek az elsődlegesek, amelyek a depresszió megjelenésének rizikófaktoraiává válnak. A generalizált szorongó betegek 90%-ánál legalább egy pszichiátriai zavar diagnosztizálható még (Lieb, 2005)

3.8 Terápiás lehetőségek

A terápiás terv kidolgozásához szükséges a jelenlegi állapot pszichodinamikai feltárása, az aktuális gondolkodási sémák és a szomatikus állapot felmérése (Kállai, 1991). Fontos, hogy a beteget nem szabad hamis illúziókba ringatni a teljes gyógyulással kapcsolatban, hanem a stabil kapcsolat kialakítása az elsődleges, amelyben a segítségkérés lehetősége folyamatosan biztosított (Szendi, 2000).

A gyógyszeres terápiák szempontjából az SSRI készítmények a leghatékonyabbak, a mellékhatások tekintetében is ezek a legkedvezőbbek. Ezenkívül triciklikus antidepresszánsok, benzodiazepinek és monoamin oxidázgátlók a leggyakrabban alkalmazott lehetőségek (Szendi, 2000).

Kognitív viselkedésterápiás eszközök a leggyakrabban alkalmazott pszichoterápiás eljárások pánikzavarok esetén, mert látszólag könnyebb, kevesebb „kínnal” jár, mint a dinamikus terápiák. A kognitív módszerek az érzéklet, interpretáció, érzelmek ördögi körét igyekeznek átstrukturálni (Salkovskis, 2007).

A pszichoedukáció a családtagok bevonásával történik, rendkívül hatékony, növeli a kooperációt. Stressz és szorongásmenedzsment, kognitív újrastrukturálás, konfrontációs tapasztalatok és egyéni probléma megoldó kompetenciák elsajátítása, légzéskontroll, relaxációs és imaginatív technikák kerülnek leggyakrabban alkalmazásra a kognitív módszerek közül (Kopp, 1992; Lieb, 2005; Rihmer, 1999; Szendi, 2000). Szupportív terápiák elengedhetetlen feltételei a gyógyszeres kezelésnek.

A kognitív viselkedésterápiák egyik lényeges hatásmechanizmusa, hogy a pánikot megelőző helyzetekben az ingerek kiértékelése (az idegrendszer ingerfeldolgozó folyamatának második döntési szintje kiemelt ebből a szempontból, (Tringer, 1996)) érzelemvezérelten történik, és nem értelem vezérelten. Így ezeket a gondolati, kognitív, értelmi hibákat, érzelmi irracionálisokat igyekszik a terápia kijavítani (Haraszi, 1995b). Ezenkívül az átminősítésen kívül fontos még, hogy szorongás esetén a tünetek felismerhetőek és legátolhatóak legyenek, illetve egy általános cél egy összességében alacsonyabb általános szorongásszint elérése a pácienseknél (Berghammer, 2004).

A leggyakrabban alkalmazott technikák a formuláció – a probléma megértése és megértetése, a diszfunkcionális gondolkodási stílusok kognitív átstrukturálása, kísérletezés, expozíció azaz az elkerülő viselkedés felszámolása, majd a biztonság kereső viselkedések felszámolása és a vegetatív kontroll megszerzésére irányuló lépések (Fóris, 1996, Lieb, 2005).

Terápia által tartós javulást akkor érhetünk el, melyek az adott személy információ kezelési módját is megváltoztatják, de kiegészítve gyógyszeres terápiával (Tringer, 1996).

Ahogy az epiemiológiai, genetikai és neurobiológiai adatok is mutatják, a nemek esetében vannak különbségek a pánikzavar tekintetében. Ez egyben felveti a nemek szempontjából specifikus kezelések igényét is (Kulkarni, 2007).

A megfelelő terápiás kontextus kialakításához szükséges, hogy a szorongásos beteg szomatikus betegségtudatát és az ehhez kapcsolódó betegségképét meg tudjuk változtatni (Tringer, 1996).

Csoportos módszerek is elterjedtek a szorongásos zavarok kezelésében, amelyet főleg pánikzavarban és agorafóbiában szenvedő páciensek esetében alkalmaznak a szakemberek (Tringer, 1996).

Az öngyilkosság veszélye jelentős a szorongásos zavarok esetében, de ennek a lehetősége még inkább előtérben van, akkor ha major depresszió is társul a zavarhoz. Szuicid veszélyeztetettség esetén a krízisintervenció, krízisterápia is elengedhetetlen eszköz (Szabó, 1996).

Analitikusan orientált terápiára a szorongó személyek 20%-a alkalmas, mivel relatív erős Én-szerkezet szükséges hozzá, illetve megfelelő motiváció és introspekció. A terápia lehet mély, feltáró jellegű, és lehet fokális. A szabad asszociáció módszerét emeli ki **Faludi** (1988), ahol a terapeuta attitűdje a megértetés, a pszichés konfliktusok feltárása.

A freudi dinamikus irányzat az ösztöntörekvések sikeresebb kontrollját célozza meg, a tárgykapcsolati módszer követői a felnőttkorban is megjelenő gyermekkori kapcsolati nehézségeket igyekeznek megoldani, a szelfterápiával foglalkozó szakember nézőpontjának fókuszában a koherens szelf létrehozása a cél (Comer, 2000).

Az alkalmazott családterápiás módszerek célja a rendszerben elhelyezve a betegként delegált családtagot a kapcsolati és rendszerproblémák összefüggésében kezelni. Ezt a családi kapcsolatok tudatosodása, újraértékelése, és új kommunikációs módok megtalálása segíti (Berghammer, 2004).

Megemlítenénk, hogy az érzelemszabályozás deficitjének megváltoztatása is egyre inkább a terápiás módszerek fókuszába kerül.

3.9 A szorongásos zavarok és a személy elhárító mechanizmusai

Az elhárító mechanizmusok érzelemszabályozó szerepéről a II. 1. 2. pontban már említést tettünk. Olyan tudattalan működésmódról van szó, amelyek a – többnyire - negatív érzelmek tudatos megélésére vannak hatással. A megküzdésében túlterhelt személy elhárító mechanizmusokat alkalmaz, melyek elsődleges célja nem a direkt problémamegoldás, hanem a belső és külső tartás megőrzésével egy látszólagos megoldás kialakítása, elkerülve az elviselhetetlennek minősített realitás észlelését vagy az azzal való szembenézést. Ez azonban egy merev, a realitással való konfrontációt elkerülő és azt torzító beállítódáshoz vezet.

Célja lehet a feldolgozáshoz szükséges idő nyeresége éppúgy, mint a negatív érzések elviselhetővé szelídítése vagy hosszútávú elkerülése, hiszen már maga a konfliktus is generálhat szorongást. Az elhárító mechanizmusok torzíthatják a kognitív működéseket és gátolhatják a biológiai késztetések is, ugyanakkor segíthetik az érzelemszabályozás folyamatát, még ha hosszútávon nem adaptív módszerekkel.

A pszichiátriai gyakorlat tapasztalata azt mutatja, hogy a pánikzavar hátterében többnyire letiltott és tudattalan, főleg agresszív vagy szexuális tartalmú ösztönkésztetések állnak. Ha az elfojtás már nem hatékony, vagy a kielégítésük szublimációval nem jöhet létre, akkor jelennek meg a pánikrohamok. Pánikzavarban szenvedő személyeknél az ödipális konfliktus megoldatlan vagy nincsenek érett elhárító mechanizmusok, amely megakadályozza az ödipális konfliktus megoldását (Danics, 2003).

A személyiségfejlődés tapasztalatai azok, melyek meghatározzák, hogy egy adott személy milyen módon reagál a pániktünetek megjelenésére. **Freud** (1999) szerint a pánikroham egy intrapszichés konfliktus tünete, és megjelenéséhez tipikus elhárítási mechanizmusok vezetnek. Ezt a gondolatmenetet **Anna Freud** (1994) továbbvezette, és arra a következtetésre jutott, hogy az autonóm énfunkciók fejlődése lehetővé teszi a szorongás csökkentését az elfojtás, a projekció és a tagadás segítségével. Majd a latencia időszakában a racionalizáció, intellektualizáció és a humor enyhíti a szorongás élményét. A regresszió szerepe is kitüntetett (Fonagy, 2005).

Az eltolás, szomatizáció és a reakcióképzés kettős feladattal rendelkezik. Egyrészt ez egy pszichofizikai tünetekkel járó belső ösztön visszaszorítása, másrészt segíti a személy aktuális személyes és szociális fejlettségéhez illő cselekvések megvalósulását. Tehát e szerint a pánik élményében is az énvédő mechanizmusok szabályozzák az élményösszetevőket és a megjelenő késztetéseket is (Kállai, 1992–93).

A pánikbetegeknél az elfojtás az uralkodó elhárítási forma, így az indulat eredete nem élhető meg, és a vegetatív tünetek átélése is gátlás alá kerül, csak szomatikus szinten válik megtapasztalhatóvá (Kállai, 1991).

Az én-funkció sérülése lehet az oka annak, hogy a szorongó személy úgy kommunikál a környezetével, mintha az az ő énjének része lenne, méghozzá mintegy szimbiotikus formában, így közléseit a gyermeki impulzusok irányítják, nem a tartalom, vagy a szándék. A kommunikáció eszközei is a gyermek nyelvén

történnék, mint például a sírás, kétségbeesés. Mivel nem képes különbséget tenni a környezet által közvetített emóciók között, nem tudja feldolgozni az új információkat sem, vagy csak a már meglévő sémái segítségével, ezért kialakul az agorafóbiát megerősítő kognitív elkerülés (Kállai, 1992–93).

A pánikbetegeknél a szédülés, bizonytalan járás, gyengeség tünetcsoportjával a regresszió és a projekció mutat pozitív korrelatív kapcsolatot. A szeparációs időszakban a domináns modalitás kb. hét hónapos kortól vestibuláris, amelyhez a fenti tünetek is sorolhatóak, és ezek az elhárító mechanizmusok kb. ebben az életkorban kezdenek kialakulni, így ebben a korai időszakban kapcsolat alakul ki a pszichológiai és a fiziológiai védekező folyamatok között. A fejlődés további szakaszaiban ez a kapcsolat felbomlik, de a szeparáció traumatikus élménye újra összekapcsolhatja őket felnőtt korban is. Ugyanakkor nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy ez csak feltételezés, hiszen nem rendelkezünk jelenleg megfelelő adatokkal a pszichológiai elhárító mechanizmusok és a fiziológiai működések viszonyáról (Kállai, 1992 – 93).

Ha azonban ez a feltételezés helytálló, akkor a pánik érzését a szeparációs élmény emléke, és az attól való félelem válthatja ki, melynek eredményeképpen egy korábbi állapotban keresnek védelmet regresszív módon, a kapcsolat biztonságában vagy a biztonságos kapcsolat illúziójában.

3.10 A neurózis újraértelmezése

A neurózis fogalma nem felelt meg a nemzetközi betegség rendszerek által támasztott követelményeknek, mert nincsenek egyértelműen elfogadott diagnosztikai kritériumai, így értelmezési kerete és lehetősége túlságosan tág (Rihmer, 1995). Az új nomenklatúra elfogadása azonban azt eredményezte, hogy bár a kritériumok pontosabbá váltak, de ezáltal főleg a dinamikus gondolkodás, a pszichopatológiai elemzés jelentősége csökkent (Tringer, 1996).

A másik jelentős változás, hogy megjelent a komorbiditás, mint fogalom, mert a korábban neurotikusnak tekintett betegek az új rendszerbe nem voltak egyértelműen besorolhatóak, az állapotukat, tüneteiket rendszerint több kategória írta le (Tringer, 1996).

Ezt azért tartottam fontosnak kiemelni, mivel a pánikzavarral kapcsolatos komorbiditást, illetve annak meghatározását jelentősen befolyásolja ez a szemléleti váltás. A korábban hisztériás neurózisnak nevezett modell, ma négy kategóriába sorolható: szomatizációs zavar, konverziós zavar, szűkebben vett disszociatív zavarok és a hisztrionikus személyiségzavar (Ozsváth, 2009).

A neurózist **Tringer** (1996) ma egy átfogó értelmezési keretnek tekinti, amely egy, a személy egészét érintő zavar, konkrét megnyilvánulásai jelenti.

A neurózis egyik közös vonása a szenvedés, az örömképesség elvesztése, ahol a realitásérzék megtartott, és a tünetek énidegenek a személy számára. Megjelenik a pszichofiziológiai reaktibilitás (Vetró, 1996) fogalma, vagy az ún. kognitív vulnerabilitás, mely alatt mindenképpen egy sajátos személyiség szerkezet bontakozik ki, melyben a genetikai, környezeti tényezőknek egyaránt fontos szerep jut. Ehhez tartozik egy sajátos információ – feldolgozási mód is, amelyet **Tringer** (1996) elmélete foglal össze kognitív tetrád megnevezéssel.

A neurózis egy progrediáló jelenség, melyben az egyre több konfliktus megélése a zavar következménye. Megjelenik benne a negatív önkép, a létezéshez való „hiányokban megélt” viszony, és az időhöz való kapcsolódás mássága, melyben a múlt van előtérben és a jövő is a múlttól szól (Tringer, 1996)

4. Korábbi eredmények

Számos vizsgálatot végeztek szorongásos zavartól szenvedő személyekkel, melyekből néhányat kiemeltünk, mivel az áttekintett elméletek és a felvetett hipotézis szempontjából relevánsnak tekinthetőek.

Reitman és **Asseff** (2010) vizsgálatában azt találta, hogy a vizsgált 200 pszichológus-hallgatóból, a 109 női hallgató esetében volt kimutatható szignifikáns összefüggés a szorongás és az anyai túlvédő, kontrolláló magatartás között. A 91 férfi hallgató esetében tendenciaszinten jelent meg ugyanez az eredmény. E vizsgálat különlegessége, hogy a hallgatók (STAI-val mért) szorongás-szintjét összevetették a hallgatók és a szülők által is kérdőívek segítségével megítélt nevelői magatartással. A nevelői magatartás önbeszámolós jellemzése korrelált ($p < 0,01$) a hallgatók által észlelt gondozói magatartással.

Arrindell (1987) vizsgálatában a nők szignifikánsan magasabb eredményt értek el a „Félelem felmérő kérdőív” minden faktorában, a vizsgált amerikai, angol és holland egyetemista nemzetiségi csoportnál. Tehát a nem volt az egyedüli változó, melynek szisztematikusan hatása volt az önbeszámoló kérdőívben megjelenő viselkedésre.

Sanua (1980, id. Arrindell, 1992) azt állította, hogy azoknak a pszichiátereknek és pszichológusoknak, akiket a mentális betegségek etiológiája érdekel, meg kell barátkozniuk a normál családok szubkulturális és kultúrák közti vizsgálatának gondolatával, mert az ilyen fajta vizsgálatok alkalmasak arra, hogy megvilágosítsák a különbségeket a speciális nevelési magatartások és azok hatásai, minőségei között.

Ezt támasztja alá, hogy a pánikbetegségek és a különböző szociodemográfiai faktorok, illetve más egyéb tényezők között sem tudtak szignifikáns összefüggést kimutatni. Az egyetlen prediktív faktor, amelyet sikerült vizsgálatokkal alátámasztani, hogy a korai szeparációs szorongásban és iskolafóbiában szenvedők között később szignifikánsan több pánikbeteg fordul elő, mint a populáció egyéb tagjai között (Ágoston, 1995a). Ennek megjelenése felnőttkorban is olyan kapcsolati mintához köthető, amelynek modellje a korai szülő–gyermek kapcsolat volt (Kopp, 1991). Ez azonban csak elméleti feltételezéseken alapszik, megfelelő empirikus bizonyítékok erre nincsenek, a klinikai esettanulmányokban előforduló adatok és elméleti következtetések alapján állították fel ezt az elképzelést.

Korábbi vizsgálatok bizonyították, hogy az szorongásos zavarok, ezen belül a pánik és agorafóbia szignifikáns mértékben befolyásolják a személy tapasztalatait és ezáltal a viselkedését is (Kállai, 2003). Mivel kevés problémaközpontú megküzdési stratégiával rendelkeznek, ezért elkerülik a konfliktusos helyzeteket (Szilvás, 2002). A szorongás leküzdésében vagy kialakulásának megakadályozásában az egyik kulcsmozzanat a veszély természetének ismerete, a befolyásoló tényezők és a veszély aktív elhárításában való részvétel, melyhez elengedhetetlen a személyes tapasztalatok szerepe. Ezeknek a tapasztalatoknak a gyökere pedig a gyermekkori aktivitásban, explorációban van (Kopp, 1991).

A pánik és agorafóbia és a szülői magatartás, főleg a szülői túlóvó attitűd kapcsolatát számos szerző hangsúlyozza (Klein, 1984; Kopp, 1992; Mathews, 1982), **Andrews** 1966–ban és **Wolpe** 1958–ban (id. Mathews, 1982) nem végzett ugyan ezzel kapcsolatban empirikus kutatásokat, de felismerték ezt a befolyásoló

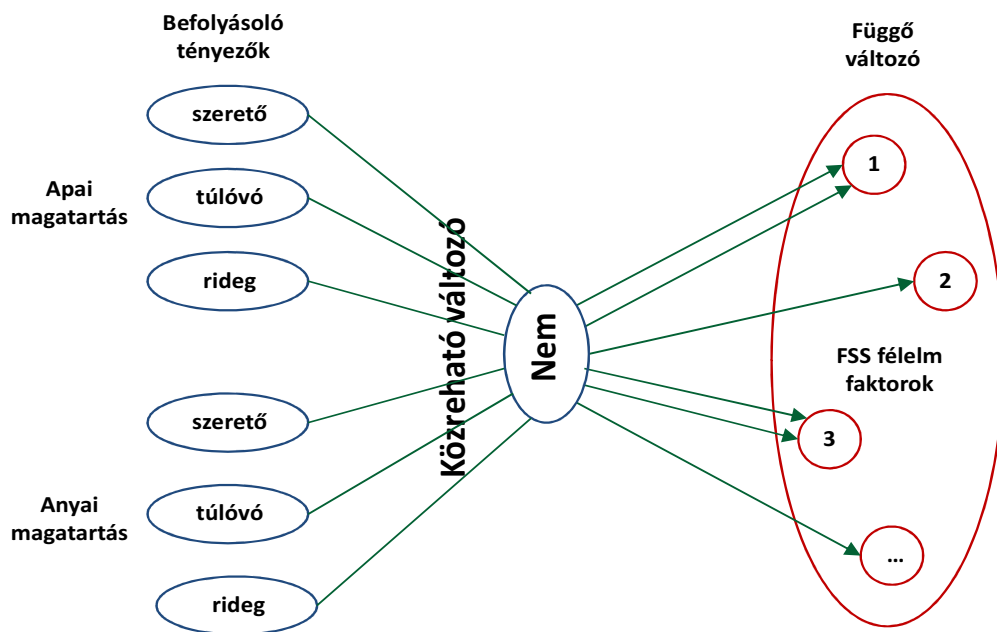
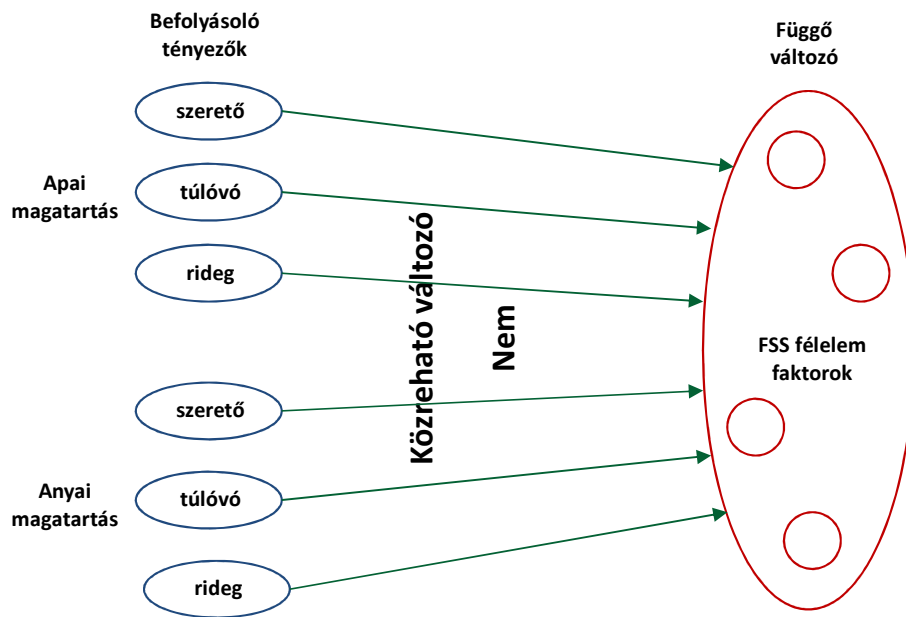
hatást. **Snaith** (1968, id. Mathews, 1982) megvizsgálta az agora-és egyéb fóbiában szenvedő személyeket ebben a tekintetben, és nem talált köztük különbséget a túlóvottság, vagy a rideg szülői magatartás tekintetében. **Solyom** (1976, id. Mathews, 1982) sem talált szignifikáns eltérést, csak tendenciát tudott kimutatni az agorafóbiás és a kontrollcsoport között. Azonban ezekben a vizsgálatokban nem volt megfelelő kontroll csoport és objektív mérőeszközök sem, ezért ezek alapján nem lehet levonni valós következtetéseket.

Egy nem klinikai csoportban végzett vizsgálat szerint a depresszív élmény negatívan korrelált a szülői törődéssel és pozitívan a szülői kontrollal. További vizsgálatok tapasztalatai arra utalnak, hogy szoros a kapcsolat a PBI (parental bonding instrument) dimenziói és pszichiátriai kórképek között. Az alacsonyfokú törődést és a magas fokú korlátozást kapcsolatba hozták a neurotikus állapotokkal, a magas fokú törődést és a magas fokú korlátozást a függőséggel, hipochondriával, asztmával, pánikbetegségekkel (Parker, 1990).

Capelli és munkatársai (1989) illetve **Webster** (1953, id. Mathews, 1982) eredményeit már említettük az Elméleti bevezető 2. 3. 1. pontjában, mely szerint a túlóvó szülői attitűd dominánsan megjelenő bánásmód szorongásos zavarok esetén. Ezért a rendelkezésemre álló irodalom és a fenti eredmények alapján, **Sauna** (1980, id. **Arrindell**, 1992) idézett felvetésével összhangban úgy véljük, hogy a pánik- és társuló agorafóbiás zavarok etiológiájának megragadásához normál populáció vizsgálata adhat megfelelő alapot.

Mivel a szorongásos zavarok nagy része, akár a tünetek 80%-a (Gádoros, 1996) a serdülőkor végén és a fiatal felnőttkor elején (18 és 25 év között) alakul ki (Lieb, 2005; Rihmer, 1999), ezért vizsgálatunkban ezt a korosztályt vizsgáljuk. Egészséges fiatal felnőttek önbeszámoló kérdőívekkel kapott félelemértékeit tanulmányozva keresünk összefüggéseket a kialakulásra, érzékenységre vonatkozó adatokkal (Barcy, 1994; Horgász, 2001; Jacobs, 1985; Kállai, 1991; Klein, 1987; Kopp, 1992; Rector, 2007; Schmidt, 2006; Schmidt, 2010), elsősorban a gyermekkorban tapasztalt szülői viselkedésre való visszaemlékezés eredményeivel (Arrindell, 1992; Reitman, 2010).

1. sz. modell. Az első vizsgálat hipotézisének szemléltetése



IV. ELSŐ VIZSGÁLAT LEÍRÁSA

„Minden kérdés, keresés. Minden keresésnek előre irányt szab az, amit keresünk.”
Martin Heidegger (1998, 257. old.)

1. Hipotézis

A vizsgálat célja, hogy 18–25 év közötti normál populációban vizsgálja a *Félelem felmérő kérdőív* (Arrindell, 1993) tartalmát alkotó különféle félelmekre (szociális félelem, agorafóbia, szexuális tartalmú jelenetekkel való találkozástól való félelem; betegségtől való félelem, állatoktól való félelem) való érzékenység alakulását a szülői magatartásminták tükrében. A korai szeparációs szorongás, a szorongásfejlődés és szülői magatartás alakulásának mérésére számos lehetőség van; a koragyermekkoriban valós élethelyzetben végzett obszervációtól kezdve (Fonagy, 2005) a longitudinális vizsgálatokon (Weiss, 2001) át a szülő kérdőíves önjellemzésének és a gyermek szorongásszintjének összevetéséig (Reitman, 2010), valamint a különféle retrospektív önjellemző kérdőívek használatáig (Silove, 2001).

Jelen keretek között a tárgykapcsolatokra való visszaemlékezés reprezentációs mintáinak vizsgálata segítségével, a szubjektív emlékezés¹⁷ szisztematikus mérésével térképezzük fel az apa és az anya nevelési attitűdjéről kialakult sémák rendszerét, melynek mintázatát a „félelem felmérő kérdőív” eredményeivel vetjük össze.

¹⁷ A szülői viselkedésről felidézett benyomások mintázata a gyermekkor elsődleges tárgykapcsolatainak belső reprezentációját jelenti, mely a későbbi élet során megjelenő pszichológiai állapotokra is hatással van (Fonagy, 2005). A kötődés minőségéről négy reprezentációs minta árulkodik. A szülő valós viselkedése a reprezentációk első szintjét adja; kölcsönhatásban a gyermek viselkedésével. A második szintet az eseményreprezentációk jelentik, ahol az élmények emlékei kerülnek feldolgozásra, a harmadik szintet az önéletrajzi emlékek jelentik. Itt a specifikus emlékek a személyes és elbeszélte múlttal kötődnek, a narratívák és az önmegértés szerepe a hangsúlyos. A hetvenes évektől kezdve a kötődés fogalma is újradefiniálásra került, így kiterjeszhetővé vált a reprezentációk felsorolt szintjeire, és az életet átívelő élményekre. A gondozó viselkedése sem a konkrét megfigyelt szintet jelenti csupán, hanem a fantázia és az emlékek, azaz a pszichés valóság éppen ennyire hangsúlyossá váltak a minőség és mintázat megítélésében (Fonagy, 2005). A retrospektív adatokra vonatkozó kérdőívek tehát ezt, a már megoldozott, narratív reprezentációs szintet teszik elérhetővé a vizsgálat számára, és a szülői viselkedés, illetve attitűd fogalmait is ezek alapján használjuk.

A vizsgálathoz használt félelmet mérő kérdőív eredményeinek faktoranalitikus feldolgozását is elvégezzük, annak ellenére, hogy magyar mintán bemért és használt kérdőívről van szó (Kállai, 2003).

Ezért a következő hipotéziseket fogalmazzuk meg:

- Létezik, a főként elméleti és klinikai tapasztalatokon nyugvó, feltételezett összefüggés a szülői magatartás és a kialakuló különféle félelmek között.
- A nemek tekintetében van különbség, az irodalmi adatok alapján feltételezzük, hogy a női nem érzékenyebb ebben a tekintetben.
- További kérdésünk, hogy az anya és az apa magatartása milyen nemre jellemző következményekkel járhat?

A kapott eredményeket értelmezve szeretném megvilágítani a jelenség hátterét, az esetleges rizikófaktorokat, és felkutatni azokat a tényezőket, amelyek mint beavatkozási pontok segíthetnek megküzdni a specifikus félelmekkel.

2. Vizsgálati személyek

262 egyetemi hallgató (135 nő és 127 férfi, átlagéletkor 22, 18 ± 2 , 066, a legfiatalabb 19, a legidősebb 25 éves, valamennyien önkéntes jelentkezés alapján, ellenszolgáltatás nélkül) vett részt a vizsgálatban. A hallgatók 100%-a általános orvos kar hallgatója. Valamennyi hallgató személyes instrukciót kapott, a kitöltési idő nem volt limitálva.

3. Módszer

A vizsgálati személyek egyénileg töltötték ki az önbeszámoló kérdőíveket. Objektív, statisztikai módszerekkel nyerünk adatot. Az SPSS 19.0 verziójú statisztikai programot használjuk az adatelemzéshez.

Személyes interjú nem készült a vizsgálati személyekkel.

4. Eszközök

Két kérdőívet használtunk a vizsgálat során.

1. A „*Félelem felmérő kérdőív*” (fear survey shedule; FSS) (Arrindell, 1987) a „szociális félelem”, „agorafóbia”, „szexuális tartalmú jelentekkel való találkozástól való félelem”, „betegségekől való félelem”, valamint „állatoktól való félelem” faktorokat tartalmazza. A kérdőív a fenti faktorokba csoportosítható 52 kérdésre adott 0–4 között pontozható tételek alapján egyes félelmekkel kapcsolatos érzékenységet méri fel. A kérdőív 2., 3., 6., 7., 11., 17., 18., 19., 23., 24., 35., 40., 42., állításai az agorafóbiás félelmekre; az 5., 8., 9., 10., 15., 20., 27., 33., 41., 44., 47., 51., 52. itemek a szociális félelemre; az 1., 4., 12., 14., 22., 32., 36., 38., 39., 43., 46., 50. tételek a betegségekől való félelemre; a 25., 26., 28., 30., 31., 34., 48., 49. pontok a szexuális tartalmú jelentekkel való találkozástól való félelemre; és végül az állatoktól való félelemre a 13., 16., 21., 29., 37., 45. kijelentések vonatkoznak. (lásd: 1. sz. melléklet).

A „*Félelem felmérő kérdőív*”-et eredetileg a fóbiás viselkedésben való változás értékelésére fejlesztette ki **Wolpe** és **Lang** 1977-ben (id. Arrindell, 1987), és hogy felmérjék a személyek emocionális reakcióinak a különféle forrásait. Később klinikai használatra is alkalmassá tették.

A fent felsorolt dimenziókat eredetileg faktoranalízissel nyerték, amelyeket 703 nem diagnosztizált fóbiás, legfőképpen agorafóbiás félelmeiktől szenvedő személyek válaszaiból nyertek Hollandiában. További tanulmányok bizonyították, hogy a dimenziók megismételhetőek és a jellemzők állandóak, nem változnak, azzal hogy más alanyokra is alkalmazzák. A kérdőív kialakításakor az is bizonyítást nyert, hogy a mérőeszköz belső konzisztenciával rendelkezik, az itemek homogének minden skálafaktorban, amelyet több nemzetközi vizsgálat is megerősített (Arrindell, 1987).

A kérdőív kiválasztásakor fontosnak tartottam ezeket a fent említett tényeket, tehát hogy leggyakrabban a normál populáció egyéneire alkalmazzák, ugyanakkor éppen úgy megfelelő a pszichiátriai beteg személyekre is. Az eredeti faktorok kialakításakor is nem diagnosztizált betegek voltak a vizsgálati személyek, és azok közül is leginkább agorafóbiás tünetekkel rendelkezők. Bizonyított, hogy a dimenziók megismételhetőek, és alkalmasak a személyek emocionális reakcióinak eredetének vizsgálatára is.

2. A „*Szülőkkal kapcsolatos gyermekkori emlékek*” (EMBU=Egna Minnen Beträffande Uppfostran) 1-től 4 pontig minősítő kérdőíves értékelő lista, melynek

az a feladata, hogy a szülői nevelésre való visszaemlékezést értékelje. Az apa és az anya magatartásának vizsgálatára ugyanazt a 23 tételből álló kérdéssort tartalmazza (Arrindell, 1992) (lásd: 2. sz. melléklet). A kora gyermekkori neveltetési körülményeket felidézve három faktorban méri fel a szülők hajdani viselkedését:

- 1./ elutasítás,
- 2./ emocionális melegség,
- 3./ túlóvó korlátozó gondoskodás.

A legtöbb szülői magatartásra vonatkozó vizsgálat pszichiátriai beteg gyermekek családjára vonatkozik, ezzel szemben az „EMBU” a családi háttér megértése szempontjából nem csak páciens–alanyokat vizsgál (Arrindell, 1992).

Az „EMBU”-t több, mint 15 országban, köztük Magyarországon is számos vizsgálatban alkalmazták, és a statisztikai elemzések szerint ugyanazokat a szülői magatartásformákat tudták elkülöníteni és mérni a segítségével (Arrindell, 1989).

Az „EMBU” kiválasztásakor is hasonlóan az első kérdőív választásához az egyik jelentős szempont az volt, hogy alkalmas a normál és a beteg populáció vizsgálatára is, másrészt a szülői magatartással kapcsolatban következetes és tapasztalatilag is igazoltan megbízható eredményeket mutat, és magyar mintán (Arrindell, 1989) is alkalmazták már.

5. Eljárás

A személyek életkorát, nemét és egyetemi szakát rögzítettük, és mindenki kódszámot kapott. Az egyéni instrukciót követően megkapták a két kérdőívet, amelyet a felsorolás szerinti sorrendben töltöttek ki:

1. „Félelem felmérő kérdőív” (Arrindell, 1987),
2. „Szülőkkal kapcsolatos gyermekkori emlékek” (Arrindell, 1992).

A kérdőívek átlagos kitöltése 15 és 30 perc közötti időtartam volt. A kérdőívek instrukcióját szintén a melléklet tartalmazza, melyet szóban is közöltünk, de írott formában is megkapták a vizsgálati személyek.

6. Eredmények

6.1 A szülői magatartások faktoranalitikus eredménye

Az „EMBU”-t, ahogyan már említettem, több vizsgálatban is használták magyar populációban, ennek ellenére faktoranalízis segítségével, leellenőriztük, hogy ezen a mintán is megkapjuk-e az irodalomban említett faktorokat. A 262 egyetemistából 260 főt lehetett felhasználni a vizsgálathoz, mert 1 esetben hiányosak voltak mind az anyára, mind az apára vonatkozó válaszok, illetve 1-1 esetben csak az anyára vagy csak az apára fordultak elő hiányos válaszok. A nemek megoszlása a mintában az apai magatartás vizsgálatánál: $n_{nő}=133$, $n_{férfi}=127$. A nemek megoszlása a mintában az anyai magatartás vizsgálatánál: $n_{nő}=134$, $n_{férfi}=126$.

A faktoranalízis futtatása előtt célszerű ellenőrizni, hogy a változókészlet megfelelő alapot nyújt-e látens mögöttes struktúra feltérképezéséhez. Ehhez alapvetően 2-féle vizsgálatot végezhetünk. Az egyik a Kaiser-Meyer-Olkin mutató (KMO), amely azt vizsgálja, hogy a változók közötti parciális korrelációs együtthatók nem túlságosan magasak-e. A mutató értéke 0 és 1 közé esik. 0,5 alatt egyáltalán nem; 0,50-0,79 között közepes mértékben; 0,80 vagy afeletti értékek esetén nagyon jól használhatóak a változók faktoranalízisre. Mind az anyai, mind az apai magatartás-vizsgálat esetében 0,8 feletti értékeket kaptunk ($KMO_{apa}=0,840$; $KMO_{anya}=0,839$) eredményül, amely azt mutatja, hogy az adatállomány jó alap a faktoranalízis elvégzéséhez. A másik vizsgálati eszköz a Bartlett-teszt, amely azt vizsgálja, hogy a változók páronként korrelálnak-e. A nullhipotézis az, hogy nincsen kapcsolat páronként a változók között. Ez azt jelentené, hogy semmilyen összefüggérendszer nem húzódik meg a változók között. A próbához tartozó alacsony szignifikancia érték fogja azt jelenteni, hogy van páronkénti korrelációs kapcsolat, vagyis van értelme látens struktúrát keresni. A Bartlett-próbához tartozó p-érték mindkét esetben gyakorlatilag 0. Mindkét módon alátámasztottuk az adatállomány felhasználhatóságát a faktoranalízis elvégzéséhez (Székelyi-Barna, 2002; Hajdu, 2003).

Jelen esetben nem szükséges a nemparaméteres próbákat elvégezni, mert a nagy elemszám miatt lehet aszimptotikus z próbát alkalmazni, amely gyakorlatilag t-próba, csak a standard normális eloszlásból veszi a táblabeli értékeket, így a normál eloszlás vizsgálatát sem kell külön elvégeznünk.

A faktorok jobb érthetősége kedvéért varimax rotációt alkalmaztunk. (A varimax eljárás ortogonális forgatást jelent. A mátrix oszlopainak a struktúráját egyszerűsíti azáltal, hogy lehetőleg a változó egy, és csak egy faktorban szerepeljen egyhez közeli abszolút értékű súllyal, miközben a többi faktorban a súly nullához közeli legyen. Így a faktorok által megmagyarázott variancia nem változik, csak könnyebbé válik a faktorok értelmezhetősége (Hajdu, 2003)).

2. sz. táblázat. Az apa magatartására vonatkozó adatok faktoranalitikus elemzésének eredménye. Rotált komponens mátrix.

	Komponensek		
	Szerető/ elfogadó	Túlóvó attitűd	Rideg/ korlátozó
Apám szavaival és gesztusaival mutatta, hogy szeret.	,779		
Úgy éreztem, meleg és gyöngéd viszony van köztem és apám között.	,743		
Ha rosszul alakultak a dolgom, éreztem, hogy apám megpróbált vigasztalni és bátorítani.	,733		
Azt hiszem, apám megpróbálta serdülő koromat stimulálónak, érdekessé tenni.	,717		
Apám dicsért.	,700		
Úgy éreztem, apám büszke volt, amikor sikert értem el valamiben, amire vállalkoztam.	,673		
Apám keményen bánt velem vagy dühös volt rám anélkül, hogy megmondta volna az okát.	-,571		
Apám még kis vétség miatt is megbüntetett.	-,436		,460
Úgy vélem, túlzottan aggódtak amiatt, hogy történhet velem valami.		,726	
Apám megtiltotta nekem, hogy megtegyek olyan dolgokat, ami a többi gyerek számára szabad volt, mert félték, hogy valami történhet velem.		,715	
Úgy éreztem, apám mindenbe beleszólt, amit csak tettem.		,694	
Miután hazaérkeztem, be kellett számolnom arról, hogy mit csináltam, merre jártam korábban.		,660	
Azt kívántam, bárcsak apám kevesebbet aggódna amiatt, amit csinállok.		,644	
Apám engedte, hogy menjek, amerre nekem tetszik, anélkül, hogy különösebben törődtek volna velem.		-,510	
Apám pontos határokat szabott, hogy mit szabad és mit nem szabad tennem, és ehhez szigorúan ragaszkodott.		,461	
Apám mások előtt bírálta engem.	Az állítás egyértelműen egyik faktorhoz sem tartozik.		
Apám akarta eldönteni, hogy öltözködjem vagy, hogy nézzek ki.	Az állítás egyértelműen egyik faktorhoz sem tartozik.		
Magatartásukkal, például azzal, hogy szomorúan néznek, szüleim elérték, hogy büntudatot érezzek, mert rosszul bánok velük.			,632

Apám elérte, hogy szégyelljem magam.			,591
Úgy bántak velem, mint a család "fekete báránnyal" vagy bűnbakjával.			,496
Apám arra ösztönzött, hogy mindenben kiemelkedőt teljesítsek.			,441
Úgy éreztem, hogy szüleim jobban szeretik testvére(i)met, mint engem.			,435
Az apámtól gyakrabban kaptam testi fenyegetést, mint megérdemeltem.			,413

A három kapott faktor együttesen a teljes variancia 45,3%–át magyarázza.

3. sz. táblázat. Az anya magatartására vonatkozó adatok faktoranalitikus elemzésének eredménye. Rotált komponens mátrix.

Állítások	Komponensek		
	Szerető/ elfogadó	Túlóvó attitűd	Rideg/ korlátozó
Úgy éreztem, meleg és gyöngéd viszony van köztem és anyám között.	,780		
Anyám szavaival és gesztusaival mutatta, hogy szeret.	,723		
Ha rosszul alakultak a dolgaim, éreztem, hogy anyám megpróbált vigasztalni és bátorítani.	,708		
Azt hiszem, anyám megpróbálta serdülő koromat stimulálónak, érdekessé tenni.	,686		
Anyám dicsért.	,683		
Úgy éreztem, anyám büszke volt, amikor sikert értem el valamiben, amire vállalkoztam.	,574		
Anyám mások előtt bírálta engem.	-,401		,470
Úgy vélem, túlzottan aggódtak amiatt, hogy történhet velem valami.		,757	
Azt kívántam, bárcsak anyám kevesebbet aggódna amiatt, amit csinállok.		,721	
Úgy éreztem, anyám mindenbe beleszólt, amit csak tettem.		,692	
Anyám megtiltotta nekem, hogy megtegyek olyan dolgokat, ami a többi gyerek számára szabad volt, mert félték, hogy valami történhet velem.		,687	
Miután hazaérkeztem, be kellett számolnom arról, hogy mit csináltam, merre jártam korábban.		,575	
Anyám pontos határokat szabott, hogy mit szabad és mit nem szabad tennem, és ehhez szigorúan ragaszkodott.		,518	
Anyám engedte, hogy menjek, amerre nekem tetszik, anélkül, hogy különösebben törődtek volna velem.		-,448	
Anyám akarta eldönteni, hogy öltözködjem, vagy hogy nézzek ki.		,441	
Anyám arra ösztönzött, hogy mindenben kiemelkedőt teljesítsek.	Az állítás egyértelműen egyik faktorhoz sem tartozik.		
Anyá keményen bánt velem vagy dühös volt rám			,668

anélkül, hogy megmondta volna az okát.			
Úgy éreztem, hogy szüleim jobban szeretik testvére(i)met, mint engem.			,599
Magatartásával, például azzal, hogy szomorúan néz, anyám elértek, hogy büntudatot érezzek, mert rosszul bánok vele.			,582
Úgy bántak velem, mint a család "fekete báránnyal" vagy bűnbakjával.			,581
Az anyámtól gyakrabban kaptam testi fenyítést, mint megérdemeltem.			,523
Anyám elérte, hogy szégyelljem magam.			,519
Anyám még kis vétség miatt is megbüntetett.			,483

A három kapott faktor együttesen a teljes variancia 45,1%–át magyarázza.

Mivel a szakirodalomban is ezt a három tényezőt nevesítik, és a teljes variancia megmagyarázott részében sincsen érdemi növekedés 4-5 faktor használata esetén sem, ezért a kialakított faktorok számát mindkét vizsgálati szempont szerint megfelelőnek ítéltük.

Összességében, mind az anyai, mind az apai viselkedésre való emlékezés eredményeiben megkaptuk a szerető/elfogadó, emocionálisan meleg; a túlvívó és a rideg/korlátozó szülői magatartást.

A faktorok tartalmát tekintve azonban különbség van az apai és az anyai magatartást befolyásoló állítások között. Az apai magatartásnál a kemény, rideg bánásmód hiánya („Apa keményen bánt velem vagy dühös volt rám anélkül, hogy megmondta volna az okát.” faktorsúly: (-0, 571); és „Apám még kis vétség miatt is megbüntetett.” faktorsúly: (-0, 436) a szerető elfogadás érzését alakítja (utóbbi faktor meg is jelenik pozitív faktorsúllyal (0, 460) a rideg, korlátozó attitűdnél).

Az apai magatartás tekintetében két állítás nem tesz különbséget a faktorok között (Ő akarta eldönteni, hogy öltözködjem, hogy nézzek ki. Mások előtt bírált engem.).

Az anyai magatartás kapcsán a „Anyám arra ösztönzött, hogy mindenben kiemelkedőt teljesítsek.” állítás nem tesz különbséget a faktorok között. Ha az anya nem bírálja gyermekét mások előtt, akkor ezt a viselkedést (-0,401-es faktorsúllyal) már a szerető viselkedés jelzésének tartották a személyek, míg a bírálat előfordulása a rideg/korlátozó attitűd része (0, 470-es faktorértékkel).

Mindkét szülői viselkedésben (apa-0,510; anya-0,448) negatív faktorsúllyal szerepel a „Szüleim engedték, hogy menjek, amerre nekem tetszik, anélkül hogy különösebben törődtek volna velem.” állítás, amely a túlvívó magatartással mutat kapcsolatot.

Az eredeti standardhoz képest (Arrindell, 1999) az alábbi eltéréseket találtuk:

- A szerető apai faktorhoz tartozik az eredetihez képest plusz itemként negatív faktorsúllyal a „Apa keményen bánt velem vagy dühös volt rám anélkül, hogy megmondta volna az okát. (faktorsúly: -0, 571)” és az „Apám még kis vétség miatt is megbüntetett. (faktorsúly: -0, 436)” tételeket.
- A túlóvó apai faktornál az eredetihez képest hiányoznak a „Apám arra ösztönzött, hogy mindenben kiemelkedőt teljesítsek. (faktorsúly: 0, 441)” és a „Magatartásával, például azzal, hogy szomorúan néz, apám elérte, hogy büntudatot érezzek, mert rosszul bánok vele. (faktorsúly: 0, 623)”, amelyek a rideg apai magatartás faktornál szerepelnek; és a „Apám akarta eldönteni, hogy öltözködjem vagy, hogy nézzek ki.” állítás is hiányzik, amely azonban egyik faktorhoz sem tartozik ezen a mintán.
- A túlóvó apai magatartásnál említettekén kívül más plusz állítás nem tartozik a rideg apai magatartás faktorhoz, viszont az eredetihez képest hiányzik az „Apa keményen bánt velem vagy dühös volt rám anélkül, hogy megmondta volna az okát. (faktorsúly: -0, 571)” állítás, amely a szerető apai viselkedéshez tartozik; és az „Apám mások előtt bírált engem” tétel nem tesz különbséget a faktorok között.

Az anyai magatartások kapcsán az alábbi különbségeket találtuk az eredeti kérdőív faktoraihoz képest:

- „Az anyám mások előtt bíralt engem” állítás negatív faktorsúllyal a szerető anyai magatartást jelzi.
- A túlóvó anyai faktornál az eredetihez képest hiányoznak a „Anyám arra ösztönzött, hogy mindenben kiemelkedőt teljesítsek” és a „Magatartásával, például azzal, hogy szomorúan néz, anyám elérte, hogy büntudatot érezzek, mert rosszul bánok vele. (faktorsúly: 0, 582)”; az előbbi nem tesz különbséget a faktorok között a mintánkon, az utóbbi pedig a rideg anyai magatartás faktornál szerepel.

Hipotézisként fogalmazódott meg, hogy az egyes faktorok nagyságát a nemek szerinti hovatarozás is befolyásolja. Mivel a minta eloszlása nem mutat extrém aszimmetriát, a minta elemszáma viszonylag magas (30-nál magasabb), a sokaság eloszlásának szórása pedig véges ezért használhatjuk a kétoldalú, aszimptotikus z-

próbát a csoportok átlagainak összehasonlítására. (Hunyadi-Vita, 2002; Pintér-Rappai 2007).

4.sz. táblázat. A faktorok értékeinek alakulása nemek szerint

Faktorok	Nők		Férfiak		p érték
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	
Szerető APA	0,082	1,008	-0,086	0,988	0,175
Túlóvó APA	-0,009	0,961	0,009	1,043	0,884
Rideg APA	-0,083	1,019	0,087	0,976	0,173
Szerető ANYA	0,058	1,100	-0,062	0,882	0,334
Túlóvó ANYA	-0,019	1,056	0,020	0,941	0,758
Rideg ANYA	0,160	1,066	-0,170	0,898	0,008

A rideg anyai magatartás tekintetében szignifikáns különbség ($p=0,008$) van a nemek között, amely azt jelenti, hogy a nők úgy emlékeznek vissza, hogy gyermekkorukban a rideg anyai magatartás gyakrabban fordult elő, mint a férfiak.

6.2 A Félelem felmérő kérdőív faktoranalitikus elemzése

Az „FSS”-t, szintén több vizsgálatban használták már magyar mintán, ennek ellenére itt is leellenőriztük az irodalomban említett faktorokat, a 262 fős egyetemista populáción, $n_{nő}=135$, $n_{férfi}=127$.

