

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM BÖLCÉSZETTUDOMÁNYI KAR
PSZICHOLÓGIA DOKTORI ISKOLA
SZEMÉLYISÉG ÉS EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIA PROGRAM

REZILIENCIA A SERDÜLŐKORI ANOREXIA NERVOSABAN

Doktori (PhD) disszertáció

Kövesdi Andrea

Témavezető:

Dr. Nagy László



Pécs, 2017

TARTALOMJEGYZÉK

| | |
|--|----|
| 1. Bevezetés | 7 |
| 2. Az „Affektív forradalomtól” a rezilienciáig | 10 |
| 2.1. Tudománytörténeti események, „Affektív forradalom” | 10 |
| 2.1.1. Pozitív pszichológia kezdetei | 11 |
| 2.1.2. A pozitív pszichológia előfutárai | 12 |
| 2.1.3. A pszichológia alkalmazásterületeinek változása a XX. században | 12 |
| 2.2. A Pozitív pszichológia elméletalkotói | 13 |
| 2.3. A boldogság és a szubjektív jóllét | 16 |
| 2.3.1. A szubjektív jóllét sajátosságai a mindennapi életben | 17 |
| 2.4. Kutatások a pozitív pszichológia szellemében | 18 |
| 2.4.1. Stressz és megküzdés | 18 |
| 2.4.2. A megküzdést segítő pozitív személyiségvonások, protektív faktorok | 19 |
| 2.4.3. A savoring jelensége | 24 |
| 2.5. Reziliencia | 25 |
| 2.5.1. A fogalom kialakulása és az alkalmazása a különböző tudományterületeken | 26 |
| 2.5.2. A reziliencia jelenségét érintő első leírások, kutatások | 27 |
| 2.5.3. Reziliencia megfogalmazása a pszichológiatudományban | 27 |
| 2.5.4. Longitudinális reziliencia kutatások, nézőpontváltás | 28 |
| 2.5.5. A rezilienciát támogató folyamatok | 32 |
| 2.5.6. Reziliencia szerepe az egészségpszichológiában és a klinikai pszichológiában. | 33 |
| 2.5.7. Reziliencia vizsgálatok krónikus betegség serdülőkkel | 37 |
| 2.5.8. Reziliencia vizsgálata veszteségben és traumában | 38 |
| 2.5.9. Reziliencia vizsgálat evészavarokban | 39 |
| 2.5.10. Reziliencia kutatások összegzése | 41 |
| 2.6. Érzelmszabályozás | 41 |
| 2.6.1. Az érzelmszabályozás meghatározása | 42 |
| 2.6.2. Megküzdés és önszabályozás | 43 |
| 2.6.3. Az érzelmszabályozás fejlődéslélektani aspektusa | 44 |
| 2.6.4. Az érzelmszabályozás és a kötődési rendszerek kapcsolata | 45 |
| 2.6.4.1. Érzelmszabályozás és mentalizáció | 48 |
| 2.6.4.2. A szülői érzelmtükrozés bioszociális elmélete | 50 |

| | |
|--|----|
| 2.6.5. Érzelemszabályozó adaptív és maladaptív stratégiák | 51 |
| 2.6.6. Az érzelmek kognitív fejlődés modellje | 52 |
| 2.6.7. Az érzelemszabályozás a pszichoszomatikus működésben | 52 |
| 2.6.7.1. Alexitimi | 54 |
| 2.6.7.2. Pszichoszomatikus érzelemszabályozás evészavarokban | 56 |
| 2.7. A szelf fejlődés és a motiváció | 57 |
| 2.7.1. A szelf fejlődés motivációs elmélete | 57 |
| 2.7.1.1. A patológiás szelf fejlődés - hamis szelf | 60 |
| 2.7.1.2. Szelf konkordancia modellje | 61 |
| 2.8. Gyermek és serdülőkori evészavarok - anorexia nervosa | 63 |
| 2.8.1. Anorexia nervosa, történeti áttekintés | 63 |
| 2.8.2. Diagnosztikus kritériumok | 65 |
| 2.8.2.1. A komorbiditás spektruma | 67 |
| 2.8.3. Epidemiológia és Etiopatogenezis | 69 |
| 2.8.3.1. Az evészavarok multidimenzionális felfogása | 70 |
| 2.8.4. Az evészavarok elméleti modelljei | 72 |
| 2.8.4.1. Az evészavarok kognitív modellje | 73 |
| 2.8.4.2. Az evészavarok pszichodinamikus megközelítése | 76 |
| 2.8.4.3. Az evészavarok kötődéseméleti megközelítése | 78 |
| 2.8.4.4. Az evészavarok rendszerszemléletű megközelítése | 78 |
| 2.8.5. Személyiségzavarokra jellemző személyiségvonások az evészavarok | 80 |
| 2.9. Szondi sorsanalízise | 82 |
| 2.9.1. Tudattalan és tudatos működés | 82 |
| 2.9.2. Szondi Lipót sorsanalízise és a kísérleti ösztöndiagnosztika | 84 |
| 2.9.2.1. A sorsanalízis alapvető gondolatai | 85 |
| 2.9.2.2. Szondi ösztöntanának alapvető fogalmai | 85 |
| 2.9.2.3. Génelméleti alapok Szondi elméletében | 87 |
| 2.9.2.4. A mentális egészség megjelenése Szondi elméletében | 88 |
| 3. Kérdésfeltevés és a vizsgálat bemutatása | 89 |
| 3.1. Célkitűzések és a vizsgálati hipotézisek | 89 |
| 3.2. A vizsgálati minta és a vizsgálat helyszínei | 90 |
| 3.2.1. Az eljárás menete | 91 |
| 3.2.2.1. Adattisztítás és az AN1 csoport szűrése | 92 |
| 3.3.2. Minta 1.1 adatai, az AN1 csoport kizárása után | 92 |
| 3.3. FELHASZNÁLT MÉRÉSI ELJÁRÁSOK | 93 |

| | |
|---|-----|
| 3.3.1. Statisztikai eljárások rövid bemutatása | 100 |
| 3.4. EREDMÉNYEK | 102 |
| 3.4.1. Reziliencia csoportos összehasonlítása | 102 |
| 3.4.2. Reziliencia és SAFA Depresszió, Szorongás és Táplálkozás összefüggései | 103 |
| 3.4.2.1. Regresszió számítás az AN csoportban | 105 |
| 3.4.4.2. Főkomponens elemzés a SAFA/D, Sz, T alskálái között a TM mintán | 106 |
| 3.4.4.3. Regresszió elemzés a SAFA főkomponens elemzés tengelyei és a Reziliencia között AN mintán | 108 |
| 3.4.3. A Reziliencia és a Depresszió alskáláinak vizsgálata a teljes mintán (TM) | 111 |
| 3.4.3.1. Korreláció számítás a TM mintán Depresszió alskálák és Reziliencia összefüggésében | 111 |
| 3.4.3.2. SAFA Depresszió alskálák és Reziliencia összefüggését vizsgáló regresszió számítás | 113 |
| 3.4.3.2.1. A Biztonságérzet hiányának moderáló hatása a Szomorúság és Reménytelenség összefüggésére | 114 |
| 3.4.3.2.2. Biztonságérzet hiánya moderáló hatása Büntudatra és Reziliencia összefüggésére | 115 |
| 3.4.4. A Reziliencia, Depresszió és az Interoceptív tudatosság összefüggései az érzelemszabályozásban | 116 |
| 3.4.4.1. Reménytelenség, Anhedónia és Inadekvátság érzés hatása a Rezilienciára az Interoceptív tudatosság mediáló hatásán keresztül az AN csoportban | 118 |
| 3.4.4.1.1 Az Interoceptív tudatosság mediáló hatásának vizsgálata a Reménytelenség és Reziliencia kapcsolatában | 119 |
| 3.4.4.1.2. Az Interoceptív tudatosság mediáló hatásának vizsgálata az Anhedónia és Reziliencia kapcsolatában | 120 |
| 3.4.4.1.3. Az Interoceptív tudatosság mediáló hatásának vizsgálata az Inadekvátság érzés és Reziliencia kapcsolatában | 121 |
| 3.4.5. Az Én-ézés és az Interoceptív tudatosság hiányának összefüggései a Rezilienciával | 123 |
| 3.4.5.1. Az EDI “üres és ismeretlen-én” skála és a NEO-PI-R Extraverzió és Neurotikusság skálák kapcsolatának vizsgálata | 126 |
| 3.4.6. Az Optimizmus, Érzelemgazdagság és Reziliencia csoportos összehasonlítása | 128 |

| | |
|--|-----|
| 3.4.7. A KO és az AN jellemző profilképek | 130 |
| 3.4.7.1. Profilkép a SAFA alszkálái (SZ, D, T) alapján | 130 |
| 3.4.7.2. A KO és AN jellemző profolképek az EDI Kérdőív skálái alapján | 136 |
| 3.4.7.3. A KO és AN jellemző profolképek a NEO-PI-R skálái alapján | 137 |
| 3.4.7.4. A KO és AN jellemző profilképek a ZKA-PQ Személyiség Kérdőív skálái alapján | 145 |
| 3.4.8. Testképre vonatkozó adatok a teljes mintában (TM) | 146 |
| 3.4.9. A 10 profilos Szondi teszt elemzése | 150 |
| 3.4.9.1. Az adatok elemzése Mennyiségi módszerrel | 150 |
| 3.4.9.2. A leggyakrabban előforduló ösztönosztály csoportos összehasonlítása kvalitatív módszerrel | 151 |
| 3.4.9.3. A megosztott, kiürített-és a telített reakciók összehasonlítás TM-n | 152 |
| 3.4.9.4. Az AN csoportban leggyakrabban előforduló "Cm" ösztönosztály csoportos összehasonlítása kvalitatív módszerrel. Szél-Közép módszer | 153 |
| 3.4.9.5. Csoportos összehasonlítása a Szexuál-index alapján TM-n | 154 |
| 3.4.9.6. Csoportos összehasonlítása a Szociál-index alapján a TM-n | 155 |
| 3.4.10. Az AN1 csoport kiszűrése és kizárása a mintából | 156 |
| 3.4.10.1 Az AN1 csoport jellemzői | 158 |
| 4. Eremények megbeszélése és kitekintés | 160 |
| 4.1. A személyiségprofil és az érzelemszabályozás csoportos összehasonlítása | 160 |
| 4.2. Reziliencia és az érzelemszabályozás összefüggése | 163 |
| 4.2.1. SAFA Depresszió, Szorongás és Táplálkozás skálák kapcsolata, csoportok közötti összehasonlítás szerint | 163 |
| 4.2.2. Az AN csoport sajátosságai | 163 |
| 4.2.3. Moderáló vizsgálat eredményei, Rezilienciát befolyásoló hatások | 165 |
| 4.2.4. Mediáló hatások összefoglalása, az Interoceptív tudatosság szerepe az érzelemszabályozásban | 167 |
| 4.2.4.1. Mérési eszközök alkalmazási lehetősége | 170 |
| 4.2.5. Az érzelmek színezete, és pszichodinamikus összefüggések a Szondi teszt értelmezése szerint | 171 |
| 4.3. Az Én-állapot és a reziliencia összefüggése | 173 |
| 4.3.1. Az Én és az Interoceptív tudatosság összefüggése a Rezilienciával | 173 |
| 4.3.2. A Testképre vonatkozó adatok, és a BMI és Reziliencia kapcsolata | 176 |
| 4.4. A vizsgálat pszichometriai vonatkozásai | 181 |
| 4.4.1. A vizsgálat módszertani limitációi | 182 |

| | |
|--|-----|
| 4.5. KITEKINTÉS | 183 |
| 4.5.1. Terápiás javaslat az eredmények tükrében serdülő AN lányoknál | 183 |
| 4.5.1.1. Az egyéni pszichoterápia fókusza | 184 |
| 4.5.2. További kutatási lehetőségek | 187 |
| 4.6. Köszönetnyilvánítás | 189 |

1. BEVEZETÉS

*„Vigyázz, hogy világosat gondolsz-e, vagy sötétet; mert amit gondoltál, megteremteted.”
(Weöres Sándor)*

A kutatói kérdésem magja a témaválasztáskor, az érzelmek hatása a reziliencia jelenségére (melyet a továbbiakban lelki ellenállóképességként vagy rugalmas alkalmazkodásként is említek a szöveggörnyezet függvényében). A minta kiválasztásában szerepet játszott a pszichoszomatikus betegségeket jellemző érzelmkifejezés hiánya, ami indokoltá tette az evészavaros betegpopuláció vizsgálatát. Az evészavarokon belül, az anorexiás (továbbiakban: AN) kamaszlányok kiválasztását gyakorlati érdek is vezette a tudományos érdeklődés mellett. Reméltem, ha tisztábban átlátom az érzelmi komponensek szerepét a lelki ellenállóképesség változásában, akkor a mindennapi munkámban is felhasználhatom a kutatás eredményeit, a súlyos AN lányok kezelésében a hatékonyság növelésével.

Az ezredfordulón zajló „affektív forradalom” nyomán megerősödő pozitív pszichológia térhódításával a pszichológiai gondolkodásban paradigmaváltás következett be. Hangsúlyossá vált a pozitív és negatív érzelmek szerepének a vizsgálata. Az érzelmek hatását az egészség- és betegség kialakulásában és fenntartásában számos kutatással bizonyították. Továbbá a pozitív pszichológia mellett elkötelezett kutatók vizsgálják a személyiség szerepét a boldogság, jóllét, egészség összefüggésében. A személyiség protektív faktorainak azonosításával a személyiség erőforrásai megfogalmazódtak, melyek a nehéz életkörülmények között, traumatikus élethelyzetben előremozdítják a gyógyulást. A reziliencia képességével a személy képes befolyásolni, szabályozni a pszichés és szomatikus egyensúly helyreállítását.

A dolgozatban az AN serdülő lányok reziliencia vizsgálata kerül bemutatásra. A fejlődési pszichopatológia elméleti kerete evolúciós megközelítése, és integráló jellege biztosítja a biológiai, pszichológiai és szociális-kontextuális tényezők közötti kölcsönhatások figyelembevételét, és az elmélet folyamat jellegű felfogása segíti a pszichodinamikus gondolkodást az AN pszichoszomatikus tünetképzésével kapcsolatban. A fejlődési

pszichopatológia célja a mentális betegségek kialakulásában szerepet játszó rizikótényezők megfogalmazása és megértése.

A pszichoszomatikus megbetegedések között az evészavarok paradigmaticus értékkel bírnak. A betegségben ötvöződik látványosan a társadalmi kulturális hatás és a pszichológiai vonatkozások összejátszását a szomatikus tényezőkkel. Jelen kutatás érzelmi komponensekre fókuszáló vizsgálata, reményeim szerint új aspektussal egészíti ki a korábban leírt pszichoszomatikus tünetképzést, az AN-ban. Az evészavarok kontinuum szemlélete jól megjeleníti a pszichoszomatikus tünetképzés változékonyságát és lehetőséget teremt a holisztikus megközelítésre. A holisztikus nézőpont előnye, azon túl, hogy megértjük a betegség működését kiváltó és fenntartó tényezőit a terápiás intervenciók megfogalmazását is segíti, mely szintén bio-pszicho-szociális keretben valósulhat meg. A komplex megértést lehetővé teszi a rendszerszemléletű cirkuláris gondolkodás a patológiák kialakulásában és fenntartásában. A dolgozat témaválasztásának aktualitását adja, hogy a gyermek- és serdülő korosztályban a pszichiátriai kórképek közül az AN, a harmadik leggyakrabban előforduló betegség, mely súlyos esetben mortalitással jár. Egyre fiatalabb megbetegedés kezdet figyelhető meg, nem ritka ma már a prepubertás kori súlyos lesoványodás. A korai betegségkezdet nem csak a szomatikus fejlődés maradandó károsodásait (pl.: csontozat) veti fel, hanem az én- és érzelemszabályozás maradandó károsodását is hordozza a pszichoszomatikus tünetképzés állandósulásával. A szabályozási probléma az orális tünetképzés mellett, a személyiség számos területét érinti komplex módon. Az evészavar témájával találkozhatunk az iskolában, az interneten, rádióban, televízióban és családban, rendelőben, kórházban és számtalan tudományos fórumon. Azonban úgy tűnik a betegség gyakoriságát nem befolyásolja jelentősen a gyakori és széles körben hallható kommunikáció. A mélyebben meghúzódó betegség kiváltó tényezőket a tudatos ismeretterjesztés csekély mértékben befolyásolja, azonban a felvilágosítás a korai felismerést segíti.

Az AN betegség kialakulásában szerepet játszó érzelmekről Hilde Bruch gazdagon ír, azonban a következő évtizedekben a betegség kognitív összefüggéseinek és a családi működés rendszerszemléletű megértésén volt a hangsúly. A dolgozat célja, az AN-t kiváltó és fenntartó érzelmi tényezők mérése, és a reziliens válaszreakció szempontjából a változtatás lehetőségének megfogalmazása az empirikus eredmények figyelembevételével.

Az AN betegek kezelését jellemzi a sokszempontú megközelítés, az intenzív és fókuszált figyelem, megterhelő érzelmi színezettel, többnyire fárasztó a velük végzett terápiás munka. A felsorolt jelenségek nyomatit a dolgozat is magán hordozza, a sokrétű összefüggések

követése és azok integrálása szintén fáraszthatja az olvasót. Az ábrák segítik a bemutatott összefüggések áttekintését.

Az második fejezetben az „affektív forradalom” gyökereiről, történetéről és hatásairól olvashatunk napjaink empirikus kutatásaira, úgymint a jóllét, boldogság, a személyiség protektív összefüggései és a reziliencia. Tárgyalásra kerülnek azok a longitudinális kutatások, melyek igazolták a reziliencia élethosszig tartó változásának lehetőségét. Más vizsgálatok a negatív és pozitív érzelmek összefüggését mutatják be a jóllét és az egészség szempontjából. Az érzelemszabályozás fejlődési, kötődési aspektusainak bemutatásával és a mentalizáció elméletével áttekintjük a pszichodinamikai értelmezések alapvető összefüggéseit, és végül az érzelmek differenciált fejlődését a kognitív elmélet alapján érthetjük meg. A szelf fejlődésének motivációs és önszabályozó működése meghatározó a célok elérésében, melyet az önmagunkról alkotott én-képünk határoz meg. Az egészséges és patológiás én-fejlődés hatással van a törekvéseinkre, így a patológiás célok meghatározásában is szerepe lehet. Ezt követően az evészavarok kialakulása, diagnosztikai rendszere és számos magyarázó elméletének részletes bemutatása olvasható. A fejezetet a tudattalan létezését bizonyító modern vizsgálatok összefoglalása és Szondi sorsanalízisének tárgyalása zárja.

A dolgozat harmadik fejezete a vizsgálati eljárásokat és az eredményeket ismerteti. A pszichoszomatikus, AN pszichés sajátosságait figyelembe véve mind verbális önkítöltős tesztekkel, mind projektív eljárással vizsgáljuk az összefüggéseket. A projektív eljárástól az AN betegséget befolyásoló tudaton kívül eső tartalmak megjelenését várjuk, melyek mérése az önbevallós tesztekkel értelemszerűen nem várható. Bemutatásra kerül a hangulat, az érzelemszabályozás, és az érzelmek- test- és én viszonyulása a reziliencia összefüggésében.

A negyedik fejezetben az eredmények megbeszélése és vizsgálat limitációi kerültek, illetve a kitekintésben olvashatók a vizsgálat terápiás relevanciái és a további vizsgálati lehetőségek.

2. AZ „AFFEKTÍV FORRADALOMTÓL” A REZILIENCIÁIG

2.1. TUDOMÁNYTÖRTÉNETI ESEMÉNYEK „AFFEKTÍV FORRADALOM”

A pszichológia tudományban, több szerző is az érzelmekre és az érzelmi működés felé fordította kutatói érdeklődését a századforduló időszakában. Zajonc 1998-ba terjedelmes fejezetet jelentetett meg az érzelmekről a *Handbook of Social Psychology*-ban. Számos érzelmekre fókuszáló szakfolyóirat indult a '80-as évek közepétől pl.: *Emotion and Cognition, Consciousness and Emotion*. Ekman és Scherer kezdeményezésére Párizsban megalakult az *International Society for Research on Emotion* (ISRE). Davidson, Ekman és Scherer szerkesztésében a *Series in Affective Science* elnevezésű monográfia sorozat jelent meg (Pataki, 2004). Az érzelmek kutatásának a '80-as évekbeli fellendülését, ma "affektív forradalom"-ként említjük.

Pataki hangsúlyozza, hogy a "kognitív forradalom" túlságosan meghatározta az én-rendszer kutatását, és figyelmen kívül hagyta az érzelmi komponenseket (Pataki, 2004). Noha már korábban James, és később Tajfel (1972) is felhívja a figyelmet az érzelmi élmények szerepére az én-rendszer alakulásában, Zajonc (1998) pedig megfogalmazza, hogy az "érzelmek kevés figyelemben részesülnek" (James, 1902, Tajfel, 1972, Zajonc, 1998, pp.591). Leventhal (1980) az affektivitással kapcsolatban a koherens tudásrendszer hiányáról ír, mivel feltételezi, hogy önálló jelentésviláguk körvonalai elmosódtak. Úgy látja, hogy az érzelmek másodlagos-rejtett történéseként hozzátapadnak más pszichikus folyamatokhoz, azoknak alárendelt komponenseiként (Leventhal, 1980).

A fenti szerzők - a teljesség igénye nélkül - hozzájárultak az affektív kutatások megszorodásához, azonban ha egy történéshez szeretnénk kötni az affektus-kutatás újjászületését, akkor Zajonc 1980-ban megjelent tanulmányát - *Feeling and thinking: preferences need no inferences* - emelhetjük ki (Zajonc, 1980, Pataki, 2004). Az általa felvetett téma - az érzelmek elsődlegessége és a kogníciótól független mivolta - szakmai körökben azóta is élénk vita tárgya és számos kutatót inspirált az affektusok, érzelmek¹,

¹ Az affektus és érzelem (emóció) kifejezéseket többnyire szinonimaként használjuk, azonban az affektus tágabb jelentést hordoz, mivel valamennyi érzelmi epizódot magában hordozza, így a hangulatokat is magába foglalja (Pataki, 2004)

vizsgálatára. Az érzelmek és élmények kutatásából indult és fejlődött, a mára már önálló tudományterületként jegyzett pozitív pszichológia. Továbbiakban a pozitív pszichológia történeti és elméleti keretének és a reziliencia témakörének megtárgyalása következik.

2.1.1.A pozitív pszichológia kezdetei

A pozitív pszichológia mozgalma lényegében egy kiáltvány megjelenésével indult a XXI. század hajnalán, Martin Seligman és Csíkszentmihályi Mihály (2000) az “új évezred” pszichológiájának küldetését és feladatait fogalmazta meg, miszerint meg kell érteni és empirikus módszerekkel kell elemezni a pozitív humán működés mechanizmusait, olyanokat, mint az evolúciós eredet, fiziológiai működés, személyiségfunkciók, társas magatartás és a közösségi lét összefüggései (Nagy, Oláh, 2013).

A pozitív pszichológia szellemiségében legközelebb a humanisztikus pszichológiához áll, azonban míg ez utóbbi elsősorban a terápiás hatásra és a személyiségfejlesztés gyakorlatára helyezi a hangsúlyt, addig az első szigorúan empirikus kutatási eredményekre támaszkodik. Jelentős újításokat képvisel az alapfogalmak és a célkitűzések szempontjából (Nagy, Oláh, 2013).

A tudományos vizsgálat középpontjába helyez olyan alapfogalmakat, mint a szubjektív élmények, és új konstruktként vezet be a flowt, érzelmi intelligenciát, erősségeket, és kutatja a bölcsesség, szerelem, reziliencia témáját.

A pozitív pszichológia feladata nem csupán a patológia, gyengeség és károsodás tudománya, hanem az erő és a kiválóság tudománya is (Seligman, Csíkszentmihályi, 2002).

Seligman és Csíkszentmihályi (2002) a célkitűzésben új nézőpontból fogalmazza meg a pszichológia feladatát:

A pozitív pszichológia az ember “jó” oldalát emeli a figyelem középpontjába, az embert szabad akarattal és autentikus pozitív érzésekkel rendelkező lényként szemléli, aki autonóm célokat követ, és céltudatos választása mentén képes arra, hogy negatív érzelmi állapotait kontroll alatt tartsa, illetve képes önmagát előremozdítani, hogy minél több pozitív élményben legyen része (Nagy, Oláh, 2013). A pozitív pszichológia emberképe autonóm és adaptív

érzelemszabályozással bír és hatékonyan tevékeny. Az adaptív érzelemszabályozásról és a szelf hatékony működéséről dolgozatunk későbbi (2.6 és 2.7. fejezet) részében olvashatunk.

2.1.2. A pozitív pszichológia előfutárai

A pozitív pszichológia filozófiatörténeti előfutárai John Stuart Millt, aki az emberi motívumokat nem a haszonelvvel magyarázza, Williem Stern, aki a személyiség megértéséhez az individumot állítja előtérbe, és Karl Bühler, aki szerint minden viselkedés érdemteli és saját kezdeményezésű (Pléh 2004).

A pozitív pszichológia megszületéséhez hozzájárult még, Maslow pozitív szemlélete a személyiség tanulmányozásában, Allport összefoglalója az érett személyiségjegyekről, melyek közül néhány a pozitív pszichológia fontos eleme. Rogers a jól funkcionáló ember megértésére törekedett és pozitív jegyeinek leírásával megalapozta a pozitív személyiségvonások rendszerbe foglalását. With elmélete és az effektancia-motívum fogalma, ami az egyén azon törekvését ragadja meg, hogy hatékony interakciót kezdeményezzen a környezetével szintén a pozitív pszichológia megfogalmazásához járult hozzá. With szerint ez a képesség az én-hatékonyosság, kontrollképesség kialakulását segíti. Atkinson a sikerorientáció teljesítményfokozó hatásával foglalkozott. Lazarus pedig a stresszel való megküzdés kutatási eredményeként megfogalmazta az egyén legpozitívabb alkalmazkodási erőfeszítését, ami elvezetett az érzelemszabályozás vizsgálatokhoz és tágabb értelemben szintén a pozitív pszichológia megszületését támogatta (Oláh, 2004).

2.1.3. A pszichológia alkalmazásterületeinek változása a XX. században

A pszichológiának a II. világháborút megelőző időszakban három területen mutatkozott meg egyértelműen a hatása: 1, a lelki betegségek gyógyításában, 2, az emberi életet termékenyebbé tételében, kiteljesítésében, 3, a tehetséget fejlesztésében. A II. világháborút követően a lelki betegségek gyógyítása vált dominánssá, és a kutatások fókusza a patológiás folyamatokra irányult.

A pozitív pszichológia kibontakozásához nagyban hozzájárultak azok a II. világháborút követő vizsgálatok, melyek a traumatikus eseményt átélt személyeket megfigyelve, arra a következtetésre jutottak, hogy az átélt traumák és megpróbáltatások ellenére mentálisan egészségesek tudtak maradni (Nagy, Oláh, 2013, Kiss 2015). Ezeket a vizsgálati eredményeket az ökológiai rendszerből ismert jelenséghez hasonlóan a reziliencia jelenségével

magyarázták, és ezeket alapul véve megindultak a szélesebb körű reziliencia kutatások, a pozitív pszichológia elméleti keretén belül.

2.2. A POZITÍV PSZICHOLOGIA ELMÉLETALKOTÓI

Csikszentmihályi Mihály a Chicagói Egyetem professzora, a pszichológia tanszékét vezette, és 1998 óta a Magyar Tudományos Akadémia külső tagja. A pozitív pszichológia vezető kutatója, aki az élet értelmét és a boldogságot kutatja. A világ különböző részein vett “élmény mintát” 250.000 személytől és 8000 fővel interjút készített. A tekintélyes mintavétel eredményeiből fogalmazta meg hosszú évek kutatói munkájának összegzéseként, a tevékenységbe való feloldódás képességét, a flow-élményt, mely az emberi képességek sokrétűségéhez és komplexitásához vezet, és a túlélést biztosítja (Csikszentmihályi, 1993, 1999, Nagy, Oláh, 2013, Bányai, 2013). A flow-élmény nem a tartalomtól függ, hanem a tevékenység minőségétől, minél gyakrabban éljük át az élményt, annál boldogabbak leszünk. Csikszentmihályi közvetlen kapcsolatot talált a tevékenység minősége és a boldogság élmény között. Legfontosabbnak a szerző a cél állítást tartja, optimális kihívás szint mellett. Nézete szerint a személy sorsát a gének, a környezet és a saját élmények határozzák meg (Csikszentmihályi, 2013). A flow élmény megfogalmazása elvezette Csikszentmihályit a kreativitás kutatásához, amit rendszerszintű jelenségnek tart. A személyes kiválóság eredménye a szakértő környezet jóváhagyásával, elismerésével válik kreatív teljesítménnyé, ami nagy hatást gyakorol az egész kultúra alakulására (Csikszentmihályi, 2009).

Martin E.P. Seligman, klinikai pszichológus, a Pennsylvaniai Egyetem professzora, 1998-ban az APA elnöke. Először a passzív tehetetlenség jelenségét és depresszió összefüggését kutatta. Úgy találta, hogy az állatokhoz hasonlóan, az emberek is hajlamosak passzívvá és felelősséget nem vállalóvá válni bizonyos körülmények között. Feltételezése szerint, az emberek is megtanulják, hogy nincs együttjárás a viselkedésük és a velük történő események között, és ennek az állapotnak a depresszió lehet a következménye. (Seligman, 2008). Kutatásaival és gondolkodásmódjával paradigmaváltást hozott a pszichológia tudományán belül. Nem a kognitív betegségekre és azok kezelésére helyezi a fókuszot, hanem az egészség megteremtésére (Seligman, 2008). A személyiség karakter fogalmával is foglalkozik, mely szerinte nem minősítő jellegű, pl.: attól hogy valaki optimista beállítású, nem jobb ember (Seligman, 2002). Seligman és Peterson megalkotta a karaktererőségek osztályozási

rendszerét a DSM-III klasszifikációs rendszerből kiindulva az alapvető tradicionális értékekre helyezi a hangsúlyt.

Seligman szerint az optimizmus, a személyre jellemző magyarázó stílusként határozható meg. Optimistának az a személy tekinthető, aki a rossz eseményt külső, instabil és specifikus okokra vezetik vissza (Nagy, Oláh, 2013). A boldogság képle elgondolása szerint: $B=I+K+E$ (Boldogság tartós szintje= Irányultság+Körülmények+Ellenőrzés). Seligman az érzelmeket egy membrán belsejében képzelel el, mely membránnak a falai átjárhatók, ez az adaptáció (Seligman, 2007). A Pennsylvaniai Egyetem 2003-ban létrehozta a Pozitív Pszichológiai Központot (MAPP), ahol azóta alkalmazott pozitív pszichológiát tanítanak.