A faktoranalízis futtatása előtt célszerű ellenőrizni, hogy a változókészlet megfelelő alapot nyújt-e látens mögöttes struktúra feltérképezéséhez. Ehhez a korábban már említett Kaiser-Meyer-Olkin mutatót ($KMO_{FSS}=0,880$) és a Bartlett-tesztet használtuk. A KMO mutató értéke alapján a változók nagyon jól használhatóak faktoranalízisre. A Bartlett-teszt azt vizsgálja, hogy a változók páronként korrelálnak-e, a próbához tartozó p-érték gyakorlatilag 0, így mindkét módon alátámasztottuk az adatállomány felhasználhatóságát a faktoranalízis elvégzéséhez (Székelyi-Barna, 2002; Hajdu, 2003).

A faktorok jobb érthetősége kedvéért varimax rotációt alkalmaztunk.

5. sz. táblázat. A Félelem felmérő kérdőív faktoranalitikus elemzésének faktoranalitikus elemzésének eredményei. Rotált komponens mátrix.

Itemek	Komponensek				
	Szociális fóbia	Betegségfóbia I.	Állatfóbia	Agorafóbia	Betegségfóbia II.
Temetők					,412
Orvosok		,429			,493
Piszok		Szex.undor ¹⁹			,522
Kórházi szagok					,580
Testi hibás emberek					,625
Csúnya ember					,658
Beteg ember					,674
Meztelen nők		Szex.undor		,403	
Idegenek				,420	
Olyan szobába lép, ahol a többi ember már ül				,427	
Magas helyek a szárazföldön				,429	
Utazások vonaton				,470	
Repülőgépek				,473	
Liftben van				,500	
Bezárt hely				,551	
Utazások busszal				,553	
Úttesten átmegy				,558	
Utazások autóval				,631	
Halott ember		Betegségfóbia	,411		
Repülő rovarok			,591		
Ártalmatlan kígyók			,592		
Mászó rovarok			,637		
Féreg			,685		
Egerek			,702		
Denevérek			,754		
Nyílt seb		,578			
Injekciót kap		,668			
Állati vér		,705			
Műtétet néz végig		,707			
Emberi vér		,756			
Nézi, ahogy más embereket		,770			

¹⁹ A kapott faktorok oszlopában szereplő beírások jelzik, hogy az adott item, az eredeti standard szerint mely faktorhoz tartozott (Arrindell, 1987).

injekciónak				
Valaki erőszakoskodik valaki mással	,451			Szex. undor
Idegen helyen van	,455		Agorafóbia	
Tréfálkoznak önnel	,459			
Bolondnak tűnik	,571			
Kritikát kap	,594			
Figyelmen kívül hagyják	,722			
Úgy érzi, rosszallják tetteit	,731			
Kudarac	,735			
Hibázik	,742			
Úgy érzi, mások visszautasítják	,814			
Egyedül van		Az állítások nem tesznek különbséget a faktorok között.	Agorafóbia	
Közönség előtt beszél				Szociális fóbia
Zuhanás			Agorafóbia	
Hatalommal bíró emberek				Szociális fóbia
Tömeg			Agorafóbia	
Nagy nyílt terek			Agorafóbia	
Verekedés látványa				Szex.undor
Különös formák				Szex.undor
Meztelen férfiak				Szex.undor

Az öt kapott faktor együttesen a teljes variancia 45,4%–át magyarázza.

A faktoranalízis eredménye nem egyezik az irodalmi adatokkal. Az eredeti struktúrából a „szociális félelem”, „agorafóbia” és „állatoktól való félelem” faktorok viszonylag stabilan megmaradtak, ahogy azt a fenti táblázat és a hozzájuk tartozó számok is mutatják, azonban a „betegségekől való félelem” faktort a statisztikai elemzés két részre bontotta. A két betegségfóbia névvel jelzett oszlop itemei a „halott ember” item kivételével az eredeti faktor elemeit teljes egészében tartalmazzák. Az „orvosok” item mindkét részhez kapcsolódik, amely a faktorok tartalmát nézve is értelmezhető. A betegségfóbia I. oszlopba tartozó állítások inkább a betegségekől való félelem beavatkozás, illetve kontaktust igénylő tételeihez tartoznak, míg a betegségfóbia II. inkább a nem – kontakt, külső

megfigyelő álláspontját tükröző betegségekhez kötődő tapasztalatokat eleveníthetik fel. Az „orvosok” állítás, a kétféle félelem felidézésekor egyaránt szerepet játszhat. Az eredetileg a „szexuális tartalmú jelentekkel való találkozástól való félelem”-hez tartozó „piszok” állítás ebben a betegségtől való félelem szöveggörnyezetben került interpretálásra a vizsgálati személy részéről.

Az „állatoktól való félelem” faktor összes eredeti állítása megjelent a statisztikai elemzésben, a „halott ember” állítás 0,410-es faktorszámmal, amely a „betegségtől való félelemhez” tartozna eredetileg az egyetlen kivétel, amely összességében a faktor értelmezhetőségét nem befolyásolja.

Az „agorafóbia” faktorban megjelenő itemek az eredeti elemzések után is ide tartoztak, viszont az „egyedül van”, „nagy nyílt terek”, „zuhanás”, „tömeg” állítások nem tartoztak egyik faktorhoz sem. A „meztelen nők” állítás az elemzések szerint az agorafóbia faktorhoz került, amelyet a faktor elnevezésére és tartalmi értelmezésére véleményünk szerint nincs jelentős befolyással.

A „szociális félelem” item eredeti felépítéséhez képest a „közönség előtt beszél” és a „hatalommal bíró emberek” állítások nem tettek különbséget a faktorok között, így nem tudtuk egy faktorhoz sem sorolni őket. A faktorhoz tartozó item lett, az eredeti kérdőívben az agorafóbiához tartozó, „idegen helyen van” állítás is, amely nem irányítja a válaszadó figyelmét semmilyen irányba arra vonatkozólag, hogy hogyan értelmezze azt.

Két tételt ki kellett hagynunk az elemzésből, mert egyetlen egy pontot sem kaptak a vizsgálati személyektől a kérdőívek kitöltésekor, így statisztikai műveleteket nem tudtunk végezni velük. Az egyik tétel eredetileg a „szociális félelmekhez” tartozott volna: „nézik munka közben”; a másik tétel „erős kinézetű emberek” a „szexuális tartalmú félelmekhez” tartozott volna. Ebben a vizsgálati populációban ezek az állítások nem voltak relevánsak a résztvevők számára.

A szexuális tartalmú félelmek ebben a populációban és ebben a korosztályban nem jelentek meg különálló faktorként. Három állítást nem lehetett statisztikailag egy faktorhoz sem hozzárendelni, egy tétel kimaradt az elemzésből, a maradék tételeket pedig más faktorokhoz sorolták a vizsgálati személyek. A jelenség háttérében álló tényezőkre nincs releváns adatunk, elképzelhetőnek tartjuk, hogy a vizsgálati személyek életkora ebben szerepet játszhat, de ez nem több, mint pusztán feltételezés.

Az irodalommal nem egyező faktorstruktúra miatt kísérletet tettünk négy faktoros struktúra kialakítására is. Eredményeink ekkor a teljes variancia 41, 9%-át magyarázták, a különbséget nem tevő kilenc és két kimaradt tétel helyett tizenkét különbséget nem tevő és kimaradt tételt kaptunk eredményül, és a faktorstruktúra összetettsége nem tette lehetővé a faktorok összefoglaló egységes elnevezését sem, így ezt a megoldást elvetettük.

6.3 A félelem felmérő kérdőív és a szülői magatartásokra való visszaemlékezés kérdőív korrelációs elemzésének eredményei

Az eredetileg tervezet vizsgálatunkat a két kérdőív (FSS és EMBU) eredményeinek statisztikai összevetését a kapott faktorokkal végeztük el, hiszen ezen a mintán ezt a struktúrát kaptuk meg, és ez tekinthető relevánsnak, a szakirodalomhoz képest megjelenő különbségekkel együtt.

6.3.1 A vizsgált populáció eredményein alapuló félelem felmérő kérdőív faktorainak és a szülői magatartásokra való visszaemlékezés kérdőív korrelációs elemzésének eredményei²⁰

6.sz. táblázat. Az FSS és EMBU adatait tartalmazó korrelációs mátrix.

		Szerető, elfogadó APA	Túlóvó attitűd, APA	Rideg, korlátozó APA	Szerető, elfogadó ANYA	Túlóvó attitűd, ANYA	Rideg, korlátozó ANYA
Szociális félelmek	Pearson Correlation	-,082	,198	,064	,024	,205	,166
	Sig. (2- tailed)	,187	,001	,306	,701	,001	,007
Betegségfóbia I.	Pearson Correlation	-,035	,008	-,112	-,018	-,009	-,009
	Sig. (2- tailed)	,579	,904	,071	,769	,891	,887
Állatfóbia	Pearson Correlation	,107	,141	-,029	,107	,139	,022
	Sig. (2- tailed)	,086	,023	,640	,084	,025	,726

²⁰ A korrelációs együtthatók értelmezése abszolút értékben nézve: 0,3 alatt gyenge, 0,3-0,7 között közepes erősségű, és 0,7 fölött erős sztochasztikus kapcsolatról beszélhetünk. Az együttható előjele mutatja meg a kapcsolat irányát. + esetben együttmozgás, - esetben ellentétes mozgás van.

Agorafóbia	Pearson Correlation	,014	,135	,082	,127	,125	,065
	Sig. (2-tailed)	,818	,029	,189	,041	,044	,300
Betegségfóbia II.	Pearson Correlation	-,030	,180	,034	,037	,078	-,037
	Sig. (2-tailed)	,633	,004	,590	,550	,211	,557

A teljes vizsgálati minta esetében a korrelációs mátrix alapján az anyai túlívó magatartásra való visszaemlékezés a szociális, állatfóbia és agorafóbia esetében, míg a túlívó apai magatartás az állatfóbiával, agorafóbiával és a betegségfóbia II – vel (nem kontakt) mutatott gyenge szignifikáns együtt járást. A rideg, korlátozó anyai magatartás a szociális félelmekkel korrelált.

7. sz. táblázat. Az FSS és EMBU adatait tartalmazó korrelációs mátrix a vizsgálat női populációra vonatkozóan.

		Szerető, elfogadó APA	Túlívó attitűd, APA	Rideg, korlátozó APA	Szerető, elfogadó ANYA	Túlívó attitűd, ANYA	Rideg, korlátozó ANYA
Szerető, elfogadó APA	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1					
Túlívó attitűd, APA	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,001 ,991	1				
Rideg, korlátozó APA	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,008 ,923	-,083 ,340	1			
Szerető, elfogadó ANYA	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,697 ,000	,017 ,849	-,015 ,867	1		
Túlívó attitűd, ANYA	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,082 ,351	,534 ,000	-,005 ,955	-,050 ,569	1	
Rideg, korlátozó ANYA	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,109 ,214	-,144 ,097	,561 ,000	-,122 ,159	,020 ,817	1
Szociális félelmek	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,042 ,631	,081 ,351	-,009 ,918	-,028 ,751	,144 ,096	,157 ,070
Betegségfóbia I.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,129 ,140	,217 ,012	-,094 ,283	-,107 ,217	,081 ,355	,019 ,830
Állatfóbia	Pearson Correlation	,092	,149	-,054	,057	,204	-,124

	Sig. (2-tailed)	,290	,087	,538	,515	,018	,152
Agorafóbia	Pearson Correlation	-,021	,171	,167	,157	,139	,119
	Sig. (2-tailed)	,807	,050	,055	,070	,110	,169
Betegségfóbia II.	Pearson Correlation	-,084	,371	,015	-,012	,148	-,060
	Sig. (2-tailed)	,339	,000	,862	,892	,089	,491

A női vizsgálati minta esetében a korrelációs mátrix alapján az anyai túlóvó magatartásra való visszaemlékezés az állatfóbia esetében, míg a túlóvó apai magatartás az állatfóbia és a szociális fóbia kivételével a maradék három faktorról mutat gyenge szignifikáns együtt járást. Közepes erősségű a szignifikáns együtt járás az anyai és az apai azonos stílusú magatartásokra való visszaemlékezéssel, amely azt jelenti, hogy az a női vizsgálati személy, aki egyik típusú viselkedésre emlékszik az egyik szülője esetében az a másik szülői magatartást valószínűleg azonos csoportba sorolja a kérdőív kitöltésekor.

8. sz. táblázat. Az FSS és EMBU adatait tartalmazó korrelációs mátrix a vizsgálat a férfi populációra vonatkozóan.

		Szerető, elfogadó APA	Túlóvó attitűd, APA	Rideg, korlátozó APA	Szerető, elfogadó ANYA	Túlóvó attitűd, ANYA	Rideg, korlátozó ANYA
Szerető, elfogadó APA	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1					
Túlóvó attitűd, APA	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,002 ,978	1				
Rideg, korlátozó APA	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,025 ,783	,083 ,356	1			
Szerető, elfogadó ANYA	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,674 ,000	,062 ,487	,120 ,180	1		
Túlóvó attitűd, ANYA	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,062 ,489	,550 ,000	-,014 ,877	,077 ,394	1	
Rideg, korlátozó ANYA	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,084 ,351	,110 ,219	,665 ,000	,167 ,061	-,021 ,817	1
Szociális félelmek	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-,161 ,071	,325 ,000	,181 ,042	,071 ,427	,296 ,001	,122 ,174
Betegségfóbia	Pearson	,049	-,203	-,113	,088	-,115	-,093

I.	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	,585	,022	,205	,328	,199	,302
Állatfóbia	Pearson	,075	,159	,068	,154	,076	,112
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	,402	,074	,448	,086	,395	,211
Agorafóbia	Pearson	,046	,104	,000	,089	,112	-,005
	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	,611	,243	,999	,319	,213	,954
Betegségfóbia	Pearson	,053	,022	,018	,126	,002	,062
II.	Correlation						
	Sig. (2-tailed)	,551	,807	,841	,161	,985	,493

A férfi vizsgálati minta esetében a korrelációs mátrix alapján az anyai túlóvó magatartásra való visszaemlékezés a szociális félelmek esetében, míg a túlóvó apai magatartás a szociális félelmekkel mutatott pozitív és a betegség I. (kontakt) faktorokkal mutat gyenge negatív szignifikáns együtt járást. Közepes erősségű a szignifikáns együtt járás az anyai és az apai azonos stílusú magatartásokra való visszaemlékezéssel, amely azt jelenti, hogy az a férfi vizsgálati személy, aki egyik típusú viselkedésre emlékszik az egyik szülője esetében az a másik szülői magatartást valószínűleg azonos csoportba sorolja a kérdőív kitöltésekor.

9. sz. táblázat Az FSS összegzett értékével és EMBU adataival végzett elemzését tartalmazza

A teljes minta elemzése

	FSS_szum	Szerető, elfogadó APA	Túlóvó attitűd, APA	Rideg, korlátozó APA	Szerető, elfogadó ANYA	Túlóvó attitűd, ANYA	Rideg, korlátozó ANYA
FSS_ szum	1	-,019	,303	,017	,123	,252	,109
Pearson Correlation Sig. (2-tailed)		,760	,000	,784	,047	,000	,079

Férfi vizsgálati személyek

	FSS_szum	Szerető, elfogadó APA	Túlóvó attitűd, APA	Rideg, korlátozó APA	Szerető, elfogadó ANYA	Túlóvó attitűd, ANYA	Rideg, korlátozó ANYA
FSS_ szum	1	,007	,212	,081	,228	,198	,088
Pearson Correlation Sig. (2-tailed)		,941	,016	,366	,010	,027	,325

Női vizsgálati személyek

		FSS_szum	Szerető, elfogadó APA	Túlóvó attitűd, APA	Rideg, korlátozó APA	Szerető, elfogadó ANYA	Túlóvó attitűd, ANYA	Rideg, korlátozó ANYA
FSS_ szum	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1	-,082	,419	-,004	,025	,321	,066
			,349	,000	,959	,774	,000	,450

A teljes vizsgálati minta esetében is és a férfi vizsgálati személyeknél is a korrelációs mátrix alapján az apai és anyai túlóvó, illetve az anyai szerető magatartásra való visszaemlékezés korrelál szignifikáns módon az FSS összértékével.

A női vizsgálati minta esetében a csak az apai és anyai túlóvó magatartásra való visszaemlékezés korrelál szignifikáns módon az FSS összértékével.

6.4 A szülői magatartások és a félelem felmérő kérdőív dimenzióinak nemre vonatkozó logisztikus regresszió analízise

A logisztikus regresszió analízis segítségével megvizsgáltuk, hogy milyen összefüggést mutat a szülői magatartás a félelem felmérő kérdőív faktoraival, és a nem, mint közreható változó milyen kapcsolatban van az említett tényezőkkel.

A logisztikus regresszióhoz egy stepwise módszert alkalmaztunk (Forward: Wald), amely alkalmas arra, hogy a kijelölt potenciális magyarázó változó közül több lépésben kiválassza azt a változókészletet, amely hatékony modellezést és szignifikáns paramétereket biztosít.

A futtatás eredményeképpen 5 magyarázó változót tartalmazó modell állt elő. Mielőtt azonban a változókhoz tartozó paraméterek és a modell értelmezésére rátérnénk, először a logisztikus regresszió minőségét kell megvizsgálni. Az SPSS 3 mutatót vonultat fel, amelyek a modell magyarázó erejével, hatékonyságával kapcsolatban adnak tájékoztatást.

10. táblázat. A logisztikus regressziós modell hatékonyságát jelző mutatók

A mutató megnevezése	A mutató értéke
-2 Log likelihood (-2LL)	293,304
Cox-Snell R ²	0,224
Nagelkerke R ²	0,298

A -2LL a log-likelihood függvény -2-szerese. Minél nagyobb ez az érték, annál rosszabb hatékonyságú a függő változók előrejelzése. Mivel azonban önmagában ennek az értéknek a nagyságrendje nem ad támpontot a megítéléséhez, szükség van arra, hogy egy kiinduló -2LL értékhez viszonyítsuk. Esetünkben ez 293,304, amely a magyarázó változó nélküli modellhez tartozik. A Cox-Snell mutató értéke éppen ezt a két -2LL értéket használja fel. A mutató értéke 0 és 1 közé esik, viszont a maximuma nem éri el az 1-et, ezért az nem értelmezhető teljesen pontosan. Mindazonáltal minél nagyobb értéket látunk, annál jobb a modellünk magyarázó ereje, viszont jelen esetben látható 1, 224-es érték csekély. A Nagelkerke-féle R^2 a Cox-Snell mutatót osztja a mutató adott modellhez tartozó lehetséges maximumával, és ezzel biztosítja az, hogy az értékek a maximuma 1 legyen. A modellünkhöz tartozó Nagelkerke-féle R^2 0,298-as értéke is alacsonynak számít, amely azt jelzi, hogy modellünk nem biztosít megfelelő illeszkedést. A további rendelkezésünkre álló kontingencia tábla (klasszifikáció tábla) eredményei is ezt jelzik. Ez a táblázat a bináris változónk szempontjából mutatja meg a mintasokaság megoszlását a megfigyelt és a modell alapján előre jelzett besorolásokból. (Székelyi-Barna 2002)

11. táblázat. A logisztikus regresszió klasszifikációs táblája

Megfigyelt besorolás	Modell által előre jelzett besorolás		Helyesen előre jelzett (%)
	férfi	nő	
férfi	90	36	71, 4
nő	40	93	69, 9
Összes helyes besorolás aránya			70, 7

A táblázatból kiolvasható, hogy 70%-os találati arányt produkál a modellünk, azaz ennyi százalékban sorolja be a modell a megkérdezetteket helyesen. Ez megfelelő eredménynek mondható.

Azt is tesztelhetjük, hogy a modellünk szignifikáns-e. Ez a lineáris regresszióhoz hasonlóan azt a nullhipotézist vizsgálja, amely szerint minden regressziós együttható nulla. Ezt logisztikus regresszió esetében egy Khi-négyzet próbával tesztelhetjük. Az 5 változós modellünknél az ehhez a próbához tartozó

szignifikancia érték gyakorlatilag nulla, vagyis a vázolt nullhipotézis bátran elvethetjük, tehát szignifikáns modellt hoztunk létre.

12. sz. táblázat. A modellben szereplő változók

Változók	Koefficiensek (B)	Standard hiba	Wald	p érték	Exp(B)
Rideg apai magatartás	-,581	,189	9,511	,002	,559
Rideg anyai magatartás	,690	,205	11,316	,001	1,994
Szociális fóbia	,354	,146	5,887	,015	1,424
Állatfóbia	,785	,165	22,720	,000	2,193
Betegségfóbia II.	-,502	,152	10,866	,001	,605
Konstans	,099	,142	,479	,489	1,104

A Wald teszthez kapcsolódó p értékek azt mutatják meg, hogy az adott paraméter ténylegesen, szignifikánsan különbözik-e nullától. Alacsony szignifikancia érték esetén a nullhipotézist elvetjük, vagyis tényleg létezik az adott paraméter (nullától különbözik). A táblázatra tekintve azt látjuk, hogy minden bevont változó mellett 5%-nál alacsonyabb értékeket találtunk, tehát a modellünk parciálisan is megállja a helyét.

Logisztikus regresszióról lévén szó a B paramétereknek nincsen közvetlenül értelmezhető jelentésük. Csak az előjelük alapján tudunk következtetni arra, hogy a hozzájuk tartozó változó értékének növekedésével milyen irányba változik a betegség esélye, valószínűsége. Az utolsó oszlopban feltüntetett Exp(B) értékek azok, amelyeket értelmezni tudunk. Ez a férfiak úgynevezett esélyhányadosa²¹ a nőkhöz képest. Ha ez az érték 1-nél nagyobb (a regressziós együttható pozitív), akkor növekszik annak az esélye, hogy az adott változó megjelenése összefügg-e a személy nemével.

Tulajdonképpen a modellünk alacsony magyarázó ereje miatt már elvethetjük a feltételezésünket, mert a nullhipotézisünk alátámasztást nyert, nem befolyásolja a nem a szülői magatartások és a félelemfaktorok viszonyát. Az Exp(B) értékek jelzése az állatfóbia esetében valószínűsítene egy enyhe befolyásoló hatást a nem, mint közvetítő változó esetére, de az említett okok miatt ez elvethető, inkább csak a szám jelentését írtuk le ezzel a megállapítással.

²¹ Az esélyhányados az 1-gyel illetve a 0-val jelölt jelensége esélyeinek egymáshoz viszonyított aránya, másképpen odds-nak is szokták nevezni. (Hajdu, 2003)

6.5 Reliabilitásvizsgálat

6.5.1 Az EMBU reliabilitásvizsgálata

Az EMBU- nak bár létezik magyar standardja, és bár a nemzetközi és hazai standardnak megfelelő faktorstruktúrát kaptunk eredményül, az itemek kapcsán megjelenő minimális eltérés kapcsán célszerűnek láttuk a faktorokat alkotó változók közti összefüggés vizsgálatára kiszámolni a Cronbach-alfa értékeket. Az alábbi táblázatban szereplő értékek alapján a faktorok konzisztensnek tekinthetők.

13. sz. táblázat. Az apa magatartására vonatkozó adatok faktoranalitikus elemzésének összegzése

Apa magatartására vonatkozó emlékek	Tételek ²²	Itemek darabszáma	Cronbach- alfa
Szerető/elfogadó	2, 6, 12, 14, 19, 23, -1, -21 ²³	8	0, 84
Túlóvó	3, 5, 8, 11, -17, 18, 20	7	0, 72
Rideg/korlátozó	4, 9, 10 , 13, 15, 16, 21	7	0, 78

14. sz. táblázat. Az anya magatartására vonatkozó adatok faktoranalitikus elemzésének összegzése

Anya magatartására vonatkozó emlékek	Tételek	Itemek darabszáma	Cronbach- alfa
Szerető/elfogadó	2, 6, 12, 14, 19, 23, -7	7	0, 82
Túlóvó	3, 5, 8, 11, -17, 18, 20; 22,	8	0, 79
Rideg/korlátozó	1, 4, 7, 10 , 13, 15, 16, 21	8	0, 74

²² A z átláthatóság kedvéért arab számokkal jeleztük az állításokat, amelyek a mellékletben található kérdőívnl latin számok alatt található összefoglaló itemekként szerepelnek.

²³ Vastagon szedtük azokat az itemeket, amelyek a magyar standardhoz képest más faktorban szerepelnek.

15. sz. táblázat. **Arrindell** és **mtsai** (1999) által magyar mintán standardizált adatok faktoranalitikus eredményeinek összegzése

Apa/anya magatartására vonatkozó emlékek	Tételek	Itemek darabszáma	Cronbach-alfa – apai vis.	Cronbach-alfa – anyai vis.
Szerető/elfogadó	2, 6, 12, 14, 19, 23	6	0,85	0,81
Túlóvó	3, 5, 8, 9, 10, 11, 17, 18, 20, 22	10	0,77	0,78
Rideg/korlátozó	1, 4, 7, 13, 15, 16, 21	7	0,72	0,75

6.5.2 A Félelem felmérő kérdőív reliabilitásvizsgálata

Mivel a „Félelem felmérő kérdőívet” nem a standard faktorok szerint használtuk, ezért szükségesnek láttuk a kérdőív belső konzisztenciáját ellenőrizni, ehhez a faktort alkotó változók közti összefüggésre jellemző Cronbach – alfa értékét számítottuk ki.

16. sz. táblázat. A belső konzisztencia vizsgálat eredményei

Faktorok	Tételek ²⁴	Cronbach – alfa értéke
Szociális félelem	3, 8, 9, 25, 33, 41, 44, 47, 51, 52	0,882
Betegségfóbia I.	1, 14, 22, 36, 38, 39	0,865
Állatfóbia	4, 13, 16, 21, 29, 37, 45	0,843
Agorafóbia	10, 11, 15, 17, 18, 19, 35, 40, 42, 49	0,762
Betegségfóbia II.	12, 28, 31, 32, 43, 46, 50	0,822

A táblázatban szereplő adatok értelmében a faktorok konzisztensnek tekinthetők.

²⁴ Az FSS eltérő faktorstruktúrája, illetve a korábbi táblázatban már jelölt – eredeti faktorokkal való összevetés miatt, itt ezt nem tartottuk szükségesnek újra megismételni.

V. MEGVITATÁS

“Élete során az ember gyakran attól fél, amitől nem kellene, vagy nem úgy fél, ahogy kellene, vagy nem akkor, amikor kellene.” (Arisztotelész)

1. Összefüggés a szülői magatartásra való visszaemlékezés és a félelem felmérő kérdőív faktorai között

Az eredmények alapján elmondható, hogy van összefüggés a félelem felmérő kérdőív faktorai és a szülői magatartásra való visszaemlékezés között az általunk vizsgált hallgatói populációban. Az eredmények megvitatása előtt két jelenségre szeretnénk részletesen kitérni.

Az egyik, hogy a „félelem felmérő kérdőív” faktorszerkezete eltér az egészséges populációra bemért standardtól. A „szexuális tartalmú jelenetektől való félelem” faktort nem tudtuk vizsgálni ezen a mintán, mivel ez a faktor nem jelent meg az elemzések szerint. Hipotéziseket tudunk megfogalmazni annak kapcsán, hogy mi lehet ennek hátterében. Ilyen felvetés például a személyek életkorának hatása, hiszen a serdülőkor és fiatal felnőttkor határán lévő vizsgálati alanyok egyik lényeges életkori sajátossága a saját testhez és a másik személy testéhez való viszony, a szexualitás megélhetőségének kialakítása. Ebben az életszakaszban ez a témakör inkább az érdeklődés, felfedezés, mintsem a félelmek és szorongások középpontjában állhat. Illetve ide kapcsolódik az a tény is, hogy jelen populáció professzionalitási irányultságát tekintve homogén, mindannyian orvostanhallgatók. Számukra az emberi test és a meztelen emberi test látványa olyan tény, amelyhez a pályaszocializáció során folyamatosan tanulnak, felszólító jellege elsősorban nem a genitális szexualitáshoz kapcsolódik. A „piszok” tartalmú állítás is előbb kapcsolódik az egészség – betegség kontinuumhoz, mint a kérdőív struktúrájában eredetileg meghatározott szexuális tartalomhoz.

A másik kitérő az az érdekes tény, hogy a „félelem felmérő kérdőív” érzékeny abban a tekintetben, hogy az orvostanhallgatói populáció betegséghez való viszonya a szokásostól árnyaltabbnak tekinthető és ez megjelenik a faktorstruktúrában is. A betegségfóbia két faktorra tagolásának hátterében, úgy véljük ez a befolyásoló hatás állhat. Korábbi vizsgálatainkban használtuk a kérdőívet más, vegyes megosztású egyetemista populációban is, akkor a hallgatói minta 10%-a az általános orvosik kar, 45%-a bölcsészettudományi, 32%-a

természettudományi, 7%-a jogtudományi, 6%-a közgazdaságtudományi kar hallgatója volt. A betegségtől való félelem kérdőív faktorában a férfiak esetében az átlag és szórás $11,70 \pm 9,3$; a nőknél $14,20 \pm 8,8$ volt (Kállai, 2003). Jelen mintánkban a két betegségfóbia elnevezéssel jelzett faktort összevonva tudjuk lefedni az eredeti struktúrájú betegségtől való félelem faktort. A jelen populáció átlag és szórás értékei (férfiak $10,21 \pm 4,9$; nők $12,20 \pm 9,07$) nem térnek el szignifikánsan az említett értékektől, bár tendencia szinten alacsonyabb értékeket kaptunk, amelyek szintén a populáció betegséghez való speciális viszonyát jelezhetik.

Közepes erősségű a szignifikáns együtt járás az anyai és az apai azonos stílusú magatartásokra való visszaemlékezéssel, mind a női, mind a férfi vizsgálati személyeknél, amely azt jelenti, hogy az az egyén, aki egyik típusú viselkedésre emlékszik az egyik szülője esetében az a másik szülői magatartást valószínűleg azonos csoportba sorolja a kérdőív kitöltésekor. Ez egybecseng azzal a ténnyel, amelyet **Gross** (1998, id. Kökönyei, 2008) vizsgálatai támasztanak alá. Korábban már említettük az implicit érzelemszabályozás és a kötődéskeresés kognitív funkciókra és emlékezetre gyakorolt hatását (Mikulincer, 2003), amelyben megerősödhetnek az ilyenfajta együttjárások. Azonban az is lehetséges, hogy a szülői magatartások valóban egységesek voltak, illetve hogy a szülők is kölcsönösen alakítják egymás viselkedését ebben a tekintetben. Ezt a kérdést csak megfigyelésen alapuló, longitudinális vizsgálattal lehet valóban bizonyítani vagy cáfolni.

Az EMBU faktorainak vizsgálatában egy összefüggést kaptunk a nemi szerepekre vonatkozóan, mely szerint a nők ($p=0,008$) úgy emlékeznek vissza, hogy gyermekkorukban a rideg anyai magatartás gyakrabban fordult elő, mint a férfiak. Ez összefüggésben állhat az érzelemfeldolgozás és érzelemszabályozás kapcsán is kimutatható nemi különbségekkel is. A szülői magatartásokra való visszaemlékezés egyik érdeklődésre számot tartó befolyásoló eleme lehet az a tény, amelyet **Gross** (1998, id. Kökönyei, 2008) vizsgálatai támasztanak alá. Korábban már említettük az implicit érzelemszabályozás és a kötődéskeresés kognitív funkciókra gyakorolt hatását (Mikulincer, 2003). A nem biztonságos kötődési stílus a negatív érzésekhez kapcsolódó élményekhez való viszonyt módosította. **Gross** (1998, id. Kökönyei, 2008) ezt még azzal egészíti ki, hogy az érzelmi viselkedés kifejezésének elnyomása növeli az érzelem intenzitását, és növeli a kapcsolódó

szimpatikus idegrendszeri aktivitást. Megfigyelték, hogy a társas környezetre is hatással van ez a viselkedés, mert az érzelmi szupresszió a helyzetben résztvevők eltávolodását eredményezte, a válaszkészség is csökkent. Tehát, nem csak a memóriefunkciók változnak meg és az előhívás folyamatában könnyebben elérhetőek a negatív emlékek, hanem az elutasító, rideg magatartásra jellemző viselkedési repertoár is előtérbe kerül, mintegy önmagát megerősítővé téve a folyamatot.

1.1 Az apai magatartásra való visszaemlékezés hatásai

Az apa túlóvó magatartása a teljes minta vizsgálatában szignifikáns, de gyenge korrelációs kapcsolatot²⁵ mutatott az állatfóbia, agorafóbia és betegségfóbia II. faktorokkal; a női mintánál a két betegségfóbia és agorafóbia faktorral; a férfi mintán közepes erősségű a korreláció a szociális fóbiával és negatív, gyenge erősségű az együttjárás a betegségfóbia I. faktorokkal. A teljes „félelem felmérő kérdőív” pontszámoknál szignifikáns, közepes erősségű együttjárást tapasztalhatunk a teljes sokaság és a női minta, gyenge együttjárást a férfi minta vonatkozásában a túlóvó apai viselkedéssel.

A rideg apai magatartást a szociális fóbia faktorral mutatott még szignifikáns, gyenge együttjárást a férfi populációban.

Az eredmények alapján elmondható, hogy van a túlóvó magatartás megléte érzékenyítő tényező a különféle félelmek kialakulásában, elsősorban a szociális fóbia, agorafóbia és betegségfóbia vonatkozásában. Mivel a regressziós modell eredményeinek jelentése „minél... annál” keretben fogalmazható meg, elmondható, hogy minél túlóvóbb az apai magatartás, annál inkább megjelennek az említett félelmek, kivételt képez a férfiaknál a betegségfóbia.

Az apa egyik fontos feladata a szabályok és a rend fenntartása a családban, ő képviseli az erőt, és az anyának elengedhetetlen támasza. Az ő viselkedése az, amely eligazít a tapasztalatok sűrűjében, mint biztos támpont. Ezáltal érthetővé válik érthetővé, hogy a túlóvó magatartás miért ilyen jelentős, hiszen az apa féltő, túlzottan gondoskodó viselkedése nem fejezi ki a kellő mértékű biztonságot. A túlóvó magatartás esetén a szülői aggodalmak elsősorban nemverbális közvetítéssel

²⁵ A korrelációs együtthatók értelmezése abszolút értékben nézve: 0,3 alatt gyenge.

eljutnak a gyerekekhez, így nem képes az apa biztonságot nyújtani, vagy csak a biztonság illúzióját kísérli meg eljátszani, de nem válik valódi támasszá. Nincs kinél biztonságot keresni, nem tart meg az apa, akár az anya viselkedésén, akár a saját reakcióin keresztül, amely szintén erősítheti az anyai túlóvást és aggodalmakat.

Az irodalmi adatok eddigi áttekintése alapján is a szülő túlóvó magatartását lényeges, befolyásoló tényezőnek tartottuk, amelyet az eredmények az apa vonatkozásában alá is támasztottak. Az evolúciós pszichológia nézőpontjából érthetővé válhat, hogy az apa szerepe miért ilyen fontos ebben a tekintetben.

Az apa normál esetben, saját nemi szerepével összhangban biztonságot nyújt, és biztonságosabban igazodik el a környezetében, amely megfelel a vadászó, kockázatvállaló életmód adta követelményeknek. Az ő aggodalmai, kétségei befolyásolják a gyermekek kialakuló térszemléletét, a térben való eligazodását, és annak szimbolikus és fizikai használatát. Ezért az ilyen szülő (Guidano, 1987, id. Kállai, 1998c) akadályozza a gyermek önállóságra törekvését, szabadságigényeire szorongással reagál. Ez alapján érthetővé válik a **Capelli** (1989) által leírt jelenség, hogy a túlóvó szülők gyermeke miért kevésbé önálló, és miért tud kevésbé alkalmazkodni (Kállai, 1992–93).

A teljes minta és a női populáció esetében jelenik meg az agora- és betegségfóbia kapcsolata az apai túlóvással, amely egybevág **Kállai** (1991, 2003) és **Kerekes** (2011) korábbi eredményeivel is.

Érdekes, hogy a férfiak esetében a túlóvó apai viselkedés negatívan korrelál a betegségfóbiával, amelyben mintha a serdülőkori életfeladatoknak megfelelően az apai minták megkérdőjelezését lehetne felfedezni, a pályaszocializációs identitás kialakítási törekvéseivel párhuzamosan. A nők esetében az apai magatartás példája kevésbé kérdőjeleződik meg, így annak hatása a pozitív összefüggések kapcsán is megmutatkozik.

Az apai túlóvás a férfiak esetében a szociális félelmekhez kapcsolódik, amely evolúciósan a rangsor kialakításának fontosságával van összhangban. A férfi, társadalomban betöltött helye, a státusz kivívásának és a magabiztosság érzésének alakulása evolúciósan szempontból lényeges kérdés, amelyben az apa magatartásával való kisgyermekkorai azonosulási minta meghatározó szerepet tölt be. Ha az apa ebben a vonatkozásban, az aggodalmai miatt nem volt megfelelő példa, akkor az a serdülőkori identitás alakításában önértékelési zavarban, a

rangsorban betöltött szerep és az adaptív, kompetitív viselkedés kapcsán lényeges kérdés lehet. **Irons** (2005) kutatási tapasztalatai összhangban vannak az eredményeinkkel, amely azt mondja, hogy a bizonytalan kötődés érzékenyíti az egyént a csoportfolyamatokban zajló változások kapcsán is, így a társas kapcsolatokban a szorongásos reakciók, szégyenérzet is növekedhet általa. Ezek az érzések facilitálják a viselkedés defenzív, védekező voltát (Irons, 2005), amelyet **Rosen**²⁶ (1998), **Kököneyi** (2008) is érzékenyítő viselkedéses stratégiaként említi a szorongásos zavarok kialakulásában, mindamelllett, hogy a rangsorban betöltött alacsony státusz önmagában is szorongásra érzékenyítő tényező (Irons, 2005). Protektív tényezőnek számít a biztonságos kötődés mindkét szülő irányában, de már az anyai biztonságos kötődés is kompenzáló tényező lehet, ha az apa viselkedése ebben a tekintetben nem megfelelő (Al-Yagon, 2011), azonban jelen populációnkban a szülői viselkedési mintázatok szignifikáns együttjárást mutattak szintén, így ez a protektív funkció nem valósulhatott meg. A szociális félelmek az a terület, ahol közepes erősségű korrelációt kaptunk a túlövő apai viselkedéssel, amely szintén mutatja a jelenség hangsúlyosságát. Illetve a rideg apai magatartás, az elismerés hiánya, vagy nem megfelelő volta is szintén ezekre a félelmekre gyakorol hatást.²⁷

Varela (2009) kulturális hatásokat is tanulmányozott a szülői viselkedés megvalósulásában és befolyásoló hatásában, eredményei szerint az apai túlövás jelentős kulturális különbségeket mutatott, és csak az európai háttérrel rendelkező családok esetében volt hatása a szorongás alakulására.

1.2 Az anyai magatartásra való visszaemlékezés hatásai

A teljes mintán az anya túlövó magatartása mutat szignifikáns, gyenge korrelációs kapcsolatot a szociális-, állat-, és agorafóbia faktorokkal, a női mintán az állatfóbiával, a férfi mintán a szociális fóbiával. A rideg anyai magatartás a teljes

²⁶ **Rosen** (1998) különválasztja a félelemhez köthető válaszokat és a védekező magatartást, melynek különálló neuroanatómiai háttere is van. A védekező magatartás az, amelyik megjelenik a félelem viselkedéses jelzése nélkül is.

²⁷ Dolgozatunk keretein túlmutat az az egyébként izgalmas kérdés, hogy ennek kompenzálása mennyiben vesz részt a vizsgálatban résztvevő személyeknél a magas presztízsű orvosi pálya kiválasztásában.

mintán a szociális félelmekkel függ össze, a „félelem felmérő kérdőív” összértékeit tekintve a túlövő anyai attitűd minden mintában, de a nőknél közepes erősséggel mutat korrelációt, és az összegzett félelemértékeknél a teljes és férfi vizsgálati személyeknél is a szerető anyai magatartás korrelációs kapcsolatot jelez.

Az anya szerető nevelési viselkedése pozitív kapcsolatban áll a megjelenő félelmekkel, amely szintén arra mutat rá, hogy az anyai és az apai szerep eltérő funkciót tölt be a gyermek életében. A jobb érthetőség kedvéért szeretném az anyai viselkedést részletesebben kifejteni, feloldva a látszólagos ellentmondást, melyek korábbi saját (Kerekes, 2011) és más vizsgálati eredményekkel (Varela, 2009²⁸) is összhangban vannak:

A nő evolúciós szerepét tekintve kevésbé távolodik el otthonától, kevesebb exploratív tapasztalatot szerez a környezetével kapcsolatban, és az otthontól való eltávolodás során más stratégiákat alkalmaz a környezet felderítésére. A biztonságigény nagyobb mértéke is a nemi szerephez köthető, és az elkerülő magatartásra való beállítottság is magasabb. Ez másfajta kognitív stratégiákat és viselkedéses készleteket hív elő, mint a férfiak esetében. Ez a magatartás a téri tapasztalatok terén is magába foglal egy protektívebb attitűdöt, amely azonban nem azt jelenti, hogy szorongóbbak, mint a férfiak, csak más szemléletet tükröz (Kállai, 2003).

A szerető vagy emocionálisan meleg viselkedés (Ranschburg, 1998a, 1998b) a gyermek elfogadására, megértésére helyezi a súlyt, a szülő odafigyel a gyermekére. A biztonságos kötődés kialakulásának légköre ez, ahol a gyermek viselkedésében megjelenhet a szorongás és a stressz érzése is. A **mahleri** szimbiotikus fázisból kialakuló bizalomteli elvárások megerősödnek (Horváth, 1983), de nem a **Mahler** (1987) által elképzelt úton alakul a baba érzelemszabályozása a szeparáció–individuáció folyamatában, hanem komplexebb módon. A szeparációs szorongás nem önmagában jelentős, hanem a kapcsolat minőségében. Ha a szülő reakciója a szorongásra megfelelő, akkor elviselhetővé válik, mert a reprezentációk kialakulásában jelen vannak a pozitív és a negatív érzések is (Lyons–Ruth, 1991). Az anyai szabályozás a gyermek kialakuló saját belső szabályozásának az alapja. A szerető magatartású anya azonban viselkedésével „segíthet” gyermekének elkerülni

²⁸ A vizsgálat 7-16 éves gyerekekre vonatkozott.

azt a kihívást, hogy az integrálja a pozitív és negatív tapasztalatait, mert hiányozhatnak ezek a negatív tapasztalatok (Lyons–Ruth, 1991).

A szeparációval való megküzdés ebben az esetben leginkább hasítás segítségével valósul meg, mivel a szeparáció első mintája, a szülő figura jó és rossz integrálása nem megy végbe (Lyons–Ruth, 1991), illetve mivel **Gergely** (1993) szerint a korai élmények az anyával kapcsolatban az érzelmek mentén kategorizálódnak, ezért ekkor csak a kellemes élmények alapján alakul ki az anya jó prototípus reprezentációja. (Ez a folyamat csak a későbbi fejlődés folyamán válik a védekezési mechanizmusok alapjává.)

A következő lépés a projekció, és ez elképzelésem szerint a **Winnicott** (1999) által leírt, az anya és a gyermek által létrehozott potenciális térben játszódik le, amely a bizalom állapotában jön létre, és mintegy ezt a bizalmat fogja szimbolizálni a későbbi fejlődésben. Viszont az egyoldalúság miatt nem élhetőek meg ebben a térben a kedvezőtlen élmények, ezért a **Gehl** (1964, id. Horgász, 2001) által leírt módon a személy a konfliktusait először ebbe a térbe, majd később a valós térbe vetíti, és ennek révén végbemehet az III. 2. 1. 3. pontnál leírt minta szerint, a belső ok külső okhoz való kötése, és így az különböző félelmek megjelenése.

Ebben a keretben érthetővé válik, hogy a fejlődés későbbi állomásaiban hogyan válik ez a folyamat egy belső védekezés bázisává, amelyhez regrediál a személy (Gergely, 1993) azokban az élethelyzetekben, amikor a függetlenség irányába kellene lépnie (Horgász, 2001), de ezek a helyzetek előhívják az eredeti bevésődés idejére jellemző affektív kontextusokat (Gergely, 1993).

Mivel az individuáció a kötődés mentén szerveződik, az ilyen gyermek nem tud önállóvá válni a kapcsolatokban, nem tudja biztonságosként használni a rendelkezésére álló támpontokat, ezért tulajdonképpen elkerüli őket (Varela, 2009). Ez megmagyarázza egyrészt azt, hogy a meleg–engedékeny légkörben felnövő gyerek miért nem tapasztalja meg mégsem a biztonság érzését (Ranschburg, 1998b), másrészt azt is, hogy a bizonytalanul kötődő (elkerülő) gyermek miért önállóbb gyakran, és miért van több exploratív tapasztalata, mint a biztonságosan kötődőnek (Lyons-Ruth, 1991).

A vizsgált mintánk eredményeit tekintve kiemelendő, hogy ebben a vonatkozásban a férfiak érzékenyebbek az anyai szerető magatartással kapcsolatos összefüggésekre.

Ha a túlívó anyai magatartás hatását is szeretnénk megérteni, szintén relevánsak a női evolúciós szempontból meghatározott szerepek, amelyek mintát jelentenek elsősorban a lánygyermek számára.

Az anyai túlívó magatartás szerepének a megjelenése alátámasztja a szeparációs szorongás és az anyának ebben tulajdonított jelentőségét az *Elméleti háttér*ben vázolt módon. A szeretet és a dependencia konfliktusa a szeparációban neurotikus problémákhoz (Hamilton, 1996) és egyben a tér megváltozásának fizikai és lelki élményéhez vezethetnek (Hermann, 1965, id. Kállai, 1998b). A túlívó magatartás és a dependencia élménye miatt az ismeretlen helyeken intenzív félelem jelenhet meg a kontroll elvesztése miatt, az ismeretlen helyekhez és állatokhoz kapcsolódó félelmek így relevánsak lehetnek.

A túlívó anyai magatartás férfiak esetében a már előző részben említett módon a hosztilitással és a szociális csoportokban betöltött helyzettel lehetnek összefüggésben (Meesters, 1991).

A rideg anyai magatartás és a szociális fóbia összefüggését nem említettük még, amely az érzelmi tükrözés elmaradása kapcsán nem csak a szorongás, de a deperszonalizációs élmények rizikófaktora lehet (Wolfradt, 2003). Szintén a rideg szülői magatartást szerepét emeli ki **Baker** (2012), amelynek egyik lényeges közvetítő tényezőjének az érzelemszabályozás deficitjét tartja. Vizsgálatukban azt találták, hogy a rideg szülői magatartás inkább a szorongásos zavarokkal és az internalizáló működésmóddal függ össze, míg a túlívó viselkedés inkább a hipomán és pszichotikus állapotok irányába hat, amelyeknek az alapja az inkompetencia vagy tehetetlenség érzése.

1.3 Összegzés

Az anya szerető viselkedése a mentalizáció, a reprezentációs állapotok kontrolljának (Fonagy, 1998) és a potenciális tér (Winnicott, 1999) megélésének az alapja a fejlődő gyermekben. A tünet is érthetővé válik ebben az értelmezésben, hogy a szeparációs helyzetekben a személy miatt ragaszkodik, kapaszkodik bele a biztonságot jelentő pontokba, az anyai biztonságot reprezentáló helyzetekbe, személyekbe. A biztos pont igénye, hogy lehetséges legyen bármikor egy érzelmi tankolás, a határok megtalálása jelentős. Mivel a mentalizációs képesség

alakulásában nincsenek negatív tapasztalatok, ez torzítja az objektív valóság meglátását, a társas rendszerek megfelelő alakulását, és nem eredményez adaptív válaszokat (Fonagy, 1998), nem alakulnak ki megfelelően működő sémák (Beck, 1999). A szeparációs élmények nem tudják megfelelően alakítani a határt a személy élményeiben (Lyons–Ruth, 1991), ezért a későbbi kapcsolatokban, élményekben sem lesz egyértelmű, hogy hol húzódik ez a határ (Barcy, 1994).

A szülői túlóvás szerepe mindkét szülői szerephez köthetően megjelent az eredményekben, melyeknek hosztilitással való kapcsolatát mutatta ki **Meesters** és munkacsoportja (1994). Ez feltételezhetően a gyermek részéről a kontroll megszerzésének kompenzáló mechanizmusa lehet, hiszen a serdülőkor egyik lényeges feladata a saját élet feletti kontroll kialakítása. Ezt erősítik a Felnőtt Kötődési Interjú módszerével kapott eredmények is, mely szerint a harag, hosztilitás kifejezése megjelenik a kötődési személyek irányában (Kaplan, 1985, id. Fonagy, 2001).

Szorongásos zavarral diagnosztizált gyerekeket vizsgálva viszont a szülői túlóvo viselkedés hangsúlyos szerepe, melyet eredményeink és korábbi szakirodalmi adatok is elsősorban normál személyeket vizsgálva tükröznek (Capelli, 1989; Kállai, 1991; Kopp, 1992, Muris, 1998, Wolfradt, 2003) nem igazolódott, konkrét szorongásos zavar esetén a rideg szülői bánásmód szerepe nyert bizonyítást (Brown, 2008). Ez a látszólagos ellentmondás felhívja a figyelmet arra a különbségre, amelyet **Scher** (2003) és **Reitman** (2010), fejez ki, azaz a szülői magatartás kialakít egy olyan belső munkamodellt, amely a tapasztalatok mentén szerveződve növeli a szorongásérzékenység valószínűségét, amelyben viszont a rideg és kontrolláló szülői magatartás kiemelt jelentőségű.

Vizsgálatunk korlátai között kell említsük, hogy természetesen számos tényezőt nem elemeztünk, amelyek a szorongásra és az mért félelmekre való érzékenységet befolyásolják, mint például a pszichofiziológiai változások (Kopp, 1992), az evolúciós hatások (Nesse, 1987), az életkori diszpozíciók (Beck, 1999; Haraszi, 1995a), a fejlődési krízisek (Erikson, 1991), az elhárító mechanizmusok (Kállai, 1992-93), a vesztibuláris rendszer szerepe (Viaud–Delmon, 2000; Furman, 2001).

Mivel a szülői magatartás önéletrajzi emlékezetben megdolgozott reprezentációjáról tudtunk adatokat nyerni és ezt összevetni a mért félelmek megjelenésével, fontos hangsúlyozni, hogy az emlékezetet befolyásoló tényezők, mint a szelektivitás az emlékek érzelmi színezetével kapcsolatban, nem képezik

kutatásunk tárgyát, de hatásának tudatában vagyunk (Mikulincer, 2003; Pereg, 2004). Amit vizsgáltunk, az egyfajta érzékenység egy egészséges populációban, melynek kapcsán érdemes lenne hosszmetészetében követni, vajon milyen diszpozícióval rendelkező személyeknél jelenik meg klinikai mértékű szorongás. Az egészséges személyek vizsgálata határt is szab az értelmezésnek, de egyben ez nyújtja azt a potenciálisan fontos lehetőséget is, hogy vizsgálhatóvá váljanak olyan jelentős változók közti kapcsolatok, amelyekre eddig nem derült fény, vagy nincs ezzel kapcsolatos megbízható adat.

Az összegzés alapján, végül szeretném megválaszolni a hipotézisben feltett kérdéseket:

- Van összefüggés a szülői magatartás és a „félelem felmérő kérdőív” által mért félelmek között, a fent felvázolt módon.
- A nemek között a félelem értékekben nem találtunk különbséget.
- A nemi szerepek nem bizonyultak közreható változónak a szülői magatartás és a megjelenő félelemértékek között.

A rideg anyai magatartás tekintetében szignifikáns különbség ($p=0,008$) van a nemek között, amely azt jelenti, hogy a nők úgy emlékeznek vissza, hogy gyermekkorukban a rideg anyai magatartás gyakrabban fordult elő, mint a férfiak.

VI. A MÁSODIK VIZSGÁLAT LEÍRÁSA

Ez a vizsgálati blokk több, átfogó elemzést rendszerez.

Az első vizsgálati rész felsorolt korlátait igyekeztünk figyelembe venni, akkor, amikor a szorongás megjelenését befolyásoló, normál populáción is mérhető jelenségekre épülő vizsgálatot kezdtünk megtervezni.

A korábban vizsgált kötődési stílust ebben a részben egyrészt annak hossza, másrészt azon okok miatt hagytuk el, hogy a szülői distresszre adott válaszkészsége mellett még számos tényező is befolyásolja a kötődési stílust, mind a szülő, mind a gyermek oldaláról. A csecsemő részéről a biológiai alapú temperamentum tényezők és a személyiség jellemzőit emelnénk még ki (Oatley, 2001), amelyeket ebben a vizsgálati részben fiatal felnőtteknél mérni próbálunk.

A szorongást befolyásoló tényezők közül a kérdőíves módszerekkel mérhető szorongásérzékenységet, büntetésérzékenységet, temperamentum és karakter jellemzőket és az állapotsszorongást választottuk ki, mivel a szakirodalom a felsorolt tényezők összefüggéseit hangsúlyozza. Célunk nem csak a szorongásos zavarok kialakulásának megértése, hanem a folyamatot befolyásoló és a közvetítő változóinak feltérképezése, amelyek az prevenció és intervenció kapcsán segítségünkre lehetnek. Értelmezési keretnek továbbra is a szorongás adaptív funkcióját tekintjük a korábban vázoltak szerint.

A szorongásérzékenység célja szerint egy olyan fogalom, amely a szorongásos zavarok megjelenésének bejósolásában központi szerepet játszik. Magyar standarddal a nemzetközi kutatásokban használt szorongásérzékenységet mérő kérdőívek, tudomásunk szerint, nem rendelkeznek, így ennek törekvéseit is magába foglalja a dolgozat ezen része.

Normál, egészséges fiatal felnőttek, szorongásos zavarral diagnosztizált személyek²⁹ vettek részt vizsgálatunkban. A vizsgálat lezáró szakaszában elkészült 41 egészséges személy strukturális MRI vizsgálata is.

²⁹ A vizsgált betegcsoport nem rendelkezik egységes diagnózissal, generalizált szorongó, pánik zavar agorafóbiával/agorafóbia nélkül, MNO szorongásos zavarral diagnosztizált személyekről van szó.

1. A vizsgálat második szakaszához kapcsolódó néhány korábbi eredmény

Az SPSRQ teszttel végzett korábbi korrelációs elemzések szerint, a Büntetésérzékenység skála kapcsolatot mutat a kérdőíves eljárás révén mért **Gray**-féle viselkedésgátlás dimenzióval, valamint a **Cloninger**-féle Ártalomkerülés skálával. A Jutalomérzékenység pedig a **Gray**-féle viselkedésaktiválással, valamint **Eysenck** Impulzivitás skálájával korrelál (Caseras, 1998). Gray-féle alapidimenziók mérésére **Carver** és **White** (1994) BIS/BAS skálákat alkalmazták. Amennyiben részletesebben megvizsgáljuk a szorongás különböző tünetcsoportjainak és az SPSRQ faktorainak kapcsolatát, feltűnik, hogy a jutalomérzékenység nem mutat negatív korrelációt a szorongás szomatikus-, a viselkedéses- és a kognitív tüneteivel. Ezzel szemben a büntetésérzékenység a nőknél valamennyi modalitásban, míg a férfiaknál a viselkedéses- és a kognitív tünetek esetén mutat pozitív korrelációt. Pszichofiziológiai elemzések szerint a büntetésérzékenység már egyszerű kognitív feladatok esetén is fokozott szívritmus és vérnyomás emelkedéssel jár, elsősorban olyan személyeknél, akik alacsony személyes hatékonysággal irányítják mindennapi dolgaikat (Ruiz, 2007). Ezek az eredmények elsősorban a kardiovaszkuláris és a fóbiás betegségek pszichológiai kockázati tényezőivel kapcsolatos prevenció vonatkozásában emeli ki a megerősítésre vonatkozó érzékenység mérésének fontosságát. Megállapíthatjuk tehát, hogy a fokozott jutalomérzékenység a megközelítő- és bizonyos értelemben a büntetéseknek is ellenálló, nehezen kontrollálható viselkedéssel, míg a büntetésérzékenység inkább a visszafogott introverzív, kockázatkerülő, szorongó, gátolt viselkedéssel mutat kapcsolatot.

A temperamentum tényezők vizsgálatában a TCI kérdőívvel kapott eredményekre utalnánk, ahol következetesen magasabb értékek jelentek meg az Ártalomkerülés faktorban, amelyet **Kendler** (1996, id. Rózsa, 2005) a genetikai vulnerabilitással is kapcsolatba hoz. **Mardaga** (2006) a TCI Ártalomkerülés faktora és a **Gray** – féle BIS-t mérő kérdőívek eredményei között mutatott ki összefüggést.

Cox (2005) vizsgálatában a szorongásérzékenység és az APPQ interoceptív félelem skálája szignifikáns összefüggést mutat. **Brown** (2005) eredményei is azt mutatják, hogy az interoceptív félelem szoros, szignifikáns kapcsolatban áll a szorongásérzékenységgel, a félelmek megjelenésével és a pánik érzésével, éppúgy, mint az APPQ többi faktora.

Schmidt (2008) az ASI és ASP összehasonlító vizsgálatában azt találta, hogy a két kérdőív szignifikáns együtt járást mutatott mind az összpontszám, mind az alskálák tekintetében. A legerősebb kapcsolatot, ahogy várták is a fizikai tüneteket tartalmazó faktorokban volt, amelyet a kognitív tünetekre vonatkozó állítások követtek. Ugyanebben a vizsgálatban 2 éves utánkövetéssel az eredmények azt jelezték, hogy a szorongásos zavarokat általában előrejelzi a két kérdőív, de csak ASI tudta csak szignifikánsan előre jelezni a kialakuló pánikrohamokat, szemben az ASP-vel. Azonban a CO₂ indukálta szorongásos reakciók kapcsán az ASP bizonyult jobb előrejelzőnek, mint az ASI, hiszen a respirációs tünetek faktora ezen területen releváns és specifikus.

Plehn (2002) a szorongásérzékenység a vonás- és állapotssorongás és a szorongásos zavarok kialakulása közti összefüggést mérte, 11 – 13 éves utánkövetéses vizsgálatukban a kezdeti 505 fiatal egyetemista hallgatóból 178 hallgató eredményeit tudták statisztikailag elemezni. Összességében az ASI volt az egyetlen mérőeszköz, amely a konkrét pánik tüneteket, melyek az idővel valóban megjelentek, képes volt előre jelezni. Az AS értékei csak az első alkalommal mutattak együtt járást a STAI értékeivel. Majd egy évtizeddel később, a szűkebb populáción nem volt statisztikai relevanciája a STAI-nak, melynek háttérében a vizsgálati személyek nagy lemorzsolódásai is állhat.

Tortella-Feliu (2010) vizsgálati eredményeiben azt találta, hogy a magas NA és SP és az érzelemszabályozás negatív „stílusa” korrelált a szorongásos tünetekkel.

Összességében elmondható, hogy számos idézhető vizsgálat áll rendelkezésünkre, amely azt erősíti, hogy a szorongásérzékenység, mint vizsgálatunk tárgya kapcsolódik az általunk is kiválasztott mérőeszközökhöz, és azok háttérében található elméletekhez.

2. Vizsgálati személyek

A kísérleti személyek konkrét jellemzése a vizsgálati szakaszokhoz kapcsolva külön kerül leírásra.

3. Módszer

A vizsgálati személyek egyénileg töltötték ki az önbeszámoló kérdőíveket. Objektív, statisztikai módszerekkel nyerünk adatot. Az SPSS 19.0 verziójú statisztikai programot használjuk az adatelemzéshez.

Személyes interjú nem készült a vizsgálati személyekkel egyik részvizsgálatban sem.

4. Eszközök³⁰

1. A „*Félelem felmérő kérdőív*” (fear survey shedule; FSS) (Arrindell, 1987) az első vizsgálati szakaszban is alkalmazásra került, a „szociális félelem”, „agorafóbia”, „szexuális tartalmú jelentekkel való találkozástól való félelem”, „betegségekől való félelem”, valamint „állatoktól való félelem” faktorokat tartalmazza. A kérdőív a fenti faktorokba csoportosítható 52 kérdésre adott 0–4 között pontozható tételek alapján egyes félelmekkel kapcsolatos érzékenységet méri fel (lásd: 1. sz. melléklet).

A „*Félelem felmérő kérdőív*”-et eredetileg a fóbiás viselkedésben való változás értékelésére fejlesztette ki **Wolpe** és **Lang** 1977-ben (id. Arrindell, 1987), és hogy felmérjék a személyek emocionális reakcióinak a különféle forrásait. Később klinikai használatra is alkalmassá tették.

Tanulmányok bizonyították, hogy a dimenziók megismételhetőek és a jellemzők állandóak, a mérőeszköz belső konzisztenciával rendelkezik, az itemek homogének minden skálafaktorban (Arrindell, 1987).

A kérdőív kiválasztásakor fontosnak tartottam ezeket a fent említett tényeket, tehát hogy leggyakrabban a normál populáció egyéneire alkalmazzák, ugyanakkor éppen úgy megfelelő a pszichiátriai beteg személyekre is. Az eredeti faktorok kialakításakor is nem diagnosztizált betegek voltak a vizsgálati személyek (n=703), és azok közül is leginkább agorafóbiás tünetekkel rendelkezők. Bizonyított, hogy a dimenziók megismételhetőek, és alkalmasak a személyek emocionális reakcióinak eredetének vizsgálatára is.

³⁰ A felsorolt eszközök nem egységesen kerültek felvételre minden vizsgálati szakaszban, melynek oka az adott személyeket biztosító intézmények engedélyezési procedurája volt.

2. „Szorongásra való érzékenység kérdőíve” (Anxiety Sensitivity Profile; ASP) (Taylor, 1998) a szorongás elméletekből kifejlesztett mérőeszköz, amely a jelenség multifaktoriális természetét igyekszik megragadni. A kérdőív 60 itemből áll, amelyet 7 pontos Likert-skála („Egyáltalán nem valószínű”-tól a Nagyon valószínű”-ig) mentén ítélnék meg a vizsgálati személyek. A pszichometriai vizsgálatok eredményeképpen a tervezett hat helyett négy faktort sikerült elkülöníteni: „félelem az arousal-változáshoz kapcsolódó tünetektől”, „félelem a kognitív diszkontrolltól és a disszociációtól”, „félelem a gasztrointesztinális tünetektől”, „félelem a kardiális tünetektől” (Olatunji, 2005). A szorongásérzékenység bizonyított prediktív hasznossága ellenére a faktorszerkezet stabilitása vita tárgyát képezi, amelynek egyik oka az Anxiety Sensitivity Index (ASI) kérdőívvel szerzett tapasztalatokból fakadó különbség. **Taylor** (1998) abban látja a két kérdőív természetének legfőbb különbségét, hogy az ASP a szorongásérzékenység kognitív aspektusára, a szorongás tüneteivel kapcsolatos hiedelmekre, vélekedésekre helyez nagyobb hangsúlyt.

Az ASP eredetileg hat faktort lett volna hivatott megkülönböztetni: a kardiovaszkuláris (1, 6, 8, 14, 20, 31, 34, 42, 51, 55 itemek); respirátoros (3, 15, 19, 21, 26, 30, 37, 45, 47, 59 itemek); gasztrointesztinális (4, 11, 16, 27, 28, 32, 40, 49, 50, 57); nyilvánosan megfigyelhető (10, 12, 23, 24, 33, 35, 38, 48, 53, 58); disszociatív és neurológiai (5, 9, 17, 22, 29, 39, 43, 46, 52, 60); illetve a kognitív diszkontrollal (2, 7, 13, 18, 25, 36, 41, 44, 54, 56) összefüggő szorongásos tüneteket (Nunally, 1978, id. Taylor, 1998; Olatunji, 2005; Schmidt, 2008). Ezeket a faktorokat egy mérés tudta csak reprodukálni, és ekkor is pszichometriai kifogás sorával kellett szembenéznük. Így végül létrejött a korábban már leírt négyfaktoros struktúra, amelynek legfőbb kritikája, hogy nem tartalmaz ún. szociális faktort, annak ellenére, hogy a nyilvánosan megfigyelhető szorongásos tünetektől való félelemre vonatkozó állításokat tartalmazza (Schmidt, 2008).

Olatunji (2005) 620 fős egyetemista populáción mérte be a faktor szerkezetet főkomponens analízis és főkomponens tengely analízis segítségével. A végül eredményként kapott 4 faktor az első módszer esetében a teljes variancia 60, 2%-át, a második esetben a teljes variancia 57,6%-át magyarázta. A két módszer között nem volt lényeges különbség, és a cikk is hivatkozik rá, hogy mások is a főkomponens analízist alkalmazták sikeresen. Éppen ezért a faktoranalízis során mi is ezt a módszert választottuk. **Schmidt** (2008) eredményeiben a 4 faktor a teljes

variancia 64%-át fedi le. Az első faktor 32 itemet, a második 18 itemet, a harmadik 16, a negyedik 8 itemet tartalmazott. (lásd. 3. sz. melléklet)

3. *Szorongásérzékenység Index* (Anxiety Sensitivity Index; ASI) Az ASI három faktora a szomatikus érzetek, a kognitív diszkontrollra vonatkozó tünetek és a nyilvánosan megfigyelhető szorongásos tünetek köré csoportosulnak. A testi tünetek főleg a pánik zavarral mutatnak összefüggést; a kognitív tünetek szorosabb együtt járást mutatnak a depresszív, mint a szorongásos tünetekkel, és az utolsó faktor inkább a szociális fóbiával áll kapcsolatban. Az ASI koncepciója és faktorszerkezete számos kérdést felvet. Ha egységes és egyszempontú mérőeszközként használják, vizsgálható a szorongásérzékenységnek a szorongásos zavarok, és általánosságban a szorongásosság kialakulásában és fenntartásában játszott szerepe. Ha multidimenzionális szerkezetű kérdőívként alkalmazzák, akkor a fent említett hármassztruktúra látszik kikristályosodni, azonban ebben az esetben a dimenziók a kevés itemszám miatt megkérdőjelezhetőek (Deacon, 2006; Olatunji, 2005). Az ASI faktoranalitikus eredményei vitatottak, dimenziókra bontva a reliabilitás és tartalmi validitás nem megfelelő, ezért módszertanilag inkább egyszempontú a felépítése (Deacon, 2006). Egyes szerzők szerint az itemek egy részének megfogalmazása is kétértelmű (Deacon, 2006; Olatunji, 2005). A felsoroltak ellenére, jelenleg mégis ez a legelterjedtebb és legnépszerűbb szorongásérzékenységet vizsgáló kérdőív.

A megfogalmazott kritikák inspirálták az ASI-R (Taylor, 1998) kialakítását, majd a sorozatos mérések tapasztalataiból megszületett a 60 itemből álló, fent említett ASP (Taylor, 1998).

Az ASI 16 itemből álló önkítöltős kérdőív, melyet 5-pontos Likert-skála mentén ítélnek meg a vizsgálati személyek (0 = egyáltalán nem; 4 = igen, nagyon), annak alapján, hogy a szorongással kapcsolatos élmények, mely következményét értékelik negatívan (lásd 4. sz. melléklet). Az ASI-val végzett számos külföldi vizsgálat alapján elmondható, hogy a teszt belső konzisztenciája megfelelő, a teszt – retestz reliabilitás, éppúgy, mint a kritérium, konstruktum és prediktív validitás, abban az esetben, ha az eredetileg meghatározott egységes felépítés szerint használjuk. Az ASI skáláin elért teljes pontszám és a szorongásérzékenység összefüggései módszertani szempontból értelmezhetőek (Tull, 2009). Irodalmi adatok alapján pánik zavarban szenvedők átlagos ASI pontszáma: 44, 20 (\pm 9, 21); egészséges

egyetemisták átlag pontértéke férfiaknál 15, 40 (± 8 , 10), nőknél 20, 50 (± 10 , 20) (Olatunji, 2009).

Magyar mintán a teszttel nincsenek dokumentált tapasztalatok, a szükséges fordítási és visszafordítási protokoll után, jelenleg folyamatban lévő vizsgálatainkban egészséges és beteg populáción egyaránt teszteljük, az ASI validálási törekvései aktuálisan zajlanak.

4. *Jutalom- és Büntetésérzékenység Kérdőív* (Sensitivity to Punishment Sensitivity to Reward; SPSRQ) (Torrubia, 1984, 2001). A büntetés- és jutalom érzékenység kérdőív eredetileg a **Gray**-féle viselkedés gátló rendszer mindennapi viselkedésben megmutatkozó sajátosságainak, elsősorban a büntetés, a jutalom elmaradása és a váratlan új eseményekkel való találkozásra adott szokásviselkedés, a passzív elkerülés és a kellemetlenségeket előrevetítő aggodalom, a veszély anticipáció kognitív következményeinek a felmérésére készült (Torrubia, 1984).

A későbbiekben a viselkedés aktiváló rendszer mindennapi következményeit felmérő, a szükségletek gyors kielégítésére való törekvést és ezen a téren mutatkozó fokozott aktivitást mérő skálával egészült ki. Ez a skála alapvetően azt mérte fel, hogy a személy miként bánik a jelentős jutalommal, kecsegtető helyzetekkel (pénz, szexuális partner, élménykeresés, személyes energiák). A két skála összevonásával létrehozott SPSRQ 48 igen – nem kényszerválasztásos tételből áll (24 BIS – azaz büntetésérzékenység és 24 BAS – azaz jutalomérzékenység tétel) (lásd 5. sz. melléklet). A kérdőívet eredetileg spanyol mintán ellenőrizték, pszichometriai jellemzői (reliabilitás, konstrukciós validitás) több nemzetközi tanulmány szerint is kielégítőnek mutatkoznak (Torrubia, 2001); magyar mintán 2009-ben validálta kutatócsoportunk (Kállai, 2009).

5. *Temperamentum és Karakter Kérdőív* (Temperament and Character Inventory; TCI): a **Cloninger** (Rózsa, 2005) által kidolgozott revidiált (TCI-R) 240 tételből álló mérőeszköz igyekszik a személyiség egészét átfogni és leírni 4 temperamentum-dimenzió (Ártalomkerülés, Jutalomfüggőség, Újdonságkeresés és Kitartás) és 3 karakterjellemző (Önirányítottság, Együttműködés, Transzcendencia-élmény) mentén. A mérőeszközzel szerzett hazai és nemzetközi kutatási eredmények alátámasztják a skálák megbízhatóságát és érvényességét (Cloninger, 1987; Rózsa, 2005) (lásd 6. sz. melléklet).

A temperamentum ezen elmélet szerint a különböző érzelmi ingerekre adott automatikus válaszokban megjelenő különbségeket jelenti, melyek részben öröklöttek és stabilak maradnak egy életen keresztül függetlenül a kultúrától és a tanulástól. A temperamentum olyan rendszert alkot a személyiség szerveződésében, amely többségében a társas kapcsolatokban tükröződik, biológiai gyökere ellenére, mely megadja a személyiség struktúráját. Ez formálja a hangulatot, a szokások rendszerét. A karakter pedig az egyén saját kapcsolataiban megjelenő különbségeket jelenti, amelyek nem ok-okozati eredményként alakulnak ki a temperamentum, saját élettapasztalatok és a családi környezet hatására (Osváth, 2002, Rózsa, 2005).

A temperamentumfaktorok és rövid leírásuk:

Az Újdonságkeresés (Novelty seeking, NS), mely a viselkedés aktivációjának öröklött mintáját jelenti az új ingerekre vagy lehetséges jutalomforrásokra adott válaszokban. A magas értékhez impulzivitás, felfedezés, ingerlékenység jellemző. Könnyen vágnak bele új dolgokba, hamar elveszítik érdeklődésüket. Az alacsony pontszámot elérők nem szívesen kezdenek bele új dolgokba, szívesen elbűvelődnek a részletekkel, töprengőbbek, rendezettek.

Az Ártalomkerülés (HA, Harm Avoidance) a viselkedés gátlását jelzi, mely kifejeződik a bizonytalanságtól való félelemben, passzivitásban, elkerülésben. A magas pontot elérő személyek óvatosak, jellemzőjük a feszültség, féltékenység, aggodalmaskodás. Az alacsony pontot elérők inkább lazák, optimisták, társaságkedvelők, energikusak.

A Jutalomfüggőség (RD, Reward Dependency) többnyire érzékenységekben, szociális kötődésben, mások elismerésétől való függésben manifesztálódik. A magas pontszámot elérők együttérzőek, fogékonyak a szociális ingerekre, a dicséret motiválja őket. Az alacsonyabb ponttal rendelkezők: gyakorlatiasak, érzelmileg önállóbbak, függetlenebbek.

Kitartás (P, Persistence), mint temperamentumfaktor a jutalomfüggőség alfaktora volt, jelenleg kevésbé kidolgozott része az elméletnek, de az alábbi tulajdonságpárok tartoznak ide, mint lusta-szorgalmas; alulteljesítő-ambiciózus; pragmatista-perfekcionista.

A karakterfaktorok összegzése:

Önirányítottság (S, Self-directedness) az önkontroll és a szabályok betartása a főbb jellemzője, integrált, céltudatos egyént jellemeznek a magas pontszámok.

Az Együttműködés (C, Cooperativeness) képessége az elfogadás, segítőkészség, támogatás tulajdonságai köré szerveződik. Az alacsony pontszámmal rendelkező személyek szociálisan intoleránsak, nem segítőkészek, ellenségesek.

A Transzcendencia élmény (ST, Self-Transcendence) a spritualitással kapcsolatos jellemzőket foglalja össze (Rózsa, 2005).

6. *Albany Pánik és Fóbia Kérdőív* (Albany Panic and Phobia Questionnaire; APPQ): a 27 tételből álló mérőeszköz a félelmek három nagy területét térképezi fel. 9 tétel az agorafóbiára utaló jellemzőket tárja fel, a 8 tételes interoceptív félelem skála a fóbia specifikus helyzetekben kiváltott testérzetektől való félelmet méri, míg a 10 tételből álló szociális fóbia skála a társas helyzetektől való félelem feltárását szolgálja. A tételt 9 fokozatú skálán értékelheti a kitöltő: 0 = "nincs félelem" és 8 = "extrém félelem". (Brown, 2005; Rapee, 1994/1995) (lásd 7. sz. melléklet).

A pánik/agorafóbia kutatások egyre inkább hangsúlyozzák az autonóm idegrendszerben bekövetkező változások szorongás indukáló szerepét, amely az AS koncepciónak is lényegi eleme. A pánik és fóbiás viselkedés vizsgálatában egyaránt hangsúlyos interoceptív tapasztalatokat a kérdőívek többsége nem méri, ezért volt lényeges, Rapee 1994/95-ös erre is kiterjedő vizsgálata.

Brown (2005) 1930 betegre kiterjedő pszichometriai vizsgálata, amely a DSM-IV kategóriáit vette figyelembe, a 27 itemből 24-et talált relevánsnak. A 7., 17., és 26., állítások nem tartoztak egyik faktorhoz sem, a 13., tétel a nemeknél eltérően mért.

7. *Spielberger Vonásszorongás Skála*: a vonásszorongás (A – State) feltárássra kifejlesztett és széles körben alkalmazott 20 tételes mérőeszköz. Az önkítöltős kérdőív tételeit négyfokú skála segítségével lehet megítélni, így minimum 20, maximum 80 pontot lehet rajta elérni. Megbízhatóságát mind a hazai, mind a nemzetközi tapasztalatok alátámasztják egészséges személyekre éppúgy, mint betegcsoportokra vonatkozóan. A pillanatnyi szorongást mérő eszköz a megterhelést jelentő szituációkban kialakuló, aktuális szorongás erősségét méri. Az 1983-as magyar mintán végzett vizsgálatok átlaga férfiak esetében 38.47 (± 10.66); nőknél 42.64 (± 10.79), összesen 41. 21 (± 12.04); egyetemi hallgatók esetében különösen a nőknél (47.70 ± 13.22) a hazai és nemzetközi átlag feletti értékeket

kaptak eredményül a kutatók. Hospitalizált neurotikus és pszichoszomatikus férfi betegek eredménye 49.44 (± 8.29), míg a nők értékei 50.48 (± 10.34) (Sipos, 1991).

Az eredeti kérdőívben és elméleti koncepcióban a vonás- és állapotszorongás egyaránt egydimenziós konstruktumként került definiálásra, de a későbbi tapasztalatok azt mutatják, hogy mindkettő multidimenzionális jelenség, így **Endler** és munkatársai (2001) ennek megfelelően átalakították a fogalmat. A vonásszorongást négy,³¹ az állapotszorongást két részre tagolják, amely a kognitív-aggodalmak (cognitive – worry) és az autonóm – érzelmi (autonomic – emotional) elnevezést kapta.

Spielberger (1970, id. Sipos, 1991) meghatározásában tulajdonképpen az A – Trait lehetne a szorongásérzékenység mutatója, míg **Reiss** (1997, id. Endler, 2001) éppen az állapotszorongást gondolta az AS-sel összefüggőnek, azért elmondható, hogy mindkét elgondolás túlzottan leegyszerűsíti a fogalmak jelentését. Bár a két jelenség (A – State és A – Trait) összefügg egymással, a korábbi vizsgálatok ellentmondóak. **Plehn** (2002) kimutatott együttjárást, amely 11 évvel később az utánkövetéses vizsgálat eredményeiben már nem jelent meg. **Taylor** (1998) mind az ASI, mind az ASP vonatkozásában azonos, alacsony ($r = 0,30$) korrelációt mért. **Carter** (2001) és **Calkins** (2009) egyaránt azt tapasztalata, hogy a STAI-T és az AS között nincs statisztikailag szignifikáns együtt járás, illetve nem jó előrejelzője a megvalósuló szorongásos válaszoknak. Elméleti felépítésében is különbözik a vonásszorongás, mivel az általános megterhelést/distresszt jelentő helyzetekkel szembeni félelem érzetre vonatkozik (McNally, 2002), így vizsgálatunkban a csak állapotszorongást mérő kérdőív mellett döntöttünk (lásd 8. sz. melléklet).

5. Első vizsgálati szakasz – az ASP kérdőív faktoranalitikus vizsgálata

5.1 Vizsgálati személyek

Az ASP kérdőív faktoranalitikus elemzésére 549 egészséges személy adatai álltak a rendelkezésünkre, ebből 513-an harminc év alattiak, egyetemi hallgatók (bölcész, joghallgató, orvostanhallgató és egészségügyi főiskola hallgatói) ($n_{\text{férfi}} = 139$; $n_{\text{nő}} = 374$, átlagéletkor: 21, 57 ± 2 , 43), 36-an harminc év felettiak ($n_{\text{férfi}} = 8$;

³¹ Társas kiértékelés; fizikai veszély; bizonytalanság; napi rutin (Endler, 2001).

$n_{nő}=24$; átlagéletkor 41, $30\pm 8, 17$), illetve 48 szorongásos zavarral diagnosztizált beteg ($n_{férfi} = 11$; $n_{nő}=37$; átlagéletkor $42,27\pm 7, 21$) is kitöltötte a kérdőívet. Először egyetemi populációban került kiosztásra a kérdőív, de mivel a betegcsoport átlagéletkora jelentősen eltért az egyetemi hallgatók életkorától, ezért egészséges, korban illesztett mintát is elkezdünk gyűjteni, így állt elő ez a vizsgálati minta.

5.2 Módszer

A vizsgálati személyek egyénileg töltötték ki az önbeszámoló kérdőíveket. Objektív, statisztikai módszerekkel nyerünk adatot. Az SPSS 19.0 verziójú statisztikai programot használjuk az adatelemzéshez. Személyes interjú nem készült a vizsgálati személyekkel.

5.3 Eszközök

A 4. pont alatt felsorolt és ott kifejtett Szorongásra való érzékenység kérdőíve” (Anxiety Sensitivity Profile; ASP) (Taylor, 1998).

5.4 Eredmények: Az Anxiety Sensitivity Profile (Szorongásra való érzékenység) kérdőív válaszainak feldolgozása

Az ASP kérdőív 60 kérdést tartalmaz. A kérdések mögötti látens struktúrák feltérképezéséhez faktoranalízist használtunk fel. A korábban már említett Kaiser-Meyer-Olkin mutató értéke (0,924) rendkívül magasnak mondható, vagyis a változókészlet kiválóan alkalmas a faktoranalízisre. A Bartlett-teszthez tartozó p érték gyakorlatilag 0, ami szintén azt támasztja alá, hogy a páronkénti korrelációs kapcsolatok léteznek. A faktorok jobb érthetősége kedvéért varimax rotációt alkalmaztunk.

Amikor a faktorok számát határozzuk meg, akkor többféle motívum vezérelheti a munkát. Egyrészt a szakirodalomban, a korábbi, más országokra jellemző gyakorlati, tapasztalati eredmények nyújthatnak támpontot. Másrészt pedig magunk is megnézhetjük, hány faktor lesz elegendő ahhoz, hogy a változóban rejlő

információtartalmat kielégítő mértékben megőrizzük,³² és emellett még a kialakult új változók jelentéstartalmát is meg tudjuk ragadni. Ez a kétféle indokrendszer alapján megvizsgáltuk, hogy milyen eredményeket hozna a 3, 4, 5 illetve 6 faktoros modell. Ez utóbbit azért, mert az eredeti kérdőívet hat faktorstruktúrára tervezték, melyhez elvileg 10-10 item tartozott, így ennek a lehetőségét is megvizsgáltuk.

A különböző számú faktorok a teljes variancia megmagyarázott részét tekintve az előbb felsorolt sorrendben a következők szerint alakultak: 56,9%; 60,2%; 63,0% és 65,5%. Csak ezt figyelembe véve akár a 3 faktoros megoldás is jónak tűnhet. Ott azonban a felhasznált változók – még a varimax rotáció mellett is – sok esetben 1-nél több faktorhoz kapcsolódtak, amely megnehezíti az értelmezhetőséget. A faktorok jelentéstartalma és elnevezhetősége szempontjából a 4 faktoros megoldás bizonyult a leghatékonyabbnak. Egyébként pedig a szakirodalomból megismerhető tapasztalatok is ezt támasztják alá. Az 5 illetve 6 faktoros eredmények azt mutatták a 4 faktoroshoz képest, hogy az újabb faktorok úgy jöttek létre, hogy a 4-ből 1-1 faktort „szedtek” 2-3 részre (A faktorstruktúrákat tartalmazó ábrák az 9. sz. mellékletben találhatóak). Ezzel a 4 faktor által jól megragadott „dimenzió” töredezték szét. Az értelmezhetőség tehát sérült. Ennek megfelelően a 4 faktoros verziót választottuk végeredményként.

17. sz. táblázat. Az ASP négyfaktoros szerkezetét ábrázoló rotált komponens mátrix

Állítások	Arousal	Kognitív	Kardiológiai	Gasztroint.
Úgy érzi, megfullad	,862			
Úgy érzi, nem tud rendesen lélegezni	,834			
Úgy érzi, nem kap elég levegőt	,809			
Úgy érzi, szédül, forog Önnel a világ	,776			
Úgy érzi, fulladozik	,721			
Egész teste zsibbadt, dermedt	,710			
A megszokott környezet furcsának vagy nem valóságosnak tűnik	,702			
Kihagy a szívverése.	,686			
Zsibbad az arca	,685			
Úgy érzi, mintha légüres térben lenne	,678			
Szorít a mellkasa	,671		,466	
Ébren van, mégis úgy érzi, mintha el lenne kábulva	,651	,451		

³² Hüvelyujj-szabálynak tekinthető, hogy 33%-os megmagyarázott variancia felett már elfogadhatóak az eredmények. (Székelyi-Barna 2002)

A szíve kihagy egy ütést	,636			
Úgy érzi, mintha valami megakadt volna a torkán	,631			
A szíve lassabban kezd verni	,625			
Úgy érzi, mintha ködben lenne	,612			
Mellkasi fájdalmat érez	,610		,468	
Émelyeg, rosszul van	,606			,499
Verejtékeznek az arca, noha nincs melege	,600			
Rángatóznak az arcizmai	,587			
Furcsának vagy másmilyennek érzi a testét	,582	,402		
Úgy érzi, hánynia kell	,579			,542
Úgy érzi, nem tud mély levegőt venni	,548			
Úgy érzi, szorít a torka	,543			,431
Felfordult a gyomra	,537			,540
Ki van fulladva, bár nem erőltette meg magát	,520			
Gyengének érzi magát, úszik a feje	,510	,574		
Bizsereg az ajka	,494	,412		
Nehezen nyel	,491			
Nehezen emlékszik a dolgokra	,440	,573		
Bizonytalanul áll, könnyen kibillenthető az egyensúlyából	,432	,512		
A fülében dobog, pattog a szíve	,401		,625	
Remeg a keze		,404		
Hőhullám söpör végig a testén		,475	,405	
Hangosan korog a gyomra		,478		
Az arca elvörösödik		,516		
Csomóban van a gyomra		,516	,505	,457
Úgy érzi, gombóc van a torkában		,534		,418
Bizsereg a keze		,550		
Megremeg a hangja		,657		
Hirtelen minden kimegy a fejéből		,663		
Lassabban gondolkodik, mint általában		,711		
Folyton elragadják a kéretlen gondolatai		,731		
Úgy tűnik, a gondolatok keresztülrohannak az agyán		,757		
Nehéz világosan gondolkodnia		,780		
Összekavarodnak a gondolatai		,797		
Nem tud a feladatára koncentrálni		,812		
Nehezen koncentrálni		,842		
Könnyen elvonódik a figyelme		,842		
Olyan hangosan ver a szíve, hogy hallani lehet			,662	

A nyakán érzi a szívdobogását				,672
Hevesen ver a szíve				,787
Gyorsan ver a szíve				,819
Rázza a hideg, noha nem fázik				,430
Mellkasában égő érzetet érez				,599
Fáj a gyomra				,615
A szokásosnál gyakrabban kell vizelnie				,556
Felfújódik a gyomra				,610
Székrekedése van				,437
Hasmenése van				,662

A teljes variancia 60, 22%- át magyarázza.

A szakirodalomban említett négy faktor az itemek alapján megfeleltethető az általunk eredményként kapott négy faktornak: „félelem az arousal-változáshoz kapcsolódó tünetektől”, „félelem a kognitív diszkontrolltól és a disszociációtól”, „félelem a gasztrointesztinális tünetektől”, „félelem a kardiális tünetektől” (Olatunji, 2005). A konkrét itemeket nem hasonlítjuk a szakirodalomban megjelenő itemekhez, mert értelmezhetőek, tartalmukban kapcsolódnak, és a különböző irodalmi adatok egymástól eltérnek, nincs következetes és ezáltal etalonnak tekinthető factorszerkezet. Az ASP leíró statisztikáját a 10. sz. melléklet tartalmazza.

Az ASP kérdőív kérdései (változói) alapján létrejött 4 faktort megvizsgáltuk abból a szempontból, hogy különböző csoportok között találhatunk-e eltéréseket a faktorok értékeiben. Az összehasonlítást a Mann-Whitney (nemparaméteres) próbával végeztük el, tekintettel arra, hogy minden esetben 2 csoportunk volt, a betegek, illetve az egészséges 30 év feletti csoportjában viszonylag alacsony az elemszám, és a normális eloszlás feltevésével sem élünk. A 19 – 22. táblázatokban szereplő p érték oszlop minden esetben ennek a statisztikai próbának az eredményeit tartalmazzák. (A faktorokra az elnevezésük és a sorszámuk alapján is hivatkozunk, ezért az elnevezések után zárójelben megtalálható a faktor sorszáma is.)

A teljes (korcsoporttól függetlenül összevont) sokaságot tekintve nemenkénti szignifikáns eltérés egyik faktor esetében sem található. (A faktorok sorrendjében a p értékek: 0,494; 0,550; 0,185 és 0,183.) Csak az egészséges populációt vizsgálva sem található nemek szerint szignifikáns különbség a faktorok értékében. (A p értékek rendre: 0,393; 0,198; 0,822 és 0,699.) A 30 év alattiak csoportjában

detektáltunk egy faktor esetében szignifikáns eltérés a nemek között. (A többi p érték rendre: 0,374; 0,984 és 0,741.)³³

18. sz. táblázat: Nemenkénti eltérés a 30 év alattiak körében

Faktor	Férfiak (n=139)		Nők (n=374)		p érték ³⁴
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	
Kognitív diszkontrolltól való félelem (2)	-1,049	0,356	-0,326	0,779	0,027*

A teljes sokaságon belül a beteg és egészséges populáció között szignifikáns különbségek adódnak 2 faktor esetében. (Az 1. és a 4. faktornál a p értékek: 0,971 és 0,879.)

19. sz. táblázat: Egészséges és beteg populációk eltérései

Faktor	Egészségesek (n=549)		Betegek (n=48)		p érték
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	
Kognitív diszkontrolltól való félelem (2)	-0,301	0,787	-0,182	0,881	0,000**
Kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelem (3)	0,757	1,083	0,456	1,139	0,000**

A korcsoportok közötti eltérés feltérképezéséhez kihagytuk az összehasonlításból a betegek csoportját. Szignifikáns eltérés a 4. faktornál található. (A többi faktornál a p értékek rendre: 0,412; 0,191 és 0,118.)

20. táblázat: Korcsoportok szerinti eltérések

Faktor	30 év alattiak (n=513)		30 év felettiak (n=36)		p érték
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	
Gasztroint. tünetektől való félelem (4)	0,092	0,916	-0,250	1,019	0,032*

Érdeemes megvizsgálni azt is, hogy a 30 év feletti korosztályok esetében hogyan alakulnak a faktorértékek az egészséges és a beteg csoportokban.

³³ 30 év felett az egészségesek körében nem vizsgáltuk a nemenkénti eltéréseket, az alacsony elemszám miatt

³⁴ * - a szignifikancia érték 5% alatti; ** - a szignifikancia érték 1% alatti

21. táblázat: 30 év feletti körében az egészséges és beteg populációk különbségei

Faktor	Egészségesek (n=36)		Betegek (n=48)		p érték
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	
Kognitív diszkontrolltól való félelem (2)	-0,149	0,794	0,757	1,083	0,000**
Kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelem (3)	-0,359	0,838	0,456	1,139	0,000**

5.4.1 A teszt reliabilitás vizsgálata

A teszt belső konzisztenciájának mérésére, a faktort alkotó változók közti összefüggés jellemzésére kiszámítottuk a Cronbach – alfa értékeket.

22. táblázat: Az ASP faktorokhoz tartozó Cronbach – alfa érték

Faktorok	Cronbach-alfa érték
A teljes ASP kérdőív	0,975
Arousal	0,951
Kognitív diszkontroll	0,924
Kardiovaszkuláris tünetek	0,744
Gasztrointesztinális tünetek	0,836

Az adatok értelmében a faktorok konzisztensnek tekinthetők.

5.5 Megvitatás

Az eredmények alapján elmondható, hogy a teszt jó belső konzisztenciával rendelkezik, a teljes variancia 60, 22%-át magyarázza. A négyfaktoros struktúra megfelel a nemzetközi irodalomnak és a faktorok jelentéstartalma és elnevezhetősége szempontjából is hatékonyak bizonyult. A kapott négy faktor a „félelem az arousal-változáshoz kapcsolódó tünetektől”, „félelem a kognitív diszkontrolltól és a disszociációtól”, „félelem a gasztrointesztinális tünetektől”, „félelem a kardiális tünetektől” (Olatunji, 2005).

Az elemzések alapján az derül ki, hogy statisztikailag szignifikáns különbség van a betegek és az egészségesek között, mind a 30 feletti, mind a 30 alatti

korcsoportban a kognitív diszkontrollra és a kardiovaszkuláris tünetekre vonatkozóan. Ez alapján látható, hogy a kérdőív ebben a két tünetcsoportban elkülöníti az egészséges és a beteg populációt.

A faktorok stabilak, jól használhatóak, a nemzetközi irodalomban főleg a kardiológiai tünetek faktor megkérdőjelezhető szokott lenni, de a vizsgált mintánkon megbízhatónak bizonyult. A kérdőív alkalmas a használatra a hazai mintán.

6. Második vizsgálati szakasz az ASI kérdőívvel végzett vizsgálat eredményei

6.1 Vizsgálati személyek

Az ASI kérdőív faktoranalitikus elemzésére 54 egészséges ($n_{\text{férfi}} = 11$; $n_{\text{nő}}=43$, átlagéletkor: 23, 34 ± 3 , 21) és 44 szorongásos zavarral diagnosztizált személy adatai álltak a rendelkezésünkre. ($n_{\text{férfi}} = 14$; $n_{\text{nő}}=30$, átlagéletkor: 46, 80 ± 7 , 43).

6.2 Módszer

A vizsgálati személyek egyénileg töltötték ki az önbeszámoló kérdőíveket. Objektív, statisztikai módszerekkel nyerünk adatot. Az SPSS 19.0 verziójú statisztikai programot használjuk az adatelemzéshez. Személyes interjú nem készült a vizsgálati személyekkel.

6.3 Eszközök

A 4. pont alatt felsorolt és ott kifejtett Szorongásérzékenység Index (Anxiety Sensitivity Index; ASI).

6.4 Eredmények

Az ASI kérdőív 16 kérdést tartalmaz. A kérdések mögötti látens struktúrák feltérképezéséhez faktoranalízist használtunk fel. A korábban már említett Kaiser-Meyer-Olkin mutató értéke (0,747) jónak mondható, vagyis a változókészlet alkalmas a faktoranalízisre. A Bartlett-teszthez tartozó p érték gyakorlatilag 0,

amely szintén azt támasztja alá, hogy a páronkénti korrelációs kapcsolatok léteznek. A faktorok jobb érthetősége kedvéért varimax rotációt alkalmaztunk.

23. táblázat az ASI faktoranalitikus elemzésének adatai

Állítások	1	2	3
Megijeszt, amikor kapkodva veszem a levegőt	,424	,476	
Amikor ideges vagyok, aggódom, hogy esetleg megtébolyodom	,512	,693	
Mások észreveszik, amikor remegek	,519		
Amikor észreveszem, hogy a szívem gyorsan ver, aggódom, hogy esetleg szívrohamom lehet	,522		
Megijeszt, amikor ideges vagyok	,560	,613	
Megijeszt, amikor remegek	,670		
Megijeszt, amikor émelygek	,732	,451	
Fontos számomra, hogy kontrolláljam az érzéseimet	,743		
Amikor a gyomrom nincs rendben, aggódom, hogy esetleg súlyos beteg lehetek	,756		
A szokatlan testi érzetek megijesztenek	,773		
Megijeszt, amikor rosszul vagyok	,776		
Megijeszt, amikor képtelen vagyok a figyelmemet egyetlen feladatra összpontosítani		,483	,605
Megijeszt, amikor a szívem gyorsan ver		,543	
Amikor nem tudom a figyelmemet egyetlen feladatra összpontosítani, aggódom, hogy esetleg megbolondulhatok		,847	
Zavarba hoz, amikor korog a gyomrom			,672
Fontos, hogy ne látsszak idegesnek			,806

A teljes variancia 60, 29%-át magyarázza.

A kérdőív további vizsgálatában a Cronbach- alfa mutatók az elfogadhatónak tartott, 0,4 –es értéket nem érték el, így konzisztensnek nem tekinthetőek a

változók. A beteg és egészséges csoport között sem találtunk tendenciaszintű eltérést sem, éppúgy a nemek vonatkozásában sem. Ennek oka részben lehet az alacsony elemszám is. Mindezzel együtt a faktorokat egységesen nem tudtuk elnevezni.