Ed Diener, a szubjektív jóllét háromdimenziós elméletét megalapozó gondolat szerint, az öröm jelenléte és a fájdalom hiánya tekinthető jóllétnek. Bradburn (1969) rámutatott, hogy a pozitív és negatív érzelmek nem egymás ellentétei, hanem független dimenziók. Ebből következik a pozitív pszichológia egyik alapvetése, hogy nem törekszik a negatív érzések teljes hiányára, mivel ettől a pozitív érzelmek még nem jelennek meg. Diner és mtsai (2002) boldogság fogalmán túl, a szubjektív jóllét mérésének eszközeit fejlesztették ki (Diner, Lucas, Oishi, 2002). A boldogság meghatározó elemeinek a szubjektivitást tartja, mivel csak a személy ítélni tudja saját boldogsága állapotát. A boldogságot nem homogén állapot, hanem különböző komponensek együttjárásának. A pozitív pszichológia a boldogságot a pozitív és negatív érzelmek érzékeny egyensúlyának tartja (Nagy, Oláh, 2013). A boldogság kutatásában mérföldkő volt a definíció megfogalmazása:

A boldogság lényegi eleme a szubjektivitás, a személy csak maga ítélni tudja meg, hogy boldog-e vagy sem, ha azt állítja személy, hogy boldog, azt el kell fogadnunk, függetlenül attól, hogy mit ért alatta (Diener, 1984).

A fentiekből következik, hogy a boldogság nem egy homogén állapot, ezért Diener megfogalmazta a különböző aspektusait: 1, a pozitív érzelmi állapotok (öröm, jókedv, extázis, gyengédség, stb.) 2, a negatív érzelmek relatív hiánya (bűntudat, szégyen, düh, kétségbeesés, irigység, stb.) valamint 3, az élettel való általános elégedettség a szubjektív jóllét alapvető komponensei (Diener, 1984).

Carol Ryff a pszichológiai jóllét modellje szerint, a személy rendelkezik: a pozitív értékelés, a folyamatos növekedés, a hatékony irányítás képességével, céltudatos és hisz az élet jelentésseliségében, illetve az önmeghatározás képessége jellemezi (Ryff, 1995). Elméletében

a „jó működés” magja az önfogadás, ami a viselkedést a belső sztenderdek alapján irányítja, a személyes szükségletek és vágyak alapján, a törvényes keretek között. Ebben az állapotban a személy úgy szerzi meg a szükségleteit, hogy nem bánt másokat. A személyiség és jóllét kapcsolatát kutatva, a személyes növekedést az extravertióval és a nyitottsággal találta kapcsolatba, a másokkal való kapcsolat az extravertióval és a barátságossággal, míg az autonómia a neuroticizmussal mutat összefüggést (Schmutte, Ryff, 1997).

Ryff multidimenzionális modellje

A pszichológiai jóllét multidimenzionális modelljét Ryff (1989) alkotta meg, koncepciójában az önfogadást tekinti a „jó” működés alapjának. Az ilyen személy viselkedését főként a belsővé vált sztenderdjei, és értékei határozzák meg, bízik saját véleményében, mégha az el is tér másokétól. Saját szükségleteivel és vágyaival tisztában van, és azok megvalósítására a törvényes keretek között törekszik, úgy hogy megszerzésével nem árt másoknak (Nagy, Oláh, 2013).

A pszichológiai jóllét és a szubjektív jóllét modellekből közös pontként kiemelhető az egyén, aki aktív szerepet vállal saját jólléte formálásában (Ryff, 1998, Dinner, 1984). A célok kiválasztásával és azok megvalósításával megteremtődik a lehetőség az önszabályozásra (Schmutta, Ryff, 1997, Diener, 1994). Az emberek valószínűleg elégedettebbek életükkel, ha aktívan bevonódnak személyesen kitűzött céljaik elérésében, ha kompetensnek érzik magukat, hisznek a célkövető magatartás pozitív kimenetelében és érzik, hogy környezetük támogatja őket (Nagy, Oláh, 2013). Én-hatékonysági elvárások, az én-tudatosság és az optimizmus, melyek kulcsfontosságúak a cél felállításának és célkövető magatartásnak a szocializáció folyamatában (Nagy, Oláh, 2013).

A szociális jóllét alapja a társas elfogadás. Boldogságunk függ a környezetünk boldogságától, nem lehetünk boldogok, ha csak saját fejlődésünkön dolgozunk. A szociális jóllét kritériuma a közösséghez való tartozás tudata. Amikor a személy úgy érzi, hogy van közös ügye azokkal a személyekkel, akik a társas valóságát alkotják és pozitív érzelmekkel viszonyul a közösséghez, ahova tartozik (Keyes, 1998).

Empirikus kutatásokkal igazolták, hogy a fenti három minőség (érzelmi, pszichológiai jóllét, szociális jóllét) elkülönül egymástól. Keyes, Shmotkin, és Ryff (2002) szerint akkor beszélhetünk optimális jóllétről, ha egy személynek mind az érzelmi, mind a pszichológiai jólléte magas szinten áll. Egyes kutatások szerint a magasabb életkorú, magasabb iskolai végzettségű, és az extravertió és lelkiismeretesség magas szintjével és a neuroticizmus

alacsony szintjével jellemző személyek számolnak be optimális jóllétról. A fiatal korosztályban az új élmények iránt nyitott személyeknél, magasabb pszichológiai jóllétet és alacsonyabb érzelmi jóllétet találtak a szerzők (Keyes, Shmotkin, Ryff, 2002).

Barbara Fredrikson jelenleg North Carolinai Egyetem professzora. Az érzelmi életet kutatva kilenc alapvető pozitív érzelmeket azonosított, melyek hozzájárulnak a személy kreatív, empátikus, kooperatív, kitartó és teherbíró működéséhez. Vizsgálatok sorozatát végezte el Fredrikson és azonosította a tisztelet, hála, remény, öröm, jókedv, büszkeség élményállapotait, melyek nélkül idegrendszerünk nem képes a „broaden and build” (kinyit és terem) állapotba kerülni és funkcionálni (Fredrikson, 2015). Az érzelmek szerepét a figyelemfelkeltésben és a válaszreakciók koordinálásában határozták meg (Ekman, 2011). A negatív érzelmek szerepe a külső tényezők, a veszély azonosításában, izolálásában, és a harcra való felkészülésben hangsúlyos és adaptív. Hatásukra a „csőlátás”, beszűkülés, kritikusabb gondolkodás és a nyitottság csökkenése jelenik meg a pszichés működésben. A pozitív érzelmek kiszélesítő és építő szerepet töltenek be a növekedés folyamatában és hatásukra nő a nyitottság és a kreatív gondolkodás (Fredrikson, 2015). Mindkét érzelmeket hasznosnak gondolja a szerző és a személyes cél és helyzet határozza meg azok alkalmazását. Az érzelmek hatását univerzálisnak – nem terület specifikusnak – találja. A pozitív érzelmeket „visszafordító” hatásúnak tartja. Egyértelmű kapcsolatot talált a kardiovaszkuláris reakciók és a pozitív érzelmek között. Hangsúlyozza a negatív érzelmek szabályozásának szükségét és biológiai hatásukat (Fredrikson, 2015).

Fredrikson és Losada a pozitív és negatív érzelmeink optimális arányát igazolta 3:1 elméletben, mely szerint egy negatív érzelem kioltásához három pozitív érzelemre van szükség (Fredrikson, Losada, 2005). A 11:1 a boldogság állapotának mérőszáma, 2.9:1 a kritikus határ a depresszió felé vezető úton, a depresszió matematikai képlete az 1:1. A képlet kifejezi, hogy nem cél a negatív érzelmek tagadása, mert azokra szükség van, hanem a pozitív és negatív érzelmek arányán van a hangsúly, és a pozitív gondolkodás kifejlesztésén. A pozitív gondolkodás dimenziói: a nyitottság, hála, kíváncsiság, kedvesség, és az őszinteség (Fredrikson, 2003).

2.3. A BOLDOGSÁG ÉS A SZUBJEKTÍV JÓLLÉT

A pozitív szemléletű, a személyiség növekedést hangsúlyozó munkák születtek már a XX. században is. Erikson pszichoszociális életem átívelő fejlődést leíró szakaszmodellje, a jóllétnek egy életem keresztüli növekedését fogalmazta meg. Jung az individuáció fogalmával és Allport az érett személyiség leírásával szintén a pozitív érzelmi működésről gondolkodik (Nagy, Oláh, 2013). Bizonyos értelemben Szondi sorsanalízise is ide sorolható, aki az állásfoglaló én szerepét a szabad sorsválasztásban látta. A szerző a Bibliai történetből meríti a filozófiai alapot és az emberi ösztönök dualizmusát az Ábeli és Káini történetből bontja ki. Már a '40-es években ír a szabad választás lehetőségéről és sorsunk irányításáról (Szondi, 1942).

A szubjektív jóllét kutatásának két irányzata alakult ki, az egyik Diener (1984) nevéhez köthető, aki a szubjektív jóllét háromdimenziós modelljét fogalmazta meg, melyben az emocionális jóllétet, (vagyis a boldogságot) helyezi a középpontba (Diener, 1984). A másik irányzat képviselői Ryff és Keyes (1995) a pszichológiai jóllét, és Keyes (1998) a szociális jóllét modelljével (Ryff, Keyes, 1995, Keyes, 1998). A szubjektív jóllétről a pszichoanalitikus elméletalkotók is szólnak, nézetük szerint a szükségletek kielégítésére (feszültségek csökkentésén és biológiai-és pszichés szükségletek kielégítésén keresztül) vagy a cél elérésére van szükség a szubjektív jóllét eléréséhez (Nagy, Oláh, 2013).

Bradburn (1969) írta le először, hogy a pozitív és a negatív érzelmek egymástól függetlenek, és nem egymás ellentétei egyszerűen (Bradburn, 1969). A pozitív és negatív érzelmek függetlenségéből a pozitív pszichológia számos állítása eredeztethető, melyek közül a gyakorlati munka szempontjából talán a legjelentősebb, hogy nem törekedhetünk kizárólagosan a negatív hatások kiküszöbölésére, mert ettől még nem várható a pozitív érzelmek megjelenése (Nagy, Oláh, 2013, Fredrickson, 2015). A pozitív és negatív érzések viszonyára a későbbiekben még kitérünk az érzelemszabályozás összefüggésében.

Továbbiakban bemutatom a jóllét szubjektív, pszichológiai és szociális vonatkozásait Diener (1984), Ryff, és Keyes (1998) nézetei alapján.

2.3.1. A szubjektív jóllét sajátosságai a mindennapi életben

Myers (2000) vizsgálatai szerint nincs kitüntetett időszak az életünkben boldogság megélése szempontjából, és vannak olyan személyek is, akiknek az élet előrehaladtával nő a szubjektív jóllétük (Myers, 2000). A nemi különbségek szempontjából sem találtak eltérést, egyik nem sem boldogabb a másikinál, azonban a nők több negatív, és pozitív érzelemről számolnak be.

Az iskolázottság és az intelligencia sem mutat kapcsolatot a szubjektív jólléttel (Diener, Lucas, Oishi, 2002).

Az életesemények képesek befolyásolni a szubjektív jóllétet, de csak rövidtávon. Brickman, Coatesm Janoff-Bulman (1978) elhíresült vizsgálatában meglepő módon azt találták, hogy a lottó nyertesek boldogság szintje nem különbözik olyan személyek boldogság szintjétől, akik valamilyen váratlan traumát éltek át. A szerzők eredményükből arra a következtetésre jutottak, hogy a szubjektív jóllét stabil személyiségjellemző (Brickman, Coatesm Janoff-Bulman, 1978). Úgy tűnik, hogy a szubjektív jóllétünk nem függ az objektív egészségi állapotunktól, csak a szubjektív egészségi állapottal mutat összefüggést (Diener, Lucas, Oishi, 2002). Ebből levonhatjuk azt a következtetést, hogy az a mód, ahogy az emberek észlelik a világot, sokkal fontosabb, a szubjektív jólét szempontjából, mint az objektív körülmények (Nagy, Oláh, 2013).

A szubjektív jóllét és a társas kapcsolatok hatása szinte egyértelmű, ahogy Francis Bacon mondta, hogy “az irigység nem boldogít”(id. Nagy, Oláh, 2013 pp. 564.). Vizsgálatokban azokat találták a legboldogtalanabbnak, akik csak magukra tudtak figyelni, és önmaguk háttérbe szorítására nem voltak képesek. Az önmagunk háttérbe szorításához fejlett önismeretre és önelfogadásra van szükség, és az örömeink megosztásához pedig empátiás képességre (Bányai, 2013). Twenge, Catanes, és Baumeister (2003) kísérlete igazolta, hogy a kiközösítés élménye belső bénultságérzéshez, motivátlansághoz és kiegészég érzéshez vezet (Twenge, Catanes, és Baumeister, 2003).

2.4. KUTATÁSOK A POZITÍV PSZICHOLOGIA SZELLEMÉBEN

Az affektív forradalom hozzájárult a stresszel való megküzdés, a kognitív stílusok vizsgálata, a szelfszabályozás, önszabályozás kutatásain keresztül az érzelemszabályozás önálló tudományággá válásához a '80-as évek elején (Kökönyei, 2008). Az érzelemszabályozás empirikus eredményei és azok gyakorlati alkalmazása az egészségpszichológia és a klinikai pszichológia területén vált gyakorlattá. Alábbi részben az stressz és megküzdés kapcsolatáról a témához kapcsolódó kognitív stílusokról olvashatunk.

2.4.1. Stressz és a megküzdés

A stresszről való gondolkodás és kutatás Selye János nevéhez fűződik, *The Stress of Life* (1956) címmel jelent meg kötet, melyet később *Életünk és a stressz* címmel magyarul is

kiadták (1976). Selye munkájában differenciálta egymástól az eustressz és a distressz állapotát, vagyis a kihívást, a pozitív hatású stresszt (eustressz) az életünkben - mely a fejlődés alapjának tart - a negatív hatású (distressz) stressztől, ami krónikussá válva, olyan élettani elváltozásokat eredményez, amelyek a legkülönbözőbb stressz betegségek kialakulásához vezetnek (Selye, 1956). Hosszútávon a megterhelő stresszel teli helyzetekben az alkalmazkodást találta a leghatékonyabb megoldásnak a túlélés szempontjából (Selye, 1956).

A '60-as években Lazarus tanulmányozta a stressz jelenségét, majd Lazarus és Folkman (1984), és Lazarus (1993) a kognitív tranzakcionista coping modellben a stresszel való megküzdés folyamatára helyezi a hangsúlyt. A szerzők megfogalmazásában a megküzdés a kognitív és viselkedéses törekvések összessége, melynek célja, hogy az egyén erőforrásait meghaladó külső és/vagy belső hatásokat kezelni tudja (Lazarus, Folkman, 1984, pp. 141). Koncepciójukban arra hívják fel a figyelmet, hogy a stresszel való megküzdés, a személy és a környezet interakciójában zajlik. Később a kogníció szerepét hangsúlyozza Lazarus, amikor egy adott személy-környezet interakciójában, az átélt érzelmek erősségét és minőségét, és a megküzdés módját a szituáció kognitív értékelése fogja meghatározni (Lazarus, 1993).

Oláh Attila (2005) definíciójában a megküzdés az adaptációt szolgáló tudatos, akaratlagos erőfeszítés a fizikai, a szociális a fiziológiai környezet valamint a kognitív, érzelmi és az instrumentális viselkedés szabályozása az egyén szempontjából, stresszel telítettként felfogott körülmények esetén (Oláh, 2005).

A megküzdés egy biológiai (fiziológiai, neuroendokrin és immunológiai) pszichológiai (kognitív, érzelmi és viselkedéses) szociológiai és spirituális feladat, amely a szervezet különböző működési szintjeinek (autonóm, tudattalan, tudatos) összhangját igényli olyan körülmények között, amikor a meglévő erőforrások, a bevált alkalmazkodási sémák nem elegendőek (Oláh, 2005, id.: Kiss, 2015).

2.4.2. A megküzdést segítő pozitív személyiségvonások

Első a stresszel való megküzdésben a személyiség trait jellege (személyiségvonása) a meghatározó a környezettel való interakció mellett. Ilyen személyiségvonások egyike a *kontroll képessége*. Rotter (1966) vizsgálataiban megkülönböztetett külső és belső kontrollos személyeket. A belső kontrollos személyek sikereit és kudarcait úgy értékeli, mint saját tevékenységének eredményeit, melyeket befolyásolni képes cselekvéseivel. A külső

kontrollos attitűddel rendelkező személy ezzel ellentétben sikereit vagy kudarcait külső, általa nem befolyásolható tényezővel hozza összefüggésbe, és úgy érzi, ki van téve a sors szeszélyeinek (Rotter, 1966, ld. még Kulcsár, 1972/1989; valamint Oláh, 1982, Kiss, 2015). Számos kutatás kimutatta, hogy a belső kontrollos attitűd, sokkal kívánatosabb a külső kontrollosnál, a belső kontrollal működő egyének stresszteli szituációban magasabb megküzdési képességgel rendelkeznek (Band, 1990). A belső kontrollos attitűd az önszabályozás kérdésével is összefüggésbe hozható, melynek eredményeképpen, a személy saját irányítása alá igyekszik vonni a vele történő dolgokat, és saját gondolkodása, viselkedése és érzelmei fölött is képes kontrollt gyakorolni. A kutatók szerint az önszabályozás képessége alapvetően fontos a megküzdés folyamatában (Kiss, 2015).

A másik pozitív személyiségvonás a *tanult leleményesség*, mely folyamatban a személy az aktuálisan zajló viselkedés gördülékenységét biztosító belső folyamatait szabályozza, vagyis egy kognitív önszabályozó folyamat (Rosenbaum, 1988, 1990). Kutatók azt tapasztalták, hogy a tanult leleményesség értéke, jó prediktora a megjelenő depresszió leküzdésének és a jó életminőség megélésének (Chiung-Yu Huang és mtsai, 2010).

A harmadik vonás a *keményen helytálló személyiség* (hardy personality) három fő komponenssel jellemezhető: 1, elkötelezettség, 2, kontroll képesség és 3, kihívás (Kobasa, 1970). Több vizsgálat is bizonyította a hardiness és a distressz közötti fordított összefüggést, és a hardiness értéke jó prediktora volt a pszichés distressz mértékének (Nowack, 1989, Harrisson és mtsai, 2002). A hardiness, a stresszteli és traumatikus élmények átfordítására és a személyiség fejlődési, növekedési potenciáljának megvalósulására hajlamosít. Azt találták a kutatók, hogy a hardiness negatívan korrelált a depresszióval, a szorongással, az ellenségeskedéssel és a stresszteli gondolatoktól való meneküléssel, ugyanakkor pozitív kapcsolatban áll a pozitív attitűdökkel, az egyéni képességekkel és az élettel való elégedettséggel (Maddi és mtsai, 2006, 2009).

Festinger írta le az *én-tudatosság* fogalmát, mint a negyedik pozitív személyiségvonás (Festinger, 1979), ami két részből áll; 1, személyes tudatosság és 2, társas- tudatosság. Mindkettő az elmélyedésre való képességet jelöli, adott vonatkozásban, és tapasztalatait a személy tudatosan integrálja.

Az ötödik konstruktum az *én-hatékonyság*, Bandura (1982) megfogalmazásában, a magas én-hatékonysággal jellemezhető személyek több erőfeszítést fejtenek ki az adott cselekvés végrehajtására, mivel nagyobb az önmagukba, képességeikbe vetett hitük, és ezért erősebb belső motivációval rendelkeznek. A kitartással és cselekvőképességbe vetett hittel van összefüggésbe (Kiss, 2015).

Hatodik a *reziliencia*, a lelki ellenállóképesség, melyet először Block vizsgált és személyiségvonásként fogalmazta meg (Block, 1980, Kiss, 2015). Későbbiekben meghaladva a vonás szempontú megközelítést, a paradigmaváltást követően a vulnerabilis és protektív faktorokra fókuszáló dinamikus szemlélet értelmében a definíció következőképpen alakult:

A reziliencia, a veszélyeztetett életkörülmények ellenére történő sikeres alkalmazkodás (Werner és Smith, 1992, 2001; id: Gyöngyösiné Kiss és mtsai, 2008)

Hetedik konstruktum Antonovsky a *koherencia érzés* fogalmával alkotta meg (Antonovsky, 1979, 1987). Megközelítésében - salutogenetikus modell - a megbetegedés okainak vizsgálata helyett, arra a kérdésre keresi a választ, hogy az emberek hogyan maradnak egészségesek patológiás körülmények ellenére? Felfogásában a stressz ténye önmagában, még nem dönti el a kimenetelt, a személyt ebben a folyamatban meghatározónak látja, aszerint, hogy az egyén miképpen képes bánni, az őt ért stresszel (Antonovsky, 1979, 1987). A koherencia érzés nem közvetlenül coping stratégia, hanem olyan tényező, amely irányítja a megfelelő coping források megtalálását és mobilizálását. A koherencia érzés három komponense: 1, a felfogóképesség, 2, a források kezelésére való képesség és 3, az értelmesség (hit abban, hogy az erőfeszítésnek van értelme). Antonovsky koherencia felfogásában a fenyegetések kihívásként értelmeződnek a személy számára, aminek a következtében pozitív érzelmi és fiziológiai környezet jön létre, ami az immunitás fokozódásával jár. A koherencia érzés ezért úgy fogható fel, mint az organizmus immunológiai kompetenciájának mozgatója, és az egészség stabilizátora (Oláh, 2004, Kiss, 2015). A koherenciaérezés mérsékli a stresszt, a betegség káros hatásait, segíti az egyént a leghatékonyabb megküzdési mód megtalálásában (Antonovsky, 1987/1991, Kiss, 2012). A környezeti ingerek, események azonosítása, hatásuk felismerése az egyén érzelmi életére, testi érzeteire a személy hatékony válaszreakcióinak lehetőségét növeli. Az eredményeik többek között arra utalnak, hogy a szülői magas

koherencia érzése együtt jár azzal, hogy a gyermek megtanulja saját problémáinak konstruktív kezelését (Cederblad és mtsai, 1994, Cederblad és mtsai 2003).

Az optimista szemléletű ember hajlamos a stresszel telített helyzetben a pozitív kimenetre fókuszálni. Pozitív beállítódása a szervezet fiziológiai állapotára, immunrendszerére is hatással van (Scheier és Carver, 1987).

A nyolcadik pozitív vonás, a diszpozicionális optimizmus Scheier és Carver (1987) nevéhez kötődik, akik szerint a stresszel szembeni küzdelemben alapvetően fontos szerepet tölt be, a lehetséges pozitív kimenetelre történő beállítódás (Scheier és Carver, 1987).

Scheier és mtsai (1989) a diszpozicionális optimizmus hatását vizsgálta koronária betegek bypass műtétjét követően. A várakozásoknak megfelelően az optimizmus fontos előrejelzője volt a műtét utáni felépülésben és a műtétet követő időszakban a jobb életminőség elérésében (Scheier és mtsai, 1989). Összefoglaló munkájukban Solberg Nes és Segerstrom (2006) 48 szakfolyóirat optimizmusra vonatkozó kutatás eredményét nézték át (Solberg Nes és Segerstrom, 2006). Az optimizmus pozitívan korrelál a megközelítő- és a problémafókuszú copinggal, míg negatívan korrelál az elkerülő- és emóciófókuszú copinggal. Az optimizmus, a stresszor függvényében hívja elő a coping mechanizmusokat. A traumák elsősorban az emocionális fókuszú megközelítést aktiválják, szemben a probléma fókuszú megközelítéssel; a nem traumatikus jellegű stresszorok pedig inkább a probléma fókuszú megközelítést mozgósítják (Solberg Nes és Segerstrom, 2006, Kiss, 2015). Az optimista emberek általában jobban megbirkóznak, mind a kontrollálható, mind a kontrollálhatatlan stresszorokkal. A kutatási eredmények egyértelműen alátámasztják, hogy a hatékony megküzdés egyik kulcsa a pozitív érzelmek, beállítódás- és gondolkodás képessége (Kiss, 2015).

Kilencedik vonás a *konstruktív gondolkodás* Epstein és Meier (1989) leírásában, a konstruktum megléte, biztosítja a sikert és hatékonyságot hozó alkalmazkodási sémák új helyzetekben történő felhasználásának lehetőségét. Mozgatója a változás iránti érzékenységnek, és nyitottságnak, amelynek során a változásra való képesség az eredményes alkalmazkodásban valósul meg. A szerzők kognitív alapú self-megközelítésében a kognitív és pszichodinamikus teóriákat integrálják, és az információ feldolgozási folyamatot, két paralel, egymással interakcióban lévő aspektusa révén fogalmazzák meg, egy racionális és egy érzelmi rendszer működésének leírásával (Epstein és Seymour, 1989).

A tizedik pozitív vonás, az *érzelmi intelligencia (EQ)* konstruktum, megfogalmazása Mayer és Salovey (1997) nevéhez fűződik. Szerintük az érzelmi intelligencia az érzelmi töltésű információ megértése, feldolgozása és használata mentén megjelenő képességbeli különbségeket jelenti (Mayer és Salovey, 1997). Megközelítésük elsősorban képesség alapú. Salovey (2000) később leírta az érzelmek és az egészség egymásra gyakorolt hatását. Elméletében az érzelmek összefüggésben vannak a fiziológiai, és a kognitív működéssel, a viselkedési reakciókkal, valamint az érzelmi állapotok összefüggnek az interperszonális, társas kapcsolatokkal, amelyek visszahatnak az egészségre (Nagy, 2007, 2010, Kiss, 2015). Az érzelmi intelligencia kevert alapú elképzelése Bar-On modellje (1997), aki az érzelmi és a társas intelligenciát szorosan összekapcsolódó tulajdonság jellemzőnek tartja, így a kettőt együtt vizsgálja. Cooper és Sawaf (1997) megközelítésében, az EQ a képességek és személyiségvonások együtteseként fogalmazódik meg (Nagy, 2007, 2010).

Tizenegyedik pozitív vonás, az érzelmi intelligencia megfogalmazását követően jelent meg a *spirituális intelligencia (SQ)* fogalma Zohar és Marshal (2000) nyomán. A szerzők szerint a spirituális intelligencia az egyedüli intelligencia, az ember humánspecifikus adottsága, amellyel más élőlény nem rendelkezik (Zohar és Marshal, 2000). A SQ lényege, hogy általa az élet dolgait és jelenségeit az én határait meghaladó, tágabb, jóval gazdagabb perspektívába tudjuk helyezni. Nem függ össze vallási hovatartozással. A szerzők feltételezik, hogy SQ-val mindenki rendelkezik a kérdés csupán az, hogy él-e az ember a képességével? Ebből a spirituális perspektívából közelíthető meg az élet végső értelme, az autentikus élet (a fogalom bővebb kifejtése Seligman munkáiban olvasható). Egyben a spirituális intelligencia az, ami a személyt az egót meghaladó, mindenki felé egyformán irányuló, feltétlen szeretet érzéséhez is elvezethet. A SQ kutató szerzők többek között, olyan pozitív komplex humán érzések szerepét vizsgálták, mint az elfogadás, a hatalom átadása, az önátadás, a hála és a megbocsátás (Zohar és Marshal, 2000).

Eddig a személyiség olyan protektív faktorairól szóltunk, melyek segítik az egyén boldogulását az élete során, aktív résztvevőként az eseményekben. Azonban az élet számos eseményét nem tudjuk kontrollálni (trauma, súlyos betegség, halál). A kutatások bebizonyították, hogy ezekben az esetekben a kontroll mindenáron történő fenntartása - a helyzet elfogadása helyett - rontja a testi és lelki egészséget (Kulcsár, 2009). Ezekhez a kontrollálhatatlan helyzetekhez való pozitív viszonyulás, az elfogadás lehet a járható út, mert az elfogadáson keresztül egy bizalommal teli élményt élünk át, ami képes legyőzni a kontrollálhatatlan helyzet okozta félelmet. Az egészségpszichológiai vizsgálatok

bizonyították, hogy a kontroll leadása, az említett helyzetekben depresszió elkerülésével járt (Eitel és mtsai, 1995). A hála, a megbocsátás pozitív érzelmei önzetlenséget, melegszívűséget jelentenek a személy részéről, ami egyben jelzi a traumatikus élmény feldolgozásának képességét is. Ezekre az esetekre is igaz, hogy a pozitív érzelmek pozitív lelki és fiziológiai hatással, valamint a személyes jóllét érzetével járnak együtt, ami poszttraumás növekedéshez vezethet (Kiss, 2015).

2.1.táblázat, a személyiség protektív faktorainak összefoglalása

| Személyiség Protektív faktora | Szerzők | |
|---------------------------------------|---|---|
| Kontroll képessége | Rotter, 1966, Kulcsár, 1972/89, | Belső Kontroll kívánatosabb, Hat az önszabályozásra. |
| Tanult leleményesség | Rosenbaum, 1988, 1990 | Kognitív önszabályozó folyamat. |
| Keményen helytálló személyiség | Kobasa, 1970, Nowack, 1989, Harisson és mtsai, 2002 | Hardiness hajlamosít a növekedési potenciál megvalósítására. |
| Én-tudatosság | Festinger, 1975/79 | Elmélyedés képességét teszi lehetővé. |
| Én-hatékonyság | Bandura, 1982, | Kitartást és cselekvőképességet befolyásolja. |
| Reziliencia | Block, 1980, Masten,1990, Werner, Smith, 1992, 2001 | veszélyeztető életkörülményekhez való sikeres alkalmazkodás. |
| Koherencia érzés | Antonovsky, 1979/87 | Irányítja a megfelelő coping stratégiát, és mobilizálja azokat. |
| Diszpozicionális optimizmus | Scheier, Carver, 1987 | Pozitív beállítódás. |
| Konstruktív gondolkodás | Epstein, Meier, 1989 | Hatékony alkalmazkodási sémák új helyzetekben való felhasználása. A változás iránti érzékenységet teszi lehetővé és a kognitív és érzelmi rendszer integrációját hangsúlyozzák. |
| Érzelmi intelligencia (EQ) | Mayer, Salovey, 1997, Bar-On, 1997, Nagy (2007, 2010) | Az érzelmi információ megértése, feldolgozása és felhasználása. Az EQ és egészség összefüggésének kutatása. |
| Spirituális Intelligencia (SQ) | Zohar, Marshal, 2000 | humánspecifikus, az én határait meghaladó spektrum. |

2.4.3. A savoring jelensége

A pozitív pszichológia napjainkban a pozitív és negatív érzelmi állapotok jelentőségén, a boldogság állapotának leírásán, és kutatásán túl, a savoring jelenségét is tudományosan vizsgálja. A fogalom, a boldogság élményének a fenntartását jelöli, Bryant és Veroff írták le először (2007), mely a tudatra ébredés boldog pillanatának észlelését és megtartását ragadja meg. Befolyásolja a szerzők szerint: az élvezetes életet, öröm, elégedettség, boldogság, jelentéstelenség, értelemtelen élet (Bryant és Veroff, 2007).

Seligman tanácsai a savoringhez: oszd meg az élményt, fejleszd a memóriád, gratulálj magadnak, élesítsd érzékelésed, merülj el az élményben (Seligman, 2007). Lyubomirski javaslatai pedig a következők a savoring átéléséhez: hála, optimizmus gyakorlása, rágódás elkerülése, jó cselekedetek gyakorlása, kapcsolatok ápolása, megküzdőképesség ápolása, megbocsátás gyakorlása, a flow fokozása, apró örömök élvezete, vallás gyakorlása, rendszeres testmozgás, célok melletti elköteleződés (Lyubomirski, 2008).

A savoring megfogalmazása és a technikák kidolgozása a megküzdés dimenzióját átalakította, ahol a negatív állapotok csökkentése és a pozitív, boldog élmények növelése a cél.