6.5 Megvitatás

A teszt eredményei azért kerültek a dolgozatba, mert a szorongásérzékenység vizsgálatát többségében ezzel a kérdőívvel végzik, annak ellenére, hogy már az ismertetésben is jeleztük, hogy számos probléma felmerül az alkalmazhatósága kapcsán. Mégis, rövideje miatt, kedvelt mérőeszköz, ezért úgy véltük, az AS vizsgálatokor nem hagyhatjuk ki az ASI kérdőívvel kapott eredményeket, illetve rövid elméleti háttérét sem. Ennek ellenére, arról tudunk beszámolni, hogy a további adatgyűjtés folyamatban van, tervezzük az ASI hazai mintán való bemérését és az ASP mellett a többi szorongást mérő kérdőívvel való összehasonlítását is.

7. Harmadik vizsgálati szakasz - Az ASP kérdőív összefüggései más kérdőívvel

7.1 Hipotézis

Az irodalmi áttekintés alapján kiválasztott és a szorongásérzékenység kapcsán relevánsnak tekintett kérdőívek együtt járását vizsgáljuk az ASP kérdőívvel kapcsolatban. Az ASP-vel végzett első vizsgálati szakasz alapján elmondhatjuk, hogy alkalmas a szorongásérzékenység négy területére besorolni a személy által érzékelt tüneteket, így a továbbiakban azt szeretnénk megtudni, hogy:

- Van-e összefüggés az ASP faktorai és a többi, vizsgálatban szereplő kérdőív faktorai közt (kivéve ASI)?
- A nemek között ebben a tekintetben milyen különbségek adódnak?
- Az egészséges és beteg populáció között van-e összefüggés a kérdőíves eredmények között?
- A szorongást mérő kérdőívek FSS, STAI, ASP és APPQ esetében milyen együttjárásokat lehet kimutatni?

- Természetesen, minden esetben a nullhipotézist teszteljük, vagyis azt, hogy nincs különbség a feltett kérdések vonatkozásában.

A kapott eredményeket értelmezve szeretném megvilágítani a jelenség hátterét, az esetleges rizikófaktorokat, és felkutatni azokat a tényezőket, amelyek mint beavatkozási pontok segíthetnek megérteni a szorongásérzékenységet, vagy a szorongásérzékenység kapcsolatát a szorongásos betegek által kapott eredményekben.

7.2 Vizsgálati személyek

A vizsgálati személyek megoszlása a mintagyűjtési folyamat során az adott intézmény által engedélyezett kérdőívek kapcsán változott, így az FSS, ASP, TCI, SPSR kérdőívek esetében: 549 egészséges személy adatai álltak a rendelkezésünkre, ebből 513-an harminc év alattiak, egyetemi hallgatók (bölcész, joghallgató, orvostanhallgató és egészségügyi főiskola hallgatói) ($n_{\text{férfi}} = 139$; $n_{\text{nő}}=374$, átlagéletkor: 21, 57 ± 2 , 43), 36-an harminc év felettiak ($n_{\text{férfi}} = 8$; $n_{\text{nő}}=24$; átlagéletkor 41, 30 ± 8 , 17) és 48 szorongásos zavarral diagnosztizált beteg ($n_{\text{férfi}} = 11$; $n_{\text{nő}}=37$; átlagéletkor $42,27\pm 7$, 21) is kitöltötte a kérdőívet. APPQ és STAI esetében 412 egészséges és 48 beteg személy töltötte ki hiánytalanul a kérdőívet.

7.3 Módszer

A vizsgálati személyek egyénileg töltötték ki az önbeszámoló kérdőíveket. Objektív, statisztikai módszerekkel nyerünk adatot. Az SPSS 19.0 verziójú statisztikai programot használjuk az adatelemzéshez. Személyes interjú nem készült a vizsgálati személyekkel.

7.4 Eszközök

1. A „*Félelem felmérő kérdőív*” (fear survey shedule; FSS) (Arrindell, 1987)
2. „*Szorongásra való érzékenység kérdőíve*” (Anxiety Sensitivity Profile; ASP) (Taylor, 1998)

3. *Jutalom- és Büntetésérzékenység Kérdőív* (Sensitivity to Punishment Sensitivity to Reward; SPSRQ) (Torrubia, 1984, 2001).

4. *Temperamentum és Karakter Kérdőív* (Temperament and Character Inventory; TCI): (Rózsa, 2005)

5. *Albany Pánik és Fóbia Kérdőív* (Albany Panic and Phobia Questionnaire; APPQ) (Brown, 2005; Rapee, 1994/1995).

6. *Spielberger Vonásszorongás Skála: a vonásszorongás (A – State)* (Sipos, 1991).

7.5 *Eredmények*

A vizsgált összefüggések megválaszolására korrelációs elemzést végeztünk az SPSS segítségével.

Minden esetben elvégeztük a statisztikai elemzést a teljes mintára, egészségesekre – betegekre; egészséges férfiakra – és egészséges nőkre vonatkozóan. Az alábbi táblázatok a kapott korrelációs mátrixot tartalmazzák³⁵:

24. sz. táblázat Az ASP, APPQ, FSS együttjárást jelző korrelációs mátrix

		STAI-S	APP Szoc.	APP Agora	APP Intero	Szoc. fóbia	Agora fób.	Szex. fóbia	Betegs. fóbia	Állatf.
Arousalhoz kapcsolódó félelem (1)	Pearson Corr.	,156	,079	,198	,100	,200	,184	,114	,244	,125
	Sig. (2-tailed)	,164	,483	,077	,375	,012	,020	,154	,002	,119
Kognitív diszkontrolltól való félelem (2)	Pearson Corr.	,653	,591	,659	,608	,477	,556	,573	,336	,474
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelem	Pearson Corr.	,370	,190	,192	,265	,164	,214	,188	,271	,101
	Sig. (2-tailed)	,001	,089	,086	,017	,039	,007	,018	,001	,208
Gastroint. Tünetektől való félelem (4)	Pearson Corr.	,342	,309	,397	,351	,067	,156	,172	,181	,196
	Sig. (2-tailed)	,002	,005	,000	,001	,404	,051	,031	,023	,013

³⁵ Kiemelésre a szignifikáns kapcsolatok kerültek (p < 0,001 v. p < 0,05)

EGÉSZSÉGESEK

36

36

36

36

113

113

113

113

113

		STAI-S	APP szoc.	APP Agora	APP Intero	Szociális fóbia	Agorafóbia	Szex. fóbia	Betegség fóbia	Állat fóbia
Arousalhoz kapcsolódó tünetektől való félelem (1)	Pearson Corr.	,196	,165	,092	,156	,211	,161	,114	,205	,092
	Sig. (2-tailed)	,251	,337	,595	,365	,025	,089	,228	,029	,332
Kognitív diszkontrolltól való félelem (2)	Pearson Corr.	,528	,273	,180	,360	,271	,124	,252	,072	,328
	Sig. (2-tailed)	,001	,107	,293	,031	,004	,191	,007	,447	,000
Kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelem (3)	Pearson Corr.	,338	,300	,322	,379	,087	,183	,175	,260	,138
	Sig. (2-tailed)	,043	,076	,055	,023	,361	,052	,064	,005	,146
Gasztroint. Tünetektől való félelem (4)	Pearson Corr.	,539	,422	,408	,353	,025	-,016	,030	,135	,088
	Sig. (2-tailed)	,001	,010	,013	,034	,792	,865	,751	,155	,353

BETEGEK

n

45

		STAI-S	APP szoc.	APP Agora	APP Intero	Szociális fóbia	Agorafóbia	Szex. fóbia	Betegség fóbia	Állat fóbia
Arousalhoz kapcsolódó tünetektől való félelem (1)	Pearson Corr.	,417	,139	,343	,182	,255	,339	,177	,369	,199
	Sig. (2-tailed)	,004	,363	,021	,232	,090	,023	,245	,013	,189
Kognitív diszkontrolltól való félelem (2)	Pearson Corr.	,593	,543	,681	,543	,474	,668	,660	,338	,565
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,023	,000
Kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelem (3)	Pearson Corr.	,028	-,104	-,063	-,011	-,004	-,055	-,071	,091	-
	Sig. (2-tailed)	,853	,496	,681	,944	,980	,720	,641	,550	,106
Gasztroint. Tünetektől való félelem (4)	Pearson Corr.	,218	,243	,407	,343	,128	,399	,384	,259	,371
	Sig. (2-tailed)	,150	,108	,006	,021	,403	,007	,009	,086	,012

**EGÉSZSÉGES
FÉRFIAK**

8 8 8 8 13 13 13 13 13

		STAI- S	APP szoc	APP Agora	APP Intero	Szociális fóbia	Agoraf óbia	Szex. fóbia	Betegség fóbia	Állat fóbia
Arousalhoz kapcsolódó tünetektől való félelem (1)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,004 ,993	,028 ,948	-,285 ,494	,635 ,091	,607 ,028	,612 ,026	,426 ,147	,118 ,702	- ,816
Kognitív diszkontrolltól való félelem (2)	Pearson Corr. Sig. (2-tailed)	,531 ,175	,471 ,239	,055 ,898	,726 ,042	,198 ,516	-,077 ,802	-,187 ,541	-,416 ,157	,161 ,598
Kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelem (3)	Pearson Corr Sig. (2-tailed)	,938 ,001	,875 ,004	,765 ,027	,482 ,227	,379 ,202	,214 ,483	,360 ,228	,294 ,330	,850 ,000
Gasztroint. Tünetektől való félelem (4)	Pearson Corr Sig. (2-tailed)	,699 ,054	,695 ,056	,863 ,006	,026 ,951	-,098 ,749	-,403 ,172	-,140 ,648	,212 ,487	,320 ,286

EGÉSZSÉGES NŐK

28 28 28 28 100 100 100 100 100

		STAI- S	APP szoc	APP Agora	APP Intero	Szociális fóbia	Agoraf óbia	Szex. fóbia	Betegség fóbia	Állat fóbia
Arousalhoz kapcsolódó tünetektől való félelem (1)	Pearson Corr Sig. (2-tailed)	,149 ,450	,178 ,365	,054 ,784	,072 ,717	,144 ,153	,120 ,236	,063 ,533	,203 ,043	,088 ,386
Kognitív diszkontrolltól való félelem (2)	Pearson Corr Sig. (2-tailed)	,530 ,004	,253 ,194	,166 ,399	,333 ,083	,250 ,012	,086 ,395	,249 ,012	,068 ,504	,310 ,002
Kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelem (3)	Pearson Corr Sig. (2-tailed)	,261 ,180	,124 ,529	,310 ,108	,432 ,022	,056 ,583	,213 ,034	,177 ,078	,275 ,006	,093 ,359
Gasztroint. Tünetektől való félelem (4)	Pearson Corr Sig. (2-tailed)	,534 ,003	,356 ,063	,351 ,067	,399 ,035	,034 ,735	-,005 ,964	,040 ,692	,125 ,214	,065 ,518

25. sz. táblázat. Korrelációs mátrix az APPQ, AFP és STAI vonatkozásában,
nők – férfiak, egészségesek- betegek közti együttjárással

TELJES SOKASÁG		460	460	460	460
		STAI-S	APP szoc	APP Agora	APP Intero
STAI-S	Pearson Corr. Sig. (2-tailed)	1			
APP szoc.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,606 ,000	1		
APP Agora	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,559 ,000	,668 ,000	1	
APP Intero	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,490 ,000	,542 ,000	,766 ,000	1
Szociális fóbia	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,614 ,000	,703 ,000	,540 ,000	,445 ,000
Agorafóbia	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,556 ,000	,640 ,000	,809 ,000	,662 ,000
Szexuális tartalmú jelenetektől való félelem	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,504 ,000	,561 ,000	,692 ,000	,593 ,000
Betegségektől való félelem	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,357 ,000	,418 ,000	,571 ,000	,443 ,000
Állatfóbia	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,354 ,000	,404 ,000	,544 ,000	,382 ,000

EGÉSZSÉGESEK		412	412	412	412
		STAI-S	APP szoc.	APP Agora	APP Intero
STAI-S	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	1			
APP szoc.	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	,517 ,000	1		

APP Agora	Pearson Correlation	,400	,608	1	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		
APP Intero	Pearson Correlation	,269	,445	,662	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	
Szociális fóbia	Pearson Correlation	,524	,667	,482	,344
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
Agorafóbia	Pearson Correlation	,363	,502	,697	,476
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
Szexuális tartalmú jelenetektől való félelem	Pearson Correlation	,329	,458	,583	,405
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
Betegségekől való félelem	Pearson Correlation	,250	,341	,523	,381
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
Állatfóbia	Pearson Correlation	,272	,309	,513	,314
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000

BETEGEK

n

48

		STAI-S	APP szoc.	APP Agora	APP Intero
STAI-S	Pearson Correlation	1			
	Sig. (2-tailed)				
APP szoc.	Pearson Correlation	,592	1		
	Sig. (2-tailed)	,000			
APP Agora	Pearson Correlation	,600	,607	1	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		
APP Intero	Pearson Correlation	,478	,448	,767	1
	Sig. (2-tailed)	,001	,001	,000	
Szociális fóbia	Pearson Correlation	,714	,672	,447	,375
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,009
Agorafóbia	Pearson Correlation	,615	,753	,890	,710
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
Szexuális tartalmú jelenetektől való félelem	Pearson Correlation	,576	,555	,737	,703
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000

Betegségekől való félelem	Pearson Correlation	,499	,475	,615	,435
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000	,002
Állatfóbia	Pearson Correlation	,538	,613	,599	,446
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,001

EGÉSZSÉGES FÉRFIAK

		125	125	125	125
		STAI-S	APP szoc.	APP Agora	APP Intero
STAI-S	Pearson Correlation	1			
	Sig. (2-tailed)				
APP szoc.	Pearson Correlation	,504	1		
	Sig. (2-tailed)	,000			
APP Agora	Pearson Correlation	,354	,745	1	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		
APP Intero	Pearson Correlation	,163	,551	,664	1
	Sig. (2-tailed)	,070	,000	,000	
Szociális fóbia	Pearson Correlation	,495	,705	,506	,423
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
Agorafóbia	Pearson Correlation	,485	,559	,596	,549
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
Szexuális tartalmú jelenetektől való félelem	Pearson Correlation	,345	,522	,400	,416
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
Betegségekől való félelem	Pearson Correlation	,176	,316	,421	,268
	Sig. (2-tailed)	,050	,000	,000	,003
Állatfóbia	Pearson Correlation	,341	,391	,430	,396
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000

EGÉSZSÉGES NŐK

		287	287	287	287
		Önértékelés összeg	APP Social Phobia	APP Agora	APP Intero
Önértékelés összeg	Pearson Correlation	1			
	Sig. (2-tailed)				
APP Social Phobia	Pearson Correlation	,498	1		

	Sig. (2-tailed)	,000			
APP Agora	Pearson Correlation	,363	,561	1	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		
APP Intero	Pearson Correlation	,267	,400	,651	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	
Szociális fóbia	Pearson Correlation	,500	,637	,426	,290
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
Agorafóbia	Pearson Correlation	,277	,458	,682	,431
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
Szexuális tartalmú jelenetektől való félelem	Pearson Correlation	,269	,406	,573	,369
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
Betegségektől való félelem	Pearson Correlation	,234	,318	,516	,385
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
Állatfóbia	Pearson Correlation	,182	,235	,455	,250
	Sig. (2-tailed)	,002	,000	,000	,000

26. sz. táblázat. Az ASP és TCI értékek korrelációs mátrixa egészségesekre -
betegekre; férfiakra-nőkre bontva

		Arousalhoz kapcsolódó tünetektől való félelem (1)	Kognitív diszkontrolltól való félelem (2)	Kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelem (3)	Gasztroint. Tünetektől való félelem (4)
TCI Újdonságkeresés	Pearson Correlation	,044	-,269	-,093	,083
	Sig. (2-tailed)	,582	,001	,246	,298
TCI Ártalomkerülés	Pearson Correlation	,082	,591	,189	,017
	Sig. (2-tailed)	,308	,000	,017	,828
TCI Jutalomfüggőség	Pearson Correlation	-,043	-,133	,004	,201
	Sig. (2-tailed)	,591	,095	,959	,011
TCI Kitartás	Pearson Correlation	-,037	-,108	,177	-,039
	Sig. (2-tailed)	,644	,178	,026	,628
TCI Önirányultság	Pearson Correlation	-,165	-,458	-,118	-,102
	Sig. (2-tailed)	,039	,000	,141	,204
TCI Együttműködés	Pearson Correlation	-,052	-,150	-,029	,036
	Sig. (2-tailed)	,516	,060	,714	,655

TCI Transzcendencia	Pearson	,106	-,016	-,044	,155
	Correlation Sig. (2-tailed)	,186	,844	,580	,052
TCI Validitás	Pearson	,093	-,241	-,143	,026
	Correlation Sig. (2-tailed)	,246	,002	,074	,748

EGÉSZSÉGESEK

		Arousalhoz kapcsolódó tünetektől való félelem (1)	Kognitív diszkontrolltól való félelem (2)	Kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelem (3)	Gasztroint. Tünetektől való félelem (4)
TCI Újdonságkeresés	Pearson	,039	-,157	-,031	,130
	Correlation Sig. (2-tailed)	,685	,098	,742	,170
TCI Ártalomkerülés	Pearson	,100	,390	,082	-,009
	Correlation Sig. (2-tailed)	,292	,000	,386	,923
TCI Jutalomfüggőség	Pearson	-,103	-,030	,055	,263
	Correlation Sig. (2-tailed)	,277	,750	,562	,005
TCI Kitartás	Pearson	-,083	-,103	,250	-,078
	Correlation Sig. (2-tailed)	,379	,278	,008	,413
TCI Önirányultság	Pearson	-,203	-,346	-,054	-,123
	Correlation Sig. (2-tailed)	,031	,000	,567	,193
TCI Együttműködés	Pearson	-,071	-,137	,052	,080
	Correlation Sig. (2-tailed)	,452	,149	,585	,397
TCI Transzcendencia	Pearson	,046	,037	,038	,108
	Correlation Sig. (2-tailed)	,631	,693	,687	,254
TCI Validitás	Pearson	-,055	-,278	-,174	-,065
	Correlation Sig. (2-tailed)	,561	,003	,066	,494

BETEGEK

45

45

45

45

		Arousalhoz kapcsolódó tünetektől való félelem (1)	Kognitív diszkontrolltól való félelem (2)	Kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelem (3)	Gasztroint. Tünetektől való félelem (4)
TCI Újdonságkeresés	Pearson	,049	-,202	,010	,009
	Correlation Sig. (2-tailed)	,748	,183	,949	,952
TCI Ártalomkerülés	Pearson	,184	,487	-,194	,020
	Correlation Sig. (2-tailed)	,226	,001	,200	,896
TCI Jutalomfüggőség	Pearson	,062	-,039	,100	,113
	Correlation				

	Sig. (2-tailed)	,686	,799	,512	,461
TCI Kitartás	Pearson Correlation	,075	,047	,181	,070
	Sig. (2-tailed)	,623	,758	,235	,648
TCI Önirányultság	Pearson Correlation	-,183	-,215	,167	-,058
	Sig. (2-tailed)	,229	,155	,274	,705
TCI Együttműködés	Pearson Correlation	-,025	,080	,001	-,036
	Sig. (2-tailed)	,871	,601	,996	,816
TCI Transzcendencia	Pearson Correlation	,261	,288	,001	,316
	Sig. (2-tailed)	,083	,055	,992	,034
TCI Validitás	Pearson Correlation	,398	,195	,162	,239
	Sig. (2-tailed)	,007	,200	,288	,114

EGÉSZSÉGES FÉRFIAK

		Arousalhoz kapcsolódó tünetektől való félelem (1)	Kognitív diszkontrolltól való félelem (2)	Kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelem (3)	Gasztroint. Tünetektől való félelem (4)
TCI Újdonságkeresés	Pearson Correlation	-,289	,384	,368	,345
	Sig. (2-tailed)	,338	,195	,216	,248
TCI Ártalomkerülés	Pearson Correlation	,286	,115	,562	,080
	Sig. (2-tailed)	,343	,709	,046	,794
TCI Jutalomfüggőség	Pearson Correlation	-,011	-,279	-,349	,157
	Sig. (2-tailed)	,972	,356	,243	,608
TCI Kitartás	Pearson Correlation	-,343	,467	,079	-,203
	Sig. (2-tailed)	,251	,108	,797	,505
TCI Önirányultság	Pearson Correlation	-,555	,072	-,685	-,026
	Sig. (2-tailed)	,049	,814	,010	,933
TCI Együttműködés	Pearson Correlation	-,139	-,280	-,442	,197
	Sig. (2-tailed)	,650	,355	,131	,518
TCI Transzcendencia	Pearson Correlation	-,118	,293	,305	,180
	Sig. (2-tailed)	,702	,331	,311	,556
TCI Validitás	Pearson Correlation	,317	-,315	-,582	-,334
	Sig. (2-tailed)	,292	,294	,037	,264

**EGÉSZSÉGES
NŐK**

		Arousalhoz kapcsolódó tünetektől való félelem (1)	Kognitív diszkontrolltól való félelem (2)	Kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelem (3)	Gasztroint. Tünetektől való félelem (4)
TCI Ártalomkerülés	Pearson Correlation	,061	,389	,034	-,030
	Sig. (2-tailed)	,545	,000	,737	,767
TCI Jutalomfüggőség	Pearson Correlation	-,125	-,024	,126	,278
	Sig. (2-tailed)	,216	,810	,213	,005
TCI Kitartás	Pearson Correlation	-,054	-,141	,272	-,063
	Sig. (2-tailed)	,593	,163	,006	,534
TCI Önirányultság	Pearson Correlation	-,137	-,391	,067	-,139
	Sig. (2-tailed)	,174	,000	,511	,169
TCI Együttműködés	Pearson Correlation	-,070	-,138	,105	,069
	Sig. (2-tailed)	,490	,172	,300	,497
TCI Transzcendencia	Pearson Correlation	,056	,004	,008	,097
	Sig. (2-tailed)	,581	,967	,935	,335
TCI Validitás	Pearson Correlation	-,102	-,275	-,110	-,025
	Sig. (2-tailed)	,311	,006	,278	,809

27. sz. táblázat. Korrelációs mátrix az SPSRQ és ASP összefüggéseire vonatkozóan: férfiakra-nőkre, egészségesekre- betegekre bontva.

TELJES SOKASÁG

		SPSR páratlan összeg	SPSR páros összeg
Arousalhoz kapcsolódó tünetektől való félelem (1)	Pearson Correlation	,115	-,015
	Sig. (2-tailed)	,151	,852
Kognitív diszkontrolltól való félelem (2)	Pearson Correlation	,505	-,207
	Sig. (2-tailed)	,000	,009
Kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelem (3)	Pearson Correlation	,166	,012
	Sig. (2-tailed)	,037	,882
Gasztroint. Tünetektől való félelem (4)	Pearson Correlation	,027	,094
	Sig. (2-tailed)	,733	,241
SPSR páros összeg	Pearson Correlation	-,145	1
	Sig. (2-tailed)	,000	

EGÉSZSÉGESEK

		SPSR páratlan összeg	SPSR páros összeg
Arousalhoz kapcsolódó tünetektől való félelem (1)	Pearson	,092	-,047
	Correlation Sig. (2-tailed)	,334	,622
Kognitív diszkontrolltól való félelem (2)	Pearson	,288	-,037
	Correlation Sig. (2-tailed)	,002	,694
Kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelem (3)	Pearson	,114	,041
	Correlation Sig. (2-tailed)	,227	,666
Gasztroint. Tünetektől való félelem (4)	Pearson	,038	,115
	Correlation Sig. (2-tailed)	,692	,226
SPSR páros összeg	Pearson	-,091	1
	Correlation Sig. (2-tailed)	,032	

BETEGEK

45

48

48

		SPSR páratlan összeg	SPSR páros összeg
Arousalhoz kapcsolódó tünetektől való félelem (1)	Pearson	,286	,046
	Correlation Sig. (2-tailed)	,057	,764
Kognitív diszkontrolltól való félelem (2)	Pearson	,494	-,206
	Correlation Sig. (2-tailed)	,001	,174
Kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelem (3)	Pearson	-,195	,220
	Correlation Sig. (2-tailed)	,200	,147
Gasztroint. Tünetektől való félelem (4)	Pearson	-,040	,083
	Correlation Sig. (2-tailed)	,792	,587
SPSR páros összeg	Pearson	-,190	1
	Correlation Sig. (2-tailed)	,195	

**EGÉSZSÉGES
FÉRFIAK**

		SPSR páratlan összeg	SPSR páros összeg
Arousalhoz kapcsolódó tünetektől való félelem (1)	Pearson	,304	,223
	Correlation Sig. (2-tailed)	,313	,464

Kognitív diszkontrolltól való félelem (2)	Pearson	,249	,128
	Correlation Sig. (2-tailed)	,411	,676
Kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelem (3)	Pearson	,722	,249
	Correlation Sig. (2-tailed)	,005	,413
Gasztroint. Tünetektől való félelem (4)	Pearson	,260	,171
	Correlation Sig. (2-tailed)	,392	,576
SPSR páros összeg	Pearson	-,030	1
	Correlation Sig. (2-tailed)	,719	

EGÉSZSÉGES NŐK

		SPSR páratlan összeg	SPSR páros összeg
Arousalhoz kapcsolódó tünetektől való félelem (1)	Pearson	,052	-,074
	Correlation Sig. (2-tailed)	,610	,461
Kognitív diszkontrolltól való félelem (2)	Pearson	,265	-,033
	Correlation Sig. (2-tailed)	,008	,748
Kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelem (3)	Pearson	,050	,002
	Correlation Sig. (2-tailed)	,619	,982
Gasztroint. Tünetektől való félelem (4)	Pearson	,005	,112
	Correlation Sig. (2-tailed)	,962	,266
SPSR páros összeg	Pearson	-,089	1
	Correlation Sig. (2-tailed)	,076	

A szignifikancia szintet, a korábban megadott módon alkalmaztuk.

Azonban még mielőtt az eredmények értékelését megtennénk, tovább lépünk a következő vizsgálati szakaszhoz.

8. Negyedik vizsgálati szakasz – a szorongásos betegségeket valószínűsítő tényezők vizsgálata

Az ASP, Önértékelő, FSS és Albany kérdőívekből képzett mutatók közötti, különböző csoportokra végzett korrelációs vizsgálatok eredményei alapján már látszott, hogy az egészséges és beteg populációk között erőteljes különbségek detektálhatóak. Ezért merült fel a fenti kérdőívek változóiból egy logisztikus regressziós modell felállításának ötlete, amely az egészséges– beteg bináris változó modellezésére, becslésére szolgál. Egy ilyen modell azért is hasznos lehet, mert a bevont változók hatása közvetlenül és viszonylag konkrétan érzékelhetővé válik, nem kell a fent látott mátrix elemzését részletesen megtennünk. A vizsgált eredményváltozó tehát az adott személy állapota (egészséges – 0, beteg – 1). A potenciális magyarázó változók (13) körét az x. táblázat tartalmazza. A felhasználható mintaelemszám csak egy része a teljes sokaságnak, hiszen a különböző kérdőíveket kitöltők metszetét lehetett csak felhasználni. (n=81)

28. sz. táblázat: Potenciális magyarázó változók

Kérdőív	Változó
<i>ASP</i>	Arousalhoz kapcsolódó tünetektől való félelem (1. faktor)
	Kognitív diszkontrolltól való félelem (2. faktor)
	Kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelem (3. faktor)
	Gasztorint. tünetektől való félelem (4. faktor)
<i>FSS</i>	Szociális fóbia
	Agorafóbia
	Szexuális tartalmú jelenetektől való félelem
	Betegségektől való félelem
	Állatfóbia
<i>Albány</i>	Szociális fóbia
	Agorafóbia
	Interofóbia
<i>Önértékelő</i>	Önértékelés összege

A logisztikus regresszióhoz egy stepwise módszert alkalmaztunk (Forward: Wald), ami alkalmas arra, hogy a sok kijelölt potenciális magyarázó változó közül több lépésben kiválassza azt a változókészletet, amely hatékony modellezést és szignifikáns paramétereket biztosít.

A futtatás eredményeképpen 5 magyarázó változót tartalmazó modell állt elő. Mielőtt azonban a változókhoz tartozó paraméterek és a modell értelmezésére

rátérnénk, először a logisztikus regresszió minőségét kell megvizsgálni. Az SPSS 3 mutatót vonultat fel, amelyek a modell magyarázó erejével, hatékonyságával kapcsolatban adnak tájékoztatást.

29. sz. táblázat. A logisztikus regressziós modell hatékonyságát jelző mutatók

A mutató megnevezése	A mutató értéke
-2 Log likelihood (-2LL)	16,845
Cox-Snell R ²	0,688
Nagelkerke R ²	0,922

A -2LL a log-likelihood függvény -2-szerese. Minél nagyobb ez az érték, annál rosszabb hatékonyságú a függő változók előrejelzése. Mivel azonban önmagában ennek az értéknek a nagyságrendje nem ad támpontot a megítéléséhez, szükség van arra, hogy egy kiinduló -2LL értékhez viszonyítsuk. Esetünkben ez 53,99, ami a magyarázó változó nélküli modellhez tartozik. Ehhez képest érzékelhető, hogy a felhasznált 5 független változóval láthatjuk, hogy kevesebb, mint 1/3-ára csökkent le ez az érték, ami meglehetősen jó eredménynek számít. A Cox-Snell mutató értéke éppen ezt a két -2LL értéket használja fel. A mutató értéke 0 és 1 közé esik, viszont a maximuma nem éri el az 1-et, ezért ezt az eredmények értelmezésénél figyelembe kell venni. Mindazonáltal minél nagyobb értéket látunk, annál jobb a modellünk magyarázó ereje. A Nagelkerke-féle R² a Cox-Snell mutatót osztja a mutató adott modellhez tartozó lehetséges maximumával, és ezzel biztosítja az, hogy az értékének a maximuma 1 legyen. A modellünkhöz tartozó Nagelkerke-féle R² 0,922-es értéke tehát alátámasztja az eddigi „érzéseinket”, miszerint a modell nagyon jó illeszkedést biztosít. Az SPSS még egy eszközt rendelkezésünkre bocsát, ami egy másik oldalról ad támpontot a modell jóságának értékeléséhez. Ez pedig egy kontingencia tábla (klasszifikáció tábla), ami a bináris változónk szempontjából mutatja meg a mintasokaság megoszlását a megfigyelt és a modell alapján előre jelzett besorolásokból. (Székelyi-Barna 2002)

30. sz. táblázat. A logisztikus regresszió klasszifikációs táblája

Megfigyelt besorolás	Modell által előre jelzett besorolás		Helyesen előre jelzett (%)
	egészséges	beteg	
egészséges	34	2	94,4
beteg	2	43	95,6
Összes helyes besorolás aránya			95,1

A táblázatból kiolvasható, hogy 95%-os találati arányt produkál a modellünk. Ez azt jelenti, hogy a 81 esetből – az átlóban szereplő – 77-szer helyesen sorolta be a megkérdezetteket. Ez szintén nagyon jó eredményként értékelhető.

Előzetesen tehát azt látjuk, hogy a modellünk magyarázó ereje, illeszkedése nagyon jó.

Azt is tesztelhetjük, hogy a modellünk szignifikáns-e. Ez a lineáris regresszióhoz hasonlóan azt a nullhipotézist vizsgálja, amely szerint minden regressziós együttható nulla. Ezt logisztikus regresszió esetében egy Khi-négyzet próbával tesztelhetjük. Az 5 változós modellünknel az ehhez a próbához tartozó szignifikancia érték gyakorlatilag nulla, vagyis a vázolt nullhipotézis bátran elvethetjük, tehát szignifikáns modellt hoztunk létre.

31. sz. táblázat: A modellben szereplő változók

Változók	Koefficiensek (B)	Standard hiba	Wald	p érték	Exp(B)
<i>Önértékelés összeg</i>	0,293	0,114	6,563	0,010	1,340
<i>Agorafóbia (FSS)</i>	0,568	0,216	6,891	0,009	1,765
<i>Állatfóbia (FSS)</i>	-0,439	0,172	6,481	0,011	0,645
<i>Arousalhoz kapcsolódó tünetektől való félelem (ASP)</i>	-1,811	0,841	4,640	0,031	0,163
<i>Kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelem (ASP)</i>	1,930	0,836	5,336	0,021	6,890
<i>Konstans</i>	-18,367	7,065	6,759	0,009	0,000

A Wald teszthez kapcsolódó p értékek azt mutatják meg, hogy az adott paraméter ténylegesen, szignifikánsan különbözik-e nullától. Alacsony szignifikancia érték esetén a nullhipotézist elvetjük, vagyis tényleg létezik az adott paraméter (nullától különbözik). A táblázatra tekintve azt látjuk, hogy minden bevont változó mellett 5%-nál alacsonyabb értékeket találtunk, tehát a modellünk parciálisan is megállja a helyét.

Logisztikus regresszióról lévén szó a B paramétereknek nincsen közvetlenül értelmezhető jelentésük. Csak az előjelük alapján tudunk következtetni arra, hogy a hozzájuk tartozó változó értékének növekedésével milyen irányba változik a betegség esélye, valószínűsége. Az utolsó oszlopban feltüntetett $\text{Exp}(B)$ értékek azok, amelyeket értelmezni tudunk. Ez a betegek úgynevezett esélyhányadosa³⁶ az egészségesekhez képest. Ha ez az érték 1-nél nagyobb (a regressziós együttható pozitív), akkor növekszik a betegség esélye adott változó növekedésével, ellenkező esetben csökken.

- Ha az önértékelés összege 1 egységgel növekszik, akkor a betegség valószínűsége (esélye) 1,34-szeresére nő, feltéve, hogy a többi változó változatlan marad.
- Az agorafóbia egységnyi növekedésével a betegség valószínűsége 1,765-szeresére nő, feltéve, hogy a többi változó változatlan marad.
- Az állatfóbia egységnyi növekedésével a betegség valószínűsége 0,645-szeresére csökken, feltéve, hogy a többi változó változatlan marad.
- Az arousalhoz kapcsolódó tünetektől való félelem egységnyi növekedésével a betegség valószínűsége 0,163-szeresére csökken, feltéve, hogy a többi változó változatlan marad.
- A kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelem egységnyi növekedésével a betegség valószínűsége 6,89-szeresére nő feltéve, hogy a többi változó változatlan marad.

Látható tehát, hogy az önértékelés összege, az agorafóbiás félelmekre való érzékenység és az ASP-hez tartozó kardiológiai tünetek érzékelése, mint változók „rizikófaktorok”, közülük is leginkább az ASP kardiológiai tünetekre vonatkozó

³⁶ Az esélyhányados az 1-gyel illetve a 0-val jelölt jelensége esélyeinek egymáshoz viszonyított aránya, másképpen odds-nak is szokták nevezni. (Hajdu 2003)

faktora.. Míg az állatfóbia és az aruosalhoz kapcsolódó félelmek, mint változók csökkentik a beteggé válás kockázatát.

Ez alapján elmondható, hogy a kardiológiai tünetek detektálhatják legjobban a betegség létét.

A következő lépésben a TCI és SPSRQ kapcsolatát is megvizsgáltuk logisztikus regresszióval külön- külön az ASP-vel, hogy lássuk, milyen összefüggésben állnak az egészség – betegség vonatkozásában.

A TCI esetében a potenciális változók közé tartozik a TCI minden temperamentum és karakterfaktora, illetve az ASP négy faktora. A logisztikus regresszió általunk alkalmazott forward módszere az, hogy egyesével vonja be a potenciális változókat, így csak a szignifikáns változók jelennek meg az elemzésben, majd ezen végzi a már említett parciális tesztelést.

32. sz. táblázat: A logisztikus regressziós modell hatékonyságát jelző mutatók

A mutató megnevezése	A mutató értéke
-2 Log likelihood (-2LL)	94,530
Cox-Snell R ²	0,449
Nagelkerke R ²	0,644

A -2LL a log-likelihood függvény -2-szerese. Minél nagyobb ez az érték, annál rosszabb hatékonyságú a függő változók előrejelzése. Mivel azonban önmagában ennek az értéknek a nagyságrendje nem ad támpontot a megítéléséhez, szükség van arra, hogy egy kiinduló -2LL értékhez viszonyítsuk. Esetünkben ez 94, 530 amely a magyarázó változó nélküli modellhez tartozik. Ehhez képest érzékelhető, hogy a felhasznált 2 független változóval láthatjuk, hogy kevesebb, mint 1/3-ára csökkent le ez az érték, ami meglehetősen jó eredménynek számít. A Cox-Snell mutató értéke éppen ezt a két -2LL értéket használja fel. A mutató értéke 0 és 1 közé esik, viszont a maximuma nem éri el az 1-et, ezért a nem értelmezhető teljesen pontosan. Mindazonáltal minél nagyobb értéket látunk, annál jobb a modellünk magyarázó ereje. A Nagelkerke-féle R² a Cox-Snell mutatót osztja a mutató adott modellhez tartozó lehetséges maximumával, és ezzel biztosítja az, hogy az értékének a maximuma 1 legyen. A modellünkhöz tartozó Nagelkerke-féle R² 0,644-es értéke tehát alátámasztja az eddigi „érzéseinket”, miszerint a modell nagyon jó illeszkedést biztosít. Az SPSS még egy eszközt rendelkezésünkre bocsát, ami egy

másik oldalról ad támpontot a modell jóságának értékeléséhez. Ez pedig egy kontingencia tábla (klasszifikáció tábla), ami a bináris változónk szempontjából mutatja meg a mintasokaság megoszlását a megfigyelt és a modell alapján előre jelzett besorolásokból. (Székelyi-Barna 2002)

33. sz. táblázat: A logisztikus regresszió klasszifikációs táblája

Megfigyelt besorolás	Modell által előre jelzett besorolás		Helyesen előre jelzett (%)
	egészséges	beteg	
egészséges	104	9	92,0
beteg	12	33	73,3
Összes helyes besorolás aránya			86,7

A táblázatból kiolvasható, hogy 86,7%-os találati arányt produkál a modellünk. Ez szintén meglehetősen jó eredményként értékelhető.

Előzetesen tehát azt látjuk, hogy a modellünk magyarázó ereje, illeszkedése nagyon jó.

Azt is tesztelhetjük, hogy a modellünk szignifikáns-e. Ez a lineáris regresszióhoz hasonlóan azt a nullhipotézist vizsgálja, amely szerint minden regressziós együttható nulla. Ezt logisztikus regresszió esetében egy Khi-négyzet próbával tesztelhetjük. A 2 változós modellünknel az ehhez a próbához tartozó szignifikancia érték gyakorlatilag nulla, vagyis a vázolt nullhipotézis bátran elvethetjük, tehát szignifikáns modellt hoztunk létre.

34. sz. táblázat: A modellben szereplő változók

Változók	Koefficiensek (B)	Standard hiba	Wald	p érték	Exp(B)
<i>TCI ártalomkerülés</i>	0,131	0,021	37,268	0,000	1,140
<i>Kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelem (ASP)</i>	10,589	0,240	6,028	0,014	1,802
<i>Konstans</i>	-13,201	2,097	39,616	0,000	0,000

A Wald teszthez kapcsolódó p értékek azt mutatják meg, hogy az adott paraméter ténylegesen, szignifikánsan különbözik-e nullától. Alacsony szignifikancia érték esetén a nullhipotézist elvetjük, vagyis tényleg létezik az adott

paraméter (nullától különbözik). A táblázatra tekintve azt látjuk, hogy minden bevont változó mellett 5%-nál alacsonyabb értékeket találtunk, tehát a modellünk parciálisan is megállja a helyét.

Logisztikus regresszióról lévén szó a B paramétereknek nincsen közvetlenül értelmezhető jelentésük. Csak az előjelük alapján tudunk következtetni arra, hogy a hozzájuk tartozó változó értékének növekedésével milyen irányba változik a betegség esélye, valószínűsége. Az utolsó oszlopban feltüntetett $\text{Exp}(B)$ értékek azok, amelyeket értelmezni tudunk. Ez a betegek úgynevezett esélyhányadosa az egészségesekhez képest. Ha ez az érték 1-nél nagyobb (a regressziós együttható pozitív), akkor növekszik a betegség esélye adott változó növekedésével, ellenkező esetben csökken.

Ez a modell részben megerősítette, azt, amelyet az előző modellből már tudtunk, illetve az ASP önálló elemzése kapcsán is láttunk, hogy a kardiológiai tünetek különbséget tesznek a betegcsoportok közt.

Ha a TCI ártalomkerülés faktor összege 1 egységgel növekszik, akkor a betegség valószínűsége (esélye) 1,8-szorosára nő, feltéve, hogy a többi változó változatlan marad.

A modellt megnéztük az ASP és SPSRQ faktorainak vizsgálatában is.

35. sz. táblázat: A logisztikus regressziós modell hatékonyságát jelző mutatók

A mutató megnevezése	A mutató értéke
-2 Log likelihood (-2LL)	117,380
Cox-Snell R^2	0,364
Nagelkerke R^2	0,522

A -2LL a log-likelihood függvény -2-szerese. Minél nagyobb ez az érték, annál rosszabb hatékonyságú a függő változók előrejelzése. Mivel azonban önmagában ennek az értéknek a nagyságrendje nem ad támpontot a megítéléséhez, szükség van arra, hogy egy kiinduló -2LL értékhez viszonyítsuk. Esetünkben ez 117,380, amely a magyarázó változó nélküli modellhez tartozik. A modellünkhöz tartozó Nagelkerke-féle R^2 0,522-es elfogadható illeszkedést biztosít.

36. sz. táblázat: A logisztikus regresszió klasszifikációs táblája

Megfigyelt besorolás	Modell által előre jelzett besorolás		Helyesen előre jelzett (%)
	egészséges	beteg	
egészséges	105	8	92,9
beteg	15	30	66,7
Összes helyes besorolás aránya			85,4

A táblázatból kiolvasható, hogy 85,4%-os találati arányt produkál a modellünk. Ez szintén jó eredményként értékelhető.

Előzetesen tehát azt látjuk, hogy a modellünk magyarázó ereje, illeszkedése jó.

Azt is tesztelhetjük, hogy a modellünk szignifikáns-e. Ez a lineáris regresszióhoz hasonlóan azt a nullhipotézist vizsgálja, amely szerint minden regressziós együttható nulla. Ezt logisztikus regresszió esetében egy Khi-négyzet próbával tesztelhetjük. A 3 változós modellünknel az ehhez a próbához tartozó szignifikancia érték gyakorlatilag nulla, vagyis a vázolt nullhipotézis bátran elvethetjük, tehát szignifikáns modellt hoztunk létre.

37. sz. táblázat: A modellben szereplő változók

Változók	Koefficiensek (B)	Standard hiba	Wald	p érték	Exp(B)
<i>SP</i>	0,187	0,050	14,093	0,001	1,205
<i>Kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelem (ASP)</i>	0,766	0,237	10,478	0,000	2,151
<i>Kognitív diszkontrolltól való félelem</i>	0,863	0,258	11,169	0,000	2,370
<i>Konstans</i>	-3,959	0,823	23,127	0,000	0,019

A Wald teszthez kapcsolódó p értékek azt mutatják meg, hogy az adott paraméter ténylegesen, szignifikánsan különbözik-e nullától. Alacsony szignifikancia érték esetén a nullhipotézist elvetjük, vagyis tényleg létezik az adott paraméter (nullától különbözik). A táblázatra tekintve azt látjuk, hogy minden bevont változó mellett 5%-nál alacsonyabb értékeket találtunk, tehát a modellünk parciálisan is megállja a helyét.

Logisztikus regresszióról lévén szó a B paramétereknek nincsen közvetlenül értelmezhető jelentésük. Csak az előjelük alapján tudunk következtetni arra, hogy a hozzájuk tartozó változó értékének növekedésével milyen irányba változik a betegség esélye, valószínűsége. Az utolsó oszlopban feltüntetett Exp (B) értékek azok, amelyeket értelmezni tudunk. Ez a betegek úgynevezett esélyhányadosa az egészségesekhez képest. Ha ez az érték 1-nél nagyobb (a regressziós együttható pozitív), akkor növekszik a betegség esélye adott változó növekedésével, ellenkező esetben csökken.

- Ha az SP összege 1 egységgel növekszik, akkor a betegség valószínűsége (esélye) 1,2-szeresére nő, feltéve, hogy a többi változó változatlan marad.
- A kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelem egységnyi növekedésével a betegség valószínűsége 2,1-szeresére nő feltéve, hogy a többi változó változatlan marad.
- A kognitív diszkontrolltól való félelem egységnyi növekedésével a betegség valószínűsége 2,370-szeresére nő feltéve, hogy a többi változó változatlan marad.

9. Ötödik vizsgálati rész – strukturális MR vizsgálat

A mágneses rezonancia vizsgálat (magnetic resonance imaging; MRI) az egyik legelterjedtebb in vivo eljárás napjainkban. Vizsgálatunkban strukturális MRI segítségével nagy térbeli felbontású anatómiai képeket készítettünk 41 egészséges fiatal felnőtt agyról. Az elvégzett mérés célja, hogy a vizsgálatban használt tesztek faktoreredményeit az agyi struktúrák összefüggéseit árnyaltabbá tegyünk. A résztvevőket nem volt lehetőségünk kiválasztani, így egységes vizsgálati szempontrendszerrel nem tudtuk a teszteredmények háttérében meghatározni. Az egyének önkéntes jelentkezéssel kerültek a vizsgálatba.

9.1 A képalkotás folyamata

Általánosságban a képalkotás folyamatában azonos MR paraméter beállítások szükségesek. Pontos anatómiai mérésekhez vékony, nagy szeletszámú és felbontású

T1 – súlyozott 3D MP-RAGE, alkalmazhatunk. Minden egyes vizsgálati személynél azonos szekvencia mellett azonos paraméter-beállítások is szükségesek. Az eltérő paraméterek más kontrasztarányt és képtulajdonságokat eredményeznek, amelyek szabad szemmel nem mindig észlelhetők, azonban a statisztikai összehasonlítások során műtermékekhez, és általa hibás eredményekhez vezethetnek.

Az előkészítés folyamatában kiküszöböltük a téri pozicionálásból eredeztethető eltéréseket közös sztereotaxiás térpozicionálással. A közös sztereotaxiás alapot egy ún. referenciatemplát képezi, amely egy közös nemzetközi etalon alapján készül, kiegészítve és bemérve a konkrét vizsgálatot végző gép szekvencia beállításaiából fakadó eltéréseinek kiküszöbölésével (Ashbruner, 2009).

9.2 MR képek feldolgoása

A vizsgálatban voxel-alapú morfometriát (voxel-based morphometry) használtunk, amely lehetővé teszi az agy szürkeállományának anatómiájában található – mind szerkezeti, mind pedig térfogati-fokális eltérések mérését.

Az eljárás során a corticalis állomány denzitás változásait mértük, ki, ahol a denzitás - változás nem direkt térfogati különbséget jelent. A térfogati és formai különbségek megszűnnek a téri normalizáció során, az individuális eltéréseket egy ún. deformációs mező tartalmazza. Az itt megjelenő és mérhető különbségek abból adódnak, hogy a templát kép és az egyedi mérés képei egymáshoz nemcsak pozíciójukban, hanem méretükben is tökéletesen illesztettek. Így, ha egy helyen volumencsökkenés, illetve formai eltérés jelentkezik az egyes gyrusokban a templáthoz képest, akkor a téri normalizáció során a mérete a templát képhez fog igazodni, de megváltozott denzitásúvá válik, más szóval „koncentráció” változás lép fel. A voxel-alapú morfometria ezeket a különbségeket méri, azaz az említett standardhoz képest, az egyéni eltéréseket rögzíti (térfogati és alaktani eltéréseket), melynek segítségével megkapjuk a vizsgálati csoport szürkeállomány denzitását. Ahol sűrűbb a denzitás, ott nagyobb lehet a térfogat és/vagy olyan szerkezeti sajátosságok vannak, melyek ezt változtatják.