2.5. A REZILIENCIA

Jelen dolgozat a fent bemutatott protektív faktorok közül a reziliencia jelenségét helyezi a vizsgálat fókuszába, azzal a reménnyel, hogy az empirikus vizsgálatok gyakorlati relevanciákkal szolgálnak a klinikai pszichológiában a hangulati problémák, és az AN kezelésében. Jelen fejezetben a reziliencia fogalmának kialakulásáról és a pozitív pszichológia tudományban ágyazódását tárgyaljuk. Az elmúlt 50 évben a reziliencia kutatásában szakaszok figyelhetők meg, melyek eredményeket figyelembe vettük a kutatási célkitűzésben.

A tudományos gondolkodásban megjelent az igény, hogy az ember a környezetével hatékonyabban lépjen interakcióba, szemelőtt tartva a gazdaságos működés szempontjait. Először a műszaki, tudományok fedezték fel reziliencia jelenségét, és alkalmazták a minél optimálisabb és gazdaságosabb működési feltételek megteremtéséhez. Később a humán tudományok is azonosították a jelenséget saját tudományterületükön. A reziliencia fogalmának definiálása és az összetett jelenség megértése több hullámban zajlott, amíg eljutottak a kutatók a multidiszciplináris megközelítéshez. A pszichológia területén az egészségpszichológia és a klinikai pszichológia kutatja a reziliens folyamatokat és alkalmazza eredményeit, az utóbbi években az alkalmazott pozitív pszichológia megnevezéssel (Szondy, 2007). A reziliencia jelenségének kutatása nézőpontváltáshoz vezetett. A patogenetikus megközelítés - traumatikus eseményt, traumatikus sérülés követ - helyett a személyiség

protektív faktoraira helyeződött a szakmai figyelem, ezzel megteremtve a lehetőséget az alkalmazkodásra, szükség esetén a helyreállításra, tovább fejlődésre, a személyes belső erőforrásainak alkalmazásával az aktuális homeosztázis megtalálásával (Kiss, 2015). A reziliencia felismerése és alkalmazása a gyógyításba az egészségmagatartás változását implikálhatja hosszú távon (Kövesdi, 2016).

2.5.1. A fogalom kialakulása és az alkalmazása a különböző tudományterületeken

A reziliencia összetett jelenségének megértéséhez szükséges kis kitérőt tenni a történelmi múltba. Elsőként nem a pszichológia tudománya kezdett felfigyelni a reziliens folyamatokra, hanem a műszaki tudományok, ezen belül is a fizika tudománya. A reziliencia fogalma összefoglalóan azt a jelenséget fejezi ki, amikor két tárgy ütközik (két erő összetalálkozik) és az ütközést követően ez a két test, rövid idő alatt rugalmasan képes visszanyerir az eredeti formáját (pl. teniszlabda és az ütő találkozása). A műszaki tudományok ezt az eseményt nevezik a rezilienciának.

A építészetben is találkozunk a jelenséggel, például amikor a település megtervezésekor a város sérülékenységének a csökkentésére törekszenek a szakemberek. Ilyenkor a veszélyeztető tényezőket minimalizálni igyekeznek, a minél gazdaságosabb és optimálisabb települési működés megtervezés mellett (Szokolszky, V. Komlósi, 2015).

Általános definíció szerint:

“rugalmas ellenállási képesség a reziliencia, amely valamely rendszer - legyen az egyéni, ökoszisztéma, anyagfajta - az a fajta reaktív képessége, hogy erőteljes, meg-megújuló, vagy akár sokszínű külső hatáshoz sikeresen adaptálódjék” (Békés, 2002. pp:217., id.: Kövesdi, 2016).

Idővel a rezilienciát a pszichológiai jelenségekben is felismerték a téma kutatói, és a negatív életeseményekkel szembeni rugalmas ellenállásként definiálták. Negatív életesemények alatt értjük többek között a családi körülményeket, a család hátrányos helyzetét, családon kívülről érkező hatásokat, mint például a természeti katasztrófák, háborúk. Ezen kívül veszélyt jelent minden olyan helyzet, ami magában foglalja a sokszerű vagy rendkívüli hatást kiváltó élményt (traumát), amit a személy átél. Ennek értelmében például egy krónikus betegség

kialakulása és diagnosztizálása is ide tartozik, mely jelenséget és összefüggéseit alaposabban a klinikai pszichológiai és az egészségpszichológiai kutatások vizsgálják.

2.5.2. A reziliencia jelenségét érintő első leírások, kutatások

Selye János (1983) szerint az “élet feltétele a nagymérvű alkalmazkodóképesség. Ez az alapja a homeosztázisnak és a stresszel szembeni ellenállásnak” (Selye, 1983. pp:60.). Az életbenmaradás két lehetséges útjának a harcot és az alkalmazkodást tartja, és nézete szerint leggyakrabban az alkalmazkodás eredményesebb (Selye,1983).

A pszichológia történetében a reziliencia jelensége már a fogalom megjelenése előtt leírásra került. Csecsemőkről olvashatók olyan beszámolók, akiket káros, traumatikus események értek születésükkor vagy csecsemőkorukban, és nemhogy káros következményekkel nőttek fel, sokkal inkább átlagon felüli vitalitás és kreativitás jellemezte növekedésüket (Bowlby, 1956).

Ferenczi Sándor megfigyelése szerint a megrázkódtatást követően új képességek bontakoztak ki az traumát átélt személynél, és a szorongás addig rejtett dimenziókat hoz működésbe, melynek következtében traumatikus progresszió jött létre az analitikus szerint és a személyiség - bizonyos aspektusaiban - a koraérettség jeleit mutatta (id. Békési, 2002).

Az eseti beszámolókat követően az első tudományos kutatások a reziliencia témájában, a 1970-es években kezdődtek. Garmezy (1970) skizofrén betegekkel végzett vizsgálatában azt találta, hogy ezek a betegek súlyos állapotuk ellenére bizonyos területeken relatív kompetenciára voltak képesek, volt házastársuk, családjuk, tudtak felelősséget vállalni az életükben (Garmezy, 1970, Zigler és Glick, 1986). Garmezy (1970) már megfogalmazza a protektív faktorok jelenlétének lehetőségét a személyiségen belül vagyis, hogy vajon milyen személyiségjegyek segíthették a betegeket a pozitívabb kimenetelben, a magasabb életminőségben betegségük mellett.

2.5.3. A reziliencia megfogalmazása a pszichológiatudományban

Az idők során számos reziliencia definíció fogalmazódott meg, sok szempont figyelembevételével, ezek közül – a teljesség igénye nélkül – néhány a 2.1. táblázatba átekinthető. A bemutatott megfogalmazások metszéspontja, hogy a rezilienciát olyan

személyes változók együttjárásaként értelmezzük, mely lehetővé teszi a nehéz/stresszel teli élethelyzetben a rugalmas alkalmazkodást és felépülést (ld. 2.1. táblázat).

2.1. táblázat, Reziliencia definíciók

| Szerzők | A reziliencia változatos definíciói |
|--|--|
| Werner és Smith (1982) | A reziliencia olyan képesség, amely a külső stresszorok hatását és a belső sérülékenységet mérsékli. |
| Masten (1990) | A reziliencia a sikeres alkalmazkodás folyamata, képessége, vagy kimenete a kihívást jelentő vagy fenyegető körülmények ellenére. |
| Garmezy (1993) | A reziliencia olyan képesség, amely a sérülés, bántalmazás vagy trauma utáni felépülést és az adaptív viselkedés fenntartását lehetővé teszi. |
| Grotberg-Nemzetközi Reziliencia Projekt (1995, 1997) | A reziliencia alatt olyan emberi képességet értünk, ami lehetővé teszi egy személynek, csoportnak vagy közösségnek, hogy megelőzze, minimálisra csökkentse vagy legyőzze a különféle megpróbáltatások károsító hatásait. |
| Rutter (2000) | A reziliencia a rizikótapasztalatok hátrányos hatásaival szembeni bizonyos fokú ellenállást jelent. |
| Masten, 2001) | A reziliencia olyan személyiségjegy, amely szorosan összefügg az adaptációs képességekkel, jellemző rá többek között a belső kontroll, az empátia, az optimizmus, a pozitív énkép, a változások pozitív kezelése és az én-hatékony viselkedés. |
| Chicetti és Cohen (2006) | Az egyén képessége arra, hogy sikeresen alkalmazkodjon (adaptáció), és kompetensen működjön (kompetencia) a kedvezőtlen – külső vagy belső – hatások ellenére, illetve a tartós vagy súlyos traumatizációt követően |

Az elmúlt évtizedekben számos longitudinális és keresztmetszeti vizsgálatot végeztek, melyek a reziliencia jelenségének különböző aspektusait vizsgálta. Az első időszakban a megfigyelt jelenség bizonyítása volt a kutatók célja empirikus módszerekkel, míg napjainkban a klinikai pszichológia és az egészségpszichológia szakemberei a reziliencia, a protektív faktorok egészségre és jóllétre gyakorolt hatását kutatják. Eredményeikkel hozzájárulnak a krónikus

betegségekkel élők megküzdési lehetőségeinek bővítéséhez, és az életminőségük lehetséges javításához. A gyermekkori krónikus megbetegedések esetében szintén kiemelkedően fontos a reziliens folyamatok kialakítása és/vagy felerősítése a gyógyító munkába (Kiss, 2015). A gyógyulás folyamatában a reziliens folyamatok erősítésében a szülők protektív szerepe is figyelemreméltó lehetőség a jövőben (Kövesdi, 2016). Jelen kutatásban Masten (2001) és Chicetti és Cohen (2006) fogalmi keretét felhasználva gondolkodunk a rezilienciáról.

2.5.4. Longitudinális reziliencia kutatások és nézőpontváltás

A szakirodalmi áttekintés Masten nyomán, a kutatási időszakok négy hullámát különbözteti meg, melyek összefoglalója a továbbiakban olvasható (Masten, 2012, Kiss, 2015).

Az első hullámban a leíró szintű megközelítés volt jellemző. Ezek elsősorban esetszintű és csoportokat vizsgáló kutatásokról adtak hírt, a veszélyeztetett helyzet ellenére történt alkalmazkodásról.

A második hullámában a szerzők a reziliencia működésének folyamatára, és annak megértésére fókuszáltak. A rizikó-és protektív faktorok leírását meghaladva, interakciós modelleket állítottak fel, melyek már multidimenzionális, dinamikus megközelítésben értelmezték a reziliencia fogalmát.

A harmadik hullámban a kutatók a beavatkozás lehetőségét tűzték ki célul. A kutatói kérdések gyakran arra vonatkoztak, hogy a reziliens válaszreakció miképpen jön létre? Hogyan működik az adaptációt létrehozó folyamat, az alkalmazkodást létrehozó adaptív rendszerek? Mely ponton van lehetőség a beavatkozásra?

A negyedik hullámban a rezilienciával kapcsolatos kutatások integrálhatóságát keresték a szakemberek. Hogyan lehetséges a reziliencia jelenségének többszintű, multidiszciplináris felfogása?

Napjainkban már az ötödik hullám kérdésfelvetését a neurobiológiai és immunológiai működés és válaszreakciók vizsgálata jellemzi a reziliens tendenciát mutató személyeknél. A kutatók az újraprogramozás lehetőségét is felvetik (Kiss, 2015).

Block (1993) a személyiség vonásként értelmezte a rezilienciára való képességet. Feltételezte az ego-kontroll és az ego-reziliencia létét. Míg az ego-kontroll a viselkedés gátoltságáért felelős, addig az ego-reziliencia egy meta-dimenzió, ami a kontextus függvényében

szabályozza a viselkedést. Mindkét működés lehet adaptív vagy maladaptív nézete szerint, ez mindig az aktuális szituáció függvényében értelmezhető. Eredményeiben a magasabb ego-reziliencia, alul kontrollált ego viselkedéssel jár együtt. A személy viselkedésében a nyitottság és a rugalmasság túlsúlyban van, a viselkedés merevségével és túlszabályozottságával szemben (Block, 1993). Block a reziliens személyeket találékonynak, adaptív módon alkalmazkodónak találta az új helyzetekben adott reakciójuk alapján (Gyöngyösiné Kiss és mtsai, 2008). További kutatások tágabb perspektívába helyezték a reziliencia jelenségét.

A longitudinális vizsgálatokban a vonás alapú megközelítést meghaladva a környezeti tényezőket is egyre inkább beemelték a vizsgálatok fókuszába, ami paradigmaváltáshoz vezetett. A reziliencia fogalma, átalakult: és veszélyeztető életkörülmények ellenére történő sikeres alkalmazkodást értjük alatta. Az "ego-reziliencia" fogalma helyett a "reziliencia" fogalma került bevezetésre (Werner és Smith, 1992).

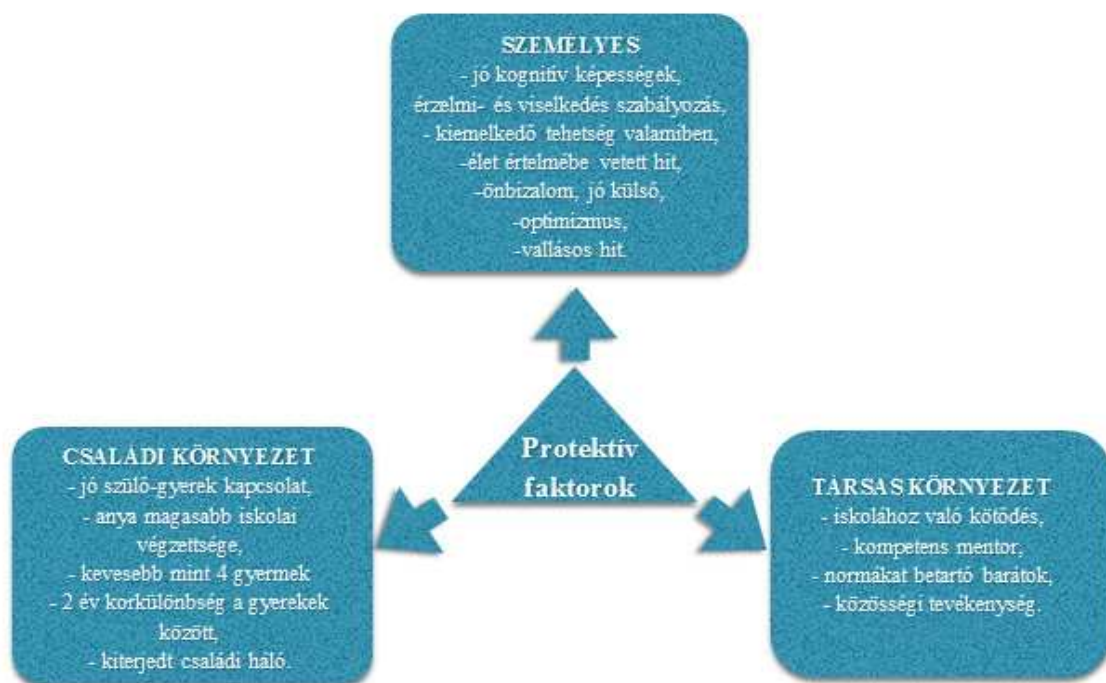
Werner és Smith (1992, 2001) 40 évet átfogó kutatási eredményeik alapján megállapították, hogy a rezilienciára való képesség egy életen keresztül alakul és segíti a személyt a kihívásokhoz való alkalmazkodásban. A szerzők Hawaii szigeteken végzett kutatásban - Kauai Study - 1955 és 1995 közötti időszakban, három időpontban (1, 18, és 40 éves) ismételték meg vizsgálataikat. A kutatásba 698 gyermek került be, és a vizsgálat végéig a minta 80%-t sikerült megőrizni a vizsgálatvezetőknek. A kutatás kezdetekor, az 1 éves gyermekeknél, a szakemberek a teljes minta 1/3-ban találtak magas veszélyeztetést jelentő faktorokat (szülő mentális terheltsége, szenvedélybetegség, egyéb mentális rendellenesség, terhesség és/vagy szülési komplikációk, születés körülményei). A veszélyeztetettnek talált csoport személyeit 18 éves korukban ismét megvizsgálták, és a csoport 1/3-a rezilienssé vált, külső beavatkozás nélkül. A következő vizsgálati időpontban, a résztvevők 40 éves korára, a csoport további 1/3-a vált rezilienssé, a negatív életeseményekkel szemben (Werner és Smith, 1992, 2001).

Werner és Smith (1992, 2001) kutatási eredményei bizonyítják, hogy a rezilienciára való képesség nincs korhoz kötve, felnőttkorban is változhat. A korai traumatikus hatások, az eredeti csoport mindössze 1/3-ra nézve járt negatív következményekkel a 40 éves periódusban. A vizsgálatban rizikótényezőknek találták a férfiak esetében, a szülői alkoholizmust és/vagy mentális betegséget, amikor nagyobb eséllyel maradtak a férfiak a negatív élethelyzetben. Az alacsony születési súlyú gyerekeknél nagyobb arányban fordultak elő egészségügyi problémák és a depresszió kialakulása a későbbi életévekben. További kockázatot jelentett a gyermekkorban átélt veszteség-élmény és a család felbomlása a későbbi

egészségügyi problémák kialakulásában. A kutatók eredményeik alapján megfogalmazták a reziliencia protektív faktorait (ld. 2.1. ábra).

Werner és Smith (1992, 2001) a rezilienciát még “legyőzhető sérülékenységnek” nevezi. A korábbi, patogénikus gondolkodás - mely szerint traumatikus esemény következménye csak traumatikus sérülés lehet - megváltozott, és a protektív védőfaktorok feltárásához vezetett, melyek a változtatás lehetőségét biztosítják az élet folyamatában (Werner és Smith, 1992, 2001).

2.1.ábra. A protektív tényezők csoportosítása Werner és Smith szerint (Werner és Smith, 2001, Kiss, 2015)



A vizsgálat hosszútávú hatása, az egészségpszichológiában, és klinikai pszichológiában egyértelműen megmutatkozik. A patológia fókuszú megközelítése mellett a körülményeket figyelembe vevő erőforrások felkutatása és beépítése a gyógyító munkába újszerű megközelítést igényel a szakemberektől is (Kököneyi, 2008, Kövesdi, 2016).

Ann Masten és mtsai (1990) 205 fős mintán, 7-8 éves gyermeket vizsgáltak - Competence Study - majd a vizsgálatokat 7 és 10 évvel később megismételték. Arra voltak kíváncsiak, hogy mely tényezők biztosítják a védettséget a traumákkal szemben. Az előző vizsgálathoz hasonlóan azt találták, hogy a reziliens működést a jó szülői kapcsolat, a magasabb intelligencia, a társas kapcsolatok megléte és az alacsony negatív emocionalitás (distressz) segítik elő. A reziliens válasz megjelenését támogatja a személy rugalmassága, flexibilitása és

a kevésbé rigorózus szabálykövetés, a túlzott kontroll hiánya, és ennek köszönhetően a szükséges nyitottság, az adott szituáció megoldásához. A szerzők kiemelik még az egzisztenciális háttér jelentőségét, mint ami lehetőséget ad a reziliens folyamat megvalósulásához.

Masten és mtsai a rezilienciát *a veszélyeztető életkörülmények ellenére történő sikeres alkalmazkodásnak tartja* (ld.2.2.táblázat), (Masten és mtsai, 1990).

2.2.táblázat. A reziliencia értelmezése Masten és munkatársai szerint (Mastan, 1990, id.: Kiss, 2015)

| Veszélyeztetettség /Alkalmazkodás | Veszélyeztetettség ALACSONY | Veszélyeztetettség MAGAS |
|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Alkalmazkodás SIKERES | KOMPETENCIA | REZILIENCIA |
| Alkalmazkodás SIKERTELEN | — | SÉRÜLÉKENYSÉG |

Egy szintén longitudinális svéd kutatás (Lundby Study) 1947-ben kezdődött, melyet megismételtek 1957, 1972, és végül 1988/89-ben. 148 főt vizsgáltak meg, akik az utolsó vizsgálat időpontjában 42-56 évesek voltak (Cederbland és mtsai, 1994). A kutatók az életminőség és a mentális egészség összefüggéseire keresték a választ. A mentális egészség okait kutatták, olyan feltételek mellett, amikor a személy gyermekkorában legalább 3 súlyos mentálisan veszélyeztető körülmény ellenére is rezilienssé vált. Eredményeik szerint az intellektuális képességek, a sikeres coping alkalmazása, önbecsülés, jó önértékelés, belső kontroll játszott szerepet az egészség megtartásában és a családon belül a bizalommal teli jó kapcsolatok (Cederbland és mtsai, 1994).

2.5.5. A rezilienciát támogató folyamatok

Fredrickson (2001) szerint építsünk a pozitív érzelmeinkre, mert a gondolataink és érzelmeink repertoárja velünk együtt táguul. A játék, felfedezés és az új dolgok kipróbálása növeli a kreativitásunkat és olyan tapasztalati és kapcsolati bázist teremtenek, amire építhetünk a nehéz helyzetekben (Fredrickson, 2001).

Seligman, három utat fogalmaz meg, melyek pozitív érzelmi beállítódáshoz vezetnek: 1, a kellemes élet, amikor azzal vagyunk elfoglalva, hogy kielégítsük szükségleteinket és vágyainkat, 2, a jó élet, amikor örömteli tevékenységekkel van tele az életünk, mint a

szerelem, és a játék, és a 3, értelmes élet, amikor saját magunkon túlmutató tevékenységek felé kötelezzük el magunkat (Seligman, 2002/a).

A rezilienciának része az önértékelés vagy önbizalom, a türelem, és annak a képessége, hogy a változó környezethez alkalmazkodjunk. A humor a nehézségekkel szemben, és az abban való hit, hogy a problémákat meg lehet oldani (Connor, Davidson, 2003).

Dowrick (2004) úgy találta, hogy a személyes reziliencia növeléséhez szükséges, hogy úgy tekintsünk magunkra, mint kíváncsi, képzelettel teli személyek, akiknek belülről fakadó vágya a túlélés. Annak az érzése, hogy van helyünk (földrajzilag és történelmileg egyaránt), szerepeink és kötelességeink aktív vállalása segíti, illetve hogy értelemmel töltjük meg az életünket. A reziliencia, a leleményességünk és képzelőerőnk gyakorlásából származik, annak a művészetéből, hogy megtanulunk intelligensen együtt élni a félreértésekkel, megbirkózni a körülöttünk lévő személyek bonyolultságával, változékony hangulatával és hogy olyan tevékenységeket vállalunk, amelyek túlmutatnak saját magunkon (Dowrick, 2004).

2.5.6. Reziliencia szerepe az egészségpszichológiában és a klinikai pszichológiában

A pszichológia tudományán belül az egészségpszichológia és a klinikai pszichológia kutatja a reziliencia jelenségére új beavatkozási eljárásokon kidolgozásának reményében az egészségmegőrzést és a krónikus betegek életminőségének javítását megcélozva.

Fernanda Cal és mtsai (2015) metaanalízis keretében 10 év (1993-2003) publikációit, 12 cikket (PubMed és PsycINFO) elemezték a reziliencia és a krónikus megbetegedések szempontjából (a krónikus betegséget, és az ehhez kapcsolódó stresszt növelő tényezőket sorolja ide). Krónikus betegségek gyakran járnak együtt szorongással, depresszióval, melyek csökkentik az életszínvonalat és a jóllétet (Edward, 2013; Zautra, Johnson, Davis, 2005). Korábbi kutatások eredményei alapján a reziliencia hatással van több krónikus betegségre is úgymint pl. lupus, diabetes mellitus, rheumatoid arthritis, rák, hepatitis C, fiatalkori ízületi gyulladás, bőrbetegség, depresszió, Parkinson-kór, krónikus vesebetegség (Cal, Santiago, 2013, DeNisco, 2011, Girtler és mtsai, 2010, Mota és mtsai, 2006, Zautra és mtsai, 2005).

A betegségek tüneteinek fejlődése együtt járhat pszichés problémákkal, stresszel, ami az immunrendszer működésre fejt ki hatását. Öt kutatásban fordított kapcsolatot találtak a szerzők a reziliencia, és a szorongás és depresszió között (Aspinwall, Tedeschi, 2010; Schiavone és mtsai, 2013; Vuitton, de Wazières, Dupond, 1999).

Azok az idegrendszeri változások, amik a rezilienciát jellemzik, összefüggésben lehetnek a hatékony coping mechanizmusokkal és ezen keresztül elvezethetnek az önhatékonysághoz. Az önhatékonyságon kívül még elősegíti a társadalmi támogatás igénybevételét (Aspinwall, Tedeschi, 2010).

A személyiség protektív faktorai (optimizmus, pozitív hangulat, önértékelés, öngondoskodás, függetlenség, szociális támogatás, csökkent szorongás) kihatással vannak az egészségre, például a neuroendokrin- és immunrendszereken keresztül azonosítható a szervezetet befolyásoló hatásuk (Chida, Steptoe, 2008; Grey és mtsai, 1998; Howell, Kern, Lyubomirsky, 2007; Rasmussen, Scheier, Greenhouse, 2009). Öt cikkben fordított kapcsolatról írnak a szerzők a reziliencia és a szorongás és depresszió között (Brionez és mtsai, 2010, Erim és mtsai, 2010, Holden és mtsai, 2012, Mangelli és mtsai, 2002, Ponarovsky és mtsai, 2011, Robottom és mtsai., 2012, Wingo és mtsai., 2010). Magas reziliencia véd a pszichiátriai betegségek kialakulásával szemben (Bachen, Chesney, Criswell, 2009, Erim és mtsai., 2010). Negatív a kapcsolat a reziliencia, és a csökkentett munkaképesség és a szomatizáció között (Rutter, 1987). Összefüggést találtak még a reziliencia és a jobb életminőség, és a reziliencia és egészségmegőrző magatartás - egészséges étkezés, stressz csökkentés, önmagvalósítás, megfelelő sport - között (Rutten, 2006, 2013, Wagnild, 2009).

DeNisco és mtsai (2011) krónikus cukorbetegnek reziliencia és a glikohemoglobin (HbA1c) közötti kapcsolatot vizsgálták, és fordított összefüggést írtak le (DeNisco és mtsai, 2011). Szintén fordított a kapcsolat a depresszióval, a hepatitis C-ben megbetegedettek körében. Inverz a kapcsolat, a reziliencia és Bechterew-kór aktív állapotaival. A szerzők összességében arra következtetésre jutottak, hogy a reziliencia hatással van a betegségek lefolyására. Az alacsony reziliencia értékű betegek kevésbé képesek megküzdeni a stresszel és a kihívásokkal, melyek a betegségükből fakadnak (DeNisco és mtsai, 2011, Erim és mtsai, 2010, Wingo és mtsai, 2010). Ezek az eredmények és következtetések együtt járást mutatnak más kutatások eredményével (Ponarovsky és mtsai, 2011, Aspinwall, Tedeschi, 2010).

Az elemzett cikkekben egyéni különbségek mutatkoztak a társas kapcsolatokban, családi működésben, az önértékelésben, az érzelemszabályozásban, melyek növelhetik a fizikai betegségek kockázati faktorát és az elhalálozást (Fernanda Cal és mtsai, 2015).

Zautra (2005) úgy találta, hogy a pozitív affektus, protektív faktor, mivel a pozitív affektus emelkedése gyengítette az arthrosisban és fibromyalgiában szenvedő nőknél a nagymértékű fájdalom és stressz hatását, a negatív érzelmekkel bírókkal szemben (Zautra, 2005).

Karoly és Ruehlman (2006), krónikus fájdalomban szenvedő 2407 fővel végeztek vizsgálatokat és arra a következtetésre jutottak, hogy a reziliens csoport erősebb szociális

megtartásról és kevesebb szociális akadályoztatásról számolt be, ami érdekes, ha mellé vesszük az alacsony katasztrófizálást. A társas coping model (CCM) szerint ugyanis a fájdalomtól szenvedő betegek katasztrófizálással próbálják magukra vonni a figyelmet, ami azt mutatja, hogy a reziliens fájdalomtól szenvedők megtalálták a módját annak, hogy olyan módon tartsák közel magukhoz az embereket, hogy eltúloznák a félelmeiket vagy szorongásaikat (Karoly és Ruehlman, 2006). A szerzők úgy gondolják, hogy a rezilienciára úgy érdemes tekinteni, mint ami kognitívan, érzelmileg, szociálisan és viselkedésesen kapcsolódik a végrehajtó (exekutív) önszabályozó képességekhez, a viszonylag magas fájdalommal élő emberek számára lehetővé teszik, hogy reményteli, pozitív és hatékony módon tartsanak céljaik felé (Karoly és Ruehlman, 2006).

A hazai kutatók közül Gyöngyösiné Kiss és munkatársai a reziliencia vizsgálata mellett kötelezte el magát és a szisztémás autoimmun kórképekben szenvedő felnőtt populációt vizsgáltak több éven keresztül (Gyöngyösiné Kiss és mtsai, 2008, 2009, 2010, 2012). Kérdésselvetésük, hogy kimutatható-e szignifikáns különbség a felnőtt korosztályban illesztett egészséges minta, és az autoimmunbeteg minta között a reziliencia értékekben? Igazolható-e, hogy az autoimmun betegcsoport alacsonyabb lelki ellenálló képességgel rendelkezik? Milyen személyiség tényezők függenek össze a rezilienciával? Melyek a személyiség protektív faktorai? A vizsgálatban 438 fő vett részt. Eredményeik szerint az egészséges csoport reziliencia értéke szignifikánsan különbözött az autoimmun betegcsoport eredményeitől, magasabb értéket adtak az egészséges személyek. A személyiség szempontjából az ártalomkerülés negatívan korrelált, míg a kitartás pozitív korrelációt mutatott a rezilienciával. Az ártalomkerülés alskálái az aggodalmaskodás, pesszimizmus, a bizonytalanságtól való félelem, féltékenység az idegenektől, fáradékonyság és aszténia szintén negatívan korrelált a reziliencia értékével. Az önirányítottság és az együttműködés pozitívan korrelált a rezilienciával. A szerzők kiemelik az önirányítottság alskáláit - felelősség érzet, céltudatosság, eredményesség, leleményesség, önfogadás - melyek szerintük jelentősen hozzájárul a reziliens válaszreakciók kialakulásához. Az újdonságkeresés, explorációs ingerelhetőség alskálán találtak pozitív korrelációt a rezilienciával, ami egyfajta nyitottságot jelent. A depresszió és a szorongás szignifikánsan negatív kapcsolatot mutatott a rezilienciával. A szerzők a céltudatos életvezetésnek és a pozitív társas beállítódásnak óriási szerepet tulajdonítanak a reziliens válaszreakciók kialakulásában és megvalósításában (Kiss, 2015).

Az elmúlt évtizedben számos vizsgálatot végeztek, a betegségek hatékonyabb kezelése és a halálozási arány csökkentése érdekében. Ma már vannak bizonyítékok arra, hogy a viselkedés megváltoztatásával, a kockázati tényezők minimalizálásával a gyógyulás kimenetelét

befolyásolni lehet, és az egészség állapotát megközelíteni vagy elérni (Bolier és mtsai, 2013, Smith és mtsai, 2004). Több szerző egyetértésben a rezilienciát aktív folyamatként fogja fel, ami a pszichoterápia folyamatában növelhető, a protektív faktorok fejlesztése által (Bolier és mtsai, 2013, Feder, Nestler, Charney, 2009, Girtler és mtsai, 2010).