Az összehasonlíthatóság további feltétele a képek simítása (smoothing). Ennek alkalmazása javítja a jel – zaj arányt és meghatározza azt a mérettartományt

is, amelyben az egyes individuális különbségeket keressük. A képek simítását egy gauss - féle eloszlást megvalósító térbeli szűrővel (FWHM kernel) végezzük. A fent felsorolt eljárások arra szolgálnak, hogy az egyedi felvételeket a csoportos összehasonlításra alkalmassá tegyünk. (Ashbruner, 2009; Ridgway, 2008).

9.3 Statisztikai feldolgozás

Az előzetes feldolgozáson átesett képek statisztikai analízisét az SPM5 szoftverrel végeztük és az Általános Lineáris Modellt alkalmaztuk az adatok összevetéséhez és kiértékeléséhez. Szignifikáns eredménynek minden esetben a $p < 0.001$ értéket tekintettük.

9.4 Eredmények

Az ASP teszt „félelem az arousal-változáshoz kapcsolódó tünetektől”, faktorának pontszámai és a vizsgálatban résztvevő egészséges személyek (41 fő) szürkeállomány denzitása között a jobb középső orbitális gyirusban ($x = 15$ $y = 39$ $z = 5$) találtunk szignifikáns értékű pozitív korrelációt (szemléltetését lásd 11. sz. melléklet)

További szignifikáns, negatív korrelációs viszonyt jelző eredményt kaptunk a TCI ártalomkerülés temperamentum faktora és a szürkeállomány denzitás között (bal oldali posztcentrális gyirus és a szuperior parietális lebeny határán: $x = -44$ $y = -40$ $z = 60$) és a (bal oldali szuperior mediális gyirus, $x = -14$ $y = 36$ $z = 26$) (szemléltetését lásd 12. sz. melléklet).

Félelem felmérő kérdőív agorafóbia faktorának pontszámai negatív korrelatív viszont mutatnak a szürkeállomány denzitásával a jobb oldali szuperior frontális gyirusban ($x=18$ $y=40$ $z=30$). (szemléltetését lásd 13. sz. melléklet.)

9.5 Megvitatás

A kapott eredmények szerint a szürkeállomány denzitás értékei és az szorongásos kérdőívek eredményei között van együttjárás, mely azt mutatja, hogy

van összefüggés a szorongás fajtája, mértéke és a szürkeállomány szerkezete között egészséges személyek esetében is. Az eltérés mértéke azonban nagyon kis területekre lokalizálható, ezért és a strukturális MR vizsgálati korlátai miatt sem szeretnénk messzemenő következtetéseket levonni. A kapott agyi területek tulajdonképpen a frontális részen jeleznek összefüggést az érzelmi feldolgozással, amelyek a korrelációs vizsgálatok „minél... annál” keretében interpretálhatóak. A megjelenő eltérések összességében az érzelmi feldolgozásban gátló funkcióként értelmezhetőek, hiszen az említett területek elsősorban a félelmi reakciók kioltásában vesznek részt az amygdala közvetítésével.

Az arousal változáshoz kapcsolódó tünetek eredménye egybevág **Chapman** (2010) vizsgálatával, ahol nem csak kérdőíves eljárást alkalmaztak egészséges személyeknél, hanem arousal változást kiváltó helyzeteket is létrehoztak. Eredményeikben az orbitofrontális kéreg érintettsége markánsabban megmutatkozott, mint a jelen eredményekben, de ez a kiváltott szituáció fényében érthető. **Damasio** (2000, id. Chapman, 2010) szintén hasonló összefüggéseket írt le. A habituáción alapuló tanulási folyamat, amelyben a vizsgálati személyek részt vettek az orbitofrontális területek egyre csekélyebb aktivitását eredményezte, mely összefügg azzal, hogy egyre kevésbé volt szükséges a félelmi ingerek által kiváltott gátlás megvalósítása.

Az agorafóbiás félelmek és az ártalomkerülés a viselkedésben egyaránt az elkerülést szorgalmazzák, így a negatív korreláció a frontális kéregben, szintén olyan visszacsapó szabályozást jelenít meg, amely egybecseng a büntetésérzékenység agyi mechanizmusával, amely szintén kiváltja az elkerülő viselkedést (Carver, 1998), illetve kapcsolódik az érzelemszabályozás **Mikulincer** (2003) által leírt folyamatához is. A –posztcentrális gyrus a szomatoszenzoros rész határa, ennek a területnek a fokozott denzitása jelzője lehet az elkerülő viselkedés kérgi aktivációjának (Birbaumer, 2006).

VII. MEGVITATÁS

1. A második vizsgálati szakasz négy részvizsgálatának megvitatása

A második vizsgálati blokk a szorongásérzékenység jelenségét és annak adaptív funkcióit igyekszik több szempontból körbejárni. A szorongásérzékenységet a szorongásos zavarok, azon belül a pánik zavarok előrejelzőjének tartják (Schmidt, 2008; Steinman, 2010). A vulnerabilitás tekintetében kiemelendő az a tény, hogy az AS segítségével jellemzett pszichofiziológiai reaktibilitás, nem csak a testi tüneteket, hanem az azokhoz társuló kogníciókat is éppúgy megragadja, mint a jelenség társas vagy pszichológiai aspektusát. Mindezek a tények a genetikai háttérrel, a személyiség és temperamentum tényezők által előrevetítik, hogy a szorongásérzékenység jelenségének célját érdemes evolúciós gondolatmenetben elemezni, éppúgy, ahogy a szorongásos zavarok funkcióját is (v. ö. Péley, 2010; Stein, 2011).

Az AS-hez kapcsolódó tényezőket, a nemzetközi és hazai gyakorlatban is releváns, használt kérdőívek és strukturális MR vizsgálat segítségével próbáltuk kutatni. Az első és második vizsgálati alegység alapján az AS jelenségét az ASP kérdőív segítségével kutattuk, mivel erre az ASI alkalmatlannak bizonyult – a nemzetközi irodalomban is jelzett aggályoknak megfelelően (Taylor, 1998) – a vizsgálati eredményeink alapján.

Az első vizsgálatban is használt „félelem felmérő kérdőív” érzékenységét és hasznosíthatóságát mi is tapasztaltuk – a vizsgált populáció professzióját tükrözték a faktorok –, amely jó viszonyítási alapot jelent az AS-sel kapcsolatban is.

A jutalom- és büntetésérzékenység kérdőívet **Kállai** (2009) vizsgálta hazai mintán, adatai hasznosnak bizonyultak, de a mérni kívánt jelenséget nem fedik le teljes mértékben. Mindezek ellenére, a BIS/BAS rendszer idegrendszeri és személyiségbeli háttere miatt bekerült a vizsgálatunkba.

A **Cloninger** (id. Rózsa, 2005) által kidolgozott temperamentum és karakter kérdőív a személyiség genetikai alapokkal rendelkező részét igyekszik meghatározni a társas kapcsolatok fényében. Hazai és nemzetközi vizsgálatokban is egyre népszerűbb kérdőívről van szó.

Az APPQ és STAI-A a szorongás aspektusainak megragadása és ellenőrzése céljából volt számunkra elsősorban jelentős.

A strukturális MR vizsgálat nem egy konkrétan működő és kiváltott funkció folyamatát képes megragadni, hanem egy személyre jellemző és általánosságban jelen levő idegrendszeri struktúra mintázatot. Eredményeinek összevetése a személyiségre jellemző szorongásérzékenységet mérő, illetve azzal kapcsolatban álló kérdőívekkel, egy általánosabb szenzitivitást és vulnerabilitást enged meglátni.

Egészséges és diagnosztizált szorongó betegek vizsgálata segíthet a jelenség alakulásának és változásának megragadásában is, az általános leíró elemzéseken kívül.

Az első részvizsgálat eredményei, ahogy arról már volt szó megerősítették, hogy az ASP stabil faktorszerkezettel, jó belső konzisztenciával fedti le azokat a jelenségeket, melyeket valóban mérni szeretnénk vele. A nemzetközi adatokkal egybecsengő faktorstruktúra kirajzolódása mellett, körvonalazódott, hogy a kognitív diszkontroll és a kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelmek szignifikáns módon elkülöníthetők egymástól az egészséges és betegcsoportokat, életkorban illesztett és nem illesztett mintán egyaránt.

A harmadik vizsgálati részben kapott korrelációs összefüggések elemzésére külön nem térünk ki a vonatkozó szakaszban, annak ellenére, hogy kiemeléssel jelöltük a szignifikáns együttjárásokat ($p \leq 0,001$ v. $p \leq 0,05$). A kapott korrelációs mátrixokat nagyságuk és összetettségük ellenére fontosnak láttuk bemutatni, hiszen ezek alapján jutottunk el a következő gondolati egységig. Ennek oka részben a számos korrelációs kapcsolat, másrészt az, hogy ezáltal láthatóvá vált egy olyan látens struktúra, amelyre logisztikus regresszió elemzéssel egy hasznos modellt tudtunk felállítani. Ezt a modellt a vizsgálat negyedik alegysége tartalmazza, melynek elemzése vizsgálatunk talán legizgalmasabb része. A modellek jól használhatóak, a nagy elemszám miatt is, illetve az általuk kijelölt irányok kapcsán is.

A logisztikus regresszióval kapott eredmények rendkívül jó illeszkedést mutatnak, 95%-os találati aránnyal, így matematikai magyarázó ereje is rendkívülinek mondható.

Az állapotszorongás, a pillanatnyi, helyzetben kialakuló szorongásosság értékét méri, amelyek a konkrét helyzetben megjelenő és szubjektíven veszélyesnek tartott jelzéseket helyezi a figyelmi fókusz középpontjába. Ez alapján elmondható, hogy a

reális, jelen levő ingerek veszélyességének bejósolását végzi, amelynek bekövetkeztekor a személy szorongásos zavarral kapcsolatos esélyessége 1, 34-szeresére növekszik. Ezt az értéket reális vigilanciaként értékeljük a különböző helyzetek kapcsán.

Az agorafóbiás félelmeket sokan a pánik/szorongásos zavarok előszobájának tekintik (Kállai, 1991, Kopp, 1992), ahol a személy érzékenysége jelentős kapcsolatban áll a szorongás evolúciósan megjelenő adaptív funkciójával, melynek kapcsán a nők veszélyeztetettebbek. Az agorafóbia értékek egységnyi változása 1, 765-szörösére növeli a szorongásos zavarok megjelenését.

A legjelentősebb eredményünk azonban a nagyon erős kapcsolat az ASP kardiológiai tünetekhez kapcsolódó félelemértékei és a szorongásos zavar megjelenése kapcsán. Ebben a faktorban egységnyi növekedés a betegség kialakulásának kockázatát 6, 89-szeresére növeli. Mivel a modell besorolási aránya 95%, ezért ez azt jelenti, hogy a szorongásérzékenység ezen aspektusa az, amely leginkább előrejelzi a még egészséges mintán is a rizikócsoporthoz tartozó személyeket, illetve különbséget tesz az egészséges, beteg és szubklinikai szintű szorongó személyek közt. Ez a modell az ASP kardiológiai faktorértékeivel a klinikai gyakorlatban éppen olyan hasznos, mint az egészségpszichológiai prevenciók és intervenciók szintjén. Tudjuk, hogy nem minden személynél alakul ki szorongásos zavar, akik az ASP kérdőív teljes pontszáma alapján rizikócsoporthoz tartoznának. Eredményeink szerint ennek egyik oka, hogy a kardiológiai tünetek tudják megbízhatóan bejósolni a betegséggel kapcsolatos vulnerabilitást, másrészt a szorongásérzékenység adaptivitását éppen abban látjuk, hogy a konkrét személynek biztosít egy olyan belső referencia keretet, amellyel képes elkerülni, vagy csökkenteni a szorongásos zavar megjelenésének kockázatát. A jelenség legfontosabb, adaptív funkcióját ebben a momentumban tudjuk megragadni, és evolúciós szempontból ezt a stratégiát érdemesnek gondoljuk arra, hogy a természetes szelekció a maga eszközeivel (öröklékenység; temperamentum és elkerülést facilitáló viselkedés kiváltásával) „támogatja” a szorongásérzékenység fennmaradását.

Az állatfóbia és az arousalhoz kapcsolódó félelmek mai modern világunkban kevésbé jósolják be a valódi félelmet és menekülést kiváltó ingereket, hiszen környezetünkben egyre kevesebb valódi fenyegetést jelentő állattal találkozunk, illetve az arousal változás túl tág fogalom, amely sok esetben vezethet téves

riasztáshoz. A téves riasztás költsége evolúciósan hatékonyabb, mint egy elmulasztott veszélyes helyzet átélése, azonban a megjelenő változók azt sejtetik, hogy a „füstjelző detektorként” is nevezett riasztást észlelő rendszer (Nesse, 1999; Stein, 2011) a szorongásérzékenység jelenségén belül mégis valamilyen finomodáson, kikristályosodási folyamaton mehet keresztül.

A kardiológiai tünetek megjelenése kapcsán elengedhetetlennek érezzük a szorongás és szív- érrendszeri betegségek kapcsolatának rövid megemlítését, mind egészségpszichológiai, mind biopszichoszociális szempontú medicina alapján.

A kardiológiai tünetek és szorongásos zavarok kapcsolatát evidenciaként kezelhetjük (Varga, 2007), azonban a témával foglalkozó irodalom inkább medicina központú része emeli ezt ki. Ennek egyik oka, hogy sok kardiológiai rendelésen jelentkező „beteg”, szomatikus szinten még nem beteg, de a folyamatos fiziológiai érzékenyítettség és önmonitorozás kapcsán rövid idő alatt valóban testi szinten is beteggé válik. Viszont addig a folyamatban viszonylag kevés segítséget tud nyújtani a szomatikus orvoslás. Az egészségpszichológia viszont képes értelmezni és pozitív értelemben használni a jelenséget, még akkor is, ha ez a tudás jelenleg még nem terjed ki a medicina minden területére, ugyanakkor növekvő hatása egyre jobban érvényesülni látszik. A folyamatot mindenképpen alátámasztja jelen vizsgálatunk eredménye, hiszen rendkívül fontos területre irányítja a figyelmet.

A szorongással és szorongásérzékenységgel foglalkozó irodalom azonban kiemeltebb hangsúlyozza a respirációs tünetek és a szédülés, vesztibuláris folyamatok szerepét, amelynek egyik oka lehet, hogy ezek a jelenségek a személy testsémájába és önképébe a jobban megtapasztalt referencia miatt inkább előtérben vannak.

A kardiológiai tünetek kapcsán egyrészt nincs, vagy áttételesen vannak testsémára vonatkozó tudásaink, gondoljunk csak arra, hogy nehéz légvételként jelentkezhet egy kardiológiai probléma, vagy a magas vérnyomás kapcsán a szédülés vagy fülzúgás, mint vesztibuláris tünetek érzékelhetőek elsődlegesen (Redfern, 2001; Viaud – Delmon, 2000). (A 14. sz. mellékletben vázoljuk a kardiológiai tünetek és a szorongásos tünetek egymáshoz való viszonyának lehetséges modelljét.) Itt említenénk meg azt is, amit **Mineka** (2006) fogalmaz meg, mely szerint a szorongásos zavarok észlelésében a genetikai, temperamentum

és egyéb tényezőkön kívül a krónikus betegségekkel való korábbi tapasztalatok is jelentősek.

A TCI és SPSRQ regressziós modellje tovább erősíti a kardiológiai tünetek befolyásoló szerepét az egészséges és beteg csoportok különválasztása kapcsán, illetve megjelenik az irodalomnak megfelelően (Mardaga, 2007; Rózsa, 2005) az ártalomkerülés faktorának jelentősége. Ebben az esetben, ha a TCI ártalomkerülés faktora egységnyi növekedést mutat, akkor a betegség megjelenésének rizikója 1, 8-szorosára növekszik.

Az SPSRQ kapcsán az irodalomnak megfelelően a büntetésérzékenység mutat kapcsolatot a szorongásos tünetekkel, egységnyi növekedés kapcsán 1, 2-szeresére nő a betegség rizikója. Ebben az összefüggésben a büntetésérzékenység mellett a kognitív diszkontrolltól való félelemnek is jelentősége van, amely a **Gray**-féle érzelemelmélet kontextusában szintén adaptívan és egységesen értelmezhető, hiszen a kognitív folyamatok szerepe ebben a tekintetben kiemelkedő (Carver, 1998).

Az MR eredmények alapján a szorongásérzékenység érzékenyítő struktúráját szeretném ebben az összegzésben még egyszer hangsúlyozni, mely szerint az elkerülés, mint tanult viselkedés valóban megjelenik idegrendszeri szinten és kialakítja a szorongásérzékenység olyan tanult aspektusát, amely a tapasztalatok mentén az érzelemviselkedés kontrolljára hat a frontális funkciók hatásmechanizmusán keresztül (Birbaumer, 2006).

VIII. ÖSSZEGZÉS

“Élete során az ember gyakran attól fél, amitől nem kellene, vagy nem úgy fél, ahogy kellene, vagy nem akkor, amikor kellene.” (Arisztotelész)

A szorongás általános emberi jelenség, nem tekinthető rossznak, nem minősíthető, hiszen veszélyállapotokra figyelmeztet, felkészíti a szervezetet a veszélyhelyzettel való találkozásra. Adaptív jellege, evolúciós szempontból éppúgy kézenfekvő, mint az egyedfejlődésben betöltött szerepét illetően.

A szorongás vizsgálata a pszichofiziológiai vizsgálatoktól az egzisztencialista filozófiai kérdésfeltevésig terjed. Ez utóbbiban **Kirkegaard** javasolja is számunkra, hogy tanuljunk meg szorongani, mert "ez olyan kaland, amiben minden embernek helyt kell állnia: meg kell ismernie a félelmet, a szorongást, hogy ne vesszen el amiatt, hogy soha nem félt, vagy amiatt, hogy elmerült a szorongásban; aki tehát megtanult méltó módon félni, az tanulta a legtöbbet" (Kirkegaard, 1993, 181.old.). **Pléh** szerint "az egész emberre rátelepedő üzemmód" (Pléh, 2007, 4. old.) a szorongás jelensége.

Szimptomatikus is lehet, hogy egyre több olyan kórképet ismerünk, amelynek vezető vagy kísérő tünete a szorongás, s ezzel párhuzamosan egyre több olyan mérőeszköz került kidolgozásra, mely a szorongás különböző aspektusainak mérését célozza, meg több-kevesebb sikerrel. Dolgozatunkban arra tettünk kísérletet, hogy a Magyarországon „forgalomban levő”, a szorongást, annak pszichofiziológiai és élményszintű tünetekig terjedő skáláit kontroll és betegcsoportokon vizsgáljuk. Célunk a különböző kérdőívek érzékenységeinek vizsgálatán túl az egészséges és beteg csoportok szignifikáns elkülöníthetősége volt, és ezáltal betekintést nyerni a kontroll - szubklinikai - klinikai minta pszichés működési módjába.

Munkánk fontosabb eredményeit az alábbiakban foglaljuk össze:

A szülői viselkedési minták, kiemelten a szülők túlóvó és elutasító magatartása hat a gyermek félelmi tapasztalataira. A szorongásérzékenységben kiemelendő a megjelenő korai tapasztalatok szerepe, amelyek hatnak az érzelemszabályozás folyamatára, kognitív funkciókra, memóriefunkciókra egyaránt. Korábbi összegző lehetőségeinknél nem tértünk le, ez inkább a további kutatási irányok megtalálása felé vezet minket, mely szerint a negatív affektivitás jelenségének gyökere, talán

épp ezekben a korai tapasztalatokban gyökerezik. A rideg, elutasító szülői magatartás, szintén az elutasító reakció módokat hívja elő a gyermekben, amelyek magas szubjektív distresszt, averzív, hosztilis magatartást eredményeznek. Ez összecseng a korai érzelemszabályozási deficiteket feltáró modellek eredményeivel, melyek együttesen szintén a szorongással kapcsolatos vulnerabilitást készítik elő. A jelenség hátterének feltérképezése további érdekes vizsgálati terület lehet a jövőben.

A szülői magatartás hatásainak elemzése vezette további vizsgálataink megtervezését, melynek összegzését nem ejtjük meg még egyszer olyan részletesen, mint az előző fejezetben, de szeretnénk kihangsúlyozni a szorongásérzékenység és a kardiológiai tünetek megjelenésének fontos szerepét, amely az egészséges és betegcsoportok közt egyértelműen különbséget tesz.

Szorongást keltő helyzetben a pánik zavarban szenvedők figyelme elsősorban a saját testi, fiziológiai állapot monitorozására irányul, a kognitív funkciók középpontjában a veszély gondolata kerül, mely által a fiziológiai működések még aktívabban készítik a szervezetet a Cannon-féle vészreakcióra. A generalizált szorongó beteg a külső környezetre próbál figyelni, igyekszik a körülményeket kontrollálni (Kállai, 1995).

Stein és **Nesse** (2011) a szorongás kialakulása kapcsán hangsúlyozzák azokat a kognitív, perceptuális és viselkedéses folyamatokat, amelyek a maguk stabil, mégis rugalmas módján monitorozzák a veszélyt jelentő ingereket. A természetes szelekció folyamata során a vigilancia ideális állapotának kialakítása a túlélés szempontjából az egyik legfontosabb kérdés. A téves riasztás még mindig kisebb költség, mint egy elmulasztott riasztás, amely az egyed életébe kerülhet. A fenyegetést jelző rendszer és a hátterét adó idegrendszeri apparátus rendkívül komplex, amely szintén az evolúciós kölcsönhatások eredményeként alakulhatott ki. Ennek része például a viselkedés gátló rendszer is, amely a szorongáshoz kapcsolódóan a jelenség genetikai hátterét éppúgy igyekszik megragadni, mint a kognitív és érzelmi jelenségeket is. Az említett szerzőpáros is fontosnak tartja az olyan kutatásokat, amelyeket a dolgozatban mi is igyekeztünk ismertetni, azaz egészséges személyek szorongásos jellemzőit rendszerezni, majd összehasonlítani szorongásos zavarban szenvedő személyekkel. Az ő javaslatuk, hogy más pszichiátriai betegségekkel diagnosztizált személyek adatainak kapcsolódó

elemzése további vizsgálatokban szintén tágíthatja a rendelkezésünkre álló perspektívát.

Jelen munkánk alapján, úgy véljük, elmondható, hogy a szorongásérzékenység és az ASP kérdőívvel mért szenzitivitás tükrözheti azt a jelzőrendszert, amelyről **Stein** és **Nesse** (2011) is beszélt. A jelenség, ahogy azt az elméleti részben is kifejtettük magába foglalja a genetikai, temperamentum, személyiség tényezőket, a fiziológiai tüneteket és a kognitív tényezőket is. Tulajdonképpen egy olyan jelenséget ír le, amelyet a jelen tudomány, a biopszichoszocio(kulturális) egészségpszichológia éppúgy képes értelmezni, mint a szintén ebben az elméleti keretben helyet foglaló biopszichoszociális medicina.

Úgy véljük, nem csak az eredmények megvitatásában vázolt modell alapján, de per definitionem is, a szorongásérzékenység egy olyan fogalom, amely magában rejti azt a régóta keresett tudást, amellyel a szorongásos betegségek megragadhatóak még a manifeszt betegség szintje előtt. Ezáltal mérhetővé, bejósolhatóvá és preventíven kezelhetővé válik a szorongás jelenségének egy része, de természetesen az intervenciók szempontjából sem elhanyagolható a jelentősége. Más szavakkal az AS a felnőttkori szorongás megjelenésének egyik jelentős diatézis tényezője.

Vizsgálataink sora azt valószínűsíti, hogy a szorongásérzékenység tulajdonképpen egy evolúciós kompromisszum, egy adaptív jelenség, hiszen egyensúlyt képes fenntartani a jelzőrendszeri funkciók kapcsán. Az érzékenység segít elkerülni a veszélyes helyzeteket, úgy, hogy nem „kell” a szervezetnek megbetegednie, és a betegség okozta maladaptív tényezők ezáltal elkerülhetővé válnak.

Ez az adaptív kompromisszum, egyben magában rejti azokat a tényezőket, amelyeket más kérdőíves eljárásokkal jelenleg kevésbé sikeresen tudunk mérni. Gondolva itt a büntetés- és jutalomérzékenység vizsgálatára, amely elméleti konstruktként többek közt idegrendszeri és viselkedéses kísérletek alapjául szolgál, ám kérdőíves vizsgálata még nem tisztult le megfelelő módon (Kállai, 2009). Ide kapcsolódik a temperamentum és személyiségtényezők vizsgálata, amelyek szintén hasznosak, de viszonylag kevés aspektusuk tud megbízható és hatékony előrejelzője lenni a szorongásos zavaroknak. Miközben, eredményeink alapján látható, hogy az AS magába foglalja mindezeket a jelenségeket. Talán épp ez a komplexitás az oka annak, hogy számos vizsgálatban oly nehezen

megragadható az, hogy a vizsgálat tervezői, mire is szeretnék használni a szorongásérzékenységet.

A szorongás eredeti, adaptív funkciójáról számos helyen olvashatunk (Bereczkei, 2003, 2009; Nesse, 1987; 1990; 1999; Stein, 2011). Az AS-ről való tudásunkat **Tinbergen** (1963, id. Nesse, 1990) négy kérdését szem előtt tartva próbáljuk összegezni jelen munkánk segítségével. A szorongásérzékenység, mint megvalósuló viselkedést elsősorban a kardiológiai tünetek megjelenésével, az arra adott reakcióval, másodsorban a kognitív diszkontrolltól való félelem kapcsán tudjuk megragadni eredményeink fényében. Az egyedfejlődés során szerepet játszó tényezők közül a korai tapasztalatok hatását, a kognitív funkciókkal, személyiséggel és temperamentummal és idegrendszerben megjelenő együttjárási mintázatokkal való kapcsolatát tudtuk vizsgálni és igazolni. A szorongásérzékenység adaptivitását a jelzőrendszeri funkciók egyensúlyának megtartásában látjuk. Az evolúció során való alakulását és előtérbe kerülését szűk perspektívából, de mégis látjuk. Részben ezt tükrözi az AS iránt megjelenő fokozott tudományos érdeklődés is. Olyan változóról beszélhetünk, amely egyrészt genetikai háttérrel is rendelkezik, másrészt a már említett hangsúly eltolódás is – a korábbi állatfóbia és arousal érzékenység irányából a kardiológiai és kognitív diszkontroll felé – jelzi, hogy bár filogenetikus kialakulását nem, de adaptív és rugalmas alkalmazkodását a modern világunk kihívásai kapcsán, érzékelnünk tudjuk.

Eredményeink alapján úgy véljük, hogy nem csak a szorongásos zavarok etiológiájának tisztább és érthetőbb képét sikerült ezáltal megrajzolni, de reméljük, hogy a kardiológiai betegségek rizikótényezőjét és korai stádiumú terápiáját is sikerül ez által letisztultabbá tennünk.

Kitekintésképpen felvetjük még, hogy a szorongásérzékenység, érzelemszabályozás és korai tapasztalatok megvalósuló, genetikailag részben determinált, kognitív mintázata kihat a szociális támasz keresésének és igénybevételének képességére is. Az egyéni identitás kialakulásában is jelentős szerepet játszanak az általunk vizsgált tényezők hatásai, ezért is lehet kitüntetett szerepe a szorongásos zavarok megjelenésében az életkori kríziseknek. Ezen krízisek kapcsolati kontextusban mennek végbe, ezáltal a leválás és újrastrukturálás folyamatában megelevenítik a korábban már elsajátított, mentalizációs képességekre épülő folyamatokat, és személyre jellemző kialakult mintázatban befolyásolják az egyént.

Számos változó kimaradt jelen vizsgálatunkból, és további elemzések tárgyát képezi. Ezek közé tartozhat a szorongásérzékenység „specializációja”, azaz olyan változók keresése, amely a pánik és egyéb szorongásos zavarok megjelenési valószínűsége között különbséget tehet; vagy az ASI használatának és magyar standardjának kérdése, éppúgy, továbbá a szorongásérzékenység és az említett hosztilitás ill. negatív affektivitás vizsgálata is.

Az értekezést azzal a gondolattal zárom, hogy nem befejeztük, hanem jelen írás keretei között abbahagyjuk a jelenség további interpretálását, abban a reményben, hogy az itt leírt eredmények valóban hasznosíthatóak lesznek a szorongásra érzékeny személyek ellátásában és szűrésében, éppúgy az egészségpszichológia, mint a biopszichoszociális medicina keretein belül.

IX. KIFEJEZÉSEK MAGYARÁZATA

AGORAFÓBIA: A fóbia szó a görög Phobos isten nevéből ered, aki képes volt félelmet kelteni, majd a szónak később „menekülés” volt a jelentése. A fóbia tulajdonképpen a félelem konkrétan meghatározott tárgyra vonatkozik (Beck, 1999).

Az agorafóbia meghatározása a DSM–IV–R kritériumrendszere szerint:

- „Félelem olyan helyeken, helyzetekben, ahonnan az elmenekülés nehéz (vagy problémás), vagy nincs kéznél az azonnali segítség váratlan vagy az adott szituációban várható pánikroham vagy pánikszerű tünetek esetén. Az agorafóbiás félelmek tipikusan a következő jellegzetes helyzetekben jelentkeznek: egyedül elmenni otthonról; tömegben lenni vagy sorban állni; hídon lenni; busszal, vonattal, autóval utazni.

- A személy a szorongást keltő szituációkat kerüli (pl.: az utazást korlátozza), vagy észrevehető szenvedéssel (feszültség, diszkomfort) pánikroham/pánikszerű tünetek kialakulása miatti félelemmel viseli el, vagy az ilyen helyzetekben társra van szüksége.

- A szorongás vagy a fóbiás elkerülő magatartás nem magyarázható jobban más mentális zavarral, mint pl.: szociális fóbia (...), specifikus fóbia (...), kényszeres zavar (...), poszttraumás

stressz zavar (...), vagy szeparációs szorongásos zavar (...).” (DSM-IV-R, 2001, 168–169. old.)

Donald F. Klein a Freud (1999) által felvetett szorongáselméletet vizsgálta meg alaposabban, és arra a következtetésre jutott ő is, hogy az agorafóbiában két típusú szorongás különíthető el. Az egyik a bejósolhatatlan, kontrollálhatatlan pánik, a másik nem más, mint maga a pánik anticipációja, a szorongás visszatérésétől való félelem (Kopp, 1992).

BÜNTETÉSÉRZKENYSÉG: A viselkedés gátló rendszer (behavioral inhibition system; BIS) a büntetésre érzékeny, gátolja a személyt a félelmet keltő, bizonytalanságot okozó, esetenként ismeretlen helyzetek kellemetlen következményeinek elővételezése által, a negatív érzésekért, elsősorban a szorongás megjelenéséért felel (Kimbrel, 2010).

DIATÉZIS: A betegségek kialakulásában a specifikus veleszületett vagy szerzett hajlam.

ÉRZELEM: „az érzelmeket olyan komplex jelenségeknek tekintjük, amelyek biológiai- (testi), társas- és kognitív komponensek együtteseként irányítják a viselkedést” (Deák, 2011. 9. old.)

ÉRZELEMSZABÁLYOZÁS: „Az érzelemszabályozás olyan extrinzik és intrinzik folyamatokból áll, amelyek az érzelmi reakciók monitorozásáért, értékelésért és módosításáért felelősek, különös tekintettel az érzelmi reakciók intenzitására, idői jellemzőire, annak érdekében, hogy a célok elérésre lehetővé váljon.” (Thompson, 1994. 27-28. old., id. Kopp, 2003. 360. old.) Az érzelemszabályozás folyamata az emóciók fenntartását, csökkentését, gátlását, tehát teljes viselkedéses dinamikáját végzi a célok elérése érdekében, ennek egyik lehetséges formája az érzelemkontroll, amely a negatívan minősített érzelmek regulációját jelenti.

FÉLELEM: eredetileg adaptív jelzés a szervezet számára, amely a veszély elkerülésére készítet, és egyben felkészít a menekülésre, vagy ha kell, akkor a veszéllyel való szembenézésre. Kiváltó oka mindig közvetlen, míg a szorongásé

közvetett és távoli. Illetve a klinikai gyakorlatban a félelem forrása külső, míg a szorongásé belső, oka a személyiségben keresendő. A félelmet gyakran aktuális állapotnak tekintjük, míg a szorongást egy állandósult személyiségjellemzőnek (Ranschburg, 1998a).

A félelemnek, mint érzelemnek van tanult, tapasztalati oldala, ez teszi a vészhelyzet értékelését szubjektívvá, és egy veleszületett része is, melyek elválaszthatatlan egységet alkotnak (Ranschburg, 1998a).

Beck (1999) szerint jelenléte mögött a kognitív komponensek megléte a döntő, melynek segítségével a fenyegető ingert intellektuálisan veszélyesnek értékeljük, de ez az inger gyakran nincs jelen, hanem anticipáljuk a bekövetkezését, és felmérjük a veszélyt. Fiziológiai, kognitív, motivációs, affektív vagy emocionális és viselkedéses komponensekből áll.

Rosen (1998) álláspontja az, hogy a normál félelem nem más, mint egy funkcionális mechanizmus, amely része a személy probléma megoldó készletének. A félelem nem csak válasz az ingerre, ahogyan a klasszikus behaviorista álláspont vélekedik, hanem a veszély percepcióját is, és a védekező magatartás motivációját is magába foglalja. Egyben arra ösztönzi a személyt, hogy valahogyan enyhíteni próbálja ezt a negatív emocionális állapotot.

Taylor (1995) megkülönböztet alapvető (fundamental) és általános (common) félelmeket. Az alapvető félelmeknek az egyik fő kritériuma, hogy a félelmi ingerek a legtöbb ember számára averzívek.

GENERALIZÁLT SZORONGÁSOS ZAVAR: Többnyire a legalább hat hónapig fennálló nehezen kontrollálható szorongásos panaszok állnak előtérben. A felsorolt tünetekből legalább három megjelenik, és a napok nagy részében tapasztalható. A tünetek: nyugtalanság, idegesség, „felhúzotttság” érzése; fáradékonyság; koncentrációs zavar, „gondolkodásképtelenség”; ingerlékenység; izomfeszültség; alvászavar (elalvási, átalvási nehézség vagy nyugtalan, nem kielégítő alvás). A tünetek nem tulajdoníthatóak más I. tengelyen kódolt zavarnak vagy szerhasználatból eredő zavarnak, viszont a tünetek klinikailag is jelentős szövődményt és funkcióromlást okoznak (DSM-IV-R, 2001).

JUTALOMÉRZÉKENYSÉG: Gray (2000) az affektív minősítés és az arousal fogalmain keresztül írja le a személyiség alaptermészetét, kiemelve ennek ellentétes (megközelítés-elkerülés) jellegét. Azaz két, idegrendszerhez köthető rendszerben gondolkodik, az egyik a viselkedéses aktiváló vagy megközelítő rendszer (behavioral activation/approach system; BAS), amely a pozitív érzelmekért, mint öröm, remény, annak elővételezéséért és megközelítésért felelős és a jutalmazás motiválja. Ebben az elméleti keretben az impulzivitás kifejezés a jutalomérzékenység jelölésére szolgál

KONFLIKTUS: A személynek választania kell egymással összeegyeztethetetlen célok vagy egymást kölcsönösen kizáró cselekvéssorok között. Konfliktus keletkezhet két belső szükséglet vagy motívum között is. Pl.: függetlenség versus függőség; intim kapcsolat versus magány. A konfliktus egy adott krízishez köthető, és Erikson (1991) szerint soha nem ér véget, nem uralhatjuk állandóan, hanem újra felbukkanhat, még akkor is, ha már egyszer sikeresen megoldottuk.

KÖTŐDÉS: A kötődés a kötődési viselkedésen keresztül valósul meg. John Bowlby elmélete szerint a gyermekek ahhoz kötődnek, azzal alakítanak ki tartós érzelmi köteléket, akik biztonságos hátteret biztosítanak a számukra, és ez a korai anya–gyermek kapcsolat elsődleges funkciója is. Azt feltételezte, hogy létezik egy egyensúly a fizikai közelség kialakításában, amelyet a gyermek is irányít a veleszületett viselkedési minták segítségével (Péley, 2000). Ugyanakkor a szülőé a felelősség az egyensúly megfelelő fenntartásában, hiszen a szülő optimális pszichológiai és fizikai válaszkészsége az, amely segít a gyermeknek a biztonság élményét kialakítani és megtartani (Cole, 1998).

Ainsworth és munkatársai Bowlby elméletét kísérletesen is igazolták, és ez alapján három kategóriát hoztak létre: a szorongó/elkerülő (A), a biztonságosan kötődő (B) és a szorongó/ellenálló (C) gyerekek csoportját (Cole, 1998). Majd Main és Solomon kiegészítették ezt egy negyedik csoporttal, a dezorganizált (D) csoportba tartozó gyerekekkel, illetve kiterjesztették még a vizsgálatot a szülői magatartások megfigyelésére és lejegyzésére is (Péley, 2000).

KRÍZIS: Erikson–i értelemben használom ezt a kifejezést, és olyan válságot, vagy fordulópontot jelöl az ember életében, amely sérülékennyé teszi a személyt. A probléma jelentőségén van a hangsúly, amely ebben az időszakban felbukkan (Erikson, 1991).

MEGKÜZDÉS: A stresszel való megküzdés azoknak a külső (környezeti) és belső (intrapaszichés) megterheléseknek a kezelésére irányul, melyek az egyén lehetőségeit tartósan meghaladják. Ide tartozik minden viselkedéses és tudatos kognitív erőfeszítés, amely arra irányul, hogy ezeket a megterheléseket kezelni tudjuk. A megküzdés fő feladatai: 1. A károsító környezeti hatásokat csökkenteni, pihenést biztosítani a szervezet számára. 2. A negatív eseményeket vagy körülményeket tolerálni, illetve segíteni az ezekhez való alkalmazkodást. 3. A pozitív önértékelést fenntartani. 4. Az érzelmi egyensúlyt biztosítani. 5. Másokkal kielégítő kapcsolatot fenntartani.

A megküzdés lehet érzelem- vagy problémafókuszú. A problémaorientált vagy instrumentális megküzdés a környezeti károsító hatás kiküszöbölésére vonatkozik. A végbemenő folyamat vázlata: a probléma meghatározása - megoldási alternatívák mérlegelése - döntés az optimálisnak tűnő megoldás mellett - végrehajtás.

Az érzelemlfókuszú megküzdés az érzelmek szabályozására irányul, de nem csak érzelemszabályozást jelent. Lazarus szerint közös pont még, hogy a megküzdés is vonatkozhat a pozitív és negatív érzésekre egyaránt, hiszen a pozitív érzések is lehetnek megterhelőek. Azonban az kijelenthető, hogy míg a megküzdés megterhelő helyzetekre vonatkozik, addig az érzelemszabályozás nem csak megterhelő helyzetekben valósulhat meg, illetve az érzelemszabályozás a pozitív érzések facilitálására is vonatkozhat.

Néhány megküzdési stratégia: konfrontáció, eltávolodás, társas támogatás keresése elkerülés, pozitív jelentés keresése. A megküzdés tehát olyan tudatos, realitásra orientált viselkedés, melynek célja a külvilághoz történő adaptáció segítése, a jelenre orientált, a helyzethez alkalmazkodó, ezért többnyire rugalmasan változó stratégiák készlete a környezetre, szituációra vonatkozóan (Lazarus, 1986).

MENTÁLIS ÁLLAPOT: vágyak, vélekedések, érzelmek, gondolatok, melynek segítségével a viselkedést és a pszichológiai élményeket megértjük, legyen az másnak tulajdonított, vagy a sajátunk. Érzelmi minősége fontos része a

megértést lehetővé tevő *reflektív szelf-funkció* vagy *mentalizációs képesség* alakulásának (Fonagy, 1998).

MENTALIZÁCIÓS KÉPESSÉG: segítségével a gyermek a másik személy felszíni viselkedésére képes reagálni, és saját maga is képes a saját elképzeléseire a másik vélekedéseiről, vágyairól, érzéseiről, terveiről reagálni. A másik személynek ezáltal *tudatállapotokat* tulajdonít, és így értelmessé teszi a másik viselkedését, ezért interperszonális helyzetekben rugalmasan és adaptívan tud válaszolni. Ezt a korai kapcsolatokban sajátítjuk el, a mentális állapotok szülői visszatükrözése által, melyben a szülővel kialakított érzelmi kapcsolat minősége kulcsfontosságú (Fonagy, 1998).

A mentalizációs képesség minősége meghatározza a szelf szerveződésében megjelenő egyéni különbségeket az autonómia, az én-tudatosság a szabadság és felelősség területén. Ez képezi a szelf-élmény folytonosságának és koherens struktúrájának az alapját is, formát ad a szelf-szerveződésnek. Mivel nem tudatos, automatikus, nehéz észrevenni és korrigálni a benne megjelenő hibákat (Fonagy, 1998).

PÁNIKROHAM: Pánikrohamot az emberek nagy százaléka átél élete folyamán legalább egyszer, ez azonban nem betegség. Az élmény egyik kulcstényezője a tünetek katasztrofalizálása, melynek kiváltója a félelem (Szendi, 2000).

„Jól körülírható időszak intenzív félelemmel vagy diszkomfort érzéssel, amelyben a tünetek közül legalább 4 (vagy több) hirtelen fejlődik ki...: Palpitatio (heves szívdobogás), szapora szívverés (tachycardia), izzadás, remegés vagy reszketés, fulladás–vagy légszomj-érzés..., mellkasi fájdalom vagy diszkomfort, hányinger, vagy hasi diszkomfort, szédülés, bizonytalanság, vagy ájulásérzés, derealisatio (a realitás elvesztésének érzése) vagy depersonalisatio (...), megőrüléstől vagy az önkontroll elvesztésétől való félelem, halálfélelem, paresthesiák (zsibbadás, érzéketlenség, bizsergés), hidegrázás vagy kipirulás, hevülés” (DSM-IV-R, 2001, 167–168. old.) tünetei jelentkezhetnek, kb. 5–15 percig tart.

PÁNIK ZAVAR: A pánikbetegség ismételt pánikroham, melyek között megjelenik a pániktól, vagy annak következményeitől való állandósult félelem is (Kovács, 2002), előfordulhat agorafóbiával vagy a nélkül. A rohamok nem tulajdoníthatók pszichoaktív szer, általános egészségi állapot, vagy más mentális zavar közvetlen hatásának (DSM-IV-R, 2001).

POTENCIÁLIS TÉR: a bizalom állapotában jön létre, a baba és a mama köztes tere lesz, ahol végbemegy a játszás omnipotenciája és a valós élmények kontrollja. Mágikus világ ez, amely csak a megfelelő kapcsolatban jön létre. Ez a tér nem belső, de nem is külső, hanem ezek találkozásában alakul ki. A külső valóságot felépítő elemek találkozhatnak itt a belső mintákkal, érzésekkel, melyek a kreatív létezéssel kezdődnek. A fejlődés menete: az átmeneti jelenségektől a játszáson át a közös játszásig, amelyen át eljut a kulturális élményig (Winnicott, 1999).

A tér használatának képességeit az átélt élmények határozzák meg. A potenciális térben átélhetőek kellemes és kellemetlen élmények is, de ezek mindenképpen nagyon intenzívek (Winnicott, 1999).

A külső valóság állandó, objektív, a belső valóság személyes tulajdon, és ez a harmadik tér ezek összjátékából jön létre, annak terméke, és ezektől függ. A fejlődés során ez lesz a szétválasztás tere is, és ekkor a szeparáció megélésében a potenciális teret kellene betölteni (Winnicott, 1999).

REFLEKTÍV FUNKCIÓ: lásd MENTALIZÁCIÓS KÉPESSÉG.

REPREZENTÁCIÓS ILLESZTÉS: az én és a másik ennek a folyamatnak a segítségével kontrollálja a kapcsolatukban megjelenő reprezentációs állapotokat. Az anya tükrözi vissza a gyermek számára a gyermek érzelmeit, egy megszervezett formában, tehát a visszatükrözött állapot és a gyermek elsődleges állapota közötti különbséggel szervezi a gyermek magasabb szintű reprezentációjának kialakulását. Ha ez elmarad (rideg szülői magatartás), túlzottá válik (túlóvó szülői magatartás) vagy egyoldalúvá, a szelf-fejlődés folyamata zavart szenved (Fonagy, 1998).

STRESSZ: eredete a latin strictus (szoros) és az ófrancia estre cere (szorosság, szorongatás, szorultság) (Lazarus, 1993). Cannon (1927, id. Atkinson, 1997) szerint ez a veszélyre adott adaptív és túlélést segítő reakció. Selye János (1956, id. Molnár, 1987) írta le részletesen a folyamat jelentőségét és fiziológiai folyamatát. A stressz a szervezet pszichofiziológiai válasza a homeosztázist megzavaró ingerekre. Különbséget teszünk a pozitív érzelmet kiváltó eustressz illetve a negatív, károsodást előidéző distressz között (Lazarus, 1993).

STRESSZOR: Lehet olyan külső vagy belső–emocionális, tudatos vagy tudattalan–inger, amely zavarja az egyén fiziológiai és pszichológiai egyensúlyát, tehát stresszt eredményez, és ezzel alkalmazkodáshoz, vagy védekező viselkedés kiváltásához vezetnek, mind élettani, mind pszichés szinten (Lazarus, 1993). Általában ezek olyan traumatikus események, melyek befolyásolhatatlanok, és/vagy bejósolhatatlanok (Atkinson, 1997), minél befolyásolhatatlanabb, annál nagyobb mértékű stresszt vált ki. Ennek észlelése és kiértékelése azonban szubjektív. A kontroll érzete csökkenti a stressz által kiváltott szorongást (Beck, 1999).

STRESSZREAKCIÓ: Az élettani stresszreakció adaptív folyamatok összességét jelenti, melyek felkészítik az organizmust a veszély elkerülésére, vagy a megküzdésre (fight or flight), és segítik a megzavart belső egyensúly helyreállítását. Ez a Cannon–féle vészreakció jelenségeivel leírható, melyek jellegzetes idegrendszeri és magatartási válaszokként jelentkeznek (Molnár, 1987). A stresszre adott leggyakoribb pszichológiai reakció a szorongás.

SZORONGÁS: A latin anxius szóból ered, melynek jelentése aggódó, zaklatott állapot. A szorongás eredetileg szintén adaptív jelzés, amely a helyzet adekvát ingereire jelenik meg, mértéke ehhez aránylik, és az evolúció során a túlélés fontos eszköze, hiszen jelzi a veszélyt, és ez által menekülésre készítet, vagy felkészíti a szervezetet a küzdelemre (Ágoston, 1995b). Célja, hogy erőfeszítéseink, figyelmünk és minden egyéb reakciónk segítse az adott szituáció legjobb megoldását. Ha azonban ez nem teljesül, akkor kóros, indokolatlan, nincs arányban a helyzeti jelzésekkel, és ezért gátol a mindennapok cselekedeteiben (Arató, 1995).

Testi és lelki tünetegyüttest foglal magába a szorongás. Beck (1999) szerint a szorongás emocionális válasz, amely a félelem kognitív kiértékelésére jelenik meg.

Az egyik legjellemzőbb része a feszültség érzete, amely hangsúlyos vegetatív változásokkal jár. Ahogy a félelem is, ez az érzet is kognitív, motivációs, affektív és viselkedéses összetevőkből áll. A szorongás oka többnyire közvetett és távoli, megkülönböztetünk vonás- és állapotszorongást (Fröhlich, 1996).

SZORONGÁSÉRZÉKENYSÉG: (anxiety sensitivity, AS) olyan kogníciók összessége, amely a szorongásos zavar kialakulásában kulcsfontosságú szerepet tölthet be. A szorongásos betegségek kapcsán a vulnerabilitást és az egyénre jellemző pszichofiziológiai reaktibilitást hivatott prediktív módon megragadni.

A jelenséget többnyire úgy definiálják, mint a szorongáshoz kapcsolódó testi tünetektől, illetve magától a szorongástól való félelem érzetét, amely abból az elképzelésből fejlődik ki, hogy ezek a tünetek negatív pszichés, fizikai és szociális hatással vannak az egyénre (Bernstein, 2006; Cox, 2001; Deacon, 2006; Kotov, 2007; McNally, 2002; Reiss, 1985; id. Olatunji, 2005, 2009; Tull, 2009).

SZORONGÁSOS ZAVAR: 1980-tól a DSM-III-tól a neurózis nem diagnosztikus kategória, helyette szorongásos zavarokról beszélünk. Ide tartoznak a „pánikroham”, az „agorafóbia”, a „pánik zavar agorafóbia nélkül”, a „pánik zavar agorafóbiával”, az „agorafóbia pánik zavar nélkül”, a „specifikus fóbia”, „szociális fóbia”, „kényszeres zavar”, „poszttraumás stressz zavar”, „akut stressz zavar”, „generalizált szorongás zavar”, és a „szorongásos zavar közelebbről meg nem nevezhető kategóriái”. (DSM-IV-R, 2001). Az ide tartozó problémák a pszichoanalitikus tradíció szerint a szeretet és a gyűlölet szabályozása és annak zavara köré csoportosíthatók (Hamilton, 1996), de a nozológiai kritériumok alapján a szorongásállapot és az elkerülő viselkedés a domináns tünetek (Fröhlich, 1996).

TEMPERAMENTUM: a különböző érzelmi ingerekre adott automatikus válaszokban megjelenő különbségeket jelenti, melyek részben öröklöttek és stabilak maradnak egy életen keresztül függetlenül a kultúrától és a tanulástól. A temperamentum olyan rendszert alkot a személyiség szerveződésében, amely többségében a társas kapcsolatokban tükröződik, biológiai gyökere ellenére, mely megadja a személyiség struktúráját. Ez formálja a hangulatot, a szokások

rendszerét. A karakter pedig az egyén saját kapcsolataiban megjelenő különbségeket jelenti, amelyek nem ok-okozati eredményként alakulnak ki a temperamentum, saját élettapasztalatok és a családi környezet hatására (Osváth, 2002, Rózsa, 2005).

TUDATELMÉLET: A vélekedések és vágyak összefüggő rendszere, amelyet a másoknak tulajdonítunk, amikor a viselkedését magyarázzuk, ezt a szülő és gyermek közti interszubjektív kapcsolatban sajátítjuk el (Fonagy, 1998).

X. TÁRGYMUTATÓ

AGORAFÓBIA

54; 56; 62; 64; 65; 68; 69; 70; 72; 84; 87;
88; 96; 97; 98; 100; 101; 102; 108; 111;
113; 122; 127; 139-144; 150; 152; 153;
160; 163; 177

BÜNTETÉSÉRZÉKENYSÉG

10; 54; 119; 120; 124; 125; 138; 160; 161;
164

DIATÉZIS

50; 51; 56; 57; 59; 168

ÉRZELEM

11-13; 15; 41; 63; 110; 171; 173

ÉRZELEMSZABÁLYOZÁS

11; 14; 15; 32; 38; 40; 42; 43; 54; 80; 110;
116; 121; 160; 166; 168; 171; 173

FÉLELEM

8; 11; 12; 16; 18-25; 27; 32; 35-37; 49; 50;
52; 55; 56; 59-61; 69; 70; 72-74; 82; 83;
87-90; 96; 98-100; 104; 107-111; 113; 115;
117; 120; 122; 126-128; 131-134; 137-150;
152; 153; 155; 157; 159; 160; 161; 170;
171; 174; 175; 177

GENERALIZÁLT SZORONGÁSOS ZAVAR

59; 172

JUTALOMÉRZÉKENYSÉG

17; 120; 125; 168; 172

KONFLIKTUS

34; 49; 80; 81; 83; 172

KÖTŐDÉS

15; 35-38; 41; 42; 47; 48; 67; 112; 113;
114; 115; 172

KRÍZIS

49; 173

MEGKÜZDÉS

27; 28; 36; 38; 58; 114; 173; 174

MENTÁLIS ÁLLAPOT

36; 41; 52; 174

MENTALIZÁCIÓS KÉPESSÉG

41; 116; 169; 174; 175

PÁNIKROHAM

55; 56; 62-67; 69; 70; 81; 170; 174; 175;
177

PÁNIK ZAVAR

9; 123; 127; 161; 167; 175; 177

POZENCIÁLIS TÉR

22; 47; 115; 116; 175

REFLEKTÍV FUNKCIÓ

41; 175

REPREZENTÁCIÓS ILLESZTÉS

41; 52; 175

STRESSZ

42; 51; 54; 56; 57; 64; 65; 68; 72; 73; 78;
114; 170; 176; 177

STRESSZOR

24; 176

STRESSZREAKCIÓ

24; 176

SZORONGÁS

8; 9; 11; 15-18; 20; 21; 23-31; 33-36; 42-
46; 48; 50-58; 60; 61; 63-65; 70; 73; 77;
79; 81; 83; 84; 87; 113-117; 119; 120;
122; 123; 127; 160; 161; 163; 166; 167;
168; 170; 176; 177

SZORONGÁS ÉRZÉKENYSÉG

9; 10; 16; 49; 50-54; 56; 57; 64; 65; 117;
119; 120; 121; 123; 124; 127; 134; 136;
137; 161; 163; 165; 167; 168; 169; 177

SZORONGÁSOS ZAVAR

8; 10; 14; 26; 28; 29; 46; 477; 49; 50; 51;
54; 56; 57; 58; 59; 61; 63; 64; 65; 69; 73;
75; 77-80; 83; 84; 85; 113; 116; 117; 119;
121; 124; 128; 134; 137; 161; 162; 163;
164; 167-170; 173; 177

TEMPERAMENTUM

10; 45; 54; 66; 119; 120; 125; 138; 153;
159; 161; 163; 164; 167; 168; 178

XI. IRODALOMJEGYZÉK

1. ABRAMOWITZ, J. S.; MOORE, E. L. (2007a) An experimental analysis of hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*. 45: 413 – 424.
2. ABRAMOWITZ, J. S.; OLATUNJI, B. O.; DEACON, B. J. (2007b) Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*. 38: 86 – 94.
3. AL-YAGON, M. (2011) Adolescents' Subtypes of Attachment Security with Fathers and Mothers and Self-Perceptions of Socioemotional Adjustment. *Psychology*. 2: 291 – 299.
4. ARATÓ M.; TÚRY F. (1995) *Mindennapi lelki szenvedéseink*. Budapest: Grafit Kiadó. 23–56.
5. ARRINDELL, W. A.; EISEMANN, M.; RICHTER, J.; OEI, T. P. S.; CABALLO, V. E.; van der ENDE, J.; SANAVIO, E.; BAGÉS, N.; FELDMAN, L.; TORRES, B.; SICA, C.; IWAWAKI, S.; HATZICHRISTOU, C. (2003) Masculinity – femininity as a national characteristic and its relationship with national agoraphobic fear levels: Fodor's sex role hypothesis revitalized. *Behaviour Research and Therapy*. 41: 795 – 807.
6. ARRINDELL, W. A.; PICKERSGILL, M. J.; BRIDGES, K. R.; KARTSOUNIS, L. D.; MERVYN-SMITH, J.; VAN DER ENDE, J.; SANDERMAN, R. (1987) Self-reported fears of American, British and Dutch university students: a cross-cultural comparative study. *Adv. Behavior Research and Therapy*. 9: 207–245.
7. ARRINDELL, W. A.; PERRIS, C.; VAN DER ENDE, J.; GASZNER, P.; EISEMANN, M.; PERRIS, H. (1989) Cross-national generalizability of dimensions of perceived parental rearing practices: Hungary and the Netherlands, a correction and repetition with healthy adolescents. *Psychological Reports*, 65: 1079–1088.

8. ARRINDELL, W. A.; PERRIS, C.; EISEMANN, M.; DE ALDAZ, E. G.; VAN DER ENDE, J.; KONG SIM GUAN, D.; RICHTER, J.; GASZNER, P.; IWAWAKI, S.; BARON, P.; JOUBERT, N.; PRUD'HOMME, L. (1992) Cross-national transferability of the two-factor model of parental rearing behaviour: a contrast of data from Canada, The Fed. Rep. Germany, Hungary, Japan, Singapore and Venezuela with Dutch target ratings on the EMBU. *Person individ. Diff.* 3: 343–353.
9. ASHBURNER, J; FRISTON, K. J. (2009) *Voxel based Morphometry*. London. Elsevier. 471 – 477.
10. ATKINSON, R. L.; ATKINSON, R. C.; SMITH, E. E.; BEM, D. J. (1997) *Pszichológia*. Budapest: Osiris Kiadó.
11. ÁGOSTON G.; FÜREDI J. (1995a) A pánikbetegség és fóbiák epidemiológiája. In.: BÁNKI M. CS. (szerk.) (1995) *Pánik és fóbiák*. Budapest: Cserépfalvi Kiadó. 16–28.
12. ÁGOSTON G.; RIHMÉR Z. (1995b) A pánikbetegség jelentősége az általános orvosi gyakorlatban. *Lege artis medicinae*. 5 (4): 302–310.
13. BAKER, C. N.; HOERGER, M. (2012) Parental child-rearing strategies influence self-regulation, socio-emotional adjustment, and psychopathology in early adulthood: Evidence from a retrospective cohort study. *Personality and Individual Differences*. 52: 800 – 805.
14. BÁNKI M. CS. (1995a) Pánik és fóbiák: a szívpoliptól a receptorokig. In.: BÁNKI M. CS. (szerk.) (1995) *Pánik és fóbiák*. Budapest: Cserépfalvi Kiadó. 9–15.
15. BÁNKI M. CS. (1995b) A pániksziindróma biológiai mechanizmusai. In.: BÁNKI M. CS. (szerk.) (1995) *Pánik és fóbiák*. Budapest: Cserépfalvi Kiadó. 56–73.

16. BEARD, C.; WEISBERG, R. B.; KELLER, M. B. (2010) Health-related Quality of Life across the anxiety disorders: Findings from a sample of primary care patients. *Journal of Anxiety Disorders*. 24: 559 – 564.
17. BECK, A. T.; EMERY, G. (1999) *A szorongásos zavarok és fóbiák kognitív szemlélete*. Budapest: Animula Kiadó.
18. BEREZKEI T. (2003) *Evolúciós pszichológia*. Budapest: Osiris Kiadó. 276–308, 354–357, 484–491.
19. BEREZKEI T. (2009) *Az erény természete*. Budapest: Typotex Kiadó. 113 – 123.
20. BEREZKEI T. (2010) Darwin öröksége a pszichológiában: ami „átjön”, és ami „nem jön át”. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 65: 7- 24.
21. BERGHAMMER R.; ZSOMBÓK T. (2004) *Szorongás, depresszió*. Budapest: B+V Kiadó.
22. BERNSTEIN, A.; ZVOLENSKY, M. J.; KOTOV, R.; ARRINDELL, W. A.; TAYLOR, S.; SANDIN, B.; COX, B. J.; STEWART, S. H.; BOUVARD, M.; CARDENAS, S.; J.; EIFERT, G. H.; SCHMIDT, N. B. (2006) Taxonicity of anxiety sensitivity: a multi-national analysis. *Journal of Anxiety Disorder*. 20: 1 – 22.
23. BIEDERMAN, J.; PETTY, C. R.; HIRSHFELD-BECKER, D. R.; HENIN, A.; FARAONE, S. V.; FRAIRE, M.; HENRY, B.; McQUADE, J; ROSENBAUM, J. F. (2007) Developmental trajectories of anxiety disorders in offspring at high risk for panic disorder and major depression. *Psychiatry Research*. 153: 245 – 252.
24. BIRBAUMER, N.; SCHMIDT, R. F. (2006) *Biologische Psychologie*. 6. Auflage. Heidelberg: Springer. 689 – 726.

25. BITTER I. (1996a) A fóbiák diagnosztikája és terápiája. *Háziorvos Továbbképző Szemle. 1*: 92–94.
26. BITTER I. (1996b) *Szorongásos kórképek. Családorvosok és klinikai társszakmák számára*. Budapest: Springer Kiadó.
27. BÖSZÖRMÉNYI – NAGY I.; KRASNER, B. R. (2001) *Kapcsolatok kiegyensúlyozásának dialógusa*. Budapest: Coincidencia Kiadó.
28. BROWN, T. A.; WHITE, K. S.; BARLOW, D. H. (2005) A psychometric reanalysis of the Albany Panic and Phobia Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*. 43: 337 – 355.
29. BROWN, A. M.; WHITESIDE, S. P. (2008) Relations among perceived parental rearing behaviors, attachment style, and worry in anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*. 22: 263 – 272.
30. CALKINS, A. W.; OTTO, M. W.; COHEN, L. S.; SOARES, C. N.; VITONIS, A. F.; HEARON, B. A.; HARLOW, B. L. (2009) Psychosocial predictors of the onset of anxiety disorders in women: Results from a prospective 3-year longitudinal study. *Journal of Anxiety Disorders*. 23: 1165 – 1169.
31. CAPELLI, M.; McGRATH, P. J.; MACDONALD, N. E.; KATSANIS, J.; LASCELLES, M (1989) Parental care and overprotection of children with cystic fibrosis. *British Journal of Medical Psychology*, 62: 281–289.
32. CARLETON, R. N.; SHARPE, D.; ASMUNDSON, G. J. G. (2007) Anxiety sensitivity and intolerance uncertainty: Requisites of the fundamental fears? *Behaviour Research and Therapy*. 45: 2307 – 2316.
33. CARPINIELLO, B.; BAITA, A.; CARTA, M. G.; SITZIA, R.; MACCIARDI, A. M.; MURGIA, S.; ALTAMURA, A. C. (2002) Clinical and psychosocial outcome of patients affected by panic disorder with or without agoraphobia: results from a naturalistic follow-up study. *Eur Psychiatry*. 17: 394 – 398.

34. CARTER, M. M.; SUCHDAY, S.; GORE, K. L. (2001) The utility of the ASI factors predicting response to voluntary hyperventilation among nonclinical participants. *Journal of Anxiety Disorders*. 15: 217 – 230.
35. CARVER, C. S.; SCHEIER, M. F. (1998) *Személyiségpszichológia*. Bp.: Osiris. 162 – 193.
36. CARVER, C. S., WHITE, T. L. (1994): Behavioral Inhibition, Behavioral Activation, and Affective Responses to Impending Reward and Punishment: The BIS/BAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67: 319-333.
37. CASERAS, X. F. (1998): *Behavioral, psychophysiological, and psychometric description of the appetitive and aversive motivational system*. Thesis. Universitat Autònoma de Barcelona, Spain.
38. CHAPMAN, H. A. ; BERNIER, D. ; RUSAK, B. (2010) MRI-related anxiety levels change within and between repeated scanning session. *Psychiatry Research : Neuroimaging*. 182 : 160 – 164.
39. COLE, M.; COLE, S. R. (1998) *Fejlődéslélektan*. Budapest: Osiris Kiadó. 224–287; 408 – 411.
40. COMER, R. J. (2000) *A lélek betegségei*. Budapest: Osiris Kiadó.
41. COX, B. J.; FUENTES, K.; BORGER, S. C.; TAYLOR, S. (2001) Psychopathological correlates of anxiety sensitivity: Evidence from clinical interviews and self-report measures. *Journal of Anxiety Disorders*. 15: 317 – 332.
42. CSUHAI CS. K. (1989) Határeseti kórképek. In.: BUDA B.; FÜREDI J. (szerk.) (1989) *A neurosis változó arca*. Budapest: Medicina Kiadó. 179 – 206.

43. DAVIDSON, R.J. (1998). Affective style and affective disorders: perspectives from affective neuroscience. *Cognition and Emotion*. 12: 307-330.
44. DAVIDSON, R.J. (2002). Anxiety and affective style: role of prefrontal cortex and amygdala. *Society of Biological Psychiatry*. 51: 68-80.
45. DEÁK A. (2011) *Érzelmek, viselkedés és az emberi agy: Az International Affective Picture System (IAPS) magyar adaptációja és alkalmazásának lehetőségei*. Doktori értekezés. Pécs: PTE BTK. Pszichológia Intézet.
46. DEACON, B.; ABRAMOWITZ, J. (2006) Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 20: 837-857.
47. DIACONU, G.; TURECKI, G. (2007) Panic disorder and suicidality: is comorbidity with depression the key? *Journal of Affective Disorders*. 104: 203 – 209.
48. DOERFLER, L. A.; TOSCANO Jr., P. F.; CONNOR, D. F. (2007) (in press) Separation anxiety and panic disorder in clinically referred youth. *Journal of Anxiety Disorders*.
49. DSM–IV–R (2001) Budapest: Animula Kiadó.
50. ENDLER, N. S.; KOCOVSKI, N. L. (2001) State and trait anxiety revisited. *Journal of Anxiety Disorders*. 15: 231 – 245.
51. ERIKSON, E. H. (1991) Az életciklus: az identitás epigenezise. In.: *A fiatal Luther és más írások*. Budapest: Gondolat Kiadó. 437–498.
52. FALUDI G. (1988) *A szorongás mai szemmel*. Budapest: Artunion/Széchenyi Kiadó.
53. FENICHEL, O. (1946). *The psychoanalytic theory of neuroses*. New York: Tavistock

54. FLASKAY G. (1989) Karakterneurosisok, nárcisztikus személyiségzavarok. In.: BUDA B.; FÜREDI J. (szerk.) (1989) *A neurosis változó arca*. Budapest: Medicina Kiadó. 143 – 178.
55. FONAGY P.; TARGET M. (1998) A kötődés és a reflektív funkció szerepe a szelf fejlődésében. *Thalassa*, 1: 5–43.
56. FONAGY P.; TARGET M.; GERGELY GY. (2001) A kötődés és a borderline személyiségzavar. *Thalassa*, 1: 21–49.
57. FONAGY P.; TARGET M. (2005) *Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében*. Budapest: Gondolat Kiadó.
58. FÓRIS N. (1996) A pánik szindróma és a szociális fóbia kognitív viselkedésterápiája. *Háziorvos Továbbképző Szemle*. 1: 95 – 97.
59. FREUD, A. (1994) *Az én és az elhárító mechanizmusok*. Budapest: Párbeszéd könyvek.
60. FREUD, S. (1986) *Bevezetés a pszichoanalízisbe*. Budapest: Gondolat Kiadó. 320–336.
61. FREUD, S. (1999) *Újabb előadások a lélekelemzésről*. Budapest: Filum Könyvkiadó. 92–126.
62. FRÖHLICH, W. D. (1996) *Pszichológiai Szótár*. Budapest: Springer Kiadó.
63. FURMAN, J. M.; JACOB, R. G. (2001) A clinical taxonomy of dizziness and anxiety in the otoneurological setting. *Journal of Anxiety Disorders*. 1–2: 9–26.
64. GÁBOR S. P. (1995) A pánikbetegség klinikai megjelenési formái. In.: BÁNKI M. CS. (szerk.) (1995) *Pánik és fóbiák*. Budapest: Cserépfalvi Kiadó. 28–51.

65. GÁDOROS J. (1996) Depresszió és szorongásos zavarok gyermek-és serdülőkorban. *Háziorvos Továbbképző Szemle. 1:* 76–78.
66. GERGELY GY.; WATSON, J. S (1998): A szülői érzelmi tükrözés szociális biofeedback modellje: a csecsemő érzelmi öntudatra ébredése és az önkontroll kialakulása. *Thalassa. (9), 1:* 56-105.
67. GRAY, J. A.; McNAUGHTON, N. (2000): *The Neuropsychology of Anxiety*. Oxford: Univ. Press, Oxford.
68. GROSS, J.J.; THOMPSON, R.A. (2007). Emotion regulation. Conceptual foundations. In: GROSS, J.J. (ed). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Publications. 3-24.
69. HAJDU O.: (2003) *Többváltozós statisztikai számítások*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
70. HAMILTON, N. G. (1996) *Tárgykapcsolat-elmélet a gyakorlatban*. Budapest: Animula.
71. HARASZTI L. (1989) Szorongásos, phobiás és kényszeres neurosisok a pszichoterapeuta szempontjából. In.: BUDA B.; FÜREDI J. (szerk.) (1989) *A neurosis változó arca*. Budapest: Medicina Kiadó. 93 – 142.
72. HARASZTI L. (1995a) A fóbiák pszichoterápiája. *Pszichoterápia, 4 (4):* 251–265.
73. HARASZTI L. (1995b) *Mitől és miért félünk. Pánikbetegségek*. Budapest: SubRosa Kiadó.
74. HERMANN I. (1984) *Az ember ősi ösztönei*. Budapest: Magvető Kiadó.

75. HORGÁSZ CS. (2001) Szkizoid mechanizmusok a klausztofóbiában. In: BOKOR L. (szerk.) (2001) *Fejlődés és gyász – Új utak és lehetőségek az ezredforduló pszichoanalízisében*. MPA. Budapest: Animula Kiadó. 95–103.
76. HORVÁTH K. (1983) Tárgykapcsolatok – Személyiségfejlődés. Margaret Mahler életművéről. *Pszichológia*. 4: 559–571.
77. HOWELL, H. B.; CASTLE, D.; YONKERS, K. A. (2006) Anxiety disorders in women. In: CASTLE, D.; KULKARNI, J.; ABEL, K. M. (2006) (szerk.) *Mood and Anxiety Disorders in Women*. Cambridge: Cambridge University Press. 59 – 74.
78. HUNYADI L.; VITA L. (2002) *Statisztika közgazdászoknak*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
79. IRONS, C.; GILBERT, P. (2005) Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression symptoms: the role of the attachment and social rank system. *Journal of Adolescents*. 28: 325 – 341.
80. JACOB, R. G.; FURMAN, J. M.; CLARK, D. B; DURRANT, J. D. (1992) Vestibular symptoms, panic, and phobia. Overlap and possible relationships. *Annals of Clinical Psychiatry*. 3: 163–174.
81. JACOB, R.G.; REDFERN, M.S.; FURMAN, J.M., (1995.) Optic flow–induced sway in anxiety disorders associated with space and motion discomfort. *Journal of Anxiety Disorders*. 9: 411–425.
82. JACOB, R, G.; FURMAN, J. M.; DURRANT, J. D.; TURNER, S. M. (1996) Panic, agoraphobia, and vestibular dysfunction. *The American Journal of Psychiatry*. 4: 503–512.
83. JACOBS, W. J.; NADEL, L. (1985) Stress iduced recovery of fears and phobias. *Psychological Review*. 92: 512–531.

84. JUHÁSZ P.; PETHŐ B. (1983) *Általános pszichiátria. Pszichopatológia.* Budapest: Medicina Kiadó.
85. KÁLLAI J.; MÁCSAI E.; FEKETE S. (1991) Az első pánikroham kognitív közvetítő elemei pánikbeteg és agorafóbiás személyeknél. *Psychiatria Hungarica*, 6 (1): 31–41.
86. KÁLLAI J.; KÓCZÁN GY.; SÖRÉDI P.; SZABÓ I. (1992) Pániktünetek különböző diagnosztikai kategóriákban. *Psychiatria Hungarica*, 7 (3): 235–244.
87. KÁLLAI J.; KÓCZÁN GY.; MARTIN L. (1992–93) Pániktünetek és az én védelmét szolgáló mechanizmusok kapcsolata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 48 (5/6): 430–444.
88. KÁLLAI J. (1998a) A térrel kapcsolatos szorongásos állapotok dinamikus megközelítése. In.: KÁLLAI J.; KARÁDI K.; TÉNYI T. (1998) *A térélmény kultúrtörténete és pszichopatológiája.* Budapest: Tertia Kiadó. 157–168.
89. KÁLLAI J. (1998b) A térészlelés fejlődéslélektani elemzése. A térélmény ontogenezise. In.: KÁLLAI J.; KARÁDI K.; TÉNYI T. (1998) *A térélmény kultúrtörténete és pszichopatológiája.* Budapest: Tertia Kiadó. 49–81.
90. KÁLLAI J.; KERÉKES ZS.; OSVÁTH A.; MAKÁNY T.; JÁRAI R. (2003) Korai navigációs tapasztalatok, valamint a szorongás és félelmek hatása nők és férfiak tájékozódási stratégiáinak alakulására. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 3: 319 – 340.
91. KÁLLAI J.; RÓZSA S.; KERÉKES ZS.; HARGITAI R.; OSVÁTH A. (2009) A temperamentum alapidimenziójának egyik mérőeszközével, a büntetés és jutalomérzékenység kérdőívvel (SPSRQ) szerzett hazai tapasztalatok. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 10. 2. 153-172.
92. KECSKEMÉTHY P.; FALUDI G. (1985) Pánik–betegség: adatok a szorongásos állapotok egyik körülírt formájáról. *Ideggyógyászati Szemle*, 38: 15–23.

93. KERÉKES ZS.; RÉVÉSZ GY.; KÁLLAI J. (2011) Elkerülő magatartás és korai tárgykapcsolatokra való visszaemlékezés: Az agorafóbiás élményekkel kapcsolatos fokozott érzékenység alakulása egészséges fiatal felnőtteknél. In.: *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 12. 2, 125–147*
94. KIMBREL, N. A.; MITCHELL, J. T.; NELSON – GRAY, R. O. (2010) An examination of the relationship between behavioral approach system (BAS) sensitivity and social interaction anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*. 24: 372 – 378.
95. KIREKGAARD, S. 1993. *A szorongás fogalma*. Budapest: Göncöl Kiadó, 181. old.
96. KLEIN, D. F.; GITTELMAN–KLEIN, R. (1984) Relationship between separation anxiety and panic and agoraphobic disorders. *Psychopatology. 1*: 17–56.
97. KLEIN, D. F.; GORMAN, J. M. (1987) A model of panic and agoraphobic development. *Acta psychiatrica scandinavica*. 76: 87–95.
98. KOPP, C. B.; NEUFELD, S. J. (2003) Emotional Development During Infancy. In.: DAVIDSON, R. J.; SCHERER, K. R.; GOLDSMITH, H. H. (eds.) (2003) *Handbook of Affective Sciences*, 1st Edition. Oxford University Press. 347 – 374.
99. KOPP M. (1990) Generalizált szorongó betegek, pánikbetegek és kontrollszemélyek összehasonlító vizsgálata: pszichodiagnosztikai jellemzők és agyi lateralitás. *Ideggyógyászati Szemle*, 43: 457–467.
100. KOPP M. (1991) A szorongás. A szorongásos megbetegedések pszichofiziológiai modellje. *Lege artis medicinae*, 1 (4): 216–225.
101. KOPP M. (1992) A szorongásos megbetegedések pszichofiziológiai modellje és pszichofiziológiai kontroll kezelésének alapelvei. *Psychiatria Hungarica*, 1: 43–55.

102. KOPP M.; FÓRIS N. (1995) *A szorongás kognitív viselkedésterápiája*. Zsámbék: Végeken Kiadó.
103. KOTOV, R.; WATSON, D.; ROBLES, J. P.; SCHMIDT, N. B. (2007) Personality traits and anxiety symptoms: The multilevel trait predictor model. *Behaviour Research and Therapy* 45: 1485 – 1503.
104. KOVÁCS A. (2002) A pánikbetegség és kezelése. *Medicus Anonymus*, 3: 15–19.
105. KÖKÖNYEI GY. (2008) *Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban*. Doktori értekezés. Bp.: ELTE. Pedagógiai és Pszichológiai Kar.
106. KULCSÁR ZS. (1995) A pánik pszichodinamikai értelmezése. In.: BÁNKI M. CS. (szerk.) (1995) *Pánik és fóbiák*. Budapest: Cserépfalvi Kiadó. 73–90.
107. KULKARNI, J. (2007) Women's mental health. *Psychiatry*. 6: 9. 377 – 380.
108. KUN M.; SZEGEDI M. (szerk.) (1972) *Az intelligencia mérése*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
109. LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. (1986): Coping and adaptation. In: Gentry W. D. (szerk.): *The handbook of behavioral medicine*. New York: Guilford. 235–312.
110. LÁNG A. (2003) *Kötődési minták felnőtt párok kérdőíveiben és szövegeiben*. Kézirat. Pécs: PTE BTK.
111. LIEB, R.; WITTCHEN, H-U. (2005) Angststörungen. In.: PERREZ, M.; BAUMANN, U. (2005) (szerk.) *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie*. Bern: Verlag Hans Huber. 893 – 938.

112. LYONS–RUTH, K. (1991) Reapprochement or approchement: Mahler's theory reconsidered from the vantage point of recent research on early attachment relationships. *Psychoanalytic Psychology*. 8: 1–23.
113. LUKÁCS D. (1996) *Szondi. Az ösztönprofiltól az elméletig*. Budapest: Animula Kiadó.
114. MAHLER, M. (1987) *A korai lelki fejlődés egészséges útja*. MPT. Budapest. Kézirat.
115. MÁRAI S. (1998) *Füves könyv*. Budapest: Helikon Kiadó.
116. MARDAGA, S.; HANSENNE, M. (2007) Relationship between Cloninger's biosocial model of personality and the behavioral inhibition/approach systems (BIS/BAS). *Personality and Individual Differences*. 42: 715 – 722.
117. MARGRAF, J.; EHLERS, A. (1988) Biological models of panic disorder and agoraphobia: theory and evidence. In: ROTH, M.; BURROWS, G. D.; NOYES, R. (Eds.) (1988) *Handbook of Anxiety*. Amsterdam: Elsevier. 1–39.
118. MATHEWS, A. M.; GELDER, M. G.; JOHNSTON, D. W. (1982) *Agoraphobia. Nature and Treatment*. London–New York: Tavistock Publications.
119. McNELLY, R. J. (2002) Anxiety Sensitivity and Panic Disorder. *Biological Psychiatry*. 52: 938 – 946.
120. MEESTERS, C.; MURIS, P.; ESSELINK, T. (1994) Hostility and perceived parental rearing behaviour. *Personality and Individual Differences*. 18: 567–570.
121. MENNIN, D. S.; McLAUGHLIN, K. A.; FLANAGAN, T. J. (2009) Emotion regulation deficit in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *Journal of Anxiety Disorders*. 23: 866 – 871.

122. MÉREI F; SZAKÁCS F. (1995) *Klinikai pszichodiagnosztikai módszerek*. Budapest: Medicina Kiadó.
123. MÉREI F. (2002) *A Rorschach-próba*. Budapest: Medicina Kiadó.
124. MIKULINCER, M.; SHAVER, P.R.; PEREG, D. (2003). Attachment theory and affect regulation. The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*. 27: 77-102.
125. MINEKA, S.; ZINBARG, R. (2006) A Contemporary Learning Theory Perspective on the Etiology of Anxiety Disorders. It's Not What You Thought It Was. *American Psychologist*. 61: 10 – 26.
126. MOLNÁR GY. (1987) Szorongás. In: VIZI E. SZ.; MAGYAR K. (szerk.) (1987) *Az idegrendszer megbetegedéseinek neurokémiai alapjai*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
127. MÓROTZ K. (2005) A pánik és az agorafóbia. In.: MÓROTZ K.; PERCZEL FORINTOS D. (szerk.) (2005) *Kognitív viselkedésterápia*. Budapest: Medicina Kiadó. 277–336.
128. MURIS, P.; MERCKELBACH H. (1998) Perceived parental rearing behaviour and anxiety disorders symptoms in normal children. *Personality and Individual Differences*. 6: 1199–1206.
129. NAGY L. (2005) *A temperamentum és a karakter összefüggései a felnőtt kötődéssel*. Doktori értekezés. Pécs: PTE BTK.
130. NEMES L. (1987) *A fóbiás tünetek pszichoanalitikus felfogása*. Kézirat. MPT Pszichoterápiás szekció.
131. NESSE, R. M. (1987) An evolutionary perspective on panic disorder and agoraphobia. *Ethology and Sociobiology*. 8: 73–83.

132. NESSE, R. M. (1990) Evolutionary explanations of emotions. *Human Nature*. 3: 261–289.
133. NESSE, R. M. (1999) Proximate and evolutionary studies of anxiety, stress and depression: synergy at the interface. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 23: 895–903.
134. NOYES, R; HOEHN-SARIC, R. (1998) *The Anxiety Disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.
135. NOYES, R. (1999) The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*. 21: 8 – 17.
136. OATLEY, K.,; JENKINS, J. (2001). *Érzeleink*. Budapest: Osiris.
137. OLATUNJI, B. O.; SAWCHUK, C. N.; DEACON, B. J.; TOLIN, D. F.; LILIENFELD, S. O.; WILLIAMS, N. L.; MEUNIER, S. A.; LOHR, J. M.; CONOLLY, K. M. (2005) The Anxiety Sensitivity Profile revisited: factor structure and psychometric properties in two nonclinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*. 19: 603-625.
138. OLATUNJI, B. O.; WOLOTZKY-TAYLOR, K. B.; BABSON, K. A.; FELDNER, M. T. (2009) Anxiety sensitivity and CO2 challenge anxiety during recovery: Differential correspondence of arousal and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders*. 23: 420 – 428.
139. OSVÁTH A., KÁLLAI J., SASVÁRI-SZÉKELY M., RÓZSA S., BÁNKI M. Cs. (2002). Cloninger Temperamentum és Karakter Kérdőívének (TCI) biológiai és pszichológiai vonatkozásai. *Psychiatria Hungarica*, 17(2), 168-181.
140. OZSVÁTH K. (1989) Testi betegség képében jelentkező érzelmi feszültségek. In.: BUDA B.; FÜREDI J. (szerk.) (1989) *A neurosis változó arca*. Budapest: Medicina. 23 – 66.

141. OZSVÁTH K., TIRINGER I. (2009) Disszociatív (konverziós) és szomatoform tünetcsoportok. In: FÜREDI J.; NÉMETH A.; TARISKA P. (szerk.) (2009) *A pszichiátria magyar kézikönyve (Negyedik, átdolgozott és bővített kiadás)*. Bp.: Medicina Könyvkiadó. 326-348.
142. PARKER, G. 1990. The parental bonding instrument. A decade of research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 281-282.
143. PÉLEY B. (szerk.) (2004) *A kapcsolatban bontakozó lélek*. Budapest: Új Mandátum Kiadó.
144. PÉLEY B. (2010) Fejlődés és evolúció: Evolúciós szemlélet a fejlődésben, a pszichopatológiában és a pszichoterápiákban. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 65: 65 – 83.
145. PERCZEL F. D.; KISS ZS.; AJTAY GY. (szerk.) (2005) *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest: OPNI. Belső használatra.
146. PEREG, D.; MIKULINCER, M. (2004). Attachment style and the regulation of negative affect: Exploring individual differences in mood congruency effects on memory and judgment. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 30: 67-80.
147. PERNA, G.; DARIO, A.; CALDIROLA, D.; STEFANIA, B.; CESARANI, A.; BELLODI, L. (2001) Panic disorder: the role of the balance system. *Journal of Psychiatric Research*. 5: 279–286.
148. PINTÉR J.; RAPPAI G. (2007) *Statisztika*. Pécs: PTE Közgazdaságtudományi Kar.
149. PLEHN, K.; PETERSON, R. A. (2002) Anxiety sensitivity as a predictor of the development of panic symptoms, panic attacks, and panic disorder: a prospective study. *Journal of Anxiety Disorder*. 16: 455 – 474.

150. PLÉH, Cs. (2007.) *A szorongás a pszichológia történetében. Iskolakultúra*, 1, 3-11.
151. PLUTCHIK, R. (2003) *Emotions and Life. Perspectives From Psychology, Biology, and Evolution*. Washington: APA.
152. PRETER, M.; KLEIN, D. F. (2008) Panic, suffocation false alarms, separation anxiety and endogenous opioids. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 32: 603 – 612.
153. RAPEE, R. M., CRASKE, M. G., BARLOW, D. H. (1994/1995): Assessment instrument for panic disorder that includes fear of sensation-producing activities: The Albany Panic and Phobia Questionnaire. *Anxiety*; 1: 114–122.
154. RACHMAN, S. (2002) *Anxiety*. East Sussex: Psychology Press.
155. RANSCHBURG J. (1998a) *Félelem, harag, agresszió*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
156. RANSCHBURG J. (1998b) *Pszichológiai rendellenességek gyermekkorban*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
157. RECTOR, N. A.; SZACUN - SHIMIZU, K.; LEYBMAN, M. (2007) Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: Disorder – specific sensitivities and depression comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*. 45: 1967 – 1975.
158. REDFERN, M. S.; YARDLEY, L.; BRONSTEIN A. M. (2001) Visual influences on balance. *Journal of Anxiety Disorder*. 1–2: 81–94.
159. REITMAN, D.; ASSEFF, J. (2010) Parenting practices and their relation to anxiety in young adulthood. *Journal of Anxiety Disorders*. 24: 565 – 572.

160. RIDGWAY, G. R.; HENLEY, S. M. D.; ROHRER, J. D.; SCAHILL, R. I.; WARREN, J. D.; FOX, N. C. (2008) The simple rules for reporting voxel-based morphometry studies. *NeuroImage*. 40: 1429 – 1435.
161. RIEMANN, F. (1998) *A szorongás alapformái*. Budapest: Háttér Kiadó.
162. RIHMER Z. (1995) A pánikbetegség epidemiológiája. *Psychiatria Hungarica*. 2: 171–178.
163. RIHMER Z. (1996) A pánikbetegség. *Természet Világa*. 6: 266–267.
164. RIHMER Z. (1999) A pánikbetegség mai szemlélete és kezelése. *Novitates*. 3: 7–13.
165. RISKIND, J. H.; WILLIAMS, N. L. (2006) A Unique Vulnerability Common to All Anxiety Disorders: The Looming Maladaptive Style. In.: ALLOY, L. B.; RISKIND, J. H. (eds) (2006) *Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders*. London: Lawrence Erlbaum Associates. 175 – 206.
166. ROSEN, J. B.; SCHULKIN, J. (1998) From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review*. 2: 325–350.
167. RÓZSA S.; KÁLLAI J.; OSVÁTH A.; BÁNKI M. CS. (2005) *Temperamentum és karakter: Cloninger pszichobiológiai modellje. A Cloninger-féle temperamentum és karakter kérdőív felhasználói kézikönyve*. Budapest: Medicina Kiadó.
168. RUIZ, A. S., CID, F. V., MOLEIRO, M. A., BELTRI, R. T. (2007): Sensitivity to punishment as a moderator of the relationship between self-efficacy and cardiovascular reactivity. *Personality and Individual Differences*, 43: 143-154.
169. SALKOVSKIS P. M.; CLARK D. M.; HACKMANN A.; WELLS A.; GELDER M. G. (1998) An experimental investigation of the role of safety-seeking

- behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*. 6: 559–574.
170. SALKOVSKIS P. M. (2007) Cognitive-behavioural treatment for panic. *Psychiatry*. 6: 5. 193 – 197.
171. SCHER, C. D.; STEIN, M. B. (2003) Developmental antecedents of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*. 17: 253 – 269.
172. SCHMIDT, N. B.; KEOUGH, M. E.; MITCHELL, M. A.; REYNOLDS, E. K.; MacPHERSON, L.; ZVOLENSKY, M. J.; LEJUEZ, C. W. (2010) Anxiety sensitivity: Prospektive predicion of anxiety among early adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*. 24: 503 – 508.
173. SCHMIDT, N. B.; KEOUGH, M. E.; TIMPANO, K. R.; RICHEY, J. A. (2008) Anxiety sensitivity profile: Predictive and incremental validity. *Journal of Anxiety Disorders*. 22: 1180 – 1189.
174. SCHMIDT, N. B.; MITCHELL, M. A.; RICHEY, J. A. (2008) Anxiety sensitivity as an incremental predictor of later anxiety symptoms and syndromes. *Comprehensive Psychiatry* 49: 407 – 412.
175. SCHMIDT, N. B.; ZVOLENSKY, M. J.; MANER, J. K. (2006) Anxiety sensitivity: Prospektive prediction of panic attacks and Axis I pathology. *Journal of Psychiatric Research*. 40: 691 – 699.
176. SIPOS K.; SIPOS M.; SPIELBERGER, C. D. (1991) A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar változata. In.: MÉREI F.; SZAKÁCS F. (szerk.) (1991) *Pszichodiagnosztikai Vademecum. I. Explorációs és biográfiai módszerek, tünetbecslő skálák, kérdőívek*. 2. rész. Budapest: Tankönyvkiadó. 123 – 135.
177. SELYE J. (1978) *Életünk és a stress*. Budapest: Akadémiai Kiadó.

178. STEIN, D. J.; NESSE, R. M. (2011) Threat detection, precautionary responses, and anxiety disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 35: 1075 – 1079.
179. STEINMAN, S. A.; TEACHMAN, B. A. (2010) Modifying interpretations among individuals high in anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*. 24: 71 – 78.
180. SZABÓ P. (1996) Depressziók, szorongás és öngyilkosság a krízis kontextusában. *Háziorvos Továbbképző Szemle*. 1: 71 -73.
181. SZAKÁCS F. (szerk.) (1988) *Patopszichológiai Vademecum*. Kézirat. Budapest: Tankönyvkiadó.
182. SZAKÁCS F. (1995) *Intelligenciadeficit típusok*. Budapest: Medicina Kiadó.
183. SZAKÁCS F. (szerk.) (1998) *Pszichoterápiai Vademecum. I.* Budapest: Animula Kiadó.
184. SZAKÁCS F. (2005) *Részletes pszichopatológia*. Jegyzet belső használatra. Pécs: PTE BTK.
185. SZENDI G. (2000) Pánikbetegség: a probléma még nincs megoldva. *Praxis*. 10: 13–17.
186. SZÉKELYI M.; BARNA I. (2002): *Túlélőkészlet az SPSS-hez*. Budapest: Typotex Kiadó.
187. SZILVÁS A.; TÚRY F. (2002) Az agorafóbia párkapcsolati dinamikája és párterápiás lehetőségei. *Pszichoterápia*. 3: 208–214.
188. SZONDI L. (2002) *A Szondi-teszt. A kísérleti ösztöndiagnosztika tankönyve*. Budapest: Hatodik Síp – Új Mandátum Kiadó.

189. SZŐNYI G. (2000) A terápiás folyamat, szakaszai. In.: SZŐNYI G.; FÜREDI J. (szerk.) (2000) *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest: Medicina Kiadó. 53 – 125.
190. TALATI, A.; PONNIAH, K.; STRUG, L. J.; HODGE, S. E.; FYER, A. J.; WEISSMAN, M.; M. (2008) Panic disorder, social anxiety disorder, and a possible medical syndrome previously linked to chromosome 13. *Biol. Psychiatry*. 63: 594 – 601.
191. TARGET M. (1998) A kötődés reprezentációja súlyos személyiségzavarban szenvedő betegeknél. *Thalassa*, 1: 44–55.
192. TARISKA P. (2003) A pszichopatológia alapvonalai. In.: In.: FÜRDEI J.; NÉMETH A.; TARISKA P. (szerk.) (2003) *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina Kiadó. 193 – 213.
193. TAYLOR, S.; COX, B. J. (1998) Anxiety sensitivity: multiple dimensions and hierarchic structure. *Behaviour Research and Therapy*. 36: 37 – 51.
194. TAYLOR, S.; JANG, K. L.; STEWART, S. H.; STEIN, M. B. (2008) Etiology of the dimensions of anxiety sensitivity: A behavioral – genetic analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. 22: 899 – 914.
195. TIRINGER I. (2004) *Orvosi pszichológiai gyakorlatok - vázlat*. Kézirat. Pécs: PTE ÁOK.
196. TISLJÁR R. (2010) Megismerés, gondolkodás, érzelmek. In.: BEREZKEI T.; PAÁL T. (szerk) (2010) *A lélek eredete. Bevezetés az evolúciós pszichológiába*. Bp.: Gondolat Kiadó. 123 – 148.
197. TORRUBIA, R., TOBENA, A. (1984): A scale for the assessment of susceptibility to punishment as a measure of anxiety: preliminary results. *Personality and Individual Differences*, 5: 371–375.

198. TORRUBIA, R., ÁVILE, C., MOLTÓ, J., CASERAS, X. (2001): The sensitivity to punishment and sensitivity to reward questionnaire (SPSRQ) as a measurement of Gray's anxiety and impulsivity dimensions. *Personality and Individual Differences*, 31: 837–862.
199. TORTELLA-FELIU, M.; BALLE, M.; SESÉ, A. (2010) Relationship between negative affectivity, emotion regulation, anxiety, and depressive symptoms in adolescents as examined through structural equation modelling. *Journal of Anxiety Disorders*. 24: 686 -693.
200. TRINGER L. (1996) *A szorongás és a szorongásos zavarok*. Budapest: Pharma Press.
201. TRINGER L.; MÓROTZ K. (1985) *Klinikai viselkedésterápiák*. Budapest: MPT.
202. TRIXLER M. (1996) A depressziók és a szorongásos betegségek genetikai vonatkozásai. *Háziorvos Továbbképző Szemle*. 1: 64–66.
203. TULL, M. T.; STIPELMAN, B. A.; SALTERS-PEDNEAULT, K.; GRATZ, K. L. (2009) An examination of recent non-clinical panic attacks, panic disorder, anxiety sensitivity, and emotion regulation difficulties in the prediction of generalized anxiety disorder in an analogue sample. *Journal of Anxiety Disorders*. 23: 275 – 282.
204. YALOM, I. D. (évszám nélkül) *Egzisztenciális pszichoterápia*. Budapest: Animula Kiadó.
205. YARDLEY, L.; BRITTON, J.; LEAR, S.; BIRD, J.; LUXON, L., M. (1995) Relationship between balance system and agoraphobic avoidance. *Behavioral Research and Therapy*. 4: 435–439.
206. VARGA J. (2006) *Orvosi pszichológia – vázlatok a szemináriumokhoz*. Kézirat. Belső használatra. Pécs: PTE ÁOK.

207. VARGA J. (2007) Kardiovaszkuláris prevenció és rehabilitáció. In.: KÁLLAI J.; VARGA J.; OLÁH A. (szerk.) (2007) *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Bp.: Medicina. 409 – 438.
208. VARELA, R. E.; SANCHEZ-SOZA, J. J.; BIGGS, B. K.; LUIS, T. M. (2009) Parenting strategies and socio-cultural influences in childhood anxiety: Mexican, Latin American descent, and European American families. *Journal of Anxiety Disorders*. 23: 609 – 616.
209. WEISS, D.D.; LAST, C.G. (2001). Developmental variations in the prevalence and manifestation of anxiety disorders. In: M.W. VASEY,; M.R. DADDS (Eds.), *The Developmental Psychopathology of Anxiety* (27-44). Oxford: Oxford University Press
210. VETRÓ Á. (1996) Fejlődési pszichopatológia. In: VETRO Á.; PARRY–JONES, W. L. (szerk.) (1996) *Gyermek– és Ifjúságpszichiátria*. Szeged: Gyermekünk Lelki Egészségéért Dél–Magyarországi Alapítvány és Szent Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem kiadványa. 45–98.
211. VIAUD-DELMON, I.; IVANENKO Y. P.; BERTHOZ, A.; JOUVENT R. (2000) Adaptation as a sensorial profile in trait anxiety: A study with virtual reality. *Journal of Anxiety Disorder*. 6: 583–601.
212. WINNICOTT, D. W. (1999) *Játás és valóság*. Budapest: Animula Kiadó.
213. WOLFRADT, U.; HEMPEL, S.; MILES, J. N. V. (2003) Perceived parenting styles, depersonalisation, anxiety and coping behavior in adolescents. *Personality and Individual Differences*. 34: 521 – 532.
214. WOODWORTH, R. S.; SCHLOSSBERG, H. (1986) *Kísérleti pszichológia*. Budapest: Akadémiai Kiadó.

215. WRIGHT, R. A. (1984) Motiváció, szorongás és az elkerülés–kontroll nehézsége. In.: BARKÓCZI I.; SÉRA L. (szerk.) (1993) *Az emberi motiváció. I. kötet*. Szöveggyűjtemény. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó. 343–366.