Dowrick és mtsai (2008) arra keresték a választ, hogy a depressziós felnőtt betegek felépülését mely tényezők segítik. Eredményeik szerint a "hétköznapi mágia" (ami alatt a szerző az optimális életvitelt érti): a kutatási alanyok egyharmada kapott segítséget meglévő kapcsolataitól. A "személyes orvosság" megteremtésében három dolgot neveztek meg, amiben aktívan tettek magukért a személyek: 1, személyes erősségre támaszkodás 2, pozitív érzések kiterjesztése (változtatottak az életmódjukon, hogy több pozitív érzelmet élhessen meg), 3, személyes kapcsolatok és kapcsolati háló kiterjesztése. Nem kaptak markáns eredményt a kíváncsiság és a képzelőerő szempontjából, ezekre nem építettek jellemzően a változtatásban a vizsgált személyek. Az életmódváltás, család és barátok támogatása és önségítő aktivitásuk volt a legfontosabb segítség a depresszióból való kilábaláshoz (Dowrick és mtsai, 2008).

2.5.7. Reziliencia vizsgálatok krónikus beteg serdülőkkel

A reziliens válaszreakciók lehetőségének és támogató tényezőinek komplexitása korábbi kutatások alapján ismertek. A krónikus megbetegedésekkel élőkkel végzett reziliencia kutatások az életminőség, jóllét és az egészségvédő magatartás kialakítása szempontjából jelentősek. Az egészségvédő magatartásnak a serdülők körében kiemelt jelentősége van az életminőség szempontjából.

Hauser (2006) olyan serdülő lányok rezilienciáját vizsgálta, akik pszichiátriai betegségből épültek fel. Három jellemző faktor talált: 1, személyes befolyás/ágencia érzés, hogy képesek befolyásolni a helyzetüket 2, a belső fókusz, annak képessége, hogy „elbírják” saját érzelmeiket és gondolataikat 3, támogató kapcsolatok kialakításának képessége.

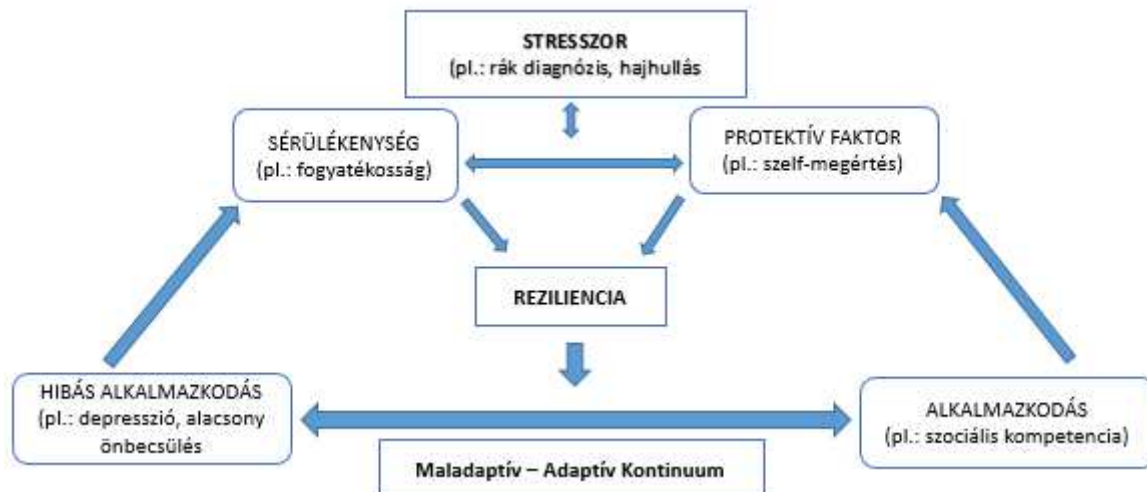
A szerzők szerint két dolgot tehetünk a rezilienciánk kiépítéséért: egyik, hogy a "hétköznapi mágiát" gyakoroljuk, szoros, szeretettel teli kapcsolatokat építünk, a szociális támogatás és szociális szerepek a mindennapjaink részévé válnak, illetve "személyes orvosság"-ként, olyan aktivitások beiktatása a napi rutinba, ami értelmet ad az életnek (Hauser, 2006).

Rutter (1985) a serdülő reziliens rákbetegre úgy tekint, mint aki: 1, bír bizonyos személyiségjegyekkel, 2, bizonyos módon cselekszik, 3, rendelkezik bizonyos erőforrásokkal. A reziliencia egy folyamat, amit a sérülékenység (vulnerabilitás) és a támogató, protektív

faktorok jellemeznek, nem pedig egy fix személyiségjegyet vagy egy helyzet kimenetelét. Rutter (1987) azt is leszögezi, hogy érdekesebb a védőfaktorokkal foglalkozni, mint a sérülékenységekkel (Rutter, 1987).

Haase (2004) rákbeteg serdülők reziliencia vizsgálatának eredménye alapján megállapítható, hogy - számos egyéb vizsgálattal egyetértésben - a bizonytalanság negatívan hat a reményre, szociális támogatásra, pszichés jóllétre és a rezilienciára (ld. 2.2. ábra), (Haase és mtsai, 2004; Neville, 1998; Woodgate, 1999; Zebrack, Chesler, 2002). A rákosbeteg serdülőknél a reziliencia eredményezheti az önbizalmat, az önmeghaladást (self-transcendence), az önértékelést és az életminőség növekedését (Haase, 1997).

2.2. ábra, Woodgate reziliencia modellje (Woodgate, 1999, pp:38.), (saját fordítása)



Yi-Frazier, (2015) 50 fős serdülő csoportot vizsgált akiket I-es típusú diabétesssel diagnosztizáltak. A vizsgálat a reziliencia, distressz, coping és a diabétes eredményekre fókuszált. Az alacsony reziliencia összefüggésben volt a magas distressszel, rossz életminőséggel, és rossz glikémiás kontrollal, valamint az alacsony reziliencia szintén összefüggésben volt a maladaptív copinggal. Az I-típusú diabéteszes serdülők, veszélyeztetettek depresszióra, és ki vannak téve distressznek. A magasabb reziliencia jelentős protektív tényező volt a depresszióval szemben (Birmahe 1996). Kortársakhoz képest kétszer-háromszor magasabb a major depresszió előfordulása a vizsgált populációban (Grey, 2002). A cukorbeteg felnőtteknél a magasabb egyéni reziliencia bejelezte, az egy évvel későbbi alacsonyabb A1C értéket (glikémiás hemoglobint) (Yi-Frazier, 2008). Különösen,

akiknek alacsony volt a rezilienciája, azok romló A1C értéket, és romló öngondoskodási viselkedést mutattak stressz esetében, szemben azokkal, akiknek magas volt a rezilienciája (Yi-Frazier, 2008). A maladaptív alskálák összefüggést mutattak az alacsony rezilienciával, és a teljes mintán a „tétlen ábrándozás” - cselekvés nélküli bizakodás - maladaptív alskála járt együtt az alacsony rezilienciával. A magas rezilienciájú serdülők kevésbé „tétlen ábrándoztak”, mint a közepes és alacsony rezilienciájú személyek. Azok a fiatalok, akikre a „tétlen ábrándozás” jellemző volt, a képzeleti tevékenységet nem használták a megküzdés eszközeként, és nem követte cselekvés a gondolkodási fázist, „csak” gondolkodtak a problémáról. A csoportonkénti elemzés azt mutatta, hogy a magas rezilienciájú csoport, magasabb értéket ért el az adaptív copingban. Az eredmények segítik, az intervenciók irányának meghatározását, a maladaptív coping megváltoztatása pozitív irányba befolyásolhatja a rezilienciát. Célszerű olyan intervenciókat kifejleszteni, amik növelik a rezilienciát (Yi-Frazier, 2015).

Összeségében a reziliencia összefüggést mutatott a distresszel és az életminőséggel, oly módon, hogy akiknek magasabb a rezilienciája azok alacsonyabb distresszt és magasabb életminőség értéket értek el. Ez összhangban van más kutatások eredményeivel, ahol a rákbetegek, gerincsérültek és felnőtt diabetesesek reziliencia képességét mérték (Jaser, White, 2011, Yi-Frazier és mtsai, 2012).

A reményt több kutatás is fókuszba helyezte, a remény közvetlenül befolyásolja az egészséget. Aki reménykedik, az aktívan tesz egészsége megőrzéséért és javításáért (Hinds & Gattuso, 1991). A reménynek központi szerepe van a rákbeteg serdülők és felnőttek helyzetükhöz való alkalmazkodásában (Haase, 1987; Hinds, 2000; Hinds, Martin, 1998; Hinds és mtsai, 1999; Peterman és mtsai, 2002).

A spirituális hozzáállás egy hatékony, és gyakori módja annak, hogy serdülők „egyben tartsák magukat” szenvedés és krónikus állapotok esetén (Haase, 1987; Reed, 1986; Resnick, Harris, Blum, 1993; Silber, Reilly, 1985). Az önmeghaladás képességét több szerző a reziliencia egyik központi elemének tartja (Coward, 1990; Haase és mtsai, 1999; Haase, Stutzer, Berry, 1991), és az önmeghaladásnak része a gyógyulás érzése, annak a felismerése, hogy van értelme az életnek és, hogy kapcsolódunk másokhoz, a természethez és Istenhez (Haase, 1992).

2.5.8. Reziliencia vizsgálata veszteségben és traumában

Az eddig idézett vizsgálatoktól módszertanában eltérő kutatást mutatok be ebben az alfejezetben, szemléltetve a reziliencia jelenségének komplex vizsgálati lehetőségét. A szerzők a reziliencián, azt a készséget értik, hogy a személy optimistán tudjon tekinteni a jövőbe traumák és veszteségek esetén és pozitív adaptációra képes a nehéz élethelyzetben (Tychev és mtsai, 2012).

Súlyosan traumatizált életkörülményeket átélt 12 éves ikerlányokat francia analitikusok projektív eljárásokkal (klinikai interjú, Rorschach teszt, Story tesztek, ház rajz, madárfészek rajz) vizsgáltak. Az ikerlányok 4 éves koruktól éltek nevelőotthonban, ahogy a vizsgálat idején is. A két lány közül az egyik (továbbiakban: M.) reziliensé vált, míg ikertestvére (A) a traumatizált gyermekek sajátosságait mutatta, mind szociális kapcsolataiban, mind teljesítményében a vizsgálat idején. Jelentős különbség a lányok között - amivel a teszt eredményeik összhangba hozhatók, - hogy "M" képes volt két felnőttben (tanárai) követhető példaképet találni, akik helyettesíti a szülőket, míg testvérenek csak a kortársaival volt idealizált kapcsolata. "M" a szülőket helyettesítő ideál válsztással tudta integrálni az értékeket és az életformát saját életébe. A szülőket helyettesítő példaképekkel átélt közös tapasztalatok teszik lehetővé, hogy az idealizálás létrejöjjön. Különösen fontos elem kapcsolatukban, hogy azonos nemű volt a választott ideál, így "M" megtanulta elfogadni magát a tanára segítségével, akit gyönyörűnek látott. Kölcsönösen kötődtek egymáshoz és közösség érzésük volt, és közös értékrendjük. Ilyen helyettes ideállal – „ideál protézis” - szükséges volt találkozni a reziliens fejlődéshez. Így tudta felépíteni "M" szexuális identitását. Az érzelem megosztás a fontos személlyel, akinek folyamatos elérhetősége megadta a kapcsolódás biztonságát, ami az én-fejlődést és a reziliens válaszreakciók kifejlődését segítette. A szerzők úgy gondolják, hogy nincsen bizonyíték a genetikus tényezők léteire a reziliencia kialakulásában, de eredményüket nem tartják generalizálhatónak az alacsony elemszám miatt (Tychev és mtsai, 2012).

Miután áttekintettük a téma szempontjából releváns reziliencia vizsgálatokat a felnőtt és serdülő krónikus megbetegedésekben és a veszteségben, áttérünk a pszichoszomatikus keretben értelmezett korábbi reziliencia kutatások bemutatására az evészavarok összefüggésében.

2.5.9. Reziliencia vizsgálata evészavarokban

Hayes és mtsai (2014) spanyol felnőtt mintán végzett reziliencia vizsgálatot evészavaros betegekkel. Wagnild és Young-féle 25 (1993) ítemes reziliencia kérdőívvel szignifikáns különbséget találtak az evészavaros és a kontroll csoport között: a személyes kompetencia, szelf- és az élet elfogadása faktorokban. Az evészavaros csoport mindkettőben alacsonyabb értéket ért el. A gyógyult evészavarosok és az átlag populáció között nem volt különbség. Az evészavaros személyek reziliencia értéke alacsonyabb volt, mint a gyógyultak és az átlag populáció értéke.

A személyes kompetenciához olyan tételek tartoznak, mint: önellátás, függetlenség, határozottság, legyőzhetetlenség, ügyesség (kiválóság), találékonyság és kitartás. A szelf- és élet elfogadásához tartozó minőségek: alkalmazkodó képesség, egyensúly, rugalmasság, kiegyensúlyozott perspektíva az életről (Hayes és mtsai, 2014). A kutatók felvetik, hogy a fenti faktorok esetleg már a megbetegedés előtt is jellemezték az evészavaros személyeket és nem a betegség velejárói (Hayes és mtsai, 2014).

Tomba és mtsai evészavaros felnőttek életminőségét és szubjektív jólétét vizsgálták a Bolognai Evészavar Klinikán. Az evészavaros csoport kevés pozitív érzelmet él át, és az életükkel, több területével elégedetlenek, főleg a testükkel, optimizmusukkal és önértékelésükkel. (Tomba és mtsai, 2014).

A pszichológiai jóllétet nem a maladaptív hiány, hanem a jó funkciók megléte mentén értékelhető (Ryff, 1998, Tomba és mtsai, 2014). Ryff és Singer (1996) az affektív zavarokkal bíró betegek farmakológiai vagy pszichoterápiáját sikeresnek találta a tünetek szintjén, azonban a pszichológiai jóllétük nem emelkedett (Ryff, Singer, 1996). Ryff modellje alapján a vizsgálat kutatói kérdése, hogy vajon ha a pszichológiai jólét sérült, és ez vulnérabilissá teszi a személyt, növelve a depresszió kockázatát? 231 nő és 11 férfi vett részt 4 csoportba osztva a vizsgálatba, 105 BN, 57 AN 83 BED és 60 fő illesztett kontroll. Eredményeik szerint az evészavarosok alacsonyabb autonómiával, környezettel való bánás képességével, önértékeléssel rendelkeznek. Bulimiásoknál találták a legnagyobb sérülést a pszichológiai jóllét szempontjából. Nagy a különbség a bulimia, anorexia, és a túlevők között. Az anorexiások szubjektíven magasabb életminőséget mondtak, mint a bulimiások és a túlevők. Számos dolog befolyásolhatja az eredményt, a szerzők úgy gondolják, hogy az AN csoportnak ego szinten nincs belátása saját állapotára. A testsúly kontrollban megélnék önértékelést, önkompetenciát, magasrendű képességet (Vitousek, Watson Wilson, 1998, Surgenor és mtsai, 2007, Brockmeyer, és mtsai, 2012, Nordbo és mtsai, 2006). A perfekcionizmusból adódóan pedig nem adhatnak olyan véleményt, ami megkérdőjelezi a tökéletességüket. Nem utolsó sorban szociokulturálisan a vékonyságot pozitívan értékelik,

ettől is megélhetik a jólétüket (Tomba és mtsai, 2014). Az ambuláns evészavaros betegek, ezt a hatást a sikerrel és népszerűséggel asszociálják. A szerzők eredményei szerint, a pszichológiai jóllét független a pszichopatológiától, ez alátámasztja azt, hogy a jóllét nem csupán a pszichológiai jóllét hiánya. Az autonómián kívül a többi faktor - környezettel való helyes bánásmód, pozitív társas kapcsolatok, önfogadás - negatívan korrelált az evészavarokkal és nem függött a BMI-től és a betegség hosszától (Tomba és mtsai, 2014).

A rezilienciára képességét anorexiában, befolyásolhatja és nehezíti a perceptuális stílus. Tchanturia és mtsa (2001) eredményei rámutatnak, hogy az anorexiások képtelenek változtatni egy viselkedési mintázaton, ha az már rögzült. Ez a rigid válaszadási stílus megakadályozhatja az anorexiások viselkedésbeli változását még akkor is, ha amúgy motiváltak (Tchanturia, Serpella, Troopb, Treasurea, 2001).

2.5.10. Reziliencia kutatások összegzése

A fejezetben áttekintettük a reziliencia jelenségének beépülését a pszichológia tudományának egészség-és klinikai pszichológia területein, illetve a fogalom kialakulásának folyamatát. Míg a rezilienciáról korábban személyiségvonásként gondolkodtak a kutatók, ma már egy sok tényezős, komplex és dinamikus, időben változó rugalmas alkalmazkodásnak tartjuk, melynek megjelenését a személyiség protektív faktorai támogatnak a kompetens működésben. A protektív hatásokban, a személyes, családi és a társas környezeti tényezők szerepet játszanak. Rezilienciát egyértelműen támogatják a pozitív érzelmek és csökkentve a szorongást, depressziót kísérő negatív affektusokat. A krónikus betegségből való felépülést támogatja a rezilienciára való képesség, csökkenti a betegséget kísérő fájdalom érzetet, növeli a jóllétet, és pozitívan befolyásolja a betegség lefolyását. Magas reziliencia véd a depresszióval szemben. Serdülőkorban a betegségből való felépülésben a személyes befolyás, a belső fókusz (ézelmek szabályozása) és a támogató kapcsolatok játszottak meghatározó szerepet. Evészavaros serdülők esetében a rezilienciát támogatta a személyes kompetencia átélése, a szelf-és élet elfogadása, megelégedettség érzés, és az optimizmus, valamint a pozitív, élményen alapuló ideálképzés, pozitív társas kapcsolatok és a környezettel való helyes bánásmód.

2.6. ÉRZELEMSZABÁLYOZÁS

Gross szerint az érzelmszabályozás az értelem és a szenvedélyek harmóniája (1998).

A dolgozat kutatási kérdései szempontjából fontos áttekinteni az érzelemszabályozás területét és kapcsolódási pontjait a reziliencia jelenségével, mert az érzelem- és kognitív szabályozás szerepét meghatározónak találják a kutatók a rezilienciával összefüggésben (Zantura, 2005, Karoly, Reuhlman, 2006, Erim és mtsai, 2010, DeNisco és mtsai, 2011, Gyöngyösiné Kiss és mtsai, 2012). Az érzelmi és figyelmi folyamatok kulcsszerepet játszanak a szelfszabályozásban és így közvetve az adaptív egészséges lélektani és neurobiológiai működésben.

A pszichológia tudományában 1970-es évektől egyre több figyelem irányult az érzelmek felé a kognitív irodalomban és ezzel párhuzamosan a lelki működésben is megfogalmazódott szerepük, azonban az érzelmek kutatása az “affektív forradalomig” jelentősen leértékelt terület volt a tudományos életben (Fonagy és mtsai. 2002, Southam-Gerow, Kendall, 2002).

Az első érzelemszabályozásra irányuló munka Sigmund Freud elméletében olvasható a szorongás szabályozásaként (Freud, 1926). A pszichoanalízis által megfogalmazott én-védő, elhárító mechanizmusok az érzelemszabályozás részét képezik (Cole, Michel, Teti, 1994). Ösztönös, tudattalan folyamatok, melynek funkciója a tudatos élmény manipulációja (Kököneyei 2008, Csenki, 2012). A modern irodalom az én-védő mechanizmusokat az érzelemszabályozás egy formájaként jegyzi, de nem kizárólagosként jelenik meg (Gross, 1998, Thompson, 1994, Csenki, 2012).

2.6.1. Az érzelemszabályozás meghatározása

Leggyakrabban olvasható definíció Thompsontól származik (1994), mely leginkább elfogadott meghatározása a jelenségnek:

„Az érzelemszabályozás olyan extrinzik és intrinzik folyamatokból áll, amelyek az érzelmi reakciók, monitorozásáért, értékeléséért, és módosításáért felelősek, különös tekintettel az érzelmi reakciók intenzitására, idői jellemzőire, annak érdekében, hogy a célok elérése lehetővé váljon.“ (Thompson, 1994, ford: Kököneyei, 2008 pp. 41, Csenki, 2012)

Thompson definíciója kiemeli az érzelmi arousal fenntartását és fokozását épp úgy, mint annak gátlását vagy csökkentését, vagyis az érzelmek intenzitásának szerepét. Pontosan megfogalmazza, hogy az érzelemszabályozáson nem csak a szelf irányította érzelmi folyamatokat értjük, hanem a külső folyamatokat, és az azokkal közös interakciókat is. Az

érzelmi intenzitás és az idői lefolyás is fontos szerepet kap a megfogalmazás szerint az érzelem szabályozás folyamatában. A szabályozásnak meghatározó szerepe van az élmények fokozásában, csendesítésében, kezdetében és lefolyásában (Csenki, 2012).

Az érzelemszabályozást alapvetően dinamikus folyamatnak tartjuk, de az érzelemszabályozás vonásszintű megközelítése is teret nyert mára, elsősorban a maladaptív érzelemszabályozó stratégiák vizsgálata nyomán (Bóna és mtsai, 2013).

Az érzelemszabályozás definiálásában fontos megkülönböztetni a szabályozást a kontroll jelenségétől (Southam-Gerow, Kendall, 2002). Az érzelmek kontrollja a negatív érzések kontrollálását jelenti, ami az érzelemszabályozás egy lehetséges formája, azonban nem az egyetlen (Thompson, 1994, Gross, 1998, Cole, Michel, Teti, 1994). Az érzelemszabályozás egy dinamikus vezénylés, melyben megvan az érzelmi válasz lehetősége, ami a helyzethez hangolt dinamikus érzelmi reakció. Ezzel szemben az érzelemkontroll csupán, egy korlátozó érzelmi folyamat (Cole, Michel, Teti, 1994). A definícióból következik, hogy az érett szelfnek megfelelő érzelemszabályozó funkció kettős szerepet tölt be (Gross, 1998; Thompson, 1994): a negatív érzelmeket csökkenti, úgy, hogy azokat a szelf képes átélni, feldolgozni és integrálni (Baumann, Kaschel, Kuhl, 2007, Csenki, 2012), és közben pozitív érzelmeket hoz létre a szelf által, mellyel megerősíti a problémákkal szemben azt (Fredrickson, 2006). Az érzelemszabályozás egyszerűen jelenthet annyit, hogy a pozitív érzelem hiányát képes pótolni, és a negatív érzelmeket képes a szelf csökkenteni (Baumann, Kaschel, Kuhl, 2007). Ha hatékonyan működik az érzelemszabályozás, akkor az ember képes érzelmileg "elhagyni" a megterhelő helyzetet (Csenki, 2012). Azonban, ha alacsony szintű a szabályozási képesség, a pszichoszomatikus tünetek száma megnő (Baumann, Kaschel, Kuhl, 2007). Ebben az esetben az érzelmek diszregulációjáról beszélünk (Oatley, Jenkins, 2001). A diszreguláció jelenségét az érzelmek átéléséhez, kifejezéséhez és az adaptív alkalmazásuk hiányához kötjük (Cole, Michel, Teti, 1994, Gratz, Roemer, 2004).

A definíciók egy része az érzelemszabályozást meglévő képességekhez kötik (Cole, Michel, Teti, 1994), míg a diszregulációt a képességek hiányához (Gratz, Roemer, 2004). Képességként definiált érzelemszabályozás a szakirodalom szerint lehet, 1, önálló, több komponensből álló rendszer vagy 2, az érzelmi intelligencia része (Bóna és mtsai, 2013).

Összességében az érzelemszabályozást megcélzó kutatások egybehangzóan jelzik, hogy az érzelemszabályozás mind a lelki (John, Gross, 2004), mind a testi egészségre kifejti a hatását (Keefe, Porter, Labban, 2006).

A fejezetben az érzelemszabályozás meghatározást követően bemutatom az ide vonatkozó fejlődéslélektani aspektusokat, az érzelemszabályozás és a kötődési rendszer, valamint a

mentelizáció összefüggéseit. Az érzelemszabályozás adaptív és maladaptív formáit, illetve az alexitímia sajátosságait.

2.6.2. Megküzdés és önszabályozás

Az érzelemszabályozás kutatások egyik előfutáraként tekinthető a stresszre és megküzdésre irányuló vizsgálatok (Gross, 1998). A megküzdés definíciója szerint, kognitív és viselkedéses törekvések összessége, melynek célja, hogy az egyén erőforrásait meghalódó külső és/vagy belső hatásokat kezelni tudja (Lazarus, Folkman, 1984, pp. 141). Vizsgálatok alapján a kutatók két megküzdési stílust különítettek el, az érzelempőzpontú (érzelemfókuszú) és problémamegoldó (problémafókuszú) stílust. A második a negatív érzelmek elkerülésére fókuszál. Azonban az érzelemszabályozás ezen a célon túl mutatva, mind a pozitív, mind a negatív érzelmek szabályozását, átélését és kifejezését célozza meg. A negatív érzelmek csillapítása mellett a pozitív érzelmek megtartása és növelése is cél (Gross, 1998).

Az érzelemszabályozáshoz szorosan kapcsolódó vizsgálatok a gyermek önszabályozásának képességét kutatják. A késleltetési képesség, mint pozitív produktum jelenik meg az érzelmi fejlődésben - követve az idegrendszeri érést, ahol a gátlási funkciók szintén később fejlődnek ki - melyek hozzásegítik a gyermeket az érzelmileg intenzív helyzet kezeléséhez (Kulcsár 1996, Földi, 2005, Kökönyei, 2008, Csenki, 2012).

2.6.3. Az érzelemszabályozás fejlődéslélektani aspektusa

A fejlődési pszichopatológia komplex megközelítésében megjelennek neurális, emocionális és kognitív folyamatok (Izard és mtsai, 2006, Csenki, 2012). A neurális, kognitív és viselkedés érzelemszabályozó folyamatok, az érzelem bármely komponensét gátolhatják, tartósíthatják, csökkenthetik vagy fokozhatják (Izard és mtsai, 2011, Bóna és mtsai, 2013). Az érzelemregulációs képességek fejlődése a biológiai, szocio-emocionális és kognitív tapasztalatok folyamatos integrációjaként írható le (Calkins, 1994; Cicchetti, Ganiban és Bernetti, 1991; Gross és Munoz, 1995). Az érzelemszabályozás általános célja a tudományos megközelítés értelmében, a negatív érzelmek csökkentése és a pozitívak növelése (Csenki 2012).

Az érzelemszabályozás központi témája a fejlődési pszichopatológiának, melynek vázát képezik az érzelem elméletek, az érzelem szabályozás fejlődésének kutatásai, és a klinikai

kutatások (Cole, Michel, Teti, 1994). A fejlődési pszichopatológia modellje a '70-es évektől jelentős változásokon ment keresztül (Cicchetti és Cohen, 2006). A fejlődési szemlélet a pszichopatológiában magába építette a fejlődési mintázatok kedvező és kedvezőtlen alakulásának koncepcióját, a fejlődési vonalak és feladatok, valamint a komplex fejlődési kölcsönhatások modelljeit (Masten és Obradovic, 2006; Péley, 2010, Hámori, 2013). Az egyes pszichopatológiai képek háttérében álló rizikófaktorok, adaptációs és kompetencia tényezőinek feltárása, a vulnerabilitás, a reziliencia, valamint a protektív faktorok tudományos megalapozottságú megismerése kiemelt jelentőséget kapott az utóbbi évtizedek kutatásai során (Hámori, 2013).

A fejlődés során az affektív szabályozás zavarainak kialakulásában négy fő terület fejlődési feladatainak maladaptív megoldásai a meghatározók, úgymint; 1, a homeosztatis és fiziológiai szabályozás, 2, érzelem differenciáció, figyelem és arousal modulálása, 3, biztonságos kötődés kialakítása, 4, szelf-rendszer kifejlesztése (Bóna és mtsai, 2013). Az önszabályozás milyensége közvetlenül kapcsolódik az elsődleges gondozóval megélt kapcsolat minőségéhez (Schore, 2002). Témánk szempontjából két aspektussal foglalkozunk részletesen a biztonságos kötődés és mentalizáció, valamint a szelf motivációs modelljével.

Az egészséges fejlődés szempontjából lényeges kérdés a negatív affektív állapotok lefelé modulálása, elkerülve, hogy túl magas legyen az izgalmi szint, illetve cél a magas intenzitású pozitív állapotok elérése, megosztása és azok közös átélése (Laible, Thompson, 2000). A magas intenzitású pozitív érzelmi állapotok megtapasztalása az érzelmek átélését és megértését teszi lehetővé. Az érzelmek átélésének elkerülése, üresség érzéssel jár. Azok a gyerekek, akik ritkán tapasztalnak magas intenzitású affektív állapotokat pozitív színezettel, illetve a magas érzelmi intenzitású állapotot inkább a negatív élményekkel társítják, a nagy intenzitású élményeket, fenyegetőként értelmezik és elkerülendőnek tartják (Bóna és mtsai, 2013).

A korai környezettel való interaktív tapasztalatok a pozitív érzelmek generálásában is fontos szerepet játszanak. A környezet szabad explorációja önindította mozgásokhoz társuló pozitív affektív állapotot, kompetencia- és kontroll érzés megélését tesz lehetővé leginkább biztonságos környezetben. A játék szintén, a korai interakciókban az intenzív, pozitív érzelmi állapotok átélésének kedvez (Schore, 2001, Bóna és mtsai, 2013), ami az érzelemszabályozás fejlődésében kritikus szerepet tölt be (Kulcsár, 1996).

2.6.4. Az érzelemszabályozás és a kötődési rendszerek kapcsolata

A kötődélmélet, a kötődést érzelmi kapcsolatként fogja fel, tehát az érzelmek vizsgálata központi jelentőségű. Úgy gondolkodik az érzelmekről, mint a kötődési rendszer változásának (szétszakadás, megújulás) következményeiről (Fonagy, 2002). A kötődélmélet szerint az érzelemszabályozást a csecsemő a kötődési rendszer működésén keresztül tanulja meg. A bizonytalan, ambivalensen kötődő csecsemő a gondozóját elérhetetlenként érzékeli, mert a gondozó érzelmi válaszai nem konzisztensek a gyermeke jelzéseivel. A bizonytalan, ambivalensen kötődő gondozók képtelenek érzékelné a gyermekük, és saját distressz érzéseit, így ennek kezelésében, szabályozásában sem tudnak segíteni (Bretherton, 1985; Harel, Scher, 2003).

A kötődélméletek is a fejlődési pszichopatológia holisztikus szemléletéhez (Achenbach, 1990) hasonlóan többszintű megközelítést igényelnek. Bár az érzelemszabályozás képességét nagyban befolyásolják genetikai adottságok és veleszületett biológiai rendszerek, a központi idegrendszer érzékenysége, és a temperamentum, mégis az elsődleges gondozóval való interakcióból bontakozik ki az első életév során (Bowlby, 1956, Eisenberg, Spinrad, Eggum, 2010). Az érzékeny gondozói környezet mentén kialakuló biztonságos kötődés megteremti az adaptív szelf-szabályozási képességet és a stresszel való optimális megküzdést tesz lehetővé a későbbi fejlődés során. Az előzőkből az is következik, hogy az első életévben kialakult szabályozatlan állapotok hosszútávú funkcióromláshoz vezetnek (Eisenberg, Spinrad, Eggum, 2010).