XII. MELLÉKLET

1. számú melléklet

Félelem vizsgáló kérdőív

Ennek a kérdőívnek a tételei olyan dolgokra vagy tapasztalatokra vonatkoznak, melyek félelmet vagy egyéb hasonló kellemetlen érzelmeket okozhatnak. Olvasson el minden egyes tételt és döntse el róla, hogy mennyire zavarja önt. Ezután válaszoljon alábbi skála alapján:

Ha a csónakázás általában nem vált ki Önből félelmet, válaszoljon „0” – t (egyáltalán nem). Ha egy kicsit félne, válaszoljon „1” – t (egy kicsit). Ha nagyobb félelmet érez, adjon egy nagyobb számot „2” (meglehetősen), „3” (nagyon), „4” (igen nagyon), az adott tételre érzett reakciója alapján. Kérjük dolgozzon gyorsan, és ne töltsön el túl sok időt egyetlen állítással sem.

0 = Egyáltalán nem
1 = Egy kicsit
2 = Meglehetősen
3 = Nagyon
4 = Igen nagyon

VÁLASZ

.....1.	Nyílt seb		
.....2.	Egyedül van	VÁLASZ	
.....3.	Idegen helyen van		
.....4.	Halott ember	.....28.	Piszok
.....5.	Közönség előtt beszél	.....29.	Mászó rovarok
.....6.	Úttesten megy át	.....30.	Verekedés látványa
.....7.	Zuhanás	.....31.	Csúnya ember
.....8.	Tréfálkoznak önnel	.....32.	Beteg ember
.....9.	Kudarc	.....33.	Kritikát kap
.....10.	Olyan szobába lép be, ahol a többi ember már ül	.....34.	Különös formák
.....11.	Magas helyek a szárazföldön	.....35.	Liftben van
.....12.	Testi hibás emberek	.....36.	Műtétet néz végig
.....13.	Férgék	.....37.	Egerek
.....14.	Injekciót kap	.....38.	Emberi vér
.....15.	Idegenek	.....39.	Állati vér
.....16.	Denevérek	.....40.	Bezárt hely
.....17.	Utazások vonaton	.....41.	Úgy érzi mások visszautasították
.....18.	Utazások busszal	.....42.	Repülőgépek
.....19.	Utazások autóval	.....43.	Kórházi szagok
.....20.	Hatalommal bíró emberek	.....44.	Úgy érzi rosszallják tetteit
.....21.	Repülő rovarok	.....45.	Ártalmatlan kígyók
.....22.	Nézi, ahogy más embereket injekciónak	.....46.	Temetők
.....23.	Tömeg	.....47.	Figyelmen kívül hagyják
.....24.	Nagy nyílt terek	.....48.	Meztelen férfiak
.....25.	Valaki erőszakoskodik valaki mással	.....49.	Meztelen nők
.....26.	Erős kinézetű emberek	.....50.	Orvosok
.....27.	Nézik munka közben	.....51.	Hibázik
		.....52.	Bolondnak tűnik

2. számú melléklet

Szülőkkel kapcsolatos gyermekkori emlékek (EMBU-r)

Az alábbiakban az Ön gyermekkorával kapcsolatos kérdések következnek. Mielőtt kitöltené a kérdőívet, gondosan olvassa el az alábbi útmutatót.

1. A kérdőív kitöltésekor igyekezzen visszaemlékezni szülei viselkedésére, pontosabban arra, ahogy Ön azt érezte. Annak ellenére, hogy ilyen régi élmények felidézése nehéz, mégis vannak olyan emlékeink, amelyek alapján meg tudjuk ítélni szüleink nevelési szokásait.
2. Minden egyes kérdésnél karikázza be az ANYJA és az APJA Önnel kapcsolatos viselkedését leginkább jellemző válaszlehetőséget. Gondosan olvasson el minden kérdést, és fontolja meg, hogy a lehetséges válaszok közül, melyik a legmegfelelőbb az Ön számára. Válaszoljon külön az anyja és külön az apja vonatkozásában.

Például:

A szüleim kedvesek voltak hozzám.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
Apa	1	2	3	4
Anya	1	2	3	4

I. A szüleim keményen bántak velem vagy dühöseket voltak rám anélkül, hogy megmondták volna az okát.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
1 Apa	1	2	3	4
2 Anya	1	2	3	4

II. A szüleim dicsértek.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
3 Apa	1	2	3	4
4 Anya	1	2	3	4

III. Azt kívántam, bárcsak a szüleim kevesebbet aggódnának a miatt, amit csinálok.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
5 Apa	1	2	3	4
6 Anya	1	2	3	4

IV. A szüleimtől gyakrabban kaptam testi fenyítést, mint megérdemeltem.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
7 Apa	1	2	3	4
8 Anya	1	2	3	4

V. Miután hazaérkeztem, be kellett számolnom a szüleimnek arról, hogy mit csináltam, merre jártam korábban.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
9 Apa	1	2	3	4
10 Anya	1	2	3	4

VI. Azt hiszem, szüleim megpróbálták serdülő koromat stimulálónvá, érdekessé tenni.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
11 Apa	1	2	3	4
12 Anya	1	2	3	4

VII. Szüleim mások előtt bíraltak engem.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
13 Apa	1	2	3	4
14 Anya	1	2	3	4

VIII. A szüleim megtiltották nekem, hogy megtegyek olyan dolgokat, ami a többi gyerek számára szabad volt, mert félték, hogy valami történhet velem.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
15 Apa	1	2	3	4
16 Anya	1	2	3	4

IX. A szüleim arra ösztönöztek, hogy mindenben kiemelkedőt teljesítsek.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
17 Apa	1	2	3	4
18 Anya	1	2	3	4

X. Magatartásukkal, például azzal, hogy szomorúan néznek, szüleim elérték, hogy büntudatot érezsek, mert rosszul bánok velük.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
19 Apa	1	2	3	4
20 Anya	1	2	3	4

XI. Úgy vélem, túlzottan aggódtak amiatt, hogy történhet velem valami.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
21 Apa	1	2	3	4
22 Anya	1	2	3	4

XII. Ha rosszul alakultak a dolgom, éreztem, hogy szüleim megpróbáltak vigasztalni és bátorítani.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
23 Apa	1	2	3	4
24 Anya	1	2	3	4

XIII. Úgy bántak velem, mint a család „fekete bárányával” vagy bűnbakjával.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
25 Apa	1	2	3	4
26 Anya	1	2	3	4

XIV. A szüleim szavaikkal és gesztusaikkal mutatták, hogy szeretnek.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
27 Apa	1	2	3	4
28 Anya	1	2	3	4

XV. Úgy éreztem, hogy szüleim jobban szeretik fiú/lány testvéreimet vagy testvéreimet, mint engem (csak abban az esetben válaszoljon, ha volt testvére).

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
29 Apa	1	2	3	4
30 Anya	1	2	3	4

XVI. A szüleim elérték, hogy szégyelltem magam.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
31 Apa	1	2	3	4
32 Anya	1	2	3	4

XVII. Szüleim engedték, hogy menjek, amerre nekem tetszik, anélkül hogy különösebben törődtek volna velem.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
33 Apa	1	2	3	4
34 Anya	1	2	3	4

XVIII. Úgy éreztem, a szüleim mindenbe beleszóltak, amit csak tettem.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
35 Apa	1	2	3	4
36 Anya	1	2	3	4

XIX. Úgy éreztem, meleg és gyöngéd viszony van köztem és szüleim között.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
37 Apa	1	2	3	4
38 Anya	1	2	3	4

XX. Szüleim pontos határokat szabtak, hogy mit szabad és mit nem szabad tennem, és ehhez szigorúan ragaszkodtak.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
39 Apa	1	2	3	4
40 Anya	1	2	3	4

XXI. A szüleim még kis vétség miatt is megbüntettek.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
41 Apa	1	2	3	4
42 Anya	1	2	3	4

XXII. A szüleim akarták eldönteni, hogy öltözködjem, vagy hogy nézzek ki.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
43 Apa	1	2	3	4
44 Anya	1	2	3	4

XXIII. Úgy éreztem a szüleim büszkék voltak, amikor sikert értem el valamiben, amire vállalkoztam.

	nem, soha	igen, időnként	igen, gyakran	igen, legtöbbször
45 Apa	1	2	3	4
46 Anya	1	2	3	4

3. sz. melléklet

Anxiety Sensitivity Profile (Szorongásra való érzékenység) kérdőíve

Kitöltési útmutató: Fontos, hogy figyelmesen elolvassa ezt az útmutatót, mert úgy tud majd az itt következő kérdésekre válaszolni. A kérdőív célja, hogy felmérje, mennyire fél Ön a szorongással kapcsolatos érzetektől. A szorongáshoz számos érzet kapcsolódik, ezek között van a palpáció (heves szívdobogás vagy felgyorsult szívritmus), verejtékezés, remegés, légszomj, mellkasi fájdalom vagy kellemetlen érzés, émelygés, hányinger, szédülés a valóságtól való elszakadás érzete, hidegrázás, hőhullám. Az emberek különböző mértékben félnek ezektől az érzetektől: egyesek egyáltalán nem, vagy alig félnek, mások csak kicsit vagy nem túlságosan erősen félnek, míg akadnak olyanok, akik nagyon erős félelmet élnek át.

A szorongással kapcsolatos érzetektől az emberek akkor félnek, ha úgy tudják, hogy ezeknek az érzeteknek rossz következményei lehetnek. Például, akkor ijednek meg a heves szívdobogástól, ha úgy ítélik meg, hogy ezek az érzetek szívrohamhoz vezethetnek. A szédüléstől akkor félnek, ha azt hiszik, hogy ez az érzet azt jelzi, hogy meg fognak örülni. Akkor félnek a mások számára is észlelhető szorongásos reakcióktól (pl. az elpirulástól vagy a remegéstől), ha úgy gondolják, hogy ezek miatt mások kinevethetik, vagy elutasíthatják őket.

A következő oldalakon található állítások mindegyikének esetében két dologra kérjük Önt:

1. Képzeld el, hogy átéli ezt az érzetet. Próbálja olyan élénken beleélni magát, ahogy csak tudja.
2. A mellékelt skála segítségével határozza meg, hogy mi a valószínűsége annak, hogy ha ÖN átelné ezt az érzetet, valami rosszhoz vezetne, például, halálhoz, megőrüléshez, kontrollvesztéshez, vagy ahhoz, hogy mások kinevetik vagy elutasítják. Nincsenek jó vagy rossz válaszok, és minden kérdőív névtelen marad. Ne felejtse el, hogy nem azt szeretnénk felmérni, hogy a szorongás hatására Ön átéli-e ezeket az érzeteket vagy nem. Arra vagyunk kíváncsiak, vajon úgy véli-e, hogy a szorongáshoz kapcsolódó érzetek valami rosszhoz vezethetnek.

Példa:

Képzeld el, hogy átéli a következő érzetet: Mi a valószínűsége, hogy ez az érzet ahhoz VEZET, hogy valami ROSSZ történik ÖNNEL: Karikázza be azt a számot, ami a legjobban megfelel a választásának.

		Egyáltalán nem valószínű		Kissé valószínű			Nagyon valószínű	
0.	Úgy érzi, bizonytalanul áll a lábán.	1	2	3	4	5	6	7

Mielőtt a kérdések megválaszolásába kezd, kérjük tegyen ide egy jelet, ha úgy érzi, teljesen megértette az utasításokat.

Ha nem érti az utasítást, kérjen további magyarázatot.

Mi a valószínűsége, hogy ez az érzet ahhoz VEZET, hogy valami ROSSZ történik ÖNNEL:

		Egyáltalán nem valószínű		Kissé valószínű			Nagyon valószínű	
		1	2	3	4	5	6	7
1.	Hevesen ver a szíve.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Lassabban gondolkodik, mint általában.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Úgy érzi, nem tud mély levegőt venni.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Hangosan korog a gyomra.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Bizsereg a keze.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Mellkasi fájdalmat érez.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Összekavarodnak a gondolatai.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Olyan hangosan ver a szíve, hogy hallani lehet.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Úgy érzi, mintha ködben lenne.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Hőhullám söpör végig a testén.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Hasmenése van.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Bizonytalanul áll, könnyen kibillenthető az egyensúlyából.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Folyton elragadják a kéretlen gondolatai.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Gyorsan ver a szíve.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Úgy érzi, fulladozik.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Csomóban van a gyomra.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Egész teste zsibbadt, dermedt.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Úgy tűnik, a gondolatok keresztülrohannak az agyán.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Ki van fulladva, bár nem erőltette meg magát.	1	2	3	4	5	6	7
20.	A fülében dobog, pattog a szíve.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Úgy érzi, mintha valami megakadt volna a torkán.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Furcsának vagy másmilyennek érzi a testét.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Verejtékezik az arca, noha nincs melege.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Megremeg a hangja.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Nem tud a feladatára koncentrálni.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Nehezen nyel.	1	2	3	4	5	6	7
27.	Fáj a gyomra.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Mellkasában égő érzetet érez (ég a gyomra).	1	2	3	4	5	6	7
29.	A megszokott környezete furcsának	1	2	3	4	5	6	7

	vagy nem valóságosnak tűnik.							
30.	Úgy érzi, megfullad.	1	2	3	4	5	6	7
31.	A nyakán érzi a szívdobogását.	1	2	3	4	5	6	7
32.	Székrekedése van.	1	2	3	4	5	6	7
		Egyáltalán nem valószínű		Kissé valószínű			Nagyon valószínű	
33.	Gyengének érzi magát, úszik a feje.	1	2	3	4	5	6	7
34.	A szíve lassabban kezd verni.	1	2	3	4	5	6	7
35.	Rázza a hideg, noha nem fázik.	1	2	3	4	5	6	7
36.	Nehéz világosan gondolkodnia.	1	2	3	4	5	6	7
37.	Úgy érzi, gombóc van a torkában.	1	2	3	4	5	6	7
38.	Úgy érzi, hánynia kell.	1	2	3	4	5	6	7
39.	Ébren van, mégis úgy érzi, mintha el lenne kábulva.	1	2	3	4	5	6	7
40.	Felfordult a gyomra.	1	2	3	4	5	6	7
41.	Nehezen emlékszik a dolgokra.	1	2	3	4	5	6	7
42.	Kihagy a szívverése.	1	2	3	4	5	6	7
43.	Bizsereg az ajka.	1	2	3	4	5	6	7
44.	Hirtelen minden kimegy a fejéből.	1	2	3	4	5	6	7
45.	Úgy érzi, szorít a torka.	1	2	3	4	5	6	7
46.	Úgy érzi, mintha légüres térben lenne.	1	2	3	4	5	6	7
47.	Úgy érzi, nem kap elég levegőt.	1	2	3	4	5	6	7
48.	Az arca elvörösödik.	1	2	3	4	5	6	7
49.	Felfújódik a gyomra (gázokkal van tele).	1	2	3	4	5	6	7
50.	Émelyeg, rosszul van.	1	2	3	4	5	6	7
51.	A szíve kihagy egy ütést.	1	2	3	4	5	6	7
52.	Zsibbad az arca.	1	2	3	4	5	6	7
53.	Rángatóznak az arcizmai.	1	2	3	4	5	6	7
54.	Könnyen elvonódik a figyelme.	1	2	3	4	5	6	7
55.	Szorít a mellkasa.	1	2	3	4	5	6	7
56.	Nehezen koncentrálnak.	1	2	3	4	5	6	7
57.	A szokásosnál gyakrabban kell vizelnie.	1	2	3	4	5	6	7
58.	Remeg a keze.	1	2	3	4	5	6	7
59.	Úgy érzi, nem tud rendesen lélegezni.	1	2	3	4	5	6	7
60.	Úgy érzi, szédül, forog Önnel a világ.	1	2	3	4	5	6	7

4. sz. melléklet

Anxiety Sensitivity Index (ASI)

Kérjük, értékeljen minden állítást az Önre legjellemzőbb válasz számának bekarikázásával.
Csak egy választ jelöljön meg kérdésenként! Kérem, minden állítást értékeljen!

	Egyáltalán nem	Egy kicsit	Meglehetősen	Nagyon	Igen, nagyon
1. Fontos, hogy ne látsszak idegesnek.	0	1	2	3	4
2. Amikor nem tudom a figyelmemet egyetlen feladatra összpontosítani, aggódom, hogy esetleg megbolondulhatok.	0	1	2	3	4
3. Megijeszt, amikor remegek.	0	1	2	3	4
4. Megijeszt, amikor rosszul vagyok.	0	1	2	3	4
5. Fontos számomra, hogy kontrolláljam az érzéseimet.	0	1	2	3	4
6. Megijeszt, amikor a szívem gyorsan ver.	0	1	2	3	4
7. Zavarba hoz, amikor korog a gyomrom.	0	1	2	3	4
8. Megijeszt, amikor émelygek.	0	1	2	3	4
9. Amikor észreveszem, hogy a szívem gyorsan ver, aggódom, hogy esetleg szívrohamom lehet.	0	1	2	3	4
10. Megijeszt, amikor kapkodva veszem a levegőt.	0	1	2	3	4
11. Amikor a gyomrom nincs rendben, aggódom, hogy esetleg súlyos beteg lehetek.	0	1	2	3	4
12. Megijeszt, amikor képtelen vagyok a figyelmemet egyetlen feladatra összpontosítani.	0	1	2	3	4
13. Mások észreveszik, amikor remegek.	0	1	2	3	4
14. A szokatlan testi érzetek megijesztenek.	0	1	2	3	4
15. Amikor ideges vagyok, aggódom, hogy esetleg megtévelyedem.	0	1	2	3	4
16. Megijeszt, amikor ideges vagyok.	0	1	2	3	4

5. sz. melléklet

SPSR Kérdőív

Az „IGEN” vagy a „NEM” válasz megjelölésével válaszoljon minden kérdésre. Nincs helyes vagy helytelen válasz, ahogy nincsenek beugrató kérdések sem. Gyorsan dolgozzon, és ne gondolkozzon sokáig.

NE FELEDJE, HOGY MINDEN KÉRDÉSRE VÁLASZOLNIA KELL.

	Igen	Nem
1. Gyakran előfordul, hogy lemond valamiről, hogy elkerülje az összeütközést a szabályokkal vagy a törvénnyel?		
2. A pénzszerzés lehetősége erősen motiválja, hogy megtegyen valamit?		
3. Inkább nem kér valamit, ha nem biztos benne, hogy meg fogja kapni?		
4. Tevékenysége során gyakran előfordul, hogy azért tesz meg valamit, hogy elnyerje munkatársai, barátai vagy családtagjai elismerését?		
5. Gyakran fél új vagy váratlan helyzetektől?		
6. A mindennapokban gyakran találkozik olyan emberekkel, akiket már első látásra vonzónak talál?		
7. Nehezeére esik, hogy ismeretlen embernek telefonáljon?		
8. Hatásuk miatt szívesen fogyaszt élvezeti szereket?		
9. Gyakran előfordul, hogy nem él a jogaival, mert így elkerülheti a vitát egy emberrel vagy egy szervezettel?		
10. Gyakran tesz meg valamit azért, hogy megdicsérik?		
11. Gyermekként nagyon megviselte, ha csínytevése miatt otthon vagy az iskolában büntetést kapott?		
12. Szeret a figyelem középpontjában lenni egy partin vagy társasági összejövetelen?		
13. Nagy jelentőséget tulajdonít a kudarc lehetőségének olyan feladatok esetén, amelyekre nincs felkészülve?		
14. Sokat foglalkozik azzal, hogy másokban jó benyomást keltsen?		
15. Könnyen elbátortalanítják a nehézségek?		
16. Nagyon fontosnak tarja, hogy az emberek mindig éreztetessék önnel, hogy szeretik?		
17. Ön félnék ember?		
18. Társaságban ügyel arra, hogy a legintelligensebb vagy a legszellemesebb oldalait megmutassa?		
19. Ha csak lehet, elkerüli, hogy képességeit próbára tegye, mert fél, hogy zavarba jön?		
20. Gyakran megragadja a lehetőséget, hogy vonzó emberekkel barátkozzon össze?		
21. Társaságban nehézséget okoz Önnek, hogy jó beszéd témát válasszon?		
22. Gyermekként gyakran megpróbálta viselkedésével elnyerni mások szimpátiáját vagy megszerezni a jóváhagyást a dolgaihoz?		
23. Vannak elalvási nehézségei, mert azon töpreng, amiket tett, vagy amit majd tennie kell?		
24. A társadalmi előmenetel lehetősége tettei egyik fontos mozgatórugója, még akkor is, ha ez udvariatlan lépések megtételével jár?		
25. Sokáig gondolkozik egy étteremben, mielőtt panaszt tesz az étel minőségére?		

	Igen	Nem
26. Általában előnyben részesíti azokat a tevékenységeket, amelyek azonnali haszonnal járnak?		
27. Zavarná, ha vissza kellene mennie a boltba, miután rájött, hogy rosszul adtak vissza?		
28. Gyakran nehezen áll ellen a kísértésnek, hogy tiltott dolgokat tegyen?		
29. Ha csak teheti elkerüli, hogy ismeretlen helyekre menjen?		
30. Szeret versenyezni, és mindent megtenni azért, hogy győzzön?		
31. Gyakran aggódik azok miatt a dolgok miatt, amiket mondott vagy megtett?		
32. Kellemes emlékképeit gyakran kísérik ízek és illatok is?		
33. Nehezeére esne, hogy főnökétől fizetésemelést kérjen?		
34. Sok tárgy vált ki önben kellemes asszociációkat?		
35. Általában igyekszik elkerülni, hogy nyilvánosság előtt kelljen beszélnie?		
36. Ha játék automatával játszik, gyakran esik nehezeére, hogy abbahagyja?		
37. Gyakran gondja, hogy több dolgot tudna megtenni, ha nem félne vagy nem volna bizonytalan?		
38. A gyors haszon reménye miatt néha nem tud ellenállni annak, hogy megtegyen dolgokat?		
39. Ismerőseivel összehasonlítva, sok dologtól fél?		
40. Gyakran kalandozik el a figyelme munkájáról egy vonzó idegen társaságában?		
41. Gyakran annyira aggódik, hogy az intellektuális teljesítményének rovására megy?		
42. Érdekli a pénz annyira, hogy kockázatos dolgokat tegyen?		
43. Gyakran előfordul, hogy azért nem tesz meg valamit amit szeret, nehogy másokban ellenkezést váltson ki vagy elutasítsák?		
44. A mindennapokban szívesen vegyít verseny-elemeket tevékenységébe?		
45. Általában inkább a fenyegető veszélyekre, mint a kellemes események bekövetkezésére gondol?		
46. Szeretne társadalmi hatalommal rendelkező ember lenni?		
47. Gyakran előfordul, hogy azért nem tesz meg valamit, mert fél, hogy zavarba jön?		
48. Szívesen fitogtatja fizikai képességeit, még akkor is, ha ez veszélyekkel járhat?		

6. sz. melléklet

TCI-R Kérdőív*

Ebben a kérdőívben olyan állításokat talál, amelyeket az emberek gyakran használnak saját véleményük, hangulatuk, viselkedésük vagy lelkiállapotuk jellemzésére.

Mindegyik állításhoz ötféle válaszlehetőség tartozik: 1: *Teljesen hamis*, 2: *Inkább hamis*, 3: *Igaz is, nem is*, 4: *Inkább igaz*, 5: *Teljesen igaz*. Kérjük, olvassa el figyelmesen valamennyi kijelentést, azután jelölje be a válaszlapon azt a választ, amelyik meggyőződése szerint a legjobban ráillik Önre. Ne töprengjen túlságosan sokáig az egyes válaszokon! Előfordulhat, hogy némelyik megállapításra nehéz egyértelműen választ adnia – ilyenkor karikázza be azt, amelyik viszonylag jobban jellemző az Ön érzéseire vagy a véleményére.

Ez a kérdőív nem „vizsga”: nincsenek benne helyes vagy helytelen, „jó” vagy „rossz” válaszok, hiszen az emberek érzései és véleményei különbözőek. Ezért habozás nélkül karikázza be minden esetben az Önhöz személy szerint közelebb álló válaszokat, és ne legyen tekintettel arra, hogy mit gondolnának ugyanarról mások.

Befejezés előtt szíveskedjen még egyszer ellenőrizni, hogy egyetlen kérdés se maradjon megválaszolatlanul! Az alábbi adatok kitöltésével a tudományos feldolgozást segíti, adatait bizalmasan kezeljük. Figyelmét és fáradságát köszönjük.

1: *Egyáltalán nem igaz*, 2: *Nem igaz*, 3: *Igaz is, nem is*, 4: *Inkább igaz*, 5: *Teljesen igaz*.

1.	Gyakran kipróbálok olyan dolgokat is pusztán kíváncsiságból vagy szórakozásból, amiket mások időpocsékolásnak tartanak.
2.	Mindig bízom a dolgok kedvező kimenetelében még olyankor is, amikor a legtöbben aggodalmaskodnak.
3.	Gyakran érzem magam a körülmények áldozatának.
4.	Általában olyannak fogadom el az embereket, amilyenek – még ha nagyon különböznek is tőlem.
5.	Jobban szeretem a kihívást, mint a könnyű tennivalókat.
6.	Sokszor úgy érzem, hogy az életemnek nincs különösebb célja vagy értelme.
7.	Szeretek a problémákra olyan megoldásokat találni, amelyek mindenki számára előnyösek.
8.	A rám bízott feladatokat általában szívesen csinálom.
9.	Idegen helyen akkor is feszült és ideges vagyok, ha mások szerint semmi ok aggodalomra.
10.	Többnyire a pillanatnyi hangulatom szerint cselekszem anélkül, hogy visszagondolnék a korábbi hasonló esetekre.
11.	Általában inkább a magam útját követem, mintsem a mások kívánságait teljesíteném.
12.	Sokszor úgy érzem, mintha egészen eggyé válnék a körülöttem lévő világgal.
13.	Bármilyen törvénybe nem ütköző dolgot megtennék, hogy gazdag és híres legyek, még ha a barátaim bizalmát ezzel el is veszíteném.
14.	Másoknál sokkal tartózkodóbb és fegyelmezettebb vagyok.
15.	Érzéseimet, élményeimet jobban szeretem nyíltan megbeszélni a barátaimmal, mint magamban tartani.
16.	Másoknál jóval kevesebb az energiám és hamarabb elfáradok.
17.	Csak ritkán választhatom meg szabadon, hogy mit akarok csinálni.
18.	Az emberek többségét képtelen vagyok igazából megérteni.
19.	Rendszerint kerülöm az idegenek társaságát, mert nem bízom azokban, akiket nem ismerek.
20.	Szeretek mások kedvében járni, amennyire csak tudok.
21.	Gyakran azt kívánom, bárcsak én lennék a legokosabb a világon.
22.	Nincs olyan munka, ahol ne tudnám a legjobbat nyújtani.

* © 1987, 1992, 1999. C. Robert Cloninger; Magyar fordítás: Dr. Bánki M. Csaba és Rózsa Sándor (1994/2004)

23. Rendszerint másoktól várom, hogy ők oldják meg az én problémáimat.
24. Gyakran az utolsó filléremet is elköltöm, és azután kénytelen vagyok kölcsönkérni.
25. Kikapcsolódás közben sokszor váratlanul megvilágosodnak előttem a dolgok összefüggései.
26. Nem érdekel különösképpen, hogy mások kedvelnek-e engem, vagy a módszereimet.
27. Elsősorban magamnak igyekszem megszerezni amire szükségem van, hiszen úgysem lehet mindenki kedvére tenni.
28. Türelmetlen vagyok azokkal, akik nem hajlandók elfogadni az én nézeteimet.
29. Néha olyan közel érzem magam a természethez, mintha minden egyetlen élő szervezet része volna.
30. Idegenek társaságában félénkebb, gátlásosabb vagyok másoknál.
31. Érzelmesebb vagyok, mint a legtöbb ember.
32. Azt hiszem, a legtöbb csodának nevezett esemény egyszerűen a véletlen műve.
33. Ha bármilyen formában megsértenek, mindig igyekszem a számlát kiegyenlíteni.
34. Az én hozzáállásomat többnyire rajtam kívül álló körülmények határozzák meg.
35. Minden nap igyekszem egy lépéssel közelebb kerülni a céljaimhoz.
36. Ez egy ellenőrző kérdés: kérjük, jelölje be az „Inkább igaz” kifejezést.
37. Nagyon becsúgyó ember vagyok.
38. Fizikailag veszélyes helyzetekben is nyugodt, magabiztos szoktam maradni.
39. Szerintem nincs sok értelme a gyengéket segíteni, akik nem tudnak segíteni magukon.
40. Azoknak sem tudok nyugodt szívvel ártani, akik pedig velem szemben tisztességtelenek voltak.
41. Az emberek hamar és könnyen elmondják nekem az érzéseiket.
42. Időnként úgy érzem, mintha része lennék egy térben és időben végtelen valaminek.
43. Néha úgy érzem, hogy szavakkal megmagyarázhatatlan, közvetlen lelki kapcsolatba kerülök másokkal.
44. Szeretem, ha az ember merev szabályok és előírások nélkül azt teheti, amihez kedve van.
45. Ha kudarcot vallok valamiben, akkor még elszántabbá válok arra, hogy jobb munkát végezzek.
46. Másoknál jobban aggódom azért, hogy a jövőben rosszul alakulhatnak a dolgok.
47. Mielőtt döntenék, általában minden körülményt aprólékosan végig szoktam gondolni.
48. Sok olyan rossz szokásom van, amelyektől szeretnék megszabadulni.
49. Mások engem túlságosan irányítanak és befolyásolnak.
50. Szívesen állok mások rendelkezésére.
51. Legtöbbször a túlzásokat, sőt a valótlanságot is el tudom hitetni az emberekkel.
52. Néha úgy érzem, hogy az életemet egy emberek felett álló szellemi erő irányítja.
53. Józan és tárgyilagos ember hírében állok, aki nem cselekszik indulatból.
54. Nagyon megindítanak az érzelmekre (pl. a szegények vagy a sérült gyermekek megsegítésére) irányuló felhívások.
55. Rendszerint kitartóan tovább dolgozom akkor is, amikor mások már régen abbahagyták.
56. Voltak olyan boldog pillanataim, amikor világosan és tisztán egynek éreztem magam minden létezővel.
57. Pontosan tudom, hogy mit akarok elérni az életben.
58. Gyakran azért nem tudok a bajokkal megbirkózni, mert egyszerűen nem tudom, mit tegyek.
59. Sokkal jobban szeretem költeni, mint félretenni a pénzt.
60. A kemény munka iránti lelkesedésem miatt gyakran túlbuzgónak tartanak.
61. Gyorsan túl tudom tenni magam egy kínos vagy egy megalázó élményen.
62. Szeretek egyre nagyobb és egyre jobb dolgokért küzdeni.
63. Nagyon alapos indokok kellene ahhoz, hogy hajlandó legyek a megszokott módszereimen változtatni.
64. Szinte mindig nyugodt és gondtalan vagyok még olyankor is, amikor majdnem mindenki ideges.
65. Nagyon unalmasnak találom a szomorú dalokat és filmeket.
66. A körülmények gyakran rákényszerítenek, hogy a saját szándékaim ellenére cselekedjem.
67. Jólesik durvának lennem azokhoz, akik durvák voltak hozzám.
68. Gyakran úgy leköt amivel foglalkozom, hogy közben a helyről és az időről is teljesen megfeledkezem.

69. Nem hiszem, hogy az életemnek különösebb célja vagy értelme volna.
70. Szokatlan helyzetben akkor is feszült és ideges szoktam lenni, ha mások szerint semmiféle veszély nem fenyeget.
71. Rendszerint inkább az ösztöneimet és a megérzéseimet követem, mintsem a részleteket gondolnám végig.
72. Bármit is teszek szeretek kitűnni benne.
73. Sokszor érzek erős és közvetlen lelki, érzelmi kapcsolatot minden körülöttem lévő emberrel.
74. Rendszerint megpróbálom magam a másik helyébe képzelni, ha jobban meg akarom őt érteni.
75. Az élet bizonyos területein az elvek, mint a tisztesség vagy a becsület, csekély szerepet játszanak.
76. A legtöbb embernél keményebben dolgozom.
77. Amikor mások nem tartják fontosnak, akkor is ragaszkodom hozzá, hogy a dolgokat szabályos, előírással véghezvigyük.
78. Szinte minden társaságban magabiztos, határozott szoktam lenni.
79. A barátaim sem ismerik igazán az érzéseimet, mert csak nagyon ritkán mondom el a személyes véleményemet.
80. Érzelmeimet könnyen kifejezem mások felé.
81. Másoknál energikusabb vagyok, és csak lassabban fáradok el.
82. Gyakran félbehagyom amin dolgozom mert elbizonytalanodom, még ha mások szerint minden jól is halad.
83. Gyakran azt kívánom, bárcsak nekem volna a legnagyobb hatalmam a világon.
84. Közös vállalkozásban ritka a tisztességes osztozkodás.
85. Nem vagyok hajlandó mások kedvéért a magam útjáról letérni.
86. Idegenek között egyáltalán nem vagyok gátlásos.
87. Időm java részét szükségesnek látom, de számomra nem igazán fontos dolgokkal töltöm el.
88. Szakmai vagy üzleti döntésekben vallási vagy erkölcsi elveknek (hogy mi helyes és mi nem) nincs sok keresnivalójuk.
89. Gyakran megpróbálom félretenni a saját véleményemet, hogy jobban megértsem mások érzéseit.
90. Számos rossz szokásom nehezíti meg fontos és értékes céljaim elérését.
91. Személyes áldozatokat is hozok azért, hogy a világ jobb legyen (segítem pl. a háborúk, a szegénység, a jogtiprás elleni mozgalmakat).
92. Sok időbe telik, míg másokat elfogadok.
93. Élvezem, ha az ellenségeimet szenvedni látom.
94. Nem számít, hogy egy munka milyen nehéz, én szeretem gyorsan elkezdni.
95. Sokszor mintha nem is ebben a világban élnék, úgy meg tudok feledkezni a körülöttem zajló dolgokról.
96. Szívesebben vagyok hűvös és távolságtartó az emberekkel.
97. Szomorú filmekben könnyebben sírok, mint a legtöbb ember.
98. Kisebb betegségből, túleröltetésből másoknál rövidebb idő alatt szoktam felépülni.
99. Sokszor úgy érzem, mintha része volnék egy hatalmas és minden életet irányító szellemi erőnek.
100. Még sokat kell gyakorolnom, amíg kifejlődnek bennem a pillanatnyi kísértéseknek biztosan ellenálló helyes szokások.
101. Ez egy ellenőrző kérdés: kérjük, jelölje be az „Egyáltalán nem igaz” kifejezést.
102. Szeretek gyorsan dönteni, és azután rögtön hozzálátni a tennivalókhöz.
103. Biztosra veszem, hogy könnyedén képes lennék mások által veszélyesnek tartott dolgokra (pl. jeges úton autóval száguldásra) is.
104. Szeretek új dolgokat, új módszereket kipróbálni.
105. Jobban szeretek takarékoskodni, mint szórakozásra, mulatságra elkölteni a pénzt.
106. Személyesen is éreztem már kapcsolatot titokzatos természetfeletti, isteni erővel.
107. Annyi a hibám, hogy nem is túlságosan kedvelem magamat.
108. A legtöbb ember ügyesebb és tehetségesebb nálam.
109. Gyakran megszegem a szabályokat és az előírásokat, ha úgy látom, hogy baj nélkül megúszható.
110. Még barátok között sem szeretem túlságosan kiadni magam.
111. Minél nehezebb egy munka, annál jobban szeretem.
112. Sokszor ránézek egy hétköznapi dologra, és mintha csoda történe: úgy érzem, mintha most látnám először életemben.

113. Többnyire feszült és ideges leszek, ha valami új és ismeretlen dologba kell fogynom.
114. Szívesen nekilátok bármely kötelezettségem teljesítésének.
115. Nincs elég akaraterőm a nagyobb kísértéseknek ellenállni, még ha tudom is, hogy báni fogom a következményeket.
116. Az idegességet jobban viselem a barátaim között, mint egyedül.
117. Gyakran többet teljesítek, mint ahogy azt mások elvárnák.
118. Az életem igazi célját vallásos élményeim segítettek megérteni.
119. Mindig jobban hajtom magam másoknál, mert mindent a lehető legjobban akarok megcsinálni.
120. Ez egy ellenőrző kérdés: kérjük, jelölje be a „Teljesen igaz” kifejezést.
121. Még egy kisebb betegség vagy stressz után is több az energiám és az önbizalmam, mint a legtöbb embernek.
122. Amikor semmi új nem történik, rendszerint keresek magamnak valami izgalmas elfoglaltságot.
123. Döntések előtt szeretem hosszasan végiggondolni a dolgokat.
124. Akik velem kapcsolatba kerülnek, azoknak meg kell tanulniuk mindent az én elvárásaim szerint csinálni.
125. A legtöbb emberrel szoros kapcsolatot alakított ki.
126. Többnyire olyan embernek tartanak, aki a saját színvonala felett teljesít.
127. Szívesebben olvasok, mintsem, hogy az érzelmeimről beszélgessek valakivel.
128. Élvezettel állok bosszút azokon, akik megsértettek.
129. Ha valami nem úgy megy, ahogy azt vártam, akkor sokkal valószínűbb, hogy feladom, mintsem tovább folytassam.
130. Könnyen közel engedem magamhoz az embereket.
131. Még barátságatlannak mondott idegenek között is oldott és közvetlen tudnék lenni.
132. Ez egy ellenőrző kérdés: kérjük, jelölje be az „Inkább igaz” kifejezést.
133. Nehezemre esik elviselni a tőlem különböző embereket.
134. Gyakran nehezen tudok bármit is elkezdni.
135. Ügyesen tudok lódtítani egy kicsit, ha valakit meg akarok tréfálni, vagy ha egy történetet hatásosabban akarok elmesélni.
136. Változó körülményekhez nagyon nehezen tudok alkalmazkodni, mert olyankor feszült, ideges, és fáradékony leszek.
137. Másoknál jobban törekszem mindig mindenben a tökéletességre.
138. Gyakran túlságosan is önállóan tartanak, mert nem azt teszem, amit mások szeretnének.
139. Másoknál jobban tudok takarékoskodni.
140. Gyakran abbahagyom a munkát, ha jóval tovább tart, mint eredetileg gondoltam.
141. Hogy valami helyes-e vagy helytelen, az kizárólag nézőpont kérdése.
142. Gyakran és sokat tanulok más emberektől.
143. Hiszek abban, hogy az életet mindenestől egy lényegében kifürkészhetetlen szellemi erő irányítja.
144. Ha nem vagyok elég óvatos, gyakran balul sikerülnek a dolgaim.
145. Másoknál nehezebben lelkesedem új ötletekért vagy új módszerekért.
146. Biztosan többre is képes lennék, de nem látom értelmét a szükségesnél jobban hajtani magam.
147. Lehetőleg kerülöm az idegenekkel való találkozást, még ha biztosítanak is róla, hogy barátságos emberek.
148. Gyakran olyan közel érzem magamhoz a körülöttem lévő embereket, mintha nem is lenne közöttünk választóvonal.
149. Természetes reakcióim a legtöbb helyzetben a begyakorolt jó szokásaimon alapulnak.
150. Sokszor félbehagyom a megkezdett dolgaimat, mert elfog a kétely, hátha rosszul fognak végződni.
151. Gyakran szórakozottnak látszom, mert úgy el tudok merülni a dolgaiban, hogy minden másról megfeledkezem.
152. Mások érzéseit ugyanannyira figyelembe szoktam venni, mint a sajátjaimat.
153. Többnyire olyan embernek tartanak, aki a saját színvonala alatt teljesít.
154. Szívesebben indulok kissé kockázatos kalandokra (pl. meredek hegyi serpentinre autózni), mintsem órákig csendben és tétlenül üldögéljek.
155. Egyesek szerint anyagiakban túlságosan is szűkmarkú, zsugori vagyok.
156. Sokkal jobban szeretem a „rég, jól bevált” módszereket, mint az „új, modern” eljárásokkal való kísérletezést.
157. Aktívan segítem a veszélyeztetett állatok és növények védelmét.

158. Gyakran a kimerültség hajszolom magam és többet próbálok teljesíteni, mint amennyire a képességeim futják.
159. Ha rajtakapnak valamin, meglehetősen ügyetlen vagyok a kimagyarázkodásban.
160. Tanult és begyakorolt szokásaim erősebbek, mint a pillanat hatása vagy mások rábeszélése.
161. Azt hiszem, a jövőben minden remekül fog sikerülni.
162. Személyes gondjaimat akár egy felszínes, rövid ismeretség után is kész vagyok másokkal megbeszélni.
163. Ha valamin nem tudok felülkerekedni az első nekifutásra, akkor a siker elérését személyes kihívásnak érzem.
164. Üzleti sikereket tisztességesen is el lehet érni.
165. Sokkal jobban szeretek másokat hallgatni, mint én magam beszélni.
166. Nem okozna örömet olyan munka, ahol nem lennék kapcsolatban más emberekkel.
167. A tetteimet többnyire rajtam kívül álló tényezők határozzák meg.
168. Gyakran azt kívánom, bárcsak én lennék a legerősebb a világon.
169. Napközben is kell pihennem vagy szundítanom; mert könnyen elfáradok.
170. Még akkor is nehezemre esik hazudni, amikor azzal csak mások érzéseit próbálok kímélni.
171. Bármilyen átmeneti nehézség ellenére én mindig arra számítok, hogy a dolgok végül jóra fordulnak.
172. Még ha van is bőségesen elegendő pénzem, nem szívesen költöm el magamra.
173. Nehéz körülmények között gyakran a legjobbat hozom ki magamból.
174. A problémáimat legszívesebben megtartom magamnak.
175. Élénk a fantáziám.
176. Jobban szeretek otthon ülni, mint utazni vagy új helyekkel ismerkedni.
177. A szoros barátságok számomra nagyon fontosak.
178. Gyakran azt kívánom, bárcsak örökre fiatal maradhatnék.
179. Szeretek mindent végigolvasni, amit alá kell írnom.
180. Nyugodt és magabiztos tudnék maradni olyan idegenek között is, akik állítólag dühösesek rám.
181. A mások iránti megértés és együttérzés fontosabb, mint a szakszerűség és a tárgyilagosság.
182. Gyakran azt kívánom, bárcsak különleges, természetfeletti képességeim lennének.
183. Szeretem továbbadni másoknak mindazt, amit én tudok.
184. A nehéz helyzeteket többnyire jó alkalomnak, kihívásnak szoktam tekinteni.
185. A legtöbb ember csak magával törődik és fütyül arra, kinek okoz kárt vagy fájdalmat.
186. Amikor betegségből lábadozom, kiadós pihenésre és sok biztatásra, támogatásra van szükségem.
187. Vannak az életben alapelvek; amiket senki nem szeghet meg hosszú távon büntetlenül.
188. Egyáltalán nem akarok a világ leggazdagabb embere lenni.
189. Szeretek lassan és megfontoltan hozzálátni egy munkához, még akkor is, ha az könnyű.
190. Boldogan kockára tenném az életemet is azért, hogy a világ jobb legyen.
191. Ha a munkám eredményét nem értékelik, akkor még elszántabban dolgozom a sikerért.
192. Gyakran azt kívánom, bárcsak meg tudnám állítani az idő múlását.
193. Utálok az első benyomásaim alapján dönteni.
194. Inkább lennék egyedül, mintsem mások problémájával foglalkozzam.
195. Nem vágyom arra, hogy mindenki másnál jobban csodáljanak.
196. A helyes szokások begyakorlásához nekem még mások segítségére van szükségem.
197. Egy munkát szeretek gyorsan befejezni, majd újabbat vállalni.
198. Nem túlságosan kedvelem azokat, akik másképpen gondolkodnak mint én.
199. A sértéseket inkább kedvességgel viszonzom, mintsem bosszút állnék miattuk.
200. Szeretem, ha sok dolgom van.
201. Mindig igyekszem tőlem telhetően együttműködni másokkal.
202. A törekvéseimnek és a kemény munkámnak köszönhetően gyakran vagyok sikeres.
203. Könnyen meg tudok kedvelni olyan embereket is, akiknek egészen más az értékrendje, mint az enyém.

204. Kifejlesztett jó szokásaim belsővé, „második természetemmé” váltak, ma már szinte teljesen ösztönösek és automatikusak.
205. Utálok a megszokott módszereimen változtatni, még ha sokak szerint léteznek újabb és jobb módszerek is.
206. Oktalanság olyan dolgokban hinni, amikre nincs tudományos magyarázat.
207. A sikerek érdekében hajlandó vagyok áldozatokat hozni.
208. Szeretem elképzelni, amint az ellenségeim szenvednek.
209. Ez egy ellenőrző kérdés: kérjük, jelölje be az „Igaz is, nem is” kifejezést.
210. Szeretek a részletekre pontosan odafigyelni mindenben, amit csinálok.
211. Rendszerint magam döntöm el, hogy mit akarok csinálni.
212. Gyakran úgy elmerülök a munkámban, hogy egy ideig még arról is megfeledkezem, hogy hol vagyok.
213. Szeretem, ha mások tudják azt, hogy én törődöm velük.
214. Szívesebben vállalkoznék veszélyes dolgokra is (pl. sziklamászásra vagy ejtőernyős ugrásra), mintsem órákon át csendben és tétlenül üljek.
215. Könnyen költök el túl sok pénzt a pillanat hatása alatt, ezért még igazán fontos dolgokra sem tudok spórolni.
216. Gyakran engedek a barátaim kívánságainak.
217. Soha nem szoktam aggódni a jövőben esetleg bekövetkehető szörnyűségek miatt.
218. Az emberek szívesen fordulnak hozzám segítségért, megértésért és együttérzésért.
219. Legtöbbször hamar megbocsátok azoknak, akik ártottak nekem.
220. Ösztönös reakcióim többnyire összhangban vannak az elveimmel és a hosszú távú céljaimmal.
221. Jobban szeretem megvárni, amíg valaki más átveszi a kezdeményezést.
222. Élvezem, ha magamnak vásárolok dolgokat.
223. Voltak olyan nagyszerű, elragadtatót élményeim, amelyekből világosan megértettem, hogy mi a dolgom az életben.
224. Általában tisztelni szoktam mások véleményét.
225. Viselkedésemet döntően a magam által kitűzött életre szóló céljaim irányítják.
226. Többnyire oktalanság mások sikereit elősegíteni.
227. Gyakran azt kívánom, bárcsak örökké élhetnék.
228. Ha valaki rámutat a hibákra, akkor keményen tudok dolgozni annak érdekében, hogy kijavítsam azokat.
229. Nem hagyom abba azt amit csinálok, csak azért, mert váratlan kudarcok sorozata ér.
230. Nekem többnyire sikerülni szokott, amibe belefogok.
231. Gyakran azt kívánom, bárcsak én lennék a legszebb a világon.
232. A misztikusnak mondott élmények egyszerűen csak vágyteljesítő fantáziák.
233. Az egyén jogai fontosabbak, mint bármely csoport közös szükségletei.
234. A becstelenség csak akkor jelent problémát, ha rajtakapnak.
235. Begyakorolt szokásaim könnyítik meg számomra, hogy a dolgokat a saját szándékaim szerint alakítsam.
236. A problémáimat többnyire más emberek, vagy a külső körülmények okozzák.
237. Többnyire reggeltől estig dolgozni tudok anélkül, hogy különösképpen erőltetnem kellene magam.
238. Mindenben a legjobb akarok lenni.
239. Még ha gyors döntést várnak is tőlem, először majdnem mindig végiggondolom az összes tényt és részletet.
240. Ha valami munka adódik gyorsan és önként felajánlom a segítségemet.

7. sz. melléklet

Albany belső feszültség és félelem kérdőív

Az alábbiakban néhány szituációt szeretnénk feleleveníteni.