Greenberg (2008) úgy gondolja, hogy a korai kapcsolatokban az érzelmi kommunikációból, főként az implicit automatikus érzelemszabályozási stratégiák bontakoznak ki (Greenberg, 2008, Bóna és mtsai, 2013). Ezek például az önnyugtató viselkedés, érzelmi disztressz kommunikációja, szemkontaktus, intenzívebb vokalizáció, társak keresése, az érzékeny gondozói környezetben a jobb féltekei ézelemfeldolgozási folyamatokra támaszkodva a distressz automatikus szabályozását segítik (Bóna és mtsai, 2013).

Számos állatokon végzett vizsgálat igazolja a korai életévekben, a disztessz nem megfelelő vagy feloldatlan állapotainak hatását, mely jelentősen alakítja a stresszválaszt, a félelmi reakciót és a frontális szabályozó központot befolyásoló amygdala és hipotalamusz-hipofízis-mellékves (HPA) tengely működését (Loman, Gunnar, 2010, Kökönyei, Várnai 2007). Epigenetikai kutatások szerint a fenti működésre hatással lehet, hogy a különböző gének kifejeződésére (ki-be kapcsolódás) a korai gondozói környezet is hatással van (Murgatroyd, Spengler, 2011). A gondozói környezet a fejlődés kritikus szakaszaiban, okozhat hosszútávú pozitív és negatív változásokat (Révész, 2013).

Aupperle és mtsai (2016) tanulmányukban a serdülőkori depresszió illetve szorongásos tünetek, és az anyai visszajelzésekre adott idegrendszeri válaszreakciók kapcsolatáról írnak. Nagyobb depresszió- és szorongásos tünetek mellett csökkent bal oldali amygdala aktivitást figyeltek meg, minden kiugró anyai visszaigazolás esetén, legyen az dicséret vagy szidalmazás. Megnövekedett jobb oldali amygdala intenzitást pedig jellemzően az anya kritikus megnyilvánulása váltotta ki (Aupperle és mtsai, 2016).

A szülő és a csecsemő kötődési stílusa alapvetően meghatározza az érzelemszabályozási stílust úgy, hogy a gondozó személlyel történő interakcióban az érzelmeket minimalizálják vagy fokozzák. A szülő-gyerek kapcsolat az érzelemszabályozás szempontjából két alapvető következményt von maga után. A gyerek egyrészt reprezentálni tudja az érzelmeket kiváltó helyzeteket, másrészt képes lesz a szabályozásukhoz szükséges erőforrásait mozgósítani (Thompson, 1994). Csecsemőkor kritikus és kiemelten fontos időszak az arousal és affektusok szabályozása szempontjából és ennek optimális megvalósulásában a kötődés nyújtja a biztonságos környezetet (Crittenden, 2000). Crittenden dinamikus rendszerként képzei el a kötődés és affektusok szabályozásának jelenségét a fejlődés során, illeszkedve a fejlődési pszichopatológia nézőpontjához. Különböző kötődési minőségek mögött különböző információ feldolgozó és affektív szabályozási stratégia áll (Crittenden, 2000, Láng, Nagy, 2013). A csecsemő kialakuló kötődése minden esetben a kapcsolathoz való alkalmazkodásnak tekinthető (Láng, Nagy, 2013).

A kötődés hat a saját testünk és a környezetből jövő információk feldolgozás módjával - testi érzeteken keresztül - az érzelem szabályozásra. A sikeres szabályozáshoz az agynak, mind a testből érkező-, mind a környezeti információkkal tisztába kell lenni (Damasio, 1996, bővebben a pszichoszomatika részben olvasható). A testi és a környezeti információk harmonikus, integrált feldolgozására, a biztonságosan kötődő személyek képesek. Az elkerülő a viscerális, testi, az ambivalensen kötődők pedig a környezeti információkat hagyják figyelmen kívül. A dezorganizált kötődésű személyek nem rendelkeznek koherens információfeldolgozó stratégiával (Schoore, 2001, Láng, Nagy, 2013).

A kötődés minősége közvetítő faktorként is megjelenik. A biztonságos kötődés egészen serdülőkorig protektív faktorként jelenik meg a bántalmazással, szegénységgel, traumával szemben. A csecsemőként biztonságosan kötődő felnőttek kevesebb pszichés tünetről, kedvezőbb egészségi állapotról és sikeresebb kapcsolatokról számolnak be, mint az elkerülő, ambivalens és dezorganizált kötődésű személyek (Werner, 2000). A dezorganizált kötődés hajlamosít leginkább a patológiák kialakulására, gyermekkorban. A társas kapcsolatok gyenge minőségében, később magatartás zavarban, deviáns viselkedésben (Green, Goldwyn, 2002),

disszociatív állapotokban (Liotti, 2004, Láng, Nagy, 2013) mutatkozik meg, végül nagy valószínűséggel kialakul a borderline személyiségzavar (Fonagy, 2000). Napjainkban már bizonyítottan a kötődési stílusok nem maradnak stabilak egy életen át - ahogy azt a kötődésről vonásként gondolkodó elméletalkotók feltételezik - hanem jelentős stabilitás mellett, jelentős változások is megfigyelhetők az életút során (Pearson és mtsai, 1994, Watters, Hamilton, Weinfield, 2000, Láng, Nagy, 2013).

A kötődési stílus jelentős szerepét hangsúlyoztuk az érzelemszabályozásban, azonban jelen dolgozat kereteit meghaladja a kötődés stílusokról alkotott nézőpontok széleskörű bemutatása. Ma már bizonyított tény, hogy a reziliens válaszreakció és a kötődési rendszer működésének közös tulajdonsága a dinamikus változás a körülményekkel interakcióban egy életen át (Pearson és mtsai, 1994, Watters, Hamilton, Weinfield, 2000, Werner, Smith 1992, 2001, Masten és mtsai, 1990, Cederbland, Dahlin, Hagnell, Hansson, 1994).

2.6.4.1. Érzelemszabályozás és mentalizáció

Ahogy a kötődési stílus meghatározza az érzelemszabályozás milyenségét, úgy az érzelem szabályozás központi szerepet tölt be a korai fejlődésében, a szelf kiemelkedésében és szabályozásában. A mentalizáció, többnyire tudatelőttés imaginatív mentális aktivitás egyik formája, “a emberi viselkedés intencionális mentális állapotokban történő értelmezése” (Fonagy, 2008, pp.4., id.: Láng, Nagy, 2013).

Fonagy és mtsai szerint az érzelmi szabályozást három szintre osztja. A legalacsonyabb szinten a cél még csupán a szervezet egyensúlyban tartása. Az érzelmi szabályozás a homeosztatisz funkcióknak feleltethető meg, kívül esik a tudatosságon, a túlélés az elsődleges feladat. A következő szinten a szabályozásban már megjelenik a másokkal való kapcsolat is. Ennek segítségével értjük meg és kommunikáljuk az érzelmeinket, ekkor a másik személy eszközként szolgál. A legvégső formája a szabályozásnak a mentalizált érzelmek, amely egy érett, felnőtt képessége: a saját érzelmek megértése, a mély jelentés kimutatásának képessége, megértése mások érzéseinek, úgy hogy azok érzelmileg jelentéstartóak (Fonagy mtsai, 2002, lsd. 2.3. táblázat).

Fonagy és mtsai szerint ez a képesség annyira fontos evolúciós szempontból, mint a beszéd, és a célja az, hogy hatással tudjunk lenni mások érzelmeire, miközben meg is értjük azokat (Fonagy és mtsai, 2002, Southam-Gerow, Kendall, 2002).

2.3.táblázat, Fonagy (2002) nyomán

| Érzelem- szabályozás szintjei | Feladata | Interakció a környezettel |
|--|---|--|
| Első szint | szervezet egyensúlyban tartása, tudatosságon kívül zajlik, túlélés a cél | |
| Második szint | | szabályozó szerepe az interakciónak, a másik eszköz, saját érzelmeink megértésében |
| Hármadik szint | | mentalizált érzelme, saját és mások érzelmeinek jelentésteli megértése |

A fenti táblázat szemléletesen mutatja, hogy az érzelemszabályozás a gondozóval való kapcsolatban születik és formálódik a fejlődés folyamatában. A mentalizációs működés egészségestől eltérő formái a pszichés zavarokban felismerhetők, mint például a borderline személyiségzavarban a mentalizáció hiánya, paranoid zavarban pedig a mentalizáció elszabadulása a valóságtól (Allen, 2006). A mentalizáció kialakulásában a kötődés szerepét leginkább a neurobiológiai vizsgálatok eredményeivel lehet igazolni (Insel, 2003, Láng, Nagy, 2013). A kutatók bizonyították, hogy a kötődési viselkedés aktivitásáért felelős agyi terület többek között, a mentalizáció képességét is gátolja. Veszély, trauma esetében a túlélést leginkább a kötődési rendszer aktiválása biztosítja. A biztonságos kötődés sajátossága, hogy a kötődés viselkedéses aktivitása megszűnik a gondozó elérhetősége miatt, és a mentalizáció így szabadon működhet, azonban azok a csecsemők, akiknek a gondozói elérhetősége bizonytalan, jelentős energiát fordítanak a kötődési viselkedés aktivitására - kapcsolódási törekvésben - ami a mentalizáció gátlását is jelenti egyben (Péley, 2010).

A mentalizációs elképzelés és az affektusszabályozás kapcsolatát jelzi a Jurist által leírt “mentalizációs affektus”, ami a mentalizációt, mint az affektív állapotok egyik “megszelídítési” módját írja le (Jurist, 2005, Láng, Nagy, 2013).

2.6.4.2. A szülői érzelmetükrozés bioszociális elmélete

Gergely, Watson szociális bioszociális elmélete szerint a csecsemőt már a születésétől fogva jellemzi az érzelemkifejezésre és kommunikációra való bioszociális felkészültségét (Gergely, Watson, 1998). A gondozó és gyermeke kezdetől fogva egy affektív kommunikációs rendszert alkot, amelyben a gondozói interakcióknak és azok minőségének alapvető szerepe van a csecsemő érzelmi állapotainak modulálásában (Gergely, Watson, 1998).

Gergely és Watson (1998) a szülői érzelem tükrözés bioszociális elméletében összekapcsolja a pszichoanalitikus-, kötődés- és szelfpszichológiai elméleteket a kognitív fejlődéslelektani megfigyelésekkel. Elméletük alapja, egy komplex bioszociális rendszert feltételez, amelyben részt vesz a csecsemő, akinek ösztönös késztetése van arra, hogy belső affektív állapotait viselkedésében kifejezze, másrésztől a gondozó, aki visszatükrözi ezeket. A tükröző interakciók nem csak az affektív állapotok homeosztatisz szabályozására korlátozódnak, hanem megteremtnek egy olyan tanító, támogató környezetet, melyben a csecsemő képes lesz internalizálni a gondozói érzelemszabályozó funkciót, azáltal, hogy kialakulhatnak a primér érzelmi állapotok másodlagos reprezentációi (Gergely és Watson, 1998).

A deviáns érzelemtükrözés jellegzetes pszichopatológiák kialakulásához vezet. Egyik deviáns érzelemtükröző stílus, a perceptuális jelöltség hiánya az interakcióban. Ebben az esetben a szülő saját megoldatlan belső konfliktusai okán, képtelen csecsemője érzelmeit érzékelni és tartalmazni, sőt inkább elárasztódik a negatív érzelmekkel. Így csecsemője érzéseire a kategóriát tekintve kongruensen, de jelöletlenül fog reagálni. A megjelenített érzelem nem lesz lekapcsolódva (nincs lehorgonyozva) a szülőről, így a csecsemő, azt a szülő állapotának fogja tulajdonítani. A folyamat eredményeképpen a csecsemő saját negatív érzelmi állapotát a szülőhöz tartozónak ismeri fel, és saját belső negatív állapota nem csökken, hanem nő, így ez a deviáns tükrözés a megnyugtató helyett traumatizációhoz is vezet (Gergely, Watson, 1998; Fonagy és mtsai, 2002).

Második fajtája a deviáns érzelemtükrözésnek a jelölt, de inkongruens, kategóriáisan eltorzított szülői tükrözés. A szülő túlkontrolláló, vagy tévesen észlelő ebben az esetben, ugyan jelöli - lekapcsolódik a szülőről - az érzelmet, de torzítja azt. A csecsemő a torzított tükrözést sajátjaként ismeri fel, és saját primér érzelmi állapotához fogja referenciáisan lehorgonyozni, és téves kategóriájú másodlagos reprezentációt fog kialakítani. A csecsemő olyan diszpozicionális állapotot fog önmagának tulajdonítani, amely inkongruens a valódi érzelmi állapotával, így tévesen fogja észlelni azt (Gergely, Watson 1998; Fonagy és mtsai, 2002).

Összességében az érzelmi fejlődést a családi környezet három irányból is befolyásolja; a kötődés minősége, a gondozói magatartás, és a szabályozásról nyújtott modell (Southam-Gerow, Kendall, 2002, Csenki, 2012).

Az érzelmek deviáns tükrözése saját érzelmi állapotunk felismerését ellehetetleníti, ami érzelemszabályozási deficittel jár. Így az optimális érzelemszabályozás - negatív érzelmek csökkentése, pozitív érzelmek megtartása, kialakítása - nem tud megvalósulni és a stresszel teli élethelyzetben a reziliens válaszreakciók kialakulásának esélye csökken.

2.6.5. Érzelemszabályozó adaptív és maladaptív stratégiák

Aldao, Nolen-Hoeksema és Schweizer (2010) összefoglaló tanulmányában hat érzelemszabályozó stratégiát ír le: átkeretezés, probléma megoldás, elfogadás, elkerülés, elfojtás és rumináció). A stressz és a megküzdés illetve a korai kognitív-viselkedéses megközelítésekből kiindulva az érzelemszabályozás szakirodalma két adaptív szabályozási módszert különített el a fentiek közül az, *átkeretezést* és a *probléma megoldást*.

Azonban az átkeretezés és a problémamegoldás maladaptív formában növeli a depresszió, szorongás lehetőségét (Gross, 1998). A problémamegoldás hiánya még növeli az esélyeket az előzőkön kívül a szerhasználatra és az evészavarokra (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010).

Az elfogadás alacsony szintje generalizált szorongás, pánik, heroin használat vagy borderline személyiségzavarral jár együtt (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010).

Az átkeretezés, problémamegoldás és az elfogadás bizonyult a kutatások alapján a leginkább protektív mechanizmusnak a pszichopatológiai kórképekkel szemben. Ezekkel ellentétben, a szakirodalomban az elfojtás és az elkerülés maladaptív szabályozó stratégiaként jelenik meg (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010). Míg az elfojtás a zavaró érzelmek, gondolatok elfojtását jelenti (Gross, 1998, Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010), addig a rumináció az érzelmek, a gondolatok, okok és következmények állandó ismételésére épül. Úgy tűnhet, hogy az egyén megérteni szeretné a problémás helyzetet - ebben az értelemben problémamegoldó stratégiának is felfogható - azonban rumináció esetében a probléma megoldás helyett a negatív élményen van a fókusz, melynek eredménye a tehetetlenség és a döntésképtelenség felerősödése (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010).

A szerzők hangsúlyozzák, hogy a maladaptív stratégiák jelenléte sokkal károsabb, mint az adaptívak hiánya. Adaptív stratégia részét képezi, hogy képesek legyünk megnevezni, leírni, megfogalmazni és megérteni az érzéseket. Az érzelmek megértésének képessége erősíti az

önreflektív folyamatokat és a szelf szabályozást (Cole, Michel, Teti, 1994), melyről a későbbiekben lesz szó.

2.6.6. Az érzelmek kognitív fejlődés modellje

Az érzelemszabályozás adaptív és maladaptív kialakulása mellett az érzelmek átélésének képessége is fejlődéshez kötött Lean és munkatársai szerint. Piaget kognitív fejlődéstudományát és szimbolizáció fejlődését (Cole, Cole 1997) figyelembevéve kidolgozták az érzelmek kognitív fejlődés modelljét (Schwartz 1987, Lane, 1990). A szerzők szerint az: “érzelmek megélésének képessége feltehetően egy progresszív hierarchikus fejlődési folyamat során strukturális átalakuláson keresztül halad, az egyre differenciáltabb működés felé” (Lean, Quinlan és mtsai, 1990, pp.125). Elméletükben öt szintjét feltételezték az érzelemszabályozásnak és azt kísérő érzelmi tudatosságnak, melyek a piaget-i fejlődési szakaszokkal párhuzamosan fejlődnek (Lane és mtsai, 1990, Benczúr 2013).

Az első szakaszban az érzelmek, mint testi szenzációk jelennek meg, a második szakaszban az érzelmek testi szenzációban és a cselekvésben mutatkozik meg, a harmadik szakaszban mind szomatikus, mind pszichológiai szinten éljük meg az érzelmeket, a negyedik szakaszban képesek vagyunk komplex érzelmeinket leírni és az ötödik szakaszban az érzelmek apró eltéréseit is differenciálni tudjuk (Lane, Schwartz, 1987). A teljesség igénye nélkül fontos kiemelni az modellből, hogy egyes fejlődési szinteken való átmenet nem feltétlenül halad együtt a kognitív fejlődéssel, épp ezért lényeges egyes érzelmek érettségi szinteknek a megkülönböztetése. Az érzelemszabályozás megfelelő vagy éppen nem megfelelő működését a kora évek tapasztalatai alapozzák meg, ahogy arról a kötődési stílusok és a mentalizáció részben olvashattuk.

2.6.7. Az érzelemszabályozás a pszichoszomatikus működésben

A pszichoszomatikus tünetképzést korábban számos szerző megfigyelte, Alexander írta le először a tünetképzés folyamatát. Stoudemire a szabályozás regresszív formájaként említi a szomatiform zavarokban jellemző pszichoszomatikus tünetképzést (Stoudemire, 1998).

Az Alexander-i felfogás értelmében a pszichoszomatikus megbetegedések pszichodinamikai sajátossága, hogy a megterhelő érzelmeket a személy a szimpatikus és paraszimpatikus idegrendszer hatására a testén keresztül, a tünetképzésben fejezi ki (Alexander, 1950). With a szomatizáció jelenségét írta le, Lipowsky pedig úgy látta, hogy a szomatizációval járó

zavarok egyetlen közös vonása, hogy a személy stressz hatására, emocionálisan fűtött helyzetben szomatikusan, és nem kognitív módon reagál (With és mtsai, 1961, Lipowsky, 1988).

Stoudemire (1988) a pszichoszomatikus betegségeket úgy jellemzi, melyekben a beteg szomatikus csatornát használ az emocionális distressz kifejezésére és megfogalmazza, hogy a kisgyermek mind a testi, mind a pszichés distresszt szomatikus úton juttatja kifejezésre. A gyermek csak a nyelvvelsajátítást követően válik képessé a pszichológiai élmények elkülönítésére, és kifejezésére (Stoudemire, 1988). Azonban mindenre akkor tanul rá a gyermek, ha a szülő megfelelően címkézi, osztályozza, értékeli gyermeke distresszes állapotait (Stoudemire, 1988, Kulcsár, 1998). A szerző szerint az affektív zavarokat, a nem megfelelő szülői magatartás, a családi modellek, a verbalizálás nehézségét és a predomináns szomatikus kifejezési forma fennmaradását eredményezi, ami hosszútávon szomatoform zavarok kialakulásához vezet (Stoudemire, 1988). Stoudemire a szomatoform zavarokról kétféleképpen gondolkodik, 1, depresszió ekvivalensek, illetve 2, úgy, mint regresszív pszichológiai állapot, melyek szabályozó folyamatoknak felelnek meg (Stoudemire, 1998).

A későbbi elméletek szerint, a pszichoszomatikus működés középpontjában a szabályozatlan érzelmek (tudaton kívüli) vannak, ahogy ez, az anorexiás betegeknél is megfigyelhető (Csenki, 2012), melyek tudattalanul befolyásolják az idegrendszert és ezen keresztül a testi folyamatok működését.

Kulcsár (1996) összefoglalóan leírja, hogy a szomatoform zavarok regresszív jellege a korai gyermekkorra jellemző, a viscerális érzékelésre, illetve az interocepció túlsúlyára az exterocepció fölött. Kísérleti eredmények alátámasztják, hogy az exterocepció a központi idegrendszer és ezen belül is a frontális kéreg éréseivel válik domináns működéssé (Kulcsár, 1996). Pszichoanalitikus terminológiában megfogalmazva a pszichoszomatikus jelenséget; minden testi tünet a test libidóval való megszállása, vagyis a figyelem külső tárgyról, a saját testre való irányítását jelenti (Kulcsár, 1996).

Damasio (1996) bevezette a “szomatikus marker” fogalmát a pszichoszomatikus működés pontosabb megértése érdekében, vagyis az érzelmek hatását a kognitív folyamatokra. Elméletében *elsődleges emócióknak* nevezte a világ ingerei által létrehozott érzéseket a személyben, és *másodlagos emóciónak* pedig azokat az érzelmeket, melyek gondolkodásunk és belső képzeletünk hatására jönnek létre. Megfigyelései szerint mind az elsődleges, mind a másodlagos emóciók azonos csatornán fejeződnek ki, “a természet, a maga gazdaságosságra irányuló, kontár trükkjeivel, nem alkotott külön mechanizmusokat” (Damasio, 1996, id. Mérő, 2013, pp. 428.). A szomatikus markereket, olyan másodlagos emócióknak tartja, melyek

elképzelt események, cselekvések, történések, múltbeli tapasztalatok alapján előre jelzik a kimenetelt, zsigeri érzések (érzetek) útján. Gondolkodási folyamatainkba zsigeri érzetek keltésével szólnak bele, ezzel inspirálva az általuk helyzetéhez illeszkedő érzés és viselkedés aktiválását (Damasio, 1996).

Rief és mtsai (1992) 30 szomatoform zavarban szenvedő beteget strukturált klinikai interjúval vizsgált, eredményeik szerint az esetek 73%-ban a szomatoform zavar megelőzte az affektív zavart (Rief és mtsai, 1992). A szerzők úgy magyarázzák eredményüket, hogy; 1, a két kórkép együttjárása mögött közös háttérmechanizmus (szabályozási zavar) húzódik meg, 2, megjelenésük szekvenciája az alexitímia domináns szerepét erősíti meg, ami a később megjelenő affektív zavart elfedi, 3, azt is elképzelhetőnek tartják, hogy a depresszió reaktív jellegű, melyet a megterhelő szomatoform zavar indukál (ebben az esetben a két kórkép háttér mechanizmusa nem azonos). A felnőtt és serdülőkori anorexiában az alexitímia és az érzelmi szabályozási deficit egyaránt megjelenik (Zonnevijlle- Bender és mtsai, 2002), az anorexiát a pszichoszomatikus betegségek között tartjuk számon (Túry, 2000, Túry, Pászthy, 2008).

2.6.7.1. Alexitímia

Sifneos (1973) azonosította a pszichoszomatikus betegségek többségében az érzelmi deficitek azon mintázatait, melyekről legkorábban Bruch (1973) írt az anorexiások megfigyelései kapcsán (Sifneos, 1973, Bruch, 1973).

Sifneos a következő három jellegzetesség alapján alkotta meg az alexitímia fogalmát; 1, operacionális gondolkodás, 2, a fantáziálás hiánya, és 3, a projektív reduplikáció (Sifneos, 1973). Az operacionális gondolkodás egy egyoldalú, konkrétumokhoz, pillanatnyi realitáshoz tapadó gondolkodási forma, amely mögött a képzeleti tartalmak üressége által teremtett pszichikus rész van. A fantázia hiánya azt jelenti, hogy a feszültséget képtelenek lelki síkon feldolgozni, képzeletben, vagy fantáziában megművelni. A projektív reduplikáció folyamata egyfajta észlelési beszűkülés, melynek következtében a személy saját magát másokba vetíti, ezért képtelen önálló személyként észlelni (Hargitai, 2003, Csenki, 2012). A személy, önmaga másokba vetítését támogatja még a hamis szelf és az éretlen elhárítási folyamat, a projektív identifikáció (Markus, Kitayama, 1991, Forgas, Williems, 2006, Csenki, 2012, Bányai, 2013). A multidimenzionális megközelítés szerint a következő négy jelenség jellemzi az alexitímiát; 1, a szubjektív érzések felismerésének és leírásának nehézsége (a másokkal való

kommunikálásban), 2, a testi érzetek arousalja és a valódi érzések elkülönítésének nehézsége, 3, fantáziahiány, visszafogott képzelettevékenység, és 4, a külsőségekre irányuló kognitív stílus (Eizaguirre és mtsai, 2004; Zonnevillje-Bender és mtsai, 2002, Csenki, 2012).

A legújabb definíció szerint az alexitímia egyfajta személyiségvonás, mely az érzelmek kognitív kiértékelésének specifikus zavarát jelenti (Zackheim, 2007). Az alexitímia érzelmi komponense az érzelmi tudatosságot csökkenti, míg kognitív komponense egy operacionális gondolkodási módként értelmezhető (Zackheim, 2007). Az alexitímiás személy nem képes önmagát megnyugtatni és szabályozni érzelmeit, mivel nincs tudatába azoknak. Hiányzik számukra az érzelmek adaptív és informatív értéke (Berardis és mtsai, 2007).

Azonban a szerzők hangsúlyozzák, hogy az érzelmi élmény átélésének nehézsége nem jelenti azok hiányát, sokkal inkább differenciálatlan a jelenlétük. A kialakuló differenciálatlan állapotok, egyrészt megnehezítik az érzelmi élmények és a múlt eseményeinek, fantáziáinak összekötését. Másrészt megnövelik a belső feszültséget, ami a konfliktushelyzet fokozódását implicálja, és az érzelmek hiányos kognitív feldolgozását. Mindkét működésmód hajlamosít betegségek kialakulására (Taylor, Bagby, Parker, 1991).

Az alexitímia etiológiáját tekintve két irányzat fogalmazódik meg markánsan. Az egyik az alexitímiát statbil személyiségvonásként (Zackheim, 2007) értelmezi, mely egy pszichológiai vagy neurobiológiai fejlődési deficit, ami behatárolja az érzelmek észlelését, elkülönítését és feldolgozását, és megnöveli a pszichoszomatikus zavarok valószínűségét (Stingl és mtsai, 2008). A másik nézőpont szerint az alexitímia egy másodlagos mechanizmus, mely védekező vagy megküzdési mechanizmusként jött létre olyan mentális helyzetekre adott válaszként, mint a depresszió, a szorongás vagy a trauma (Stingl és mtsai, 2008). E kettő nézőpont inkább kiegészíti, mintsem ellentmond egymásnak.

A legújabb felfogásban a kapcsolati tér nehézségei felé fordult a szakemberek figyelme. Az alexitímia gyökerét az inadekvát szülői magatartásban keresik, amely hosszútávon az érzelemreguláció gyengüléséhez vagy hiányához vezet a kötődésemélet (Speranza és mtsai, 2005) és a szociális biofeedback elmélet képviselői szerint (ld. Gergely, Watson, 1998; Fonagy és mtsai, 2002, Csenki, 2012).

Quinton az érzelemkifejezéshez kapcsolódó ambivalenciára helyezi a hangsúlyt, szemben az korábbi szerzőkkel, akik az érzelem kifejezésének képtelenségét hangsúlyozták. Az alexitímiás személyek számára az érzelmek közül csupán a düh és a félelem képvisel jelentést. Ezek azonban frusztrációt és kétségbeesést okoznak a kapcsolati helyzetben, ami alexitímiás személy számára az egyik legnagyobb problémát jelenti (Quinton, Wagner, 2005, Csenki, 2012).

2.6.7.2. Pszichoszomatikus érzelemszabályozás evészavarokban

Az evési magatartást az érzelemszabályozáson kívül számos tényező befolyásolja - evolúciós és biológiai tényezők, ízpreferencia - (Krebs, 2009), mindezek mellett a modellkövetés, kondicionálás és szociokulturális és környezeti tényezők (Gisker és mtsai, 2007, Forgács, 2008).

A gyermek étkezési viselkedése saját adaptív képességei mentén formálódik és kerül interakcióba környezetével, a jellegzetes temperamentum-illeszkedés mentén (Chess, Thomas, 1999). Az illeszkedés hiánya fokozott vulnerabilitást okozhat és a maladaptív fejlődési irányt megerősíti. Az evéssel kapcsolatba minden gyermeknél felléphetnek problémák a fejlődés során, azonban a protektív tényezők hiányában, a sérülékenység lehetősége megsokszorozódik és hajlamosít a későbbi étkezési zavarok kialakulására (Bóna és mtsai, 2013).

Az evészavarokban közös rizikó és fenntartó tényező a családi háttér, a kora gyermekkori önértékelés-és szelf fejlődés zavara, a perfekcionizmus, a kontroll nehézségei és a kényszeres jellemzők (Varga, Babusa, 2011). Egy metaelemzés legmeghatározóbb rizikó-és fenntartótényezőnek a saját testtel való elégedetlenséget találta (Stice, 2002). Szabó és Túry kiemeli a negatív affektusok szerepét, a perfekcionizmust, a modellkövetést és a családi minták követését a családon belül, illetve a soványságra vonatkozó szociokulturális elvárásokat (Szabó, Túry, 2012).

Az étkezési zavar kialakulásában, mint látjuk az egyéni érzékenység és a környezet kölcsönhatása is szerepet játszik. A tüneti szinten eltérő evészavarok hátterében érzelem-és önszabályozási deficit áll (Csenki, Olár, Pászthy, 2010, Csenki, 2011).

Csenki (2012) vizsgálata igazolta, hogy az anorexiával diagnosztizált lányok jelentős nehézséget mutatnak az érzelmek azonosítása és azok kifejezése (alexitím jellemzők) terén és a negatív érzelmek tartósabb jelenlétét írta le náluk.

Anamnézisek elemzésével szintén serdülő kamaszlányokat vizsgáltak a szerzők, és a zavart evési magatartás összefüggést mutatott a korai interakciós mintázatokkal. Azt találták, hogy amikor az anyák nem tudnak adekvátan válaszolni gyermekük testi és érzelmi jelzéseire, a csecsemő nem, vagy csekély mértékben tud különbséget tenni saját érzelmi állapotai között (Mazzag, Pászthy, Túry, 2006, Sztanó, Rész, Pászthy, 2007). Kernberg (1975) szerint az étkezési zavarokban szenvedők számára az autonómia, és az érett dependencia egymással

összeegyeztethetetlen állapot. Az anorexiás páciensek gyakran orális fázisba regrediálnak, ahol még a táplálkozás és az ösztönimpulzusok szabályozása összekapcsolódik.

Burn és munkatársai (2012) 1254 nőt vizsgálva azt találták, hogy az érzelemszabályozásban mutatott deficitek közvetítő szerepet játszanak a bántalmazás, és az evési patológiák között, kiemelten az érzelmi bántalmazás tekintetében. Az evési patológiás magatartást (falásroham, purgálás, extrém diéta) a negatív affektusoktól való megszabadulásként értelmezik és az önnyugtatás módjának tartják (Bóna és mtsai, 2013).

Több vizsgálat egybehangzóan igazolja, hogy a családi környezet jellemzői és az evészavarok tünete között maladaptív érzelemszabályozási formák mediálnak (Laliberte, Boland, Leichner, 1999, Wei, és mtsai 2005, Tasca és mtsai, 2009). Az evészavaros családok maladaptív érzelemszabályozó működéséről, lentebb az evészavarok rendszerszemléletű megközelítése című részben olvashatunk bővebben.

2.7. A SZELF FEJLŐDÉS ÉS A MOTIVÁCIÓ

Az érzelemszabályozást biztosító anya-gyerek kapcsolatot a fejlődési pszichopatológia és számos szerző a szelf szabályozás alapvető tényezőjének tartja (Péley, 2010, Hámori, 2013, Bányai, 2013). Az anya-gyermek interakciók érzelm moduláló dinamikus kölcsönhatása az önszabályozás és a szelf szabályozás lehetőségét teremti meg és meghatározza a minőségét. A fejezetben a szelf-fejlődés motivációs elméletén keresztül mutatjuk be a szelf motivációs- és szabályozási folyamatait és a rezilienciában domináns szerepet játszó aspektusait.

2.7.1. A szelf fejlődés motivációs elmélete

A motiváció szempontjából a szelf négy aspektusa is kiemelkedő (Baumeister 1987): 1, A szelf meghatározása vagyis az önmeghatározás, 2, a szelf társadalommal való kapcsolata, 3, a személyes potenciál, a személyes lehetőségek felfedezése és kibontakoztatása és 4, az önszabályozás (Bányai, 2013). Az önmeghatározásnak szerepe van az én energetizálásában és a viselkedés irányításában. A szelf társadalommal való kapcsolata rámutat, hogy az identitás miképpen energetizálja és irányítja a viselkedést. A szelf lehetőségeinek felfedezése és kibontakoztatása az ágenciát tükrözi.

“Az ágencia a szelf inherens motivációja, a személyből magából eredő motivációs erő, ami azt fejezi ki, hogy a szelfnek ereje és szándéka van a cselekvésre”, mely önindította cselekvésre készlet (Bányai, 2013, pp.: 510.).

Az önszabályozás teszi lehetővé az állandóan változó környezettel való kompetens együttműködést. A szelf egy dinamikus rendszer, “amely egymással kölcsönhatásban áll egyéni, személyközi és kollektív” szinten (Forgas, Williams, 2001/2006, pp.22). Dolgozatom szempontjából a szelf potenciálra és az önszabályozásra helyezem hangsúlyt. Az alfejezetben bemutatom az ágencia fejlődését, az internalizálódást és az affektusok hatását a szelf fejlődésére és az önszabályozásra. Végül kitérek a hamis szelf-fejlődés sajátosságaira.

A szelf tartalmazza azokat az intrinzik motivációkat, melyek ágensé teszik (Ryan, 1993). A veleszületett képességek felfedezése, kibontakoztatása minden területen a növekedési folyamatban, az autonóm irányú fejlődést determinálja (Rogers 1961/2003, Ryan 1993). Az intrinzik motiváció összekapcsolódik a fejlődő, aktív szelf részekkel (Deci és Ryan, 1993) így a háttérben meghúzódó motivációs forrás energetizálja a gyermeket - és a felnőttet is - hogy kielégítse érdeklődését, kifejlessze képességeit és gyakorolja készségeit, tehetségét, önindította cselekvésre készlet (Bányai 2013).

A szelf fejlődésének útja a differenciálódás és a komplexitás irányában halad. A szelf úgy lép kapcsolatba a külvilággal, hogy egyre komplexebben differenciálódjon, és az integrációs folyamat pedig a szelf különböző részeit egységbe fogja (Bányai 2013). A szelf fejlődés motivációs elmélete szerint a szelf nem egyszerűen passzív elszenvedője a társas világ visszajelzéseinek és identitásainak, hanem inherens ágenciája révén aktívan fejlődik. A fejlődő ágenciával rendelkező személy megértéséhez inkább egyéni, mint társas keretek között juthatunk el (Bányai 2013).

Az inherens szükségletekkel rendelkező szelf növekszik, fejlődik és differenciálódik. Az internalizáció folyamata feszültségekkel terhelt. Az erős kapcsolati szükséglet miatt, a személynek a társas szabályokhoz is alkalmazkodnia, igazodnia kell. Ezért a szelf egyik része az autonómia irányába, míg a másik része a kapcsolatok által motivált irányba fejlődik (Bányai 2013). Tehát a szándékos cselekvés időnként a szelfből ered, időnként pedig mások tanácsai alapján szerveződik. Amikor az egyén a külsőleg előírt viselkedést, értékrendszert belsővé teszi internalizációról beszélünk (Ryan, Rigby, King 1993).

A szelfrendszer nem egyértelműen tükrözi az egyén veleszületett motivációit, a mag-szelfet a veleszületett motiváció látja el energiával, míg a szelf kevésbé központi részei inkább a

társadalmi elvárásokat tükrözik, kevésbé autentikusak (Deci, Eghrari és mtsai, 1994, Deci, Ryan 1985, 1991, Bányai 2013). Erősen kontrolláló környezetben a növekedés során a szelf nem veszi figyelembe a veleszületett szükségleteit, hanem a külső értékrendszert elfogadó szelfrészeket fejleszti ki (Hodgins, Knee 2002). Amennyiben a környezet a személyes ágencia kifejlődését támogatja, akkor az emberi viselkedés a magself szükséglet köré szerveződik (Bányai, 2013).

A szelf természete erősen befolyásolja az affektív folyamatokat. A magunkról kapott információ heves érzelmeket generál (Trope, Ferguson, Ragunanthan, 2001). A társas kapcsolatainkban folyamatosan figyeljük. Az énrre vonatkozó információkat, és ha a leértékelés jeleit észleljük, heves negatív érzelmekkel és az önértékelésünk változásával reagálunk. Leggyakrabban előforduló érzelmek a szégyen, szomorúság, zavar, társas szorongás, féltékenység, magány (Leary 2001). Markus és Kitayama (1991) szerint a szelfrendszer mediálja az érzelmi élmények jellegét és kialakulását (Markus, Kitayama, 1991, Forgas, Williams, 2001/2006). A szerzők felfogása, mely szerint különbséget tesznek, énrre fókuszált és a másokra fókuszált érzelmek között (Markus, Kitayama, 1991).

Az önszabályozás magját a szenzomotoros tapasztalatokból szerveződő testkép az énkép alakulása biztosítja. "Az énkép a személy önmagáról alkotott mentális reprezentációja, amit a tapasztalatok és a tapasztalatokra való reflektálás alapján alkot meg" (Bányai, 2013). Ezek többnyire általános következtetések, melyekre a személy önmagával kapcsolatban emlékszik. Az énsémák pedig olyan kognitív általánosítások önmagunkról, melyek területspecifikusak, és a múlt tapasztalatai alapján tanuljuk meg őket (Markus, 1977, 1983). Az énkép területspecifikus énsémák gyűjteménye. Az énsémák úgy irányítják a viselkedést, hogy az a kialakult énsémával konzisztens legyen. Az énsémáknak a jövőre is vannak hatásai, a motivációt úgy generálják, hogy a vágyott, jövőbeli szelf irányába mozdítják el a szelf célirányos viselkedését. Általános szabály, hogy énerősítő folyamatokkal igyekszünk fenntartani a kialakult énképet (Bányai, 2013). Az önszabályozás az ember célja felé tett folyamatos erőfeszítésnek metakognitív monitorozásán és értékelésén alapul (Zimmerman 2002). A szabályozási folyamatban az affektív, kognitív és motivációs tényezők szereves integrációja valósul meg (Pataki 2004, Bányai, 2013). Az önszabályozásban a szociokognitív nézőpontú megközelítés szerint a nyílt viselkedéses reakciók mellett fontos szerepe van az olyan rejtett folyamatoknak is, mint saját magunkkal kapcsolatos érzelmek, hiedelmek (Zimmerman 2000, Bányai 2013). Az önszabályozásban a kontroll érzése meghatározó, melyet a modern kognitív pszichológia a szándéktulajdonításhoz, és az intenciók, mentális reprezentációk meglétéhez kapcsol, mely lehetővé teszi a szelf ágensként való megélését

(Gergely 2003). Az önszabályozás egyik meghatározó szegmense az érzelemszabályozás. Egyre több adat bizonyítja, hogy az érzelemszabályozási készség az egyén társas boldogulása és a közérzete szempontjából alapvető jelentőségű. Az érzelmek önszabályozása szoros kapcsolatot mutat az érzelmek tudatosításával (Bányai 2013).

2.7.1.1. A patológiás szelf fejlődés - hamis szelf

Winnicott szerint a valódi szelf a szenzomotoros élettelség összeségéből adódik. (Winnicott 1960). Nézete szerint a szelf tapasztaláson keresztül fejlődik, melynek következtében a gyermek meg tudja különböztetni az ént, és a nem ént. Saját érzéseit és percepcióit meg tudja különböztetni a másiktól (Winnicott, 1962). Mindezt úgy, hogy az anya táplálja gyermeke azon illúziót, hogy az ő kreatív gesztusai hozzák létre a tárgyat és ettől az kontrollálható számára. A valódi szelf folyamatos interakciókban születik meg, amikor összhang van a baba és az anya mentális állapota és a baba saját mentális és fizikai állapotai között (Bányai, 2013). A szelf kialakulása és annak milyensége, az anya reakcióképességétől függ, képes-e reagálni az akkor még abszolút függésben lévő babája vágyaira? Ekkor még a gyermek én-stabilitása abszolút a gondozója reflektív funkciójától függ. A csecsemő sírása jelez egy pillanatnyi diszkomfort érzést és az én-erő jelenlétét, egy kreatív megnyilvánulást. Amennyiben erre az anya képes „elég jó anyaként” reagálni, ezek a kreatív gesztusok, én-magok integrációja megvalósul, melybe már a tartás képessége is bele tartozik (Winnicott, 1962).

A megtartani képes környezet teszi lehetővé a szeretet, gyűlölet és agresszió ambivalens érzéseinek tolerálását és integrálását. Az integráció folyamatában a környezet tud megtartó lenni, ezzel védelmet adni az elviselhetetlen szorongás ellen, melyet az említett ambivalencia okoz (Bányai, 2013). A valódi szelf csak egy nem tolakodó másik jelenlétében fejlődhet, aki nem szakítja meg a folytonosság élményét, kínzó távolmaradásával vagy rátelepedő közelségével. Az elég jó anyai gondozás hiánya torzítja az én működést, és gátolja a szelf lényegi részét képező belső környezet kialakulását. Amennyiben a bánásmód kielégítő, a baba sokkal inkább az anya arcát figyeli, mintsem a mellét, vagyis a pszichére nyitott és nem a fizikai szükségletre (Bányai, 2013).

A hamis szelf kialakulásának alapja az ütközés. Amikor a szülő nehezen érti meg gyermeke érzéseit, szándékait, gondolatait és saját intencionális állapotait tulajdonítja a babának (bővebben a dolgozat érzelemszabályozás mentalizáció fejezetében). Ezzel gátolja kreatív gesztusait és az onnipotencia illúzióját. Számos reakciót adhat ebben a helyzetben a gyermek, azonban amikor félreteszi kreatív gesztusait és hiányait, saját képességeiről mond le. Ekkor

úgy tűnik, hogy igényei, megegyeznek környezete igényeivel, és ebben a szófogadó állapotban a hamis szelf struktúráldása indul meg. A spontaneitás és az originalitás hiánya jellemzi ezt az állapotot (Winnicott, 2004).

Hamis szelf szerveződésű személyek keresni fogják az összeütközés lehetőségét, hiszen ekkor újraterezhetik a szófogadó viszonyulást, melyben felismerik önmaguknak hitt valódiságukat. A hamis szelf valójában egy üres szelf, melyből hiányoznak a valós interakciókon alapuló integrált én-magok. Így az interperszonális kapcsolatokban vagy szimbiotikusan összeolvadás alakul ki, és marad a korai tárgy, vagy keres egy erős másikat, akivel összeolvadhat, feltöltődhet az ideálból kölcsönvett erővel (Winnicott, 2004). A második életév vége felé alakul ki a mások felé fordulás képessége. Felhasználva kreatív tapasztalatait, a törődésre való képesség, melynek nyomán az agresszió konstruktívan felhasználható a játékban és a munkában (Bányai, 2013).

Fonagy és Winnicott (2008, 1960) úgy fogalmaz, hogy az antiszociális formában a reflektív képesség hiánya mutatkozik meg, vagyis nehézséget jelent, hogy magának és a másoknak mentalizált állapotot tulajdonítson, míg a hamis szelf aktív mentalizálást feltételez, ezzel megvédve a szelf aktuális állapotát. Fonagy (2008) modern mentalizációval és szelf fejlődéssel végzett kutatási eredményei szerint Winnicott elképzelései helytállóak a szelf fejlődéséről. Mindkét elméletalkotó egyetért abban, hogy az intencionális szelf reprezentáció hiányában a szelf képe hamissá válik. Így furcsa mód nem lesz közel ahhoz az élményhez, melyet önmaga vagy mások átélnek. Ebből következik, hogy a gyermek, képtelen megélni a tárgyállandóságot, mely élmény a primitív szeparációs szorongás vagy a tárggyal való összeolvadás élményéhez vezet. Csak a másik jelenlétében képes valamiféle szelf koherenciát átélni, úgy hogy a másikba externalizálja saját megközelíthetetlen én-részeit (Winnicott, 2004).

2.7.1.2. Sheldon konkordancia modellje

A szelf konkordancia modellje az önmagunkkal való harmóniába kerülésre keresi a választ, és ad magyarázatot. A szerző felteszi a kérdést, hogy határozzák meg az emberek, hogy mi felé törekedjenek, illetve a személyes törekvések miként járulnak hozzá a személyes jólléthez? Sheldon szerint, az ember a mag-szelfjével kongruens, konkordáns célt tűz maga elé és önmagával harmóniába lévő cél felé törekszik. Ezek intrinzik, belső motivációk és célok, melyek a hatékony és integrált szelfet tükrözik (Sheldon, 2002).

Sheldon szerint introjektált célokat kötelességből tűzünk ki magunk elé, melyek extrinzik célok, dicséret vagy jutalom reményében törekszünk a megvalósításukra és nem a mag-szelffel való harmónia a célunk, így “szelfdiszkordáns” állapotot hozunk létre, melyek a szelffel nem integrált akciót fejeznek ki.

A szelfel harmóniában lévő célok nagyobb erőfeszítésre készítetik az egyént, mint a szelffel diszharmóniában lévő célok (Sheldon, Elliot 1999). A nagyobb erőfeszítés megnöveli a cél elérésének valószínűségét. A cél elérése, kielégülés élményt okoz, pozitív érzéseket, melyek fokozzák a jóllétet, pozitív hangulatot, vitalitást és a fizikai egészséget és lelki táplálékot nyújtanak a szelfnek és fenntartja annak jóllétet (Ryan 1993).

A szelffel összhangban lévő céljainkat saját tulajdonunknak érezzük, aminek tudatában vagyunk és megvalósítása pozitív affektusokkal jár, “akarás élménnyel”. A szelffel diszharmóniában lévő célok, társas nyomásból vagy kötelezettségekből fakadnak, ezeket szorongás, negatív affektív állapot kíséri.

A személyes célok tulajdonosi érzésnek az elsajátítása az énefejlődés döntő feladata. Az ágenciával rendelkező szelf proaktív, önmagára vonatkoztatott kezdeményezéseket, az élet javítására és önkiterjesztésre fordítja és nem csupán reaktív módon válaszol az őket ért ingerekre (Bányai, 2013).

A személyes törekvések a szelf legfelsőbb irányítójaként szervezi és integrálja a sokféle célt, melyeket a személy maga tűz ki saját maga számára (pl.: szakmai, személyes, kapcsolati, érzelmi stb.), melyek a jóllét növekedését célozzák (Bányai 2013). Szerzők egyetértenek abban, hogy a szubjektív jóllét abból fakad, hogy mire törekszik valaki (Emmons, 1996, Sheldon, Elliot 1998). Amikor az emberek kapcsolatokra, autonómiára, kompetenciára törekszenek, képesek olyan jelentést adni az életüknek, ami pozitív affektusokkal és a szubjektív jóllét kifejlődésével jár. Azonban, ha külsődleges dolgokra törekszik valaki az - úgymint pénz, kitüntetés, népszerűség - negatív affektusokhoz, szubjektív distresszhez vezet (Kasser, Ryan 2001). A szerzők egybehangzó véleménye szerint a szubjektív jóllét sokkal inkább attól függ, hogy mire törekszik az egyén semmint attól, hogy ténylegesen mit ér el (Emmons, 1996, Sheldon, Elliot 1998, Kasser, Ryan 2001).

Ebben az összefüggésben a remény szerepét is érdemes végig gondolni a motiváció és jóllét aspektusából. A remény egy integrált kétrészes kognitív-motivációs rendszerből kialakuló emergens érzelem (Snyder, 1994). Az embernek, amikor megvan a motivációja, hogy tegyen a célja elérésért és terve is van a megvalósításra, akkor reményt él át. A remény 2 részből áll: 1, az ágencia magas szintje (“meg tudom tenni” érzés), 2, a hit abban, hogy többféle és kontrollálható útja van a célok elérésének. A magas én-hatékonyság (ágencia) a

magabiztosság, míg a személyes kontrollra irányuló motiváció az optimizmust támogatja (Bányai, 2013). Mind az én-hatékonyság, mind az optimizmus a rezilienciát támogató tényező.

2.8. GYERMEK ÉS SERDÜLŐKORI EVÉSZAVAROK - ANOREXIA NERVOSA

A gyermek-és serdülőkorban kezdődő anorexia nervosa (AN) súlyos, életveszélyes pszichiátriai betegség, mely krónikus formára válhat és egyéb szomatikus megbetegedésekhez is vezethet, végső esetben pedig halálhoz.

A betegség kezdete jellemzően a serdülőkor (16-17 év), de egyre több korábbi betegségkezdetet írnak le (14-16 év), napjainkban már a 12-14 éves betegség kezdet sem ritka (Lask 2007, Pászthy 2007). Az SE. I.sz. Gyermekklinikán, az utóbbi két évben kezelt AN-s lányok 18.3%-a nem töltötte be a 13 évet.

2.8.1. Anorexia nervosa történeti áttekintés

Az anorexia név (an-orexis), hiányzó étvágyat, hiányzó vágyat jelent. A kifejezés először egy I.sz-i levélben olvasható, a vágy hiányának jelölésére szolgált (Túry, Szabó, 2000).

Az önéheztes leírásának történetében három nagyobb szakaszt különíthetünk el: kezdeti szakasz (13. sz) ekkor a vallásos magyarázatok túlsúlya a jellemző, ezt a látványosság időszaka követte a 16. sz.-tól, hajlamosak voltak démoni megszállással vagy boszorkánysággal magyarázni az önéheztesést, majd a 17. századtól a medikalizáció folyamatában orvosi zavarként kezdték felfogni. Majd elvetették a démoni megszállás lehetőségét, és orvosi magyarázatok keresésének időszaka következett (Vandereyken és mtsai, 1990, Túry, Szabó, 2000).

Az AN első orvosi leírása 1689-ből származik, Richard Morton angol orvostól származik, 16-18 éves fiatalokat figyelt meg, akiknél a vezető tünet az étel elutasítása és a tanulmányokkal való túlzott foglalkozás. Ideges felemésztődésnek hívta a kórképet 1689-ben (Pearce, 2004).

Később Gull és Laségue egymástól függetlenül írták le a betegség jellemzőit közel egy időben, a 19. század második felében. Gull hisztériás aepsiának nevezte, esetismertetéseiben a lesoványodás nem járt együtt tuberculosissal. Laségue 18- 32 év közötti nők eseteit írta (8 főt vizsgált), anorexia hystérica néven publikálta megfigyeléseit (Túry, Szabó, 2000).

Egyetértett a két szerző, hogy nem gyomor problémáról van szó, és a kezelésben az étvágygerjesztők hatástalanok. Laségue a szülőktől való szeparációt terápiás hatásúnak tartotta. Idővel Gull is elvetette az aepsia fogalmát. Laségue tünetleírásából a három „A” a későbbiekben is tovább élt: anorexia (étvágytalanság), amaigrissement (lesoványodás), aménorrhée (Chabrol 2001). A gyermekkori AN legkorábbi leírása két eset kapcsán a XVIII. század végéről származik (Collins 1894, Marshall 1895, Pászthy, 2007).

A XX. század elején a betegség oki tényezőjeként a hypophysis-elégtelenséget írt le Morris (1912), de a '30-as években ezt Berkman megcáfolta, és a hypophysis- elégtelenséget nem az AN okának, hanem következményének találta (Pászthy, 2007).

A pszichoanalitikus megközelítés elterjedésével az agresszív és szexuális jellegű tudattalan gondolatokkal magyarázták a betegséget. Charcot az “anorexis hystérique” mellett az “anorexia nerveuse” megnevezést is alkalmazta. Pierre Janet elkülönítette az AN hisztériás és a pszichaszténias formát, ez utóbbinál a kényszeres tünetek jellemzőek (Túry, 2000). Freud, Charcot leírásai alapján ismerte meg a kórképet, melyről Filssnek írott levelében formált véleményt (Freud, 1895). Freud melankóliaként gondolkodik az AN állapotról, ahol a szexualitás fejletlen. Az étvágyvesztést – szexuális értelemben – libidó vesztesékeként fogta fel (Freud 1895). Későbbiekben a psychogén hányásról az tartotta, hogy az orális megtermékenyüléstől való félelem fantáziája húzódik meg a háttérben.

A '60 években tartalmi elemekkel egészült ki a betegség leírása, Bruch a koplalást az autonómiáért és önbecsülésért folytatott küzdelem megnyilvánulásaként határozta meg, és három fő tünetet írt le: a testképzavart, a testi szükségletek felismerésének képtelenségét és a kontrollvesztés állapotával jellemzett pszichológiai állapotot (Bruch, 1966, 1973). Selvini Palazzoli az anyák sajátos szerepét hangsúlyozza a betegség kialakulásában (Túry és Szabó 2000). Az apák befolyásáról a betegség kialakulásában a '90-évektől olvashatjuk (Szabó és mtsai 2006).

A BN-t egészen az 1980-as évekig az AN altípusának tekintették, Russell 1979-ben definiálta önálló betegségként (Russell, 1979). Az Amerikai Pszichiátriai Társaság által 1980-ban kiadott DSM-III- ba már külön kórképként került be.

Az evészavarok hazai vonatkozásában, Nyirő és mtsai 1958-ban sikeres AN kezelést ír le, ahol halmozott elektrokonvulzív kezelést alkalmaztak sikerrel. A szerzők az AN-t olyan tünetcsoportnak tartották, „melynél a psychogén eredet mellett kétségtelen a hypothalamus-hypophysis rendszer részvételének, működésváltozásának szerepe” (Nyirő, 1964, pp.:1-12., id.: Túry, Szabó, 2000). Következtetések: „az anorexia tünetcsoport, mely psychoticus és neuroticus betegeknél is előfordulhat” (Herman, Veér, Geiger, Kun írásai, id. : Túry és mtsai

1994). Geiger és Kun (1979) a test határokat vizsgálta AN-ban, és a testhatár élményt súlyosan zavartnak találták. Geiger és Berghammer (1982) túlsúlyos gyerekeket vizsgált, és az eredményeik alapján, külső kontroll túlsúlyát találták ezeknél a gyerekeknél (Geiger és Berghammer, 1982).

Ferenczi (1982) és Hermann (1984) az étvágyzavarokat az ösztön zavarának tartotta (Ferenczi 1982, Herman, 1984). Pethő, az étvágyzavaroknál a kognitív, tudati tényezők szerepét hangsúlyozta, mint kiemelkedő tényező a pszichoszomatikus zavarokban (Pethő, 1989). Szadóczky (1988) pedig a depresszió és az evészavarok kapcsolatáról ír (Szadóczky, 1988). 1984-ben a kórkép első összefoglalóját és pszichoterápiás ajánlásokat is tartalmazó leírását Vetró Ágnes közölte (Vetró és Engels 1984).

Az 1990-es évek elején Túry Ferenc és munkatársai publikálták az első hazai evészavar-epidemiológiai vizsgálatok eredményeit (Túry, Szabó, Szedrey, 1990, Túry, Wildmann, László, Joó, 1994, Túry, Rathner, Szabó, 1994b), Túry Ferenc körül kialakult szellemi műhely - az általa létrehozott evészavar munkacsoport - azóta is a hazai evészavar publikációk döntő részét adja (Pászthy, 2007). A munkacsoporttal 2005-ben tartottuk az alakuló ülését, az akkor még működő, Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetben (OPNI), a Nyéki úti kupolateremben.

2.8.2. Diagnosztikus kritériumok

A pszichiátriai betegségek klasszifikációjára jelenleg a DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, APA, 2013) és BNO-10 (Betegségek Nemzetközi Osztályozása, WHO 1992) diagnosztikai kritériumrendszer használatos. Az evészavarokat három csoportba osztja, ez az osztályozás. Megkülönbözteti az AN-t, a bulimia nervosát (BN-t) és az atípusos evészavart (EDNOS).

A DSM-V és BNO-10 az anorexia következő kritériumát tartja diagnosztikus értékűnek: az ideálshoz képest 15%-kal kisebb testsúly, akaratlagos fogyás, félelem a testsúly gyarapodásától, testképzavar, a menstruáció hiánya (amenorrhoea). A DSM-V elkülöníti restriktív és purgáló típust.

2.4.táblázat, DSM-V. leírása (DSM-V, 2013, BNO-10, 1992).

| DSM-V | BNO-10 |
|---|---|
| <p>A) Az energiabevitel a szükséges energiamennyiséghez viszonyított korlátozása, mely az életkor, nem, fejlődés és testi egészség szempontjából jelentősen alacsony testsúlyt eredményez. A <i>jelentősen alacsony súly</i> definíció szerint, olyan testsúly, ami alacsonyabb annál, mint amit minimálisan normális, vagy gyermekek és kamaszok esetében kevesebb, mint ami minimálisan elvárható.</p> <p>B) Intenzív félelem a súlygyarapodástól vagy az elhízástól, vagy a testsúlygyarapodást akadályozó tartósan fennálló viselkedés a jelentősen alacsony testsúly ellenére.</p> <p>C) A testsúly vagy a testalak megélésének zavara, a testsúly vagy testalak önértékelésre gyakorolt indokolatlan és aránytalan befolyása vagy a jelen alacsony testsúly súlyosságával kapcsolatos felismerés tartós hiánya.</p> <p>Kódolási megjegyzés: Az Anorexia nervosa BNO-9 kódja 307.1, az altípustól függetlenül. A BNO-10 kód az altípustól függ.</p> <p><i>Jelölje, hogy: Restriktív típus:</i> Az elmúlt 3 hónap során a személynél nem jelentkezett visszatérő falásroham epizód vagy öntisztító viselkedés (vagyis önhánytatás, vagy hashajtó, diuretikum vagy beöntés abúzus). Ebben az altípusba azok a klinikai képek tartoznak, melyek esetében a testsúlyvesztést a személy elsősorban diétázással, koplalással és/vagy túlzott mozgással éri el.</p> <p><i>Falás/tisztulás típus:</i> Az elmúlt 3 hónap során a személynél visszatérő falásroham-epizód vagy öntisztító viselkedések (vagyis önhánytatás vagy hashajtó, diuretikum vagy beöntés abúzus) jelentkezett.</p> <p><i>Jelölje, ha: Részleges remisszióban:</i> Miután korábban teljesültek az anorexia nervosa kritériumai, az A kritérium (alacsony testsúly) hosszabb időszaka során nem teljesül, azonban a B (testsúlygyarapodástól vagy elhízástól való intenzív félelem vagy a testsúlygyarapodást akadályozó viselkedés) vagy C kritérium (a testsúly és testalak önértékelésének zavarai) továbbra is fennállnak.</p> <p><i>Teljes remisszió:</i> Miután korábban teljesültek az anorexia nervosa kritériumai, hosszabb időszak során egyetlen kritérium sem teljesül.</p> <p><i>Jelölje, a jelensúlyosságot:</i> A súlyosság minimum szintje felnőttek esetében a testtömegindex (BMI), gyerekek és kamaszok esetében a BMI-százalékon alapszik. A lentebb szereplő tartományok a WHO felnőttkori soványsági kategóriáin alapszanak: gyerekek és kamaszok esetében a megfelelő BMI százalékot használjuk. A soványság mértéke növekedhet a klinikai tüneteknek, a funkcionális fogyatékoságnak és a felügyelet szükségességének megfelelően. Enyhe: BMI</p> | <p>a) a testsúly 15%-kal kevesebb az ideálisnál, (amit vagy elveszített, vagy sohasem rendelkezett vele), vagy a Quetelet test-tömeg index 17,5 vagy ennél kisebb. A serdül" páciensek a növekedés során nem mindig érik el a kívánt testsúlyt.</p> <p>b) Ön-indukált fogyás, amit a zsíros ételek elkerülése és az alábbiak közül több jellemez: az intenzív testgyakorlatok, önhánytatás, hashajtás, étvágycsökkenés"k valamint vízajtók használata.</p> <p>c) A testséma zavara figyelhet" meg, mely meghatározott pszichopatológiai képet mutat, rettegés a kövérségt"l, nem megfelel" testarányoktól, mint túlértékelt gondolat jelenik meg, és önmaguknak egy igen alacsony testsúlyhatárt szabnak meg.</p> <p>d) Számos endokrin eltérés észlelhet", pl. a hypothalamikus-hypophysis-gonádok tengelyen, ami amneorrhoe és a férfiaknál a szexuális érdeklődés csökkenésében és a potencia zavar formájában jelentkezhet (kivételet képeznek azok, akik hormonális szubsztitúcióban részesülnek, pl. fogamzásgátló tabletták formájában). Ezen kívül a növekedési hormon, a cortisol szintje emelkedhet, a pajzsmirgy hormonjainak megváltozott perifériás metabolizmusa fordulhat el".</p> <p>e) Ha serdül"kor el"tt indul, akkor a pubertás vagy késleltetett vagy el is maradhat. (Növekedés elmarad, n"knél a mell nem fejl"dik ki, primér amenorrhoea, a fiúknál a genitáliák fiúsak maradnak). A felépülést követ"en a pubertás normálisan végbemegy, de a menarche késlet.</p> |

A DSM-V klasszikusnak számító négy tünete csak részlegesen vagy egyáltalán nem értelmezhető a serdülő - és gyermekkori kezdetű anorexiában (Nicholls et al., 2000, Pászthy,

Major, 2008). A gyermek- és serdülőkorban jellemző tüneti eltéréseket ugyan megfogalmazza a DMS-V és a BNO-10, azonban mégsem kerültek a korra vonatkozóan specifikus kritériumok megfogalmazásra, miközben nem ritka a gyakorlati munkában prepubertás korban kezdődő AN. Ebben az életkorban az AN diagnosztikus kritériumait, az ún. GOS (Great Ormond Street) kritériumrendszert a 2.5. táblázat foglalja össze.