Kérem, gondolja végig, hogy az elmúlt hetekben milyen intenzitású félelmet élt át az alábbi szituációkban. A lap jobb oldalán 0-tól 8-ig terjedő skála segít Önnek abban, hogy pontosan meg tudja ítélni a felidézett szituációkban megjelenő félelmének mértékét.

Félelmi skála				
0	2	4	6	8
Nincs félelem	Enyhe félelem	Közepes mértékű félelem	Erős félelem	Nagyon erős félelem

Milyen módon hatnak tehát Önre az alábbi szituációk?

		0	1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Ismeretlen emberekkel folytatott beszélgetés									
2.	Autómosó berendezésen való áthaladás autóval									
3.	Erős fizikai aktivitást igénylő játék a tűző napon									
4.	Gumimatrac gyors felfújása									
5.	Étkezőasztalnál szemtől-szemben ülve enni									
6.	Hegymászás meleg időben									
7.	Bódító gáz inhalációja fogásznál vagy műtét előtt									
8.	Találkozó vagy társasági összejövétel félbeszakítása									
9.	Előadás tartása									
10.	Egyedül végzett intenzív fizikai gyakorlatok									
11.	Távol kerülés az otthonától									
12.	Bemutatkozás egy új csoportban									
13.	Séta egyedül, ismeretlen helyen									
14.	Vezetés autópályán									
15.	Feltűnő ruházat viselése									
16.	Eltévedés lehetősége									
17.	Erős kávé fogyasztása									
18.	A nézőtér közepén ülni egy moziban									
19.	Futva megtenni néhány emeletet									
20.	Utazás alagútban vagy metróban									
21.	Beszélgetés telefonon									
22.	Idegenekkel való találkozás									
23.	Írás, miközben figyelik Önt									
24.	Emberektől zsúfolt szobába való belépés									
25.	Éjszaka egyedül maradni otthon									
26.	Az alkohol hatásának érzése									
27.	Egy hosszú, keskeny hídon való áthaladás									

8. sz. melléklet [STAI-S]

Néhány olyan megállapítást olvashat az alábbiakban, amelyekkel az emberek önmagukat szokták jellemezni. Figyelmesen olvassa el valamennyit, és karikázza be az állításhoz tartozó számok közül a megfelelőt, attól függően, hogy

ÉPPEN MOST HOGYAN ÉRZI MAGÁT

Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok. Ne gondolkodjon túl sokat, hanem a jelenlegi érzéseit legjobban kifejező választ jelölje meg!

	1 = egyáltalán nem	2 = valamennyire	3 = eléggé	4 = nagyon/teljesen
1. Nyugodtnak érzem magam.	1	2	3	4
2. Biztonságban érzem magam.	1	2	3	4
3. Feszültnek érzem magam.	1	2	3	4
4. Valami bánt.	1	2	3	4
5. Gondtalannak érzem magam.	1	2	3	4
6. Zaklatott vagyok.	1	2	3	4
7. Aggódok, hogy bajba keveredem.	1	2	3	4
8. Kipihentnek érzem magam.	1	2	3	4
9. Szorongok.	1	2	3	4
10. Kellemesen érzem magam.	1	2	3	4
11. Elég önbizalmat érzek magamban.	1	2	3	4
12. Idegess vagyok.	1	2	3	4
13. Nyugtalannak érzem magam.	1	2	3	4
14. Fel vagyok húzva.	1	2	3	4
15. Minden feszültségtől mentes vagyok.	1	2	3	4
16. Elégedett vagyok.	1	2	3	4
17. Aggódok.	1	2	3	4
18. Túlzottan izgatott és feldúlt vagyok.	1	2	3	4
19. Vidám vagyok.	1	2	3	4
20. Jól érzem magam.	1	2	3	4

9. sz. melléklet Az ASP faktorok 3, 5 és 6 faktoros struktúrája

Állítások	1	2	3
Úgy érzi, megfullad	,860		
Úgy érzi, nem tud rendesen lélegezni	,839		
Úgy érzi, nem kap elég levegőt	,832		
Úgy érzi, szédül, forog Önnel a világ	,792		
A megszokott környezet furcsának vagy nem valóságosnak tűnik	,715		
Úgy érzi, mintha légüres térben lenne	,699		
Egész teste zsibbadt, dermedt	,696		
Úgy érzi, fulladozik	,696		
Émelyeg, rosszul van	,676		
Ébren van, mégis úgy érzi, mintha el lenne kábulva	,671	,443	
Zsibbad az arca	,668		
Úgy érzi, hánynia kell	,659		
Szorít a mellkasa	,643		,512
Kihagy a szívverése	,636		
Úgy érzi, mintha ködben lenne	,628		
Úgy érzi, mintha valami megakadt volna a torkán	,626		
Verejtékezik az arca, noha nincs melege	,620		
Felfordult a gyomra	,611	,433	
A szíve lassabban kezd verni	,596		
Furcsának vagy másmilyennek érzi a testét	,590		
Rángatóznak az arcizmai	,589		
Mellkasi fájdalmat érez	,588		,515
A szíve kihagy egy ütést	,584		,414
Úgy érzi, szorít a torka	,574		
Gyengének érzi magát, úszik a feje	,542	,582	
Ki van fulladva, bár nem erőltette meg magát	,537	,407	
Úgy érzi, nem tud mély levegőt venni	,524		,429
Nehezen nyel	,510		
Bizsereg az ajka	,492	,401	
Bizonytalanul áll, könnyen kibillenthető az egyensúlyából	,475	,554	
Nehezen emlékszik a dolgokra	,470	,558	
Rázza a hideg, noha nem fázik	,450		
Hirtelen minden kimegy a fejéből	,408	,664	
Nehéz világosan gondolkodnia		,758	
Mellkasában égő érzetet érez		,450	
Úgy érzi, gombóc van a torkában		,652	
Fáj a gyomra		,547	
Remeg a keze		,465	

Felfújódik a gyomra		,579	
A szokásosnál gyakrabban kell vizelnie		,424	
Hőhullám söpör végig a testén		,577	,401
Nehezen koncentrálni		,849	
Könnyen elvonódik a figyelme		,831	
Hasmenése van		,471	
Székrekedése van		,498	
Folyton elragadják a kékretlen gondolatai		,718	
Csomóban van a gyomra		,675	,495
Az arca elvörösödik		,629	
Úgy tűnik, a gondolatok keresztülrohannak az agyán		,763	
Nem tud a feladatára koncentrálni		,832	
Megremeg a hangja		,743	
Gyorsan ver a szíve		,459	,801
Összekavarodnak a gondolatai		,784	
Lassabban gondolkodik, mint általában		,700	
Hangosan korog a gyomra		,590	
Bizsereg a keze		,568	
Hevesen ver a szíve		,413	,763
A nyakán érzi a szívdobogását			,687
Olyan hangosan ver a szíve, hogy hallani lehet			,670
A fülében dobog, pattog a szíve			,637

A teljes variancia 56, 87%-át magyarázza.

Állítások	1	2	3	4	5
Úgy érzi megfullad	,884				
Úgy érzi, nem kap elég levegőt	,833				
Úgy érzi, nem tud rendesen lélegezni	,828				
Úgy érzi, fulladozik	,786				
Úgy érzi, szédül, forog Önnel a világ	,726				
Úgy érzi, mintha légüres térben lenne	,698				
Egész teste szibbadt, dermedt	,697				
Úgy érzi, mintha ködben lenne	,655				
A megszokott környezet furcsának vagy nem valóságosnak tűnik	,642				
Mellkasi fájalmat érez	,636		,485		
Ébren van, mégis úgy érzi, mintha el lenne kábulva	,628	,452			
Úgy érzi, mintha valami megakadt volna a torkán	,624				
Szorít a mellkasa	,619		,471		

Verejtékezik az arca, noha nincs melege	,611			
Ki van fulladva, bár nem erőltette meg magát	,583			
Úgy érzi, nem tud mély levegőt venni	,574			
Furcsúnak vagy másmilyennek érzi a testét	,566	,406		
Émelyeg, rosszul van	,565		,521	
Úgy érzi, szorít a torka	,551		,406	
A szíve lassabban kezd verni	,543			
Kihagy a szívverése	,541			,509
Úgy érzi, hánynia kell	,530		,574	
Nehezen nyel	,507			
Zsibbad az arca	,505			,603
Gyengének érzi magát, úszik a feje	,491	,575		
A szíve kihagy egy ütést	,476			,540
Felfordult a gyomra	,471		,581	
Bizonytalanul áll, könnyen kibillenthető az egyensúlyából	,452	,521		
Nehezen koncentrálni		,837		
Könnyen elvonódik a figyelme		,830		
Nem tud a feladatára koncentrálni		,800		
Összekavarodnak a gondolatai		,798		
Nehéz világosan gondolkodnia		,779		
Úgy tűnik, a gondolatok keresztülrohannak az agyán		,759		
Folyton elragadják a kéretlen gondolatai		,724		
Lassabban gondolkodik, mint általában		,723		
Megremeg a hangja		,656		
Hirtelen minden kimegy a fejéből		,655		
Nehezen emlékszik a dolgokra		,567		
Bizsereg a keze		,555		
Úgy érzi, gombóc van a torkában		,531	,414	
Csomóban van a gyomra		,521	,523	,424
Hangosan korog a gyomra		,512		-,425
Az arca elvörösödik		,510		
Hőhullám söpör végig a testén		,486	,424	
Gyorsan ver a szíve			,826	
Hevesen ver a szíve			,788	
A nyakán érzi a szívdobogását			,674	
Olyan hangosan ver a szíve, hogy hallani lehet			,663	
A fülében dobog, pattog a szíve			,629	
Rázza a hideg, noha nem fázik				,446
Mellkasában égő érzetet érez				,581

Fáj a gyomra					,601
Felfújódik a gyomra					,634
A szokásosnál gyakrabban kell vizelni					,595
Székrekedése van					,435
Hasmenése van					,665
Rángatóznak az arcizmai					,653
Bizsereg az ajka					,497

A teljes variancia 63, 02 –át magyarázza.

Állítások	1	2	3	4	5	6
Úgy érzi megfullad	,880					
Úgy érzi, nem kap elég levegőt	,836					
Úgy érzi, nem tud rendesen lélegezni	,834					
Úgy érzi, fulladozik	,781					
Úgy érzi, szédül, forog Önnel a világ	,736					
Úgy érzi, mintha légüres térben lenne	,704					
Egész teste szibbadt, dermedt	,694					
Úgy érzi, mintha ködben lenne	,665					
A megszokott környezet furcsának vagy nem valóságosnak tűnik	,644					
Mellkasi fádalmat érez	,637		,492			
Ébren van, mégis úgy érzi, mintha el lenne kábulva	,634	,444				
Úgy érzi, mintha valami megakadt volna a torkán	,629					
Szorít a mellkasa	,624		,492			
Verejtékezik az arca, noha nincs melege	,617					
Ki van fulladva, bár nem erőltette meg magát	,587					
Émelyeg, rosszul van	,584			,479		
Furcsúnak vagy másmilyennek érzi a testét	,581					
Úgy érzi, nem tud mély levegőt venni	,567					
Úgy érzi, szorít a torka	,559					
Úgy érzi, hánynia kell	,549			,535		
Nehezen nyel	,523		,405			
A szíve lassabban kezd verni	,522					,449
Zsibbad az arca	,513				,618	
Kihagy a szívverése	,510					,657
Gyengének érzi magát, úszik a feje	,503	,563				
Felfordult a gyomra	,488			,551		
Bizonytalanul áll, könnyen kibillenthető az egyensúlyából	,474	,489				
A szíve kihagy egy ütést	,444					,682
Nehezen koncentrálni		,830				

Könnyen elvonódik a figyelme		,824			
Nem tud a feladatára koncentrálni		,795			
Összekavarodnak a gondolatai		,782			
Úgy tűnik, a gondolatok keresztülrohannak az agyán		,769			
Nehéz világosan gondolkodnia		,766			
Lassabban gondolkodik, mint általában		,744			
Folyton elragadják a kéretlen gondolatai		,700			
Hirtelen minden kimegy a fejéből		,678			
Megremeg a hangja		,618			
Nehezen emlékszik a dolgokra		,598			
Hangosan korog a gyomra		,531			
Úgy érzi, gombóc van a torkában		,517	,405		
Csomóban van a gyomra		,513	,543	,412	
Az arca elvörösödik		,500	,401		
Bizsereg a keze		,479			
Hőhullám söpör végig a testén		,468	,453		
Gyorsan ver a szíve			,847		
Hevesen ver a szíve			,802		
A nyakán érzi a szívdobogását			,690		
Olyan hangosan ver a szíve, hogy hallani lehet			,651		
A fülében dobog, pattog a szíve			,640		
Hasmenése van				,698	
A szokásosnál gyakrabban kell vizelnie				,633	
Felfújódik a gyomra				,618	
Mellkasában égő érzetet érez				,539	
Fáj a gyomra				,510	
Székrekedése van				,457	
Rázza a hideg, noha nem fázik				,403	
Rángatóznak az arcizmai					,626
Bizsereg az ajka					,582
Remeg a keze					,529

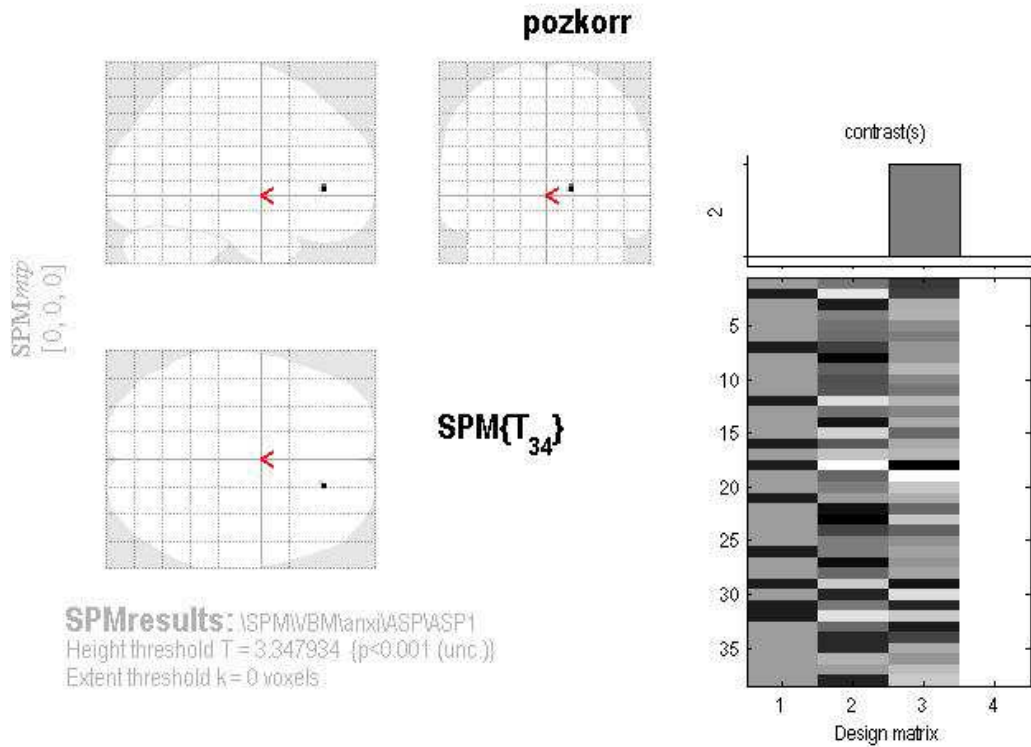
A teljes variancia 65, 51%-át magyarázza.

10. sz. melléklet Az ASP 4 faktorának leíró statisztikája.

	N		Mean	Std. Deviation
	Valid	Missing		
Hevesen ver a szíve	161	438	3,63	1,926
Lassabban gondolkodik, mint általában	161	438	3,02	1,737
Úgy érzi, nem tud mély levegőt venni	160	439	3,82	1,811
Hangosan korog a gyomra	161	438	1,96	1,504
Bizsereg a keze	161	438	2,95	1,749
Mellkasi fájdalmat érez	161	438	4,38	1,757
Összekavarodnak a gondolatai	161	438	3,47	1,884
Olyan hangosan ver a szíve, hogy hallani lehet	161	438	4,02	1,959
Úgy érzi, mintha ködben lenne	161	438	3,65	2,007
Hőhullám söpör végig a testén	161	438	3,47	1,874
Hasmenése van	161	438	2,83	1,801
Bizonytalanul áll, könnyen kibillenthető az egyensúlyából	161	438	3,71	1,683
Folyton elragadják a kéretlen gondolatai	161	438	3,08	1,930
Gyorsan ver a szíve	161	438	3,69	2,019
Úgy érzi, fulladozik	161	438	4,61	1,796
Csomóban van a gyomra	161	438	3,58	1,863
Egész teste zsibbadt, dermedt	161	438	4,45	1,778
Úgy tűnik, a gondolatok keresztülrohannak az agyán	161	438	3,16	1,860
Ki van fulladva, bár nem erőltette meg magát	161	438	3,83	1,787
A fülében dobog, pattog a szíve	161	438	3,66	1,894
Úgy érzi, mintha valami megakadt volna a torkán	160	439	4,01	1,662
Furcsának vagy másmilyennek érzi a testét	161	438	3,71	1,741
Verejtékezik az arca, noha nincs melege	161	438	3,70	1,724
Megremeg a hangja	161	438	2,84	1,746
Nem tud a feladatára koncentrálni	161	438	3,37	1,971
Nehezen nyel	161	438	3,61	1,751
Fáj a gyomra	161	438	3,33	1,826
Mellkasában égő érzetet érez	161	438	3,32	1,790
A megszokott környezet furcsának vagy nem valóságosnak tűnik	161	438	3,93	1,940
Úgy érzi, megfullad	161	438	4,71	2,029
A nyakán érzi a szívdobogását	161	438	3,81	1,944
Székrekedése van	161	438	2,32	1,576
Gyengének érzi magát, úszik a feje	161	438	3,55	1,757

A szíve lassabban kezd verni	161	438	2,72	1,670
Rázza a hideg, noha nem fázik	161	438	3,41	1,701
Nehéz világosan gondolkodnia	161	438	3,53	1,799
	161	438	3,18	1,774
Úgy érzi, gombóc van a torkában				
Úgy érzi, hánynia kell	161	438	3,72	1,921
Ébren van, mégis úgy érzi, mintha el lenne kábulva	161	438	3,72	1,861
Felfordult a gyomra	161	438	3,29	1,682
Nehezen emlékszik a dolgokra	161	438	3,56	1,833
Kihagy a szívverése	161	438	4,14	1,983
Bizsereg az ajka	161	438	2,99	1,773
	161	438	3,60	1,957
Hirtelen minden kimegy a fejéből				
Úgy érzi, szorít a torka	161	438	3,57	1,816
	160	439	3,69	1,975
Úgy érzi, mintha légüres térben lenne				
Úgy érzi, nem kap elég levegőt	161	438	4,58	1,899
Az arca elvörösödik	161	438	2,88	1,957
Felfújódik a gyomra	161	438	2,79	1,726
Émelyeg, rosszul van	161	438	3,79	1,701
A szíve kihagy egy ütést	161	438	3,81	1,967
Zsibbad az arca	161	438	3,64	1,805
Rángatóznak az arcizmai	161	438	3,52	1,881
Könnyen elvonódik a figyelme	161	438	2,81	1,761
Szorít a mellkasa	161	438	4,54	1,655
Nehezen koncentrálnak	161	438	3,28	1,908
	161	438	2,91	1,764
A szokásosnál gyakrabban kell vizelnie				
Remeg a keze	161	438	3,54	1,768
	161	438	4,52	1,793
Úgy érzi, nem tud rendesen lélegezni				
	161	438	4,41	1,835
Úgy érzi, szédül, forog Önnel a világ				

11. sz. melléklet. Az ASP első faktorának MR vizsgálati eredményének szemléltetése.



Statistics: p-values adjusted for search volume

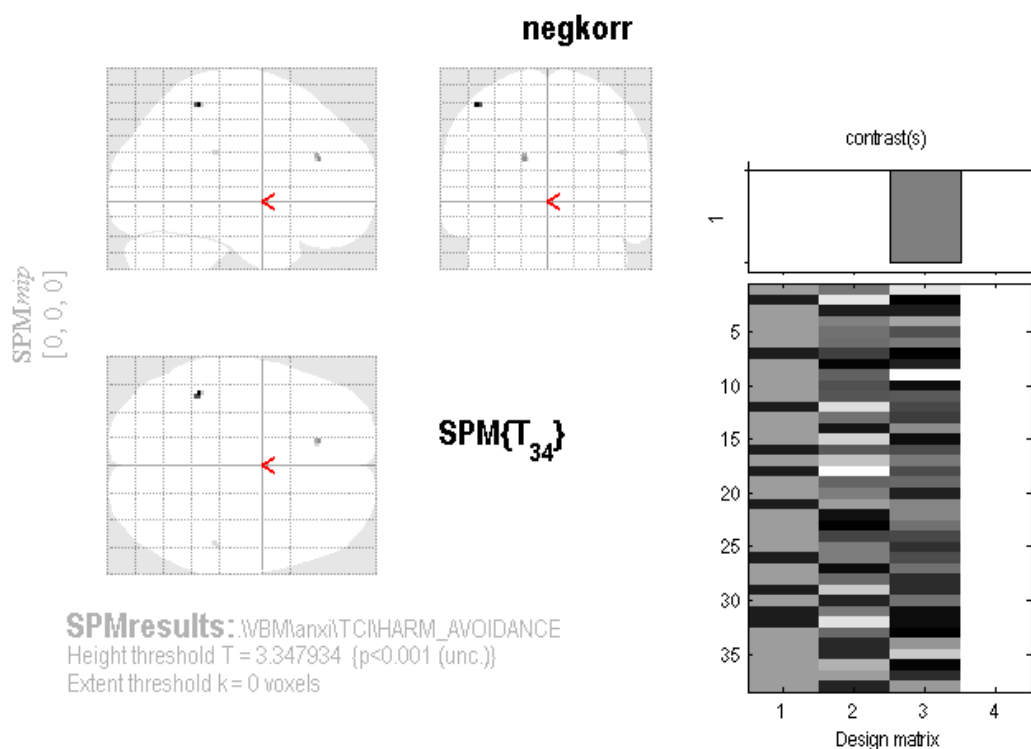
cluster-level			voxel-level					mm mm mm		
$p_{\text{corrected}}$	k_E	$p_{\text{uncorrected}}$	$p_{\text{FWE-corr}}$	$p_{\text{FDR-corr}}$	T	(Z_{max})	$p_{\text{uncorrected}}$			
0.938	3	0.871	0.807	0.757	3.68	3.35	0.000	16	40	4

table shows 3 local maxima more than 8.0mm apart

Height threshold: $T = 3.35$, $p = 0.001$ (0.959) ($p = 0.001$ (unc.))
 Extent threshold: $k = 0$ voxels, $p = 1.000$ (0.959)
 Expected voxels per cluster, $\langle k \rangle = 78.020$
 Expected number of clusters, $\langle c \rangle = 3.20$
 Expected false discovery rate, ≤ 0.76

Degrees of freedom = [1.0, 34.0]
 FWHM = 18.1 20.2 17.9 mm mm mm; 9.0 10.1 9.0 {voxels};
 Volume: 1323656 = 165457 voxels = 174.1 resels
 Voxel size: 2.0 2.0 2.0 mm mm mm; (resel = 818.72 voxels)

12. sz. melléklet. TCI Ártalomkerülés faktorra vonatkozó MR vizsgálat eredményének szemléltetése.



Statistics: p-values adjusted for search volume

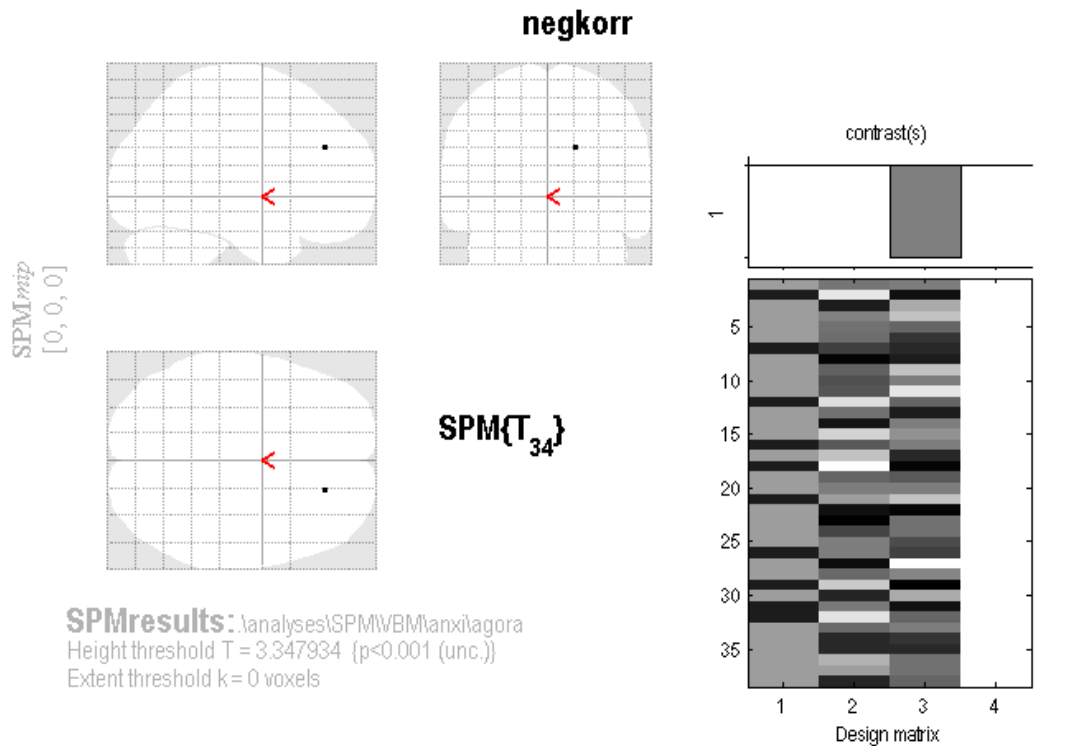
set-level		cluster-level			voxel-level					mm mm mm		
p	c	$p_{corrected}$	k_E	$p_{uncorrected}$	$p_{FWE-corr}$	$p_{FDR-corr}$	T	(Z_{\equiv})	$p_{uncorrected}$			
0.635	3	0.937	4	0.844	0.680	0.332	3.86	3.49	0.000	-44	-40	60
		0.942	3	0.869	0.890	0.332	3.55	3.25	0.001	-14	36	26
		0.947	2	0.899	0.952	0.332	3.39	3.12	0.001	48	-30	30

table shows 3 local maxima more than 8.0mm apart

Height threshold: $T = 3.35$, $p = 0.001$ (0.962) ($p = 0.001$ (unc.))
Extent threshold: $k = 0$ voxels, $p = 1.000$ (0.962)
Expected voxels per cluster, $\langle k \rangle = 75.967$
Expected number of clusters, $\langle c \rangle = 3.27$
Expected false discovery rate, ≤ 0.33

Degrees of freedom = [1.0, 34.0]
FWHM = 17.9 20.0 17.8 mm mm mm; 9.0 10.0 8.9 {voxels};
Volume: 1323656 = 165457 voxels = 178.8 resels
Voxel size: 2.0 2.0 2.0 mm mm mm; (resel = 797.17 voxels)

13. sz. melléklet. Az FSS agorafóbiás félelmekre vonatkozó faktor vizsgálatának MR eredményének szemléltetése.



Statistics: p-values adjusted for search volume

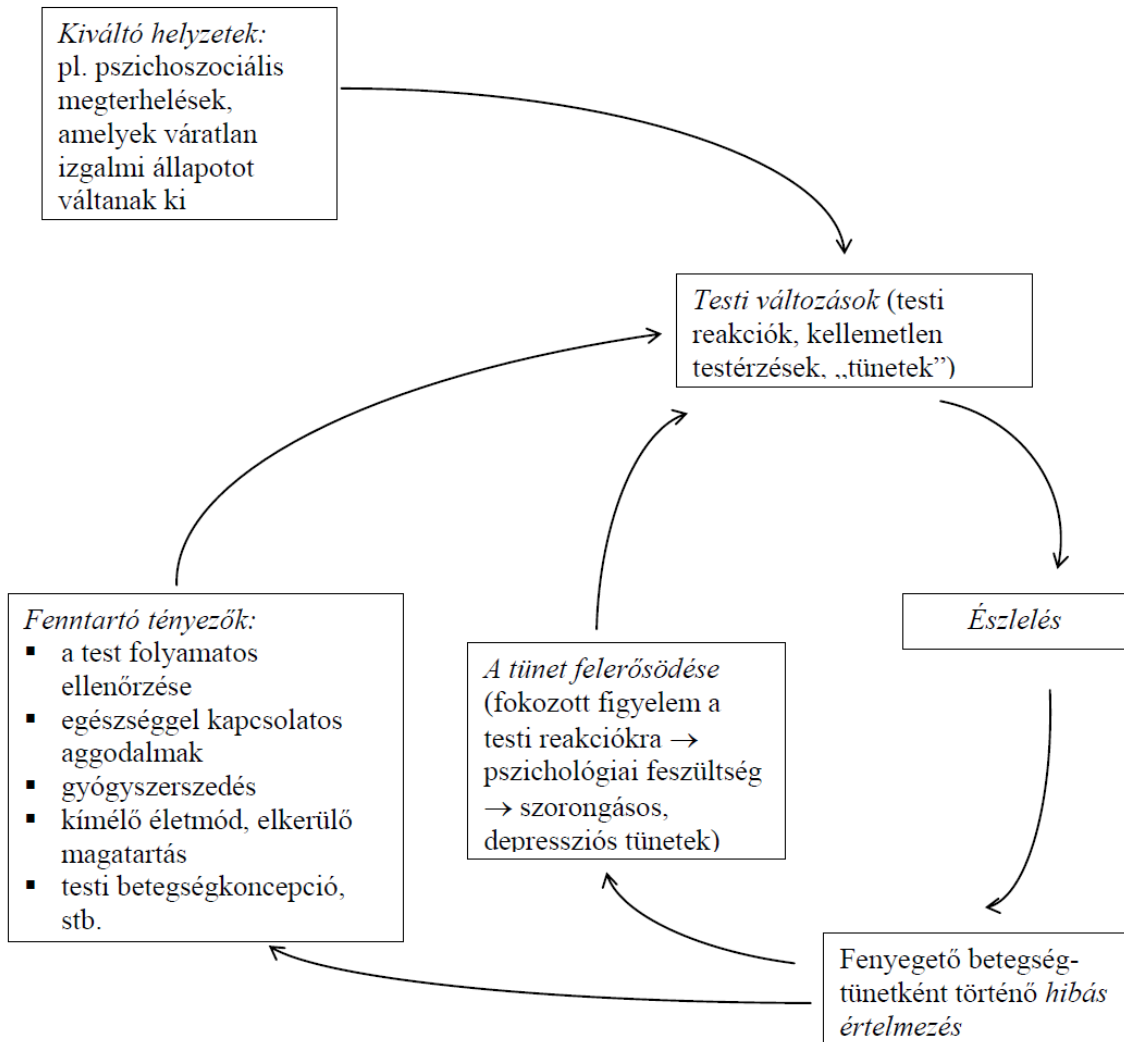
cluster-level			voxel-level					mm mm mm		
$p_{corrected}$	k_E	$p_{uncorrected}$	$p_{FWE-corr}$	$p_{FDR-corr}$	T	$(Z_{\underline{0}})$	$p_{uncorrected}$			
0.953	1	0.935	0.954	0.374	3.38	3.12	0.001	18	40	30

table shows 3 local maxima more than 8.0mm apart

Height threshold: T = 3.35, p = 0.001 (0.962) {p<0.001 (unc.)}
 Extent threshold: k = 0 voxels, p = 1.000 (0.962)
 Expected voxels per cluster, <k> = 76.211
 Expected number of clusters, <c> = 3.26
 Expected false discovery rate, <=> 0.37

Degrees of freedom = [1.0, 34.0]
 FWHM = 17.9 20.0 17.8 mm mm mm; 9.0 10.0 8.9 {voxels};
 Volume: 1323656 = 165457 voxels = 178.2 resels
 Voxel size: 2.0 2.0 2.0 mm mm mm; (resel = 799.73 voxels)

14. sz. melléklet. A kardiológiai tünetek és a szorongásos tünetek egymáshoz való viszonyának lehetséges modellje (Friezsch, évszám nélkül, id. Tiring, 2004)



I. Táblázat: A különböző pszichológiai iskolák és irányzatok főbb elképzelései, a szorongásról, és a pánikról (15. sz. melléklet)

<i>Evolúciós szemlélet</i>	<i>Genetikai vizsgálatok</i>	<i>Pszichofiziológiai nézőpont</i>	<i>Behaviorista álláspont</i>	<i>Pszichoanalitikus Nézőpont (lásd.III. 2. 2. 2.)</i>	<i>Fejlődéslélektani álláspont (lásd III. 2. 3.)</i>	<i>Kognitív nézőpont</i>	<i>Szociokulturális szempontok</i>	<i>Humanisztikus, egzisztencialista megközelítés</i>
NESSE: A félelem adaptív jelzés, de reális veszély nélkül jelenik meg (Nesse, 1987). A pániksindróma tüneteit az evolúciós nézőpont egységes adaptív jelzésként képes értelmezni.	A pánik betegségek genetikai örökletessége bizonyított, az elsőfokú rokonsági szinten 17%-os az egyértelmű betegségek előfordulási aránya (Kecskeméthy, 1985).	A zavar oka pszichofiziológiai szabályozási zavar (Kopp, 1992). A tünetek katasztrófizálása történik, bizonyos testi funkciók folyamatos megfigyelése által, és a testi funkciókban természetesen bekövetkező változások félreértelmezése szorongást eredményez, mely súlyosabbá teszi a tüneteket. Így megjelenik egy fokozott szimpatikus aktivitás, majd annak következményei. Ebben a megközelítésben a félelem elsődleges szerepet játszik a roham kialakításában (Szendi, 2000).	PAVLOV (1960, id. Noyes, 1998) a szorongást kondicionált válasznak tekinti. A szorongás keletkezése az ingerrek és a reakciók összefüggéseiből, tanulásméleleti alapokon (Salkovskis, 1998).	FREUD I. szorongáskoncepciója 1916-ban (Freud, 1986) (lásd.III. 2. 2. 2.).	BOWLBY (1963, id. Cole, 1998) a kötődésre és biztonságra való igényt hangsúlyozza.	CLARK és BECK (1989, id. Noyes, 1998) felveti, hogy a kognitív sémák, melyek kiváltják a szorongás érzelmi választ, általában gyermekkorban alakulnak ki, és átanulhatóak a kognitív intervenciók segítségével. A szorongás hátterében kognitív folyamatok állnak, megjelenésekor a megküzdési mechanizmusok borulnak fel (Beck, 1999). BECK (1999) és LAZARUS (id. Mórtoz, 2005) szerint a szorongás emocionális válasz, amely a félelem kognitív kiértékelésére jelenik meg. BECK (1999): kognitív sémák segítségével elsődleges értékelés (kontextus) → másodlagos értékelés (megküzdési módok) → újraértékelés.	A szorongásos tüneteket és a tünetekre adott válaszreakciókat befolyásolják az attitűdök, (Ozsváth, megjelenés alatti)	Szorongás akkor jelenik meg, ha a személy nem tudja elfogadni az énjét, vagy akadályoztatott lehetőségeinek, képességeinek kibontakozásában (Comer, 2000)
Kulcsingerek és szenzitív periódus szerepe jelentős (Berezkei, 2003).	A nők érintettsége kétszer, háromszor magasabb, mint a férfiaké, mind a pánikzavart, tekintve (Bitter, 1996b; Kecskeméthy, 1985; Szendi, 2000).						A nemi arányok megjelenése mögött állhatnak szociológiai tényezők is. (Ozsváth, megjelenés alatti)	A szorongó személynek nem volt része a feltétel nélküli elfogadásban, elismerésben (Comer, 2000).
A pánikbetegségek alapja egy elkerülő, védekező mechanizmus, melyek azért jöttek létre az evolúció során a természetes szelekció segítségével, hogy megvédjenek bennünket a különféle veszélyektől. Ez lehetőséget ad a téves riasztásra is (Nesse, 1999).	Trixler (1996) beszámol arról, hogy a pánikbetegségek kialakulásában több vizsgálat megerősítette az örökletes komponens szerepét. Az első fokú vérokonok esetében az előfordulás rizikója négyeszeresére – nyolcszorosára nő. Az előfordulás gyakorisága 2-21%. Nem általános tény, de több családban domináns öröklésmentet is kimutattak.	JAMES-LANGE-elmélet (1884, id. Kopp, 1992) „azért félünk, mert elfutunk” – szorongás, mint kognitív élmény azáltal, hogy a személyben tudatosulnak a szorongás élménnyel együtt járó vegetatív reakciók. Ez reflexszerűen váltódik ki, és játszódik le, az alapjai szimpatikus reakciók ↑ ↓		HERMANN IMRE elképzelései a szorongás kialakulásáról, amelynek filogenetikus eredete van (Hermann, 1984).	Az anya-gyerek kapcsolat korai sérülése a gyermeki exploráció örömeit is elveszi, így nem éli meg az ismeretlenről való félelem optimális mértékét (Kopp, 1992).	LAZARUS (1984, id. Mórtoz, 2005): 2 lépés: 1. emocionális reakció a helyzet kognitív kiértékeléséből és 2. az értékelés eredményének megfelelő megküzdés.	A szociális támasz hiánya, mint érzékenyítő tényező szerepe (Comer, 2000)	Kényszerűen megjelenik a személy életében a túlzó önkritika, irreális elvárásai vannak önmagukkal szemben (Comer, 2000)
A fulladástól való ósi, veleszületett félelemre is visszavezethető KLEIN (1987) szerint a pánik kialakulása.		CANNON-féle (1927, id. Atkinson, 1997) vérszreakció, mely a subcorticalis agyi központok szerepét emelik ki.	MOWRER (1947, id. Woodworth, 1986; Salkovskis, 1998): kétfaktoros szorongásemellete a klasszikus kondicionáláson alapszik; A menekülési reakció alapja az operáns kondicionálás, mert a sikeres menekülés által csökken a vegetatív izgalom, és ennek lesz megerősítő hatása. A szorongás konzerválását a tapasztalatok ismétlődése határozza meg (Fröhlich, 1996).	KLEIN (1935, id. Fonagy, 2005) szerint a neurotikus állapotok a két pozíció, a paranoid és a depresszív pozíció pszichotikus szorongásaiból alakulnak ki, melynek alapja a Freud-i halálöztön veleszületett szorongása. A Klein-i modell szerint a neurotikus zavarok oka a megoldatlan depresszív szorongás.	KAGAN (1988, id. Kulcsár 1995) szerint a pánik gyermekkori előzménye a viselkedéses gátoltság, mint temperamentum jellemző.	ROSEN (1998) szerint a szorongás alapja kognitív szempontból egy krónikus hipervigilancia, mely a fenyegető(nek velt) ingerekkel szemben jelenik meg.		
Menekülést segítő válasz a szorongás (Nesse, 1987), mivel a pánikroham szimptomáiból, melyet a DSM (2001) meghatározott, nyolc közvetlenül segíti a menekülést, vagy másodlagos megjelenése a menekülést segítő válasznak (Nesse, 1987).	Margraf (1988) arról számol be, hogy a pánikzavar erős genetikai háttérrel rendelkezik, amely nincs összefüggésben az egyéb szorongásos zavarra való hajlammal. Ugyanakkor fenntartja az adatok értelmezhetőségének nehézségét	PAPEZ (1937, id. Noyes, 1998) Canon-elméletét kiegészíti és a limbikus rendszer ill. reverberációs körök szerepét hangsúlyozza.		FREUD (1936, id. Kulcsár 1995); FENICHEL (1946, id. Kulcsár, 1995); FRANKEL (1974, id. Kulcsár, 1995) a pánik zavar regresszív jellegét hangsúlyozzák, amikor az ego működése nem hatékony.	SHEAR (1993, id. Kopp, 1992) szerint a szülő fenyegetőként való megélése döntő.	A vészhelyzet megjelenésének jellegzetes kognitív sémái vannak, melyek jól körülírhatóak (Kopp, 1992).	A társadalmi változások okozta helyzetek váltanak ki szorongásos reakciókat (Comer, 2000)	A terápia egyik fontos eszköze a biztonságnyújtás (Comer, 2000).
A nők evolúciós szerepük miatt érzékenyebbek (Nesse, 1987).		LINDSEY (1951, id. Molnár, 1987) az aktivitás szintje határozza meg a reakció erősségét		KERNBERG (1975, id. Kulcsár 1995) elmélete alapján a személynek a veszélyhelyzetben nincsenek megfelelő önnyugtató stratégiái, mert a belső tárgyképzlet elégtelen a korai tárgy belső reprezentációjának elégtelensége miatt. KERNBERG (1984, id. Fonagy, 2005) véleménye a neurotikusan szerveződő tünetekről, hogy azok alapja a valamennyire integrált, de elfojtott gyermeki szelfhez történő regresszió. A neurotikus személy, képes a negatív és pozitív szelf- és tárgyrepresentációk integráció bizonyos fokára, de ez en és a felettes én között konfliktus jön létre. A megjelenő szorongás annál intenzívebb, minél erősebbek és differenciálatlanabbak a kapcsolódó érzelmek.	MARKS (1970, id. Horgász, 2001): A szülő túlóvó magatartása fontos tényező a pánik zavarok kialakulásában. FONAGY (1998, 2001) és munkatársai által képviselt modern kötődésemelletek szerint a korai kapcsolatok befolyásolják a gyermek mentalizációs és reprezentációs képességeit, ha ez sérül, elvesz a biztos támpontja a világban. A szorongó anya nem képes megfelelően tükrözni a gyermek számára az élményeket, így nem alakul ki megfelelő reflektív funkció sem és végeredményben a szelf – fejlődés folyamata zavart szenved (Fónagy, 1998). A modern kötődésemellettel foglalkozó kutatók eredményei szerint a serdülőkorú szorongásos zavarok az elkerülő csecsemők 70%-ánál jelenik meg (Warren, 1997, id. Fonagy, 2005), illetve a bizonytalan kötődés rizikófaktoroként szerepel a későbbi depresszió illetve szorongásos zavarok kialakulásában (Fonagy, 2005).	A pánikroham szomatikus tüneteinek megjelenését téves séma segítségével értékeli ki a személy (Salkovskis, 2007; Szilvás, 2002).	Nesse (1999) szerint az evolúciósan adekvát pánikreakció azért jelenik meg, mert a génkészség nem tudja követni a hirtelen bekövetkezett társadalmi változásokat.	Az egzisztenciális szorongás általános alapfélelem (Comer, 2000).
A különbségek ellenére, a pánik és a szeparációs szorongás szorosan összefügg. A normális fejlődés során az egyik képesség át tud alakulni a másikká, és a fejlődési egymásra hatás a személyben azt eredményezheti, hogy megjelenik a két viselkedési mintának a kombinációja olyan helyzetekben, ahol a körülmények bizonytalanok, és egyaránt fenyegethetnek szeparációval vagy fizikai veszéllyel (Nesse, 1987).	Lieb (2005) beszámol markáns genetikai faktorokról, de speciális génekhez kötni nem tudja a betegséget.	SELYE (1956, id. Molnár, 1987) szociál-pszichobiológiai stresszkonceptója, mely szerint a szorongás komplex jelenség, életlenül a stresszre adott reakció az aktivációtól a kimerülésig (Selye, 1978). A folyamat autonómá válhat a feed-back mechanizmus zavarra miatt. FUNEKNSTEIN (1955, id. Fröhlich, 1996) az affektusokhoz jellegzetes periférikus változásokat, és azok neuronális, hormonális háttérét és hatásait hangsúlyozza. TOMKINS (1962, id. Fröhlich, 1996) az érzelmeknél az egyidejűleg működő neurokonstellációk sűrűségét tartja lényegesnek. Faciális feedback hipotézis elmélete a mimikai visszacsatolás fontosságáról.	SPENCE és TAYLOR (id. Fröhlich, 1996): készletési szorongásemellete szerint van egyéni szorongásra való hajlam és egy általános készletési szint.	A szorongásos és agorafóbias félelmektől szenvedő személy a szülő elleni agresszív késztetésekkel küzd folyamatosan, mely kudarcra van fűelve, ezért az önértekező alacsony, a külvilágot fenyegetőnek érzi, az ellenséges indulatokat főként a tünetek segítségével vezetik le (Kulcsár, 1995).		SPIELBERGER (1972, id. Fröhlich, 1996; 1983, id. Rachman, 2002): Aktuális szorongásállapotok a helyzet értékeléséből fakadnak, melyben fontos tényező az egyéni hajlam. A katasztrófizáló kognitívoknak központi szerepük van a szorongások alakulásában, ezen belül is a pánikzavarok megjelenésében, így a szorongás érzékenység (anxiety sensitivity) fogalma hasznos részét képezi a kognitív felfogásnak, mely olyan testi szenzációkat takar, amelyek lehetséges káros, megzavart működése fizikai vagy pszichológiai következményekkel járhat (Rachman, 2002).		A halálfélelem , a halálszorongás jelentősen hat az egyén belső dinamikájára (Yalom, évszám nélkül)
		A hippocampus a félelmi információk kontextus-specifikus folyamataiban vesz részt (Rosen, 1998), és ez egybevág a JACOBS és NADEL (1985) által leírt hippocampális funkciókkal.		HARASZTI (1989) pszichodinamikai szempontból négy szorongásfajtat különböztet meg: 1. Felettes-én szorongás: amely a túl erősen internalizált erkölcsi alapelvekből ered. 2. Kasztrációs szorongás: testi épség, képesség vesztes miatti félelem, mely szexuális funkciózavarral is járhat. 3. Szeparációs szorongás. 4. Ösztön-én vagy készletésszorongás: az indulatok feletti kontroll elvesztésétől való szorongás.	A pánik jelensége mögött ambivalens dependencia-igény, dependencia konfliktus tételvezhető fel (Kulcsár, 1995).	A védekező viselkedés kialakulásában fontos szerepet játszik egy specifikus kognitív terület, amelyet félelemmodulnak is neveznek (Berezkei, 2003).		
		A szerotonergias hipotézis szerint az agyi szerotonerg transzmisszió irányítja a fenyegető ingerre adott elkerülő viselkedést, az élmény érzelmi minősítését (Haraszti, 1995b), és az anticipációs szorongást (Kovács, 2002).				Modern tanulásméleti megközelítést dolgozott ki BOULTON, MINEKA, BARLOW (2001, id. Lieb, 2005), amely a kondicionáló folyamatok szerepét emeli ki, ahol a biológiai és pszichológiai faktorok is befolyásolják a kondicionáló folyamatok megerősödését. A tanulási folyamatok szerintük a vulnerabilitást növelik.		
		Donald F. KLEIN (1987) szerint a fulladást jelző rendszer funkciózavara mely ezáltal téves riasztást indít el, ezért is lehet kiváltani pánikrohamot CO2 belélegzésével.. SALKOVSKIS és CLARK (1998) modellje lényegében ugyanezt az okot képviseli (Kopp, 1991, 1992, 1995).						
		DAVIS (1992, id. Noyes, 1998) és LeDOUX (1993, id. Noyes, 1998): az amygdalának kintüntetett szerepe van a félelem megjelenésében. Az amygdala a jel – specifikus félelmek, illetve a belső félelmek kialakulásában is fontos (Rosen, 1998), mivel a negatív ingerre adott válasz eldöntésében fontos szerepe van (Tringer, 1996).						
		Központi idegrendszeri aktiváció, vegetatív, szimpatikus idegrendszeri elváltozások, a neurotranszmitter és a neuromodulátor rendszer elváltozásai a hormonrendszer működésének áthatása, anyagcsere-változások, valamint az izomtonus általános emelkedése. (Bánki, 1995b; Molnár, 1987; Tringer, 1996).						