2.5.táblázat, Az AN GOS kritériumrendszere (Nicholls, et.al.,2000, in: Csenki, 2012)

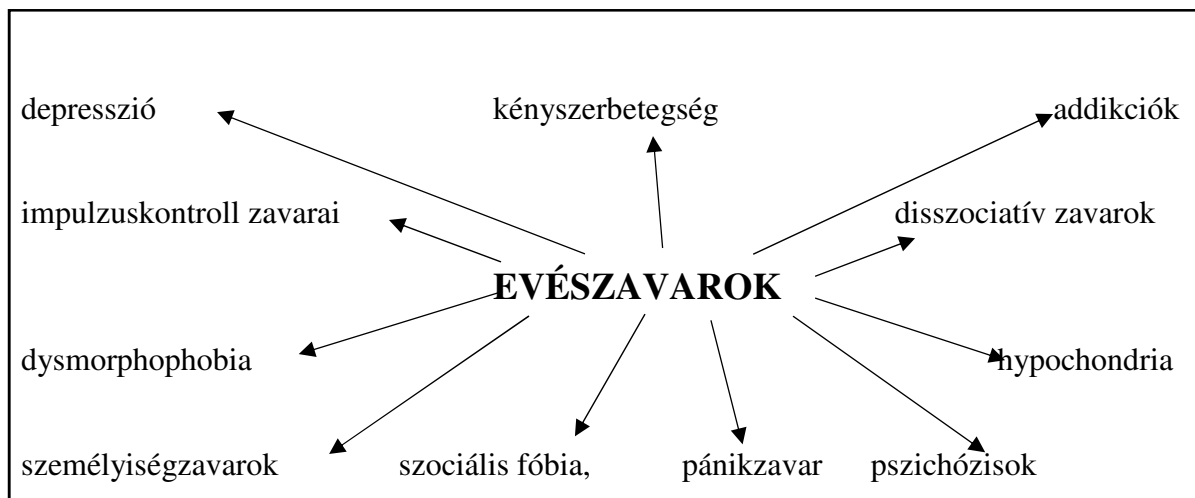
- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">(1) Étel visszautasítása(2) Súlycsökkenés vagy súlygyarapodás elmaradása(3) A következőkből minimum kettő:<ol style="list-style-type: none">(a) testsúllyal való foglalatosság(b) az energia bevitellel való foglalatosság(c) torzult testkép(d) félelem az elhízástól(e) hánytatás(f) fokozott testmozgás(g) purgálás, hashajtózás |
|---|

A gyakorlati munkában gyakran látjuk a kialakuló evészavar jeleit, szubklinikai evészavar jelenlétét, a korai terápiás beavatkozás megelőzheti az evészavar teljes kibontakozását (Pászthy, Major, 2008).

2.8.2.1. A komorbiditás spektruma

A komplex elméletek mellett, a komorbiditást magyarázó modellek az evészavarok egy-egy aspektusra hívják fel a figyelmet vagy a betegség bizonyos tüneteire vonatkoznak. Közöttük több betegségmodell van, amelyek valamilyen zavarral tételeznek fel szoros rokonságot. Az evészavarok komorbiditása a 2.6. ábrán látható.

2.6. ábra, Az evészavarokkal társuló leggyakoribb pszichiátriai zavarok (Túry, Szabó, 2000, pp:57)



Depresszió és az evészavar gyakori együttjárása igazolt. AN és BN betegek 64% volt a depresszió, és 20% a major depresszió élettartam prevalenciája (Halmi és mtsai, 1991, Túry, Szabó, 2000). A depressziót nagy arányát értelmező elképzelések három fő gondolatmentén szerveződnek. Az első szerint a depresszió az elsődleges, és az evészavar a depresszió következménye. A második nézet éppen az ellenkezőjét állítja, vagyis az evészavar az elsődleges és a depresszió ennek a következménye. A harmadik elképzelés szerint nem oki, hanem korrelációs kapcsolat van a két betegség között, melyet multidimenzionális modell keretében értelmeznek (Túry, Szabó, 2000).

Az *addikciós elmélet* alapján evészavarok felfoghatók szenvedélybetegségeknek is (az AN soványság-szenvedély, a BN evési szenvedély). A kapcsolatra a következő jelenségek utalnak; tünettani hasonlóságok (pl. kontrollvesztés érzése BN-ban), komorbiditási adatok (BN-ban az alkoholfüggőség gyakorisága 20-30%), családi vizsgálatok (az alkoholizmus családi előfordulása a BN kockázati tényezője), biológiai vizsgálatok (béta-endorfin, szerotonin lehetséges szerepe alkoholfüggőségben és evészavarokban), egyes kezelési stratégiák haszna (pl. önsegítő csoportok). Az addikcióban közös sajátosság a határok kérdése, amit az evészavarokra is vonatkoztathatunk (Kelemen, 1995). Az életfontosságú szükségletek torzult változatai képezik a leggyakoribb szenvedélybetegségeket, levegőből lett a dohányzás, szomjúság oltásából az alkoholizmus, az evésből az AN és a BN és a BED (Túry, Szabó, 2000).

A *Disszociációs hipotézis* evészavarban szenvedők egy alcsoportjában (főleg multiimpulzív bulimiásokban) disszociatív mechanizmusok igazolhatók. A bulimiások néha „transz”-állapotban folytatják falásrohamaikat. Ritkán többszörös személyiség (disszociatív

identitászavar) áll az evészavar hátterében. Terápiás szempontból a hipnózis előnyös lehet (szintén disszociatív állapot) (Túry, Szabó, 2000).

A kényszerbetegség 10-30%-ban fordul elő evészavarokban (felfoghatók kényszeres tüneteknek is, az AN-ban sok a rituális elem. Nagy a komorbiditás a két zavar között mindkét irányban igazolódott (Rothenberg, 1986, Túry, Szabó, 2000). A kényszer kockázati tényezőnek tekinthető az evészavarok kialakulásában. Thornton és mtsai (1997) OCD komorbiditása AN-ban 37%-os gyakorisággal figyelték meg (Varga, Túry, 2008), míg Anderluch és mtsai (2003) 25-69%-os együtt járást talált (Varga, Túry, 2008).

A személyiségzavarok nem egyformák az evészavarokban. Arányát eltérőnek találtál különböző vizsgálatok. Az elkerülő személyiségzavart az restriktív AN 33%-ban, míg borderline személyiségzavar a BN 40%-ban találták (Piran és mtsai, 1988, Túry, Szabó, 2000). Az eltérő személyiségkép a kezelés megtervezésénél játszik szerepet.

2.8.3. Epidemiológia és Etiopatogenezis

A gyermek- és serdülőkori AN epidemiológiájára vonatkozóan kevesebb vizsgálat született a felnőtt adatokhoz képest, a betegség pontprevalenciája 0,3-0,8% közötti (Fisher 2006, Pászthy, 2007, Pászthy, Major, 2008). Ez a szám serdülő korban 0,5 és 1% közé esik amerikai mintán, azonban szubklinikai szinten ez a szám serdülőkorban magasabb, mint 10% (Zahn-Waxler 2006, Pászthy, 2007). A serdülő lányok körében a harmadik leggyakrabban előforduló betegség. A fiatal, nők körében az AN prevalenciája, 0,3-1%, a bulimia nervosa (továbbiakban: BN) 1-3% (Fairburn és Beglin, 1990; Hoek, 2006, Krizbai, 2011). Hazai adatok hasonló arányokat mutatnak (Túry és mtsai 1990, Szabó és Túry 1991, Túry, Pászthy, 2008, Szumska és mtsai, 2008, Krizbai, 2011, Csenki, 2012). Az AN tipikusan a lányok, nők betegsége, 2-8 %-ot tesznek ki a férfiak az összes AN esetből (Lask, Bryant-Waugh, 2007). Incidencia vizsgálati eredmények: AN 6-24/100 ezer lakos/év, BN 10-26/100 ezer lakos/év. Fokozott kockázatú populációk: a diákok (főleg egyetemisták), a karcsúság követelményének kitett csoportok (pl. táncosok, manökenek), a diabetes mellitusban szenvedők, és férfiak között a homoszexuálisok. Az utóbbi évtizedekben az evészavarok gyakorisága nő (Pászthy, 2007).

Az elhalálozás 10 éves utánkövetéssel 6-10%, azonban 20 év elteltével a 20%-ot is eléri. A halál oka csekély arányban öngyilkosság, túlnyomó részt szervi szövődmények következménye (Fisher 2006). A betegség krónikussá válása is igen nagyarányú. A betegek

45-50%-a meggyógyul, bár az evésre vonatkozó kóros viselkedés, gondolat megmarad (Steinhausen 2002). 30-35%-az a betegeknek a kezelés mellett mérsékelt javulást mutat, és 20%-ok krónikus anorexiás marad (Steinhausen és mtsai 2003).

A gyermek- és serdülőkori AN szomatikus szövődményei különböznek a felnőttek megbetegedéseitől. A sajátos klinikai megjelenés, a korai kezdet és a hosszú távú következmények indokolják a gyermek- és serdülőkori kórképet a felnőttek megbetegedésétől külön tárgyalni (Pászthy, 2007).

2.8.3.1. Az evészavarok multidimenzionális felfogása

Pszichoszomatikus zavarok között az evészavarok paradigmaticus értékűek. Kórereditük biopszichoszociális megközelítése a 80-as évektől terjedt el. Monokauzális magyarázattal nem tudják a kórképet értelmezni a szakemberek. Ez a nehézség vezetett a multidimenzionális betegségértelmezéshez, mely a rendszerszemléleten alapul – 2.8.4.4. részletesebben olvasható - és a multidiszciplináris segítő személyzet együttműködésével érhető el leginkább terápiás eredmény (Lask, Bryant-Waugh, 2007; Pászthy, 2007).

A multidimenzionális modellben elkülönítünk a prediszponáló (hajlamosító), precipitáló (kiváltó) és fenntartó tényezőket (ld.2.3.ábra).

Prediszponáló tényezők:

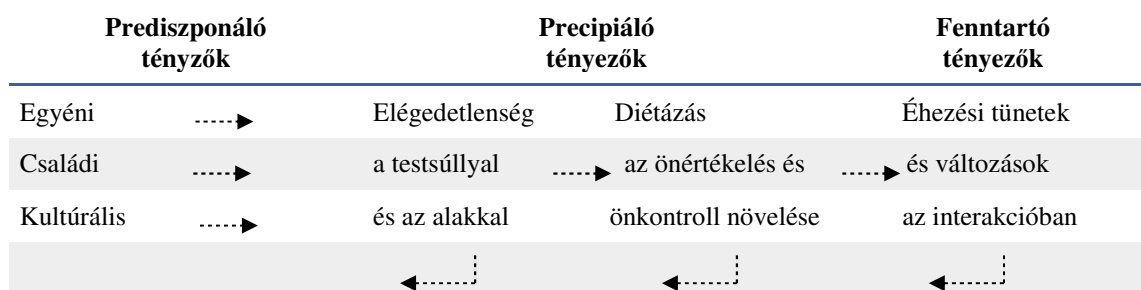
- egyéni (genetikai, biológiai, személyiségbeli),
- családi (családban előforduló affektív zavar, alkoholizmus, autonómia kialakulását nehezítő családi kapcsolatok),
- szociokulturális kockázati tényezők (nem, kor, társadalmi réteg, foglalkozás különbségei, a karcsúság-ideál, teljesítménykényszer kulturális nyomása).

Precipitáló tényezők: diétázáshoz és fogyáshoz vezető stresszorok (kövérség, mások megjegyzései).

Fenntartó tényezők:

- környezeti és kognitív megerősítők,
- malnutritio következményei,
- betegség szociális következményei stb. (Túry, Szabó, 2000).

2.3. ábra, Az evészavarok multifaktoriális patogenetikai modellje, (Garner,1993, Túry, Szabó, 2000)



A *biológiai tényezők*, az étvágy, éhség és telítettség szabályozásában szereplő idegrendszeri struktúrákban, biokémiai tényezőkben talált elváltozások szerepét emelik ki. Az evés és a testsúly szabályozásában szerepet játszik a vérben található zsírsavak, glukóz, aminosavak, neurotranszmitterek, neuropeptidok, hormonok. A tényezők egymásra hatását és az AN-ban játszott szerepüket mai napig vizsgálják (Túry, Szabó, 2000. Még megválaszolásra váró kérdés, hogy az AN-ban kapott biológiai eltérések a betegség kiváltó okai, avagy annak következményei (Túry, Szabó, 2000).

A legújabb eredmények azt igazolják, hogy az evészavarok háttérben neurobiológiai vulnerabilitás és komplex idegrendszeri eltérések valószínűsíthetőek. AN esetében csökkent alapanyagcsere mutatható ki a frontális és parietális régiókban, valamint a bal temporális lebenyben. A szerotonin-háztartás alul- vagy túlszabályozását írták le (Sonnevend, Pászthy, 2008). A következményeket illetően a serdülőkori, és különösen a menarche előtt kezdődő AN döntően abban különbözik a felnőttkori AN-tól, hogy potenciálisan irreverzibilis szövődményeket, maradandó osteopeniát és csökkent végleges testmagasságot eredményezhet (Pászthy, 2007).

Szomatikus következmények, a pszichés állapot leromlása mellett a testi paraméterek is egyre gyengülnek, noha az AN lányokra jelentős súlyvesztés mellett is sokáig jellemző még a mozgásos aktivitás (napi edzés, versenyek). Azonban a kardiális eltérések (melyek közül a leggyakoribb a sinus bradycardia) akár azonnali kórházi felvételt tehetnek indokoltá, egyértelmű rosszullét elmaradása mellett is. Rövidtávon ezek a problémák reverzibilisek, (Pászthy, 2007, Pászthy, Major, 2008).

A só-vízháztartás eltérései szintén orvosi ellenőrzést igényelnek. A foszfáthiány különösen fontos, amely az újratáplálás elkezdésekor életveszélyes komplikációkkal járhat (Pászthy,

2007, Pászthy, Major, 2008). Az amenorrhoea a testsúly rendeződésével a testzsírszázalék függvényében és a betegek egy részénél rendeződik idővel (Falk, Halmi, 1982, Túry, Szabó, 2000).

A csontfejlődést érintő változások a gyermekkori vagy serdülőkori AN esetében a hossznövekedés elmaradása, ez irreverzibilis következmény lehet. Mértéke annál súlyosabb, minél korábbi az evészavar kezdete (Pászthy, 2007, Pászthy, Major, 2008).

A szociokulturális tényezők szerepét számos munkában hangsúlyozzák az AN kialakulásában. Különböző kultúrákban eltérő gyakorisággal jelenik meg. Nagyobb arányban található a fehér nyugati, középosztálybeli, nők (“WWW” vagy “3W”) körében. A karcsúság ideál bizonyos foglalkozásokban hajlamosít a betegség kialakulására.

Az AN és a BN szociokulturális elméletének érvei: kultúrafüggőek („3 W”), gyakoriságuk növekszik, a női túlsúly (biológiai magyarázat hiányzik), jellegzetes kormegoszlás (pubertás és adolescencia), etnikai különbségek (színesbőrűek között ritkák), szociális osztálybeli különbség (a felső és a középosztály betegségei). Bizonyos csoportokban nagy kockázat (modellek, táncosok, tornászok, hosszútávfutók, zokék – soványságkényszer), egyértelmű biológiai magyarázat nincs; a felsoroltakat inkább predisponáló és betegségfenntartó jelentőségűnek tekinthetjük (Túry, 2000).

Az evés kultúraformáló tényező, számos népszerű felületen találkozhatunk az evés köré szerveződő tevékenységgel, mint például: a gasztroblogok, a gourmet mozgalom (turizmus szerveződik köré), az evéssel kapcsolatos műsorok, és számos internetes oldal és diétás jó tanács. A társadalom elvárása ezek alapján egyfajta „egyen-szépség”, ami a saját identitását kereső kamaszokra hatalmas terheket ró, növeli énképük (testképük) és az ideális énjük közötti távolságot (Forgács, 2008).

2.8.4. Az evészavarok elméleti modelljei

Az evészavarok megértésére több elméleti modellt is alkottak, melyek közül az analitikus és a kongitív modellt mutatom be részletesen. A kongitív modell bemutatását követően az analitikus, kötődéseméleti és rendszerszemléletű modellek és a multidimenziós (pszichoszomatikus) egymással szoros összefüggésben olvasható.

2.8.4.1. Az evészavarok kognitív modellje

Az evészavarok modern kutatásának egyik fő irányát az orvosi szemléletre támaszkodó, pszichometriai vizsgálatok jelentik, melyek specifikusan az evészavarok háttérében meghúzódó személyiségvonások és a viselkedési problémák kognitív jellegzetességeit térképezi fel.

Az evészavarok - és ezen belül az AN - háttérében bizonytalan és törékeny önkép, és alacsony önbecsülés húzódik meg. A zavart testképet számos szerző a szélsőségesen negatív énképpel hozza összefüggésbe. Az önkép pozitív irányú megváltozása a testkép realizálódásával és az evészavaros tünetek enyhülésével jár (Tölgyes, Unoka, 2008).

Az énkép két fő komponense az önszeretet és a hatékonyság érzés. A kutatók az evészavarral összefüggésben változónak látják a kapcsolatot az önszeretettel és a hatékonysággal. A betegek önbeszámolója alapján a tehetetlenség- és értéktelenség érzés illetve saját életük felett a kontroll hiányát említik. Garner (1985) AN és BN betegeknél szignifikáns eltérést talált a hatékonyság hiányának mértékében, továbbá az önképpel és általános pszichológiai állapottal szoros negatív korrelációt talált (Tölgyes, 2007).

Az AN lányok családjában jellemző a teljesítményorientáció, perfekcionizmus (Halmi és mtsai, 2000, Gerner, 1979). Az interperszonális bizalmatlanságot, a negatív önképet a depresszióval hozta kapcsolatba a szerző, és az érzelmek mások felé való kifejezésének képtelenségével (alexitímia jellemezője), mely tényezőket az evészavarok kialakulásában és fenntartásában tartja kulcsfontosságúnak (Garner, 1985). A '90-es évektől általánosan elfogadott az AN és BN pszichoszomatikus működésében az alexitímia jelenléte (Tölgyes, 2007). Az interoceptív tudatosság hiányát számos szerző leírta (Bruch, 1973, Selvini-Palazzoli, 1978, Garfinkel, 1995, Garner, 1979), valamint az AN lányoknál a nemiségtől, és a felnőtté válástól való félelmet (Garner, 1985).

Kovács (2004) összefüggést talált az AN és BN csoportban a purgáló tünetek és az általános pszichopatológiai kép, negatív önkép, a kifejezett testi elégedetlenség, a hatékonyság hiányának érzése és a depressziós tünetek között (Kovács, 2004).

Vizsgálati eredmények alapján a karcsúsági készletés, a hatékonyság érzésének hiánya, perfekcionizmus, interperszonális bizalmatlanság, interoceptív tudatosság érzése nem mutatott

különbséget anorexiás és bulimiás betegek között, míg a testi elégedetlenség szignifikánsan kifejezettebben mutatkozott a bulimiás csoportba (Tölgyes, Unoka, 2008).

Legtöbbet vizsgált dimenzió a perfekcionizmus az AN betegek körében, Pratt és mtsai (2001) úgy találták, hogy az önmagára irányuló és a szociálisan előírt perfekcionizmus is kapcsolatban áll a restriktív AN-val, a BN-val, illetve a túlevéses zavarral is (Pratt és mtsai, 2001). A perfekcionizmus az AN kezdetének jó prediktora, ami az evészavar tüneteinek megszűnése után is megmarad és nehezíti a gyógyulást (Halmi és mtsai, 2000).

A serdülőkori érzelmileg megterhelő, szerteágazó fejlődési kihívásokkal teli időszak melyekkel specifikusan a serdülés idején kell megküzdeni, ami a felnőttkori kognitív modelltől eltérő, a serdülőkre értelmezhető modell használatát teszi szükségessé. A családi és a kortárs kapcsolatok is jelentős átalakuláson, átrendeződésen mennek keresztül a fejlődés, növekedés, leválás törvényszerűségei szerint (Christie, 2007). A biológiai változásokkal kezdődik, majd a leválás és önállósodási törekvések megjelenése, a kortárskapcsolatokban való boldogulás és az identitás alakulása, mind próbára teszi a pszichés egyensúlyt (Stewart, 2005). Ha az előző körülményeket még tetézi egyéb stresszhelyzet (pl.: szülők feszült viszonya, egzisztenciális problémák, bántalmazás, testalkatot érintő megjegyzés) a korai sémákból szövődő diszfunkcionális hiedelmek aktiválódhatnak (“ha nem vagyok sovány, nem lehetek boldog”), adott szituációban pedig az aktiválódott hiedelmek negatív gondolatokat hoznak létre (“kövér vagyok”), ami diétázáshoz vezet (Stewart, 2005).

Stewart (2005) a serdülőkori evészavarok két kognitív modelljében (ld. 1.sz. melléklet) leírja az evészavar kialakulását segítő sémákat, és az evési magatartást fenntartó sémákat fogalmazza meg, a modellben követhető a sémák kialakulásának az útvonala. A korai tapasztalatok és a genetikai, környezeti hatások interakciójából létrejövő maladaptív sémák - “nem vagyok szerethető”, “nem vagyok jó”, „megérdemlem, hogy megbüntessenek” - vezetnek az evészavarok kialakulásához a szerző szerint. Az így kialakult sémák, hiedelmeket implicálnak, például: „kontrollt kell gyakorolnom“, „vékonynak kell lennem, hogy boldog lehessenek“, „meg kell büntetnem magam“, „tökéletesnek kell lennem, hogy szeressenek“ (Stewart, 2005)

Diszfunkcionális sémákat azonosítottak evészavarokban. A korai maladaptív sémák “kiterjed, átfogó és tartós mintázatok, melyek magukban foglalják a személy önképére vonatkozó érzelmeket, kogníciókat, emlékeket, valamint a másokkal való kapcsolat sajátosságait, a gyermekkorban induló, serdülőkorban tovább fejlődő, és az egész élet folyamán fennmaradó, jelentős mértékben diszfunkcionális attitűdöket” (Tölgyes, Unoka, 2008, pp.230.). Több vizsgálat szerint az evészavaros csoportoknál a korai maladaptív sémák jelentős eltérést

mutatnak a kontroll csoportokhoz képest, nagyobb számban és erőteljesebben rendelkeznek ilyen sémákkal (Leung és mtsai, 1999, Waller és mtsai, 2000). Az evészavaros betegek nehéz élethelyzetben gyakrabban alkalmazzák az érzelemfókuszú megküzdést és az elkerülést (Garcia-Grau és mtsai, 2002). Haza vizsgálatban az AN és BN betegek is jellemzően önbüntető stratégiákat alkalmaznak a kontroll személyekhez képest, azonban stresszhelyzetben a BN-ok inkább hajlanak önbüntető stratégiák alkalmazására, mint az AN-ok. A külső elismerés, a szeretettség igénye és az onnipotencia attitűdjei negatívan korreláltak a problémacetrikus megküzdési stratégiával, míg a szeretettség igény, teljesítményigény és a perfekcionizmus pozitív korrelációt mutatott az önbüntetés megküzdési stratégiával (Szili, György, 2005).

Szumska (2005) három megküzdési mód között talált szignifikáns összefüggést az evészavarokkal: 1, a külső elismerés igényét, 2, a perfekcionizmust, 3, és a szeretettség igényét. Az AN és BN csoport a külső elismerés igényében különbözött egymástól, ez az AN csoportra volt jellemző (Szumska, 2005).

Az érzelemfókuszú megküzdési stílus, az alkalmazkodás, az érzelmi egyensúly keresése és az elkerülés jellemzi mindkét csoportot, azonban a restriktív AN-ok csak az elkerülés stratégiájával éltek (Tölgyesi, 2007). Egy asszertivitást vizsgáló kutatás szerint az evészavarosok a nagyobb külső kontroll és a befelé irányuló hosztilitás mellett jellemzően szignifikánsan alacsony asszertivitást mutattak a kontroll csoportokhoz képest (Williams és mtsai, 1990). Rathaus teszt alapján is hasonló eredményt olvashatunk, súlyos hiányosságokat találtak az asszertív magatartásban, az evészavaros csoportban (Tölgyes, 2007). A bizonytalanság/önértékelési zavar inkább a bulimiás csoportot jellemezte, az érzések kifejezése terén az AN-ok mutattak nehézséget (Tölgyes, 2007).

Serdülő lányokkal végzett vizsgálatban az Evési Attitűdük Tesztben (EAT) magasabb pontszámot elérők csoportja a Young-féle Séma Kérdőívben is szignifikánsan magasabb pontszámot ért el (Cooper és mtsai, 2006). Több korai maladaptív séma is erős összefüggést mutatott a testsúlyra és az akalra vonatkozó specifikus kognitív beállítódásokkal (Gongora és mtsai, 2004).

Az AN-ban azonosított kognitív disztorziók:

- dichotóm gondolkodás: „ha nem sovány vagyok, akkor kövér vagyok”, „ha nem vagyok a teljes kontroll birtokában, elvesztettem az összes kontrollt”
- babonás gondolkodás: „ha még egy kekszet eszem, az rögtön zsír lesz a szervezetemben”
- perszonalizáció: „kinevetnek az emberek, ha eszek”, „biztos azt nevték, hogy híztam”
- túláltalánosítás: „élveztem az evést, ezért mohó ember vagyok”
- nagyítás: „híztam egy kilót, már biztos hurkák vannak a hasamon”
- szelektív absztrakció: „csak az étkezés terén vagyok képes kontrollálni magam” (Túry, Szumska, 2005; Kleifield, Wagner, Halmi, 1996; György, 1993; Leung, 2000; Garcia, 2012)

2.8.4.2. Az evészavarok pszichodinamikus megközelítésben

A pszichoanalízis elmélet megalkotója Sigmund Freud a pszichoszexuális érése első szakaszát az orális érésehez köti, amit kannibalisztikus, pregenitális szexuális szerveződésnek tart. Ebben az értelemben a szexuális aktivitást, a tárgy bekebelezése jelenti. Freud ennek értelmében az étkezést szexuális színezetűnek gondolja és az étel elutasítását a libidó elvesztésével teszi egyenértékűvé (Freud 1926, Farrel, 1995, Csenki, 2012).

Az étel elutasítása egyben a szexualitás elutasítását is jelenti a korai analitikus nézetek szerint. Klasszikus analitikus megközelítésben az AN központi konfliktusa, magja a megoldatlan Ödipális konfliktus. A pszichoszexuális érése alapján a fallikus és a genitális szakasz éretlensége hangsúlyozódik. Amikor a fallikus szakasz (3-6 év) pszichoszexuális érése megoldatlan marad, a lemondás az ellenkező nemű szülőről és az azonosulás a saját nemű szülővel nem történik meg, akkor a genitális szakaszba (13-18 év) érzelmileg éretlenül érkezik a fiatal. Saját nemével való azonosulás hiányában, a genitális szakaszban, a libidó szülőkről kortársakra való áthelyezése nem tud megvalósulni, és ezzel párhuzamosan Laufer (1976) nézete szerint a saját test tulajdonjogának birtokbavétele sem. Mivel nem tud megbirkózni szexualitással átszínezett érzelmi konfliktusokkal és az éréssel, a serdülőben feléled - önmagát védve - a nemiséggel szembeni ellenérzés, így a tünetképzés egy regresszív reakció (Ábrahám, Árkovits, Gáti, 2008). Az alapvetően genitális probléma orálissá válik, ami már kontrollálhatóbb számára (Farrel, 1995, Csenki, 2012). Az orális szakaszban az ösztönimpulzusok és a táplálkozás szabályozása nem differenciálódik (Kernberg, 1975).

AN-ban gyakran az anya érzelmi odafordulásának hiányában a serdülő lány az apa felé fordul, érzelmi hiányait pótolni, melegséget, megértést, figyelmet kapni. Az apa személye ezáltal éppen azt a csodálatot, rajongást, intimitást kapja meg, amit feleségével való kapcsolatából hiányzik gyakran (ld. bővebben a 2.8.4.4. részben). Az ödipális vonzalmat így az apa megerősíti, és ezzel a normál pszichoszexuális fejlődéssel ellenkező tendencia érvényesül (Szabó, Pászthy, Túry, 2006). A szexuális ösztönimpulzus fenyegetővé válik.

Később az analitikusok egyetértettek abban, hogy az elfojtott szexualitás és agresszió valóban az ödipális korhoz köthető, de ennek okát a korábbi, az anya-gyerek kapcsolatban látják. A probléma forrásaként inkább a preödipális anya-gyerek kapcsolatot, a fixáció pregenitális szintjét jelölik meg (Dévald, 1993; Farrel, 1995).

Talán nem elválasztható tartalmakról és patológiás szerveződésről van szó, hanem egy folyamatról: az anyai odafordulás hiánya, az érzelmi deficit - ami a férjére is vonatkozik, sajátos lélektani teret kialakítva a családban -, a lányával való kapcsolódásban félreértést, elhangolódást okoz és a fejlődés menetében, több ponton is érzelmi éretlenséget szül. A serdülőkorban a fejlődési vonalak (A. Freud, 2008) egyidejű aktiválódásakor túlterheli a többszempontról éretlen fiataalt és tünetet keres magának az intrapszichikus feszültség a tünetképzésben (A. Freud, 2008).

A tárgykapcsolat elméleti megközelítések szerint az AN háttérében a szeparáció-individuáció fejlődési szakaszának érése problémás. A fejlődés szempontjából a betegséget a szeparáció és az autonóm self kialakulásának fázisához kötjük (Dévald, 1993). A Freud-i analitikus megközelítésben az orál-szadisztikus időszaknak feleltethető meg.

Hamburg (1999) szerint az étel elutasítása egy autonómia harc az AN serdültől, és a regresszív folyamat vége. Csak a nem akarással lehet önmaga ebben a „harcban”. A csecsemő számára az étel és az anya kezdetben egyet jelent. Optimális esetben kielégítő mind az étel mennyisége, és minősége, mind az anya jelenléte. Azonban az AN lányok anyjánál Hamburg feltételezi, hogy elárasztóak, nem gyermekük igényei szerint reagálnak. A szájon keresztüli élményben két véglet létezik csupán, a teljes bekebelezés – kannibalizmus - vagy az abszolút veszteség a tulajdon self elvesztése (Hamburg, 1999, Csenki, 2012). Központi konfliktus a self elvesztésének a félelem, vagy a tárgy elvesztésének félelme. A leírt értelemben gondolja a szerző az autonómia harcot, ahol nincs egymásra hangolódás, csak az akarással válhat a lány önmagává Hamburg szerint. A saját szorongásaival küzd, anya nem tudja segíteni a gyereket az individuáció fázisában, ami serdülő korban problémát okoz és támogatja az AN tünetképzést (Dévald, 1993). Az anya hiperkatexisének tárgya lesz, aki úgy kezeli gyermekét, mint aki nem képes önálló létre, és nem tudja önálló személyként észlelni lányát, aki így tehetetlenné válik az autonómia harcban (Hamburg, 1999, Csenki, 2012). Az előzőekben leírt kapcsolati dinamikában az AN lányok autonómia törekvésének tárgya kizárólag saját testük lehet. Az autoerotikus tendenciák megjelenésével - a pszichoszexuális érés hiányában - maszturbációs jelenségek helyett, önsértésben és fájdalmas testgyakorlásokban élik ki azt (Hamburg, 1999; Lane, 2002, Csenki, 2012).

Selvini-Palazzoli (1974) szerint egy elárasztott, hamis szelffel rendelkező lány felkészületlenül érzelmiileg a serdülés biológiai és pszichés változásaira. A másodlagos nemi jellegű „eltüntetéseivel” csökkentik a szexualitás és a szeparáció okozta szorongást (Selvini-Palazzoli, 1974).

A nem adekvát és megfelelő szülői gondozás miatt a korai időszakban nem alakul ki a test modulálásának és a szelf megnyugtatásának képessége, ezek eltávolodnak egymástól, így nem alakul ki koherens szelf. A szelf-, az érzelem-, és a feszültség szabályozás nem működik megfelelően, ami később evészavarokban manifesztálódhat, létrehozva egyfajta hasadás a psziché és a szoma között (Chassler, 1994, Csenki, 2012). Gyakori elhárító mechanizmusok: hasítás, tagadás, projekció, szublimáció (Edestein, 1989, Feiereis, 1989).

2.8.4.3. Az evészavarok kötődésméleti megközelítése

Bruch (1973) szerint az evészavar kialakulásában nagy szerepe van az anya bizonytalan kötődésének. A bizonytalan kötődés sajátos mintázata, hogy az anya reflektáló képessége nem működik megfelelően. Az AN lányok édesanyja számos esetben emlékszik vissza magára, mint szorongó anyára, aki a férje (apa) támaszára vágya, de ezt gyakran nélkülöznie kell (Pearlman, 2005). Mivel az anya a gyerekével marad szorongó állapotában - jobb híján - őt árasztja el szorongató, félelmektől színezett érzelmi tartalmaival. A gyerek így nem tanul meg különbséget tenni a saját és másik érzései, vágyai között és végül az AN-nél sem tud a reflektív funkció kialakulni (Fonagy, 1999).

Az anya-lánya kapcsolódásnak alapvető mozgatórugója az AN-ban, hogy a gyermek az anya tökéletességét igazolja engedelmes, "jó kislány" viselkedésével, ezzel megerősítve az anya saját magáról kialakított és közvetített ideális anya képet (Csenki, 2012). Ebben a helyzetben, a gyermeke igényeire hangolódni képtelen anya, elvárja lányától, hogy hangolódjon, az ő, saját magáról kialakított ideális képével és erősítse meg azt (Csenki, 2012). Ebben az értelemben az anyai "szelf protéziseként" is felfogható a gyermek. Az lány anyjáról való leválása nem megvalósítható a normatív fejlődés folyamatában, mert ha megszakadna az egymást támogató szimbiotikus kapcsolat anya és lánya között, akkor az anya, anyai szerepe háttérbe szorulna, (Geiger, 1982/1988).

2.8.4.4. Az evészavarok rendszerszemléletű megközelítése

A rendszerszemléletű megközelítésben az AN paradigmatis betegnnek számít, ugyanis a betegségről való gondolkodás, és a gyógyítás számos családterápiás iskola elméleti és módszertani alapelveit meghatározta (Pászthy, 2007).

A Milániói (vagy szisztémás) iskola alapelve szerint a tünehordozó, szabályozó és egyensúlyozó szerepet tölt be a családi rendszerben, a tünet pedig - még ha patológiás is - egy

próbálkozás a konfliktus megoldására (Selvini-Palazzoli, 1974). Megfigyelések alapján az AN családokban; 1, a családtagok visszautasítják, érvénytelenítik egymás üzeneteit, 2, vezető, domináns szerepet nem vállalnak fel a család tagjai, 3, megjelenik a titkos koalíció, 4, a hibákért nem vállalnak felelősséget a családtagok és a másikat okolják, 5, az önfeláldozás érték és erőmérő, 6, a háztartási kapcsolat látszólagos stabilitása mögött, fel nem vállalt párkapcsolati feszültség húzódik (Selvini-Palazzoli, 1974).

A Minuchin-i strukturális családterápiás irányzat a pszichoszomatikus családok jellegzetességeit ismerte fel. A philadelphiai kutatócsoport AN, diabeteses és asztmás gyerekek családi sajátosságait megfigyelve úgy gondolják, hogy a pszichoszomatikus tünetekben tulajdonképpen a család diszfunkcionális működése fejeződik ki a tünezhordozó páciensen keresztül. A pszichoszomatikus családokat jellemző működés sajátosságai; 1, az összemosottság, 2, hiperprotektivitás (túlzott gondoskodás, oltalmazás), 3, rigiditás, merevség (változásra való képtelenség), 4, konfliktus kerülés (konfliktus megoldás hiánya (Komlósi, 1993; Doba és mtsai, 2008).

Az evészavar transzgenerációs megközelítése olyan önsorsrontó kör működését feltételezi a családokban, ami generációkon keresztül átível. Gyakran felismerhető az anyai evészavar, akár szubklinikai szinten, az anya testsúllyal, alakkal kapcsolatos aggodalmaiban (Mazzag, Pászthy, Túry, 2006; Sztanó, Röss, Pászthy, 2007).

Az anyák és lányaik közötti szimbiózis az egész család működését meghatározza. Ezekben a családokban az anyáknak kitüntetett helyzete van, és gyakran kizárólag az anyai szerepben aktívak, minden potenciáljukat, figyelmüket a lányuk felé irányítják. Ahogy korábban szó volt róla, a perfekcionizmus meghatározó vonás az evészavaros családokban, az anya ebben az egy szerepének törekszik tökéleteset alkotni, tökéletes anya lenni, de mivel a közös élményt a szimbiotikus kapcsolódás szervezi, így a gyermeknek is tökéletesnek kell lennie (Geiger, 1982/1988). A megvalósítás útja a teljes kontroll gyakorlása, ami lehetetlenné teszi akár az agresszió, akár a szexualitás kibontakozását, fejlődését. A tökéletes anya-szerep mellett, az AN gyerek vagy serdülő egyedül a „jó gyerek“ szerepben élhet (Csenki, 2012). Ha a normatív fejlődés, serdülés útjára lép a fiatal, veszélyezteti a család - amúgy törékeny - egyensúlyát (Geiger, 1982/1988, Csenki, 2012). A családi egyensúly biztosításának az ára, hogy a serdülő lemond saját identitása megformálásáról, azonban ez teljes belső bizonytalansághoz vezet a fiatalban és esetleg diffúz identitás kialakulásához (Geiger, 1988).

Az individualitás hiánya is általánosan megfogalmazható jelenség az evészavaros családokban (összemosottság). Az összemosottságból egy individuum emelkedik ki, ez pedig a tökéletes anya, akinek a része a tökéletes gyermeke, aki megfelel az anya elvárásainak, ezzel

legitimálja anyát. A családban nem az egyének állnak kapcsolatban egymással, hanem a szerepeik, ami megnehezíti a kommunikációt. Az egyéni vágyak, igények, nem számítanak, mindent a szerep határoz meg a családi működésben (Geiger, 1982/1988).

A korábbi rendszerszemléletű családterápiás irányzatok az anya szerepét segítenek megérteni az evészavaros családokban. Az újabb családterápiás szemléletek az apai szerepre fókuszálnak és a betegség kialakulásában jelentős szerepet tulajdonítanak az apai működésnek. Ezekben a családokban az apa többnyire perifériára kerülnek, a feleségük nem tisztelik őt. A házastársi kapcsolat a szülők között a legtöbb esetben disszimulatív (Szabó, Pászthy, Túry, 2006). Az AN tünetekkel szoros összefüggésbe hozható az apai működés olyan sajátosságai, mint az önfeláldozás, a hatékony kontroll hiánya, a pesszimizmus, és az irányítás átadása (Túry, Pászthy, 2008). Az apa viselkedése, családban betöltött szerepe, attitűdjei befolyással vannak a lánya világszemléletére, nőességére, önértékelésére, és meghatározzák az evészavaros tünetek súlyosságát és gyakoriságát (Szabó, Pászthy, Túry, 2006).

Érzelemszabályozás szempontjából az AN lányok anyja a felszínen adakozó, önfeláldozó, de a háttérben érzéketlen és sebezhető, aki a negatív érzéseket nem tudja elfogadni. Az apák hasonló kettősséget mutatnak, a felszínen sikeresek, erősek, a háttérben azonban dependensek és önértékelésük alacsony. A negatív érzéseket az anyákhoz hasonlóan ők sem tudják elfogadni, az individuáció gátolt. A szülőknél megfigyelt kettősséghez hasonló kettősség található az AN serdülőkben is, a gyors intellektuális fejlődés egy erősen függő személyiségrészt takar (Dévald 1993).

AN és BN családok összehasonlításában az AN családokat „konszenzusérzékenyek, a BN családok „távolságérzékenyek” találták. A BN családjában gyakori az elhanyagolás, főleg az anya részéről. A szülői magatartás leginkább az érzelem nélküli kontrollnak felel meg. A BN betegeket az ellenséges és elhanyagoló szülővel szemben dühös, önalávető személyekként írták le (Eisler 1995, Vandereycken, 1995).

Számos kutató vizsgálta széles spektrumon és sok szempontból az evészavarokat az elmúlt három évtizedben. A szerzők egyetértenek a bemutatott kötődési jellegzetességek, a mentalizációs deficit, a maladaptív érzelm- és szelf szabályozás jelenlétével az AN-s betegeknél, illetve bizonyos személyiségvonások azonosításával, valamint a pszichoszomatikus családi működést mind prediszponáló, precipitáló, és fenntartó hatását elismerik az evészavarokban.

2.8.5. Személyiségzavarokra jellemző személyiségvonások az evészavarokban

Az evészavarok és a személyiségzavarok kapcsolatát már Morton is megfogalmazta megfigyeléseit követően 1689-ben "ideges felemesztődés"-ként írja le, és a perfekcionizmus, kényszeres vonások speciálisan személyiségvonásokként jelennek meg később az irodalomban (Morton, 1990). A személyiség jellemzőire prediszponáló tényezőként tekintünk az evészavarokban, mely a betegségre hajlamosít és komplikálhatja azt. Az evészavarok és a személyiség kapcsolatának megértése a multidimenzionális megközelítéssel vált lehetségessé (Steiger és Bruce, 2004, Westen és mtsai, 2006, Joó, Kövesdi, 2008). Az AN restriktív altípusában túlalkalmazkodó, introverzív, kényszeres személyiségeket, míg a faló-purgáló (bulimiás) altípushoz externalizáló, impulzív, időnként antiszociális stílusú személyeket találtak (Steiger és Bruce, 2004, Joó, Kövesdi, 2008). A perfekcionizmus és a kényszeresség gyakori előfordulását a restriktív AN-oknál figyelték meg és az impulzivitás a bulimiás páciensekre volt jellemző. A kényszeres személyiség vonásokat mind az AN-ban, mind a BN-ban leírják, mely vonások a betegség gyógyulása után is fennmaradtak (Anderluch és mtsai, 2003). Több vizsgálat megerősítette, hogy a személyiségvonások sérülékenységet jelentenek a későbbi tünetek kialakulásához, amikor gyermekkorban szorongásos, obszesszív tünetek már jelen vannak (Halmi és mtsai, 2003, Wagner és mtsai, 2006, Joó, Kövesdi, 2008). 2482 fős mintában Forbush és munkatársai a perfekcionizmust kockázati tényezőként találták a koplalásban és a purgálásban (2007). A nárcizmusra jellemző, fizikai megjelenésre és a teljesítménnyel való túlzott foglalkozás AN-ban és BN-ban is megfigyelhető, sőt a túlévéses zavarban is kockázati tényezőként jelenik meg a betegség kialakulásában (Cassin, von Ranson, 2005). Dependencia-autonómia személyiségvonások együttesen vannak jelen az evészavarokban és a két különböző törekvés egyidejű jelenléte okozza a belső konfliktust (Rogers, Petrie, 2001). Alapvetően függetlenségre törekednek a betegek, de alacsony önértékelésük miatt megerősítésre is vágnak interperszonális kapcsolataik révén (Cassin, von Ranson, 2005).

Az evészavarokban eltérő személyiségprofilokat találtak a kutatók: 1, a restriktív AN-okra jellemző az introverzió, konformitás, perfekcionizmus, rigiditás, és kényszeres vonások, 2, BN személyek jellemzői: extrovertáltak, hisztrionikusak, érzelmileg labilisak, 3, azok akiknek AN és BN is volt a kórtörténetében hajlamosabbak voltak súlyosabb, diffúz tünetekre és nagyobb fokú diszfunkcionális állapotra. A restriktív AN-oknál az első két személyiségprofilot azonosították, míg a bulimiások és a bulimiás anorexiás betegeknél mindháromprofilot megtalálták (Western, Harnden-Fischer, 2001, Joó, Kövesdi, 2008). A DSM-V második tengelyének összevetése a felnőtt evészavarokkal a C csoport (szorongó-pánikos) gyakoriságát mutatta AN-ban, és a B csoport (dramatikus-kiszámíthatatlan) gyakori

előfordulását BN-ban. Amikor a diagnosztikus gondolkodást meghaladva a diagnózisokon alapuló személyiség vonásokban és a tünetekben gondolkodunk három működési stílus írható le; 1, magas szinten funkcionáló stílus, ami perfekcionizmussal és negatív affektivitással párosul, gyakran bulimiás pacienseknél figyelhető meg, 2, érzelmileg beszűkült, megszorításokkal élő személy perfekcionizmussal és a negatív affektivitással, főleg az AN-ok körében jelenik meg, 3, az érzelmileg szabályozatlan, impulzív stílus, mely leggyakrabban a bulimiások körében tapasztalható (Joó és Kövesdi, 2008).

2.9. SZONDI SORSANALÍZISE

2.9.1. Tudattalan és tudatos működés

Már az ókorban ismert volt, hogy az érzelmek képesek befolyásolni a testi-lelki egészséget. Arisztotelész (i.e. 384-322) szerint a katarzison keresztül lehet a zavaró érzelmektől megszabadulni (Taylor, Bagdy, Parker, 1997).

Freud topográfiai modelljében megfogalmazott tudatelöttes és tudattalan létezéséről szóló viták hosszú időn keresztül zajlottak a tudományos életben és számos kutatót inspirált mind a támogatók, mint a szkeptikusok táborából. A kutatók mára egyetértenek abban, hogy mentális életünk egy része tudattalanul zajlik. Napjainkban az elméletalkotók a tudattalan működését igyekeznek megérteni (Reeve 2009) és inkább kognitív tudattalanról (Kihlstrom 1987, Loftus 1992) és emocionális tudattalanról beszélnek (Benczúr, 2013).

Kahneman (1973) mentális erőfeszítés elmélete nyomán megindult vizsgálatok bizonyították a szemantikus feldolgozást. Az automatizmusok vizsgálata az implicit emlékezet és implicit percepciók felfedezésével, a tudattalan folyamatok létezését bizonyították (Benczúr, 2013). Kihlstrom (1987, 1998) megfogalmazásában a kognitív tudattalan részét képezik az emlékezeti, észlelési, gondolati tartalmak tudása, melyek az aktuális tudatosság számára nem hozzáférhetők, mégis befolyásolják élményeinket és viselkedésünket, viszonyulásainkat és érzelmeinket (Kihlstrom, 1987, 1998). Azonban nem csak a kognitív folyamatok lehetnek implicitek, hanem a motivációink is. Az explicit motivációk inkább a tanultak és a kognitív kidolgozáson keresztül követhetők, az implicit motívumok pedig az érzelmi élményekhez köthetők (Benczúr, 2013).

Az emocionális tudattalan létét, két formában tudták a kutatók bizonyítani: az egyik során az érzelmet kiváltó inger nem tudatosul, míg az érzelem tudatosul (Minka, Öhman 2002, Öhman,

Mineka, 2002, Whalen, Kagan és mtsai, 2004), a másik esetben magának az érzelemnek nem vagyunk tudatában (Cooper, Cooper 2002, Winkelman, Berridge 2004). Az első jelenséget számos esetben tapasztaljuk szorongásos és disszociatív zavarokban (Gabbard 2008), Gaillard és mtsai (2006) a tudatosság nélküli szemantikus feldolgozás létét egyértelműen bizonyították.

Az kognitív feldolgozás és az érzelmi működés kapcsolatát vizsgálva a kutatók érdeklődése a Freud-i elfojtás koncepcióval szemben, a disszociáció jelenségére és fogalmára fókuszáltak. Számos vizsgálat igazolta (Canon 1929, Papez 1937, MacLean 1949, LeDoux 1995, 1996, McGovern 2007), hogy az érzelmeinkkel kapcsolatos válaszrendszereink (hypothalamus, limbikus rendszer, thalamusz, cinguláris kéreg, amygdala) bizonyos körülmények között függetlenekedhetnek egymástól, megélhetünk egymástól független testi reakciókat az érzelmek tudatosulása nélkül (Kihlstrom, Mulvaney és mtsai, 2000).

Tehát az emocionális és motivációs folyamatok, nem kognitív konstrukciók, hanem a kognitív folyamatokkal párhuzamosak, de azoktól függetlenül működnek (Bargh 1997, Bargh, Chartrand 1999). A pszichoszomatikus betegségek vizsgálatai mutattak rá, hogy ezek a betegek nem tudják megfogalmazni, megkülönböztetni és megnevezni sem saját érzéseiket, sem másokét. A jelenség vizsgálatával bizonyítást nyert, hogy az alexitim működés nem „minden vagy semmi” működésmód, hanem sokkal inkább egy dimenzionális konstrukció (személyiségvonás), ami az egész populációt érintő működés, eltérő intenzitással (Taylor, Bagby, Parker 1997 in.: Bányai, 2013). Viselkedésünk egy része olyan folyamatokból fakad, melyekre tudatos rálátásunk van, szoros összefüggésben az önéletrajzi emlékezet reprezentációival, azonban egy másik részét olyan folyamatok befolyásolják, melyekhez nincs tudatos hozzáférésünk. LeDoux (2002) felveti a lehetőségét annak, hogy akik vagyunk, az nem teljesen fedi azt, akinek tudatosan hiszük magunkat és ennek értelmében javasolja az implicit és explicit szelf megkülönböztetését. Az érzelemszabályozásnak jelentős része a nem verbális (érintés, hanglejtés, gesztus) tartalmakból származnak, melyek a LeDoux-i implicit szelfre fejtik ki hatásukat (Schore, 2003).

A LeDoux-i implicit- és explicit szelf koncepcióhoz jól illeszthető Szondi Lipót sorsanalitikus elmélete. Szondi a szabad sors választását fogalmazza meg, melynek ösztönszükségei a tudattalanban húzódnak meg. A Szondi teszttel tárja fel a tudattalan ösztönszükségeket és sorslehetőségeket, melyek megvalósítását az állásfoglaló-én alakítja (Szondi, 1942).

2.9.2. Szondi Lipót sorsanalízise és a kísérleti ösztöndiagnosztika

Vedd kezébe saját sorsodat (Szondi)

Szondi Lipót (1893-1986) végzettségét tekintve orvos biológus és endokrinológus volt, a Magyar Királyi Gyógypedagógiai Tanárképző laboratóriumának előadója és vezetője 1936-1943 között. Itt dolgozta ki a Szondi-tesztet (1937-39) és az elméleti alapját a sorsanalízist (Benedek 1987). A családfakutatás tapasztalatait, az öröklést a sorsanalízisbe ágyazódott, mely koncepciónak kulcsfogalma a családi tudattalan. A vizsgálati jegyzőkönyvek jelentős része a háború alatt megsemmisült. A félig kimondott, vagy kimondatlan, sejtve tudott, tudatba nem emelt szorongásokat, a családi traumákat nagyobb és specifikusabb jelentőségűnek gondolta, mint azt számon tartották kortársai. Kutatta milyen szerepe van a genetikusan determinált ösztönállományunknak, a családi örökletességnek, az egyén sorsformálódásában. A sorsanalízis a híd szerepet tölti be (ahogy a Zürichi Szondi-Institut címere is ezt szimbolizálja). A Freud-i személyes tudattalannal és a Jung-i kollektív tudattalan koncepciókat Szondi, a családi tudattalan elméletével egészítette ki. Szondi nem titkolt célja volt tanításával összekötni a mélylélektant és a természettudományosan helytálló kísérleti módszertant. Ez utóbbit a családfakutatás és a genotessztel részben mérhetővé váló személyiség tényezők előtérbe helyezésével kívánta megvalósítani.

A sors mélyebb megértését elszántan kereste. Akik ismerték, azt tartják róla (személyes beszámoló: G. Donáth Blanka, Dr. Csillag Mária), hogy a munkában nem ismert határt, kereste-kutatta az összefüggéseket, ha egy kérdés megfogalmazódott benne. Intuitív gondolkodó volt, igazi kutató személyiség (Gyöngyösiné Kiss, 2002). Véleménye szerint, mindnyájunk életében vagy egy fontos vagy megtörtént, könnyen követhető vagy alig kifejtendő, jellemző menet vagy ismétlődés és kifejtés: valami megragadható van benne, amit meg is kell vagy kellene ragadni ahhoz, hogy azt akár jobban elvállalni vagy azon változtatni lehessen. Szükségesnek tartja az emberi élet egészét vagy az emberi sorsot, a pszichológiai-emberi érdeklődés célja és tárgyaként szemlélni (Szondi, 1942).

A szabad akarat kérdése foglalkoztatta Szondit, kutatta, hogy volt-e a személynek igazi szabad választása az élete során? Szondi arról a pszichikus távolságról gondolkodik valójában, amely az egyén tettei és viselkedése, valamint belső vágyai és szándékai között feszül (Noszlopi, 1989). Ösztönös választásaink erősen determináltak, de ezeknek nem vagyunk feltétlenül kiszolgáltatva Szondi elképzelése szerint, ha felismerjük a bennünk felszínre igyekvő tendenciákat, felléphetünk velük szembe az állásfoglaló énünkkel, mely dönteni képes, az elfogadás, elutasítás vagy módosítás irányába. Ez nem tetszőleges szabadságot jelent szerinte, hanem a személyiségstruktúra potenciális lehetőségein belüli mozgást (Noszlopi, 1989). G. Donáth Blanka írja: „ahogy a pszichoanalitikus, a beteg egészséges én-részével igyekszik szövetséget kötni, a sorsanalízis a tudatosult kulcs szükségletekkel szemben konstruktív állásfoglalás megszületésénél bábáskodik” (Noszlopi 1989, pp.:11).

2.9.2.1. A sorsanalízis alapvető gondolatai

Szondi Lipót, 1944 évi kényszer emigrációját követően a teljes sorsanalízist Svájcban dolgozta ki. Korai művei magyar nyelven olvashatók, életművének jelentős része pedig, már Svájcban jelent meg, idegen nyelven. Szondi alapvetése, hogy az ember világában az ösztönök és az énes élet örökös ellentmondásban van. Az örökléstan feltételezi, hogy az ember a lehetőségeiből fokozatosan megismerheti és felépítheti saját személyes sorsát. A szerző szerint a sorsot befolyásoló tényezőként az ősi törekvések mintái, örökségei jelennek meg és élnek tovább, az átörökített ösztönsorsban, a szociális és a mentális élet korlátaiban, a szellem pedig a szabad énsors kialakítására ad lehetőséget (Szondi, 2002). Szerencsétlen körülmények között az én, saját tehetetlenségébe hanyatlik az öröklött kényszersors alapján, és megismétli egyik ősének sorsát, más esetben azonban a szellem segítségével szabad énsorsot is kivívhat magának (Szondi, 2002). Az emberi sorsot Szondi Lipót nem kényszerűen meghatározott állapotnak véli, hanem gyakran ellentétes sorslehetőségek összességéből kiválaszthatónak és minden ösztönprofil egy választható létezési módnak tart. A lelki betegségek megjelenési formája csak egyike az egyén lehetséges sorsformáinak (Szondi, 2001). A teszt alkalmazójának lehetősége van kiolvasni a szociális, egészséges és a kóros lehetőségeket az ösztönprofilból.

2.9.2.2. Szondi ösztöntanának alapvető fogalmai

Szondi az ösztönöket a viselkedés alapjának tartja, melyben gyökerezik minden létrehozó és fenntartó feltétel. Az ösztön határozza meg az egyén minden cselekvését, vágyait és szenvedélyét. Az ösztönök a létünk legmélyebb rétegeibe nyúlnak vissza és megtalálhatók az emberré válás felszíni rétegeiben is. A felszíni szinten az ösztönök szublimációjáról és humanizációjáról beszélünk (Szondi, 2002).

Az ösztön fogalma a második világháborút követően fokozatosan kizáródott a tudományosan értelmezhető és tapasztalatiilag ellenőrizhető jelenségek köréből (Bereczkei, 2003). Ugyanakkor a huszadik század 60-as éveitől a szociálbiológusok a gének szerepének átértelmezésével kezdtek el foglalkozni (Williams, 1990, Bereczkei, 2003). A genetikai felfedezések új korszakát és kibontakozását Szondi már nem élhette meg.

A Genetikai Hasonlóság Elmélete szerint az élőlények rendelkeznek a genetikai hasonlóság képességével (Rushton, 1989, Bereczkei, 1999, Hargitai, 2008). Vizsgálatok igazolják, hogy a genetikai alapon történő választás az állatok mellett az emberre is jellemző (Bereczkei, 1999). Rushton és Bons vizsgálatában a kétpetéjű ikrek és a házaspárjaik génrokonsága azonosságot mutatott a hasonlósági ráta mindkét esetben 0,32 volt (Rushton és Bons, 2005).

Bereczkei szerint a genetikai hasonlóság elmélete „egzakt magyarázó keretet” nyújt Szondi ösztöntana számára (Bereczkei, 2003, 114.o.). Továbbá a Szondi tesztből ismert genotrópizmus sokáig nem kapott kellő alátámasztás az empirikus tudományok részéről, azonban az evolúciós magyarázat és modern genetikai kutatások segítségével érthetővé válik a génikus hasonlóság alapján történő választás evolúciós és pszichológiai mechanizmusa (Bereczkei, 2003).

A modern genetikai kutatások a betegségek öröklődését stabilan támasztják alá, Szondi elképzeléséhez képest egyetlen változtatással. Szondi egyetlen génhez kötötte adott tulajdonság jelenlétét, korunk megfigyelései bizonyították, hogy akár ezek génhez kötődik és a környezeti tényezőkkel is interakcióban állnak a kialakult tulajdonságok (Káplár, 2016, Gyöngyösiné Kiss, 1999, Vajda, Kiss, 2015).

A teszt validitásával foglalkozó munkák közül Feldmann, Révész és Bernáth vizsgálata a képeken látható nem kizárólag szemantikai szerkezeti elemek felszólító jellegét igazolta (2005). Káplár a Szondi teszt felvételét fMRI vizsgálattal kötötte össze, és igazolta, hogy nem ismerős helyzetben „megérzéseinkre” hallgatunk. A döntést befolyásoló affektív információk „sugallatok” a személyiségünkéből származnak. Igazolta, hogy a szimpatikus és antipatikus képek kiválasztása nem a véletlennek köszönhetőn, hanem a genetikailag meghatározott személyiségkarakternek (Káplár, 2016). Feltételezhetően Szondi elméletével kapcsolatos viták, aktívak maradnak még, hasonlóan Freud tudattalanról alkotott elméletével, melyet

Racsmány (2001), Broik, Conwei (2002) már igazolt a teljesség igénye nélkül (Conwei, 2001, Racsmány, 2002, in.: Lukács, 2016).

2.9.2.3. Génelméleti alapok Szondi elméletében

A sorsanalízis minden ösztönben genetikus eredetet lát. Az ösztönök forrásának a gént tartja. Az ösztöncselekvéseket specifikus gének determinálják és minden gén arra törekszik, hogy az újabb generáció számára visszaállítson egy korábbi állapotot. A sorsanalízis a Freud-i elméletre épül, mely szerint az ösztön nem egyéb, mint élő organikus anyagokban lakozó törekvés, korábbi állapotok visszaállítására.

A sorsanalízis az ellentétes ösztönpárok dualizmusát mondja ki, melynek biológiai alapjai az öröklött hajlamokban, az ösztöntörekvésekben keresendő. A sorsanalízisben beszélünk ösztöntörekvésekről, ösztönszükségletekről (faktor) és ösztönökről (vektor). Az ösztöntörekvésben vagy anyai, vagy apai örökség van jelen, azonban a meg nem jelenő, elnyomott társ, előbb vagy utóbb, kerülő úton mindenképpen érvényesíti törekvéseit. Az ösztönszükséglet két, már eleve összetartozó ösztöntörekvésből áll. Az ösztönrendszerben az ösztön, két meghatározott faktor által összekapcsolódik, egyazon egységes fiziológiai ösztön irányát követve. A faktoriális tényezők a törekvések és a vektoriális tényezők a szükségletek. A törekvés apai polaritása, az apai és az anyai ösztöntendenciák ellentétéből származik. A szükséglet polaritás két szükséglet ellentétességéből ered (Szondi, 2002).

A sorsanalitikus ösztöntan a törekvéseket, illetve a szükségleteket alkotó ellentétpárok dualizmusára épül, vagyis az ösztönszükségletek összekapcsolódásának a produktuma. A sorspszichológia feltételezi, hogy ugyanazon ösztönszükségletnek mind a natív, mind a humán megjelenési formája is jelen van. A megtermékenyítés pillanatában, mind a humán, mind a nem humán sors lehetőség adott. Az egyénnek ezután magának kell meghatároznia az öröklött sorslehetőség közül, melyiknek enged szabad utat, és melyiket tiltja le (Szondi, 2002).

Az ösztöntörekvés nagyság, az ösztöngének ellentétességének nagyságától fakad. Az ösztönfeszültség biztosítja, minden ösztönszerű cselekvés dinamizmusát. A pszichés folyamatokat csak akkor nevezhetjük ösztönösnek, ha kivétel nélkül minden individumban fellelhető, mely állítás az élettani komponensekre igaz. Azonban másfelől az emberek egy kis

csoportjában olyan szélsőséges fokon mutatkozik meg, hogy önálló ösztönbetegséget, mentális betegséget okoz, patológiás működést (Szondi, 2002).

2.9.2.4. A mentális egészség és betegség megjelenése Szondi elméletében

Öröklésbiológiai szempontból a mentális betegség és a mentális egészség közötti különbség nem minőségi, hanem mennyiségi Szondi szerint (Szondi, 2002)! Szondi munkahipotézise értelmében az ösztöngének összehangolódva, az énnel együtt határozzák meg, hogy valaki ösztöneit tekintve egészséges vagy beteg. Ebből következik Szondi szerint, hogy az elmebetegek mindenekelőtt, én-es ösztönbeteg individumok (Szondi, 2002). Az örökléstan az elmebetegségeket, három nagy csoportra osztja, skiziform, cirkuláris és epileptiform, melyekhez negyedik csoportnak illeszti Szondi a szexualitás ösztönbetegségét. A két pólus között - egészséges és mentális betegek - helyezkednek el a neurotikus megnyilvánulások. A betegeknél szélsőséges fokon észlelt ösztönök, az egészségesek körében részint foglalkozás választásban, hobbiiban, pár választásban, szerelemben nyilvánulhat meg. A sorsanalízis alaptétele szerint a gének, melyek dupla dózisban vannak jelen betegséghez, vagy halálhoz vezetnek, szimpla dózisban heterozigóta konduktorok esetében az individum vitalitását és életrevalóságát segítik. A tisztán homozitóta sor, a fejlődés patológiás iránya. A heterozigóta állapot a magasabb rendű működés alapfeltétele Szondi nézete szerint (Szondi, 2002).

Minden egyes ösztönfaktor származástörténeti ősfarmáknak felel meg. Minden egyes ösztönfaktor rendelkezik koragyermekkori jelentkezési formával. Az "h" ösztönfaktor két pólusát, a személyszeretet és az emberszeretet alkotja. Az "s" ösztönfaktort az aktivitás és passzivitás alkotja. Az Ábeli igény és a Káini igény érvényesül az "e" ösztönfaktorban, illetve az érvényesülés és a szemérmesség a "hy" ösztönfaktor alkotói. Az autizmus és a negáció a "k" ösztönfaktorban, míg az infláció és a projekció a "p" ösztönfaktorban, keresés és ragaszkodás a "d" ösztönfaktorban, míg a kapaszkodás és a leválás a "c" ösztönfaktorban található.

3. KÉRDÉSFELTEVÉS ÉS A VIZSGÁLAT BEMUTATÁSA

3.1. CÉLKITŰZÉSEK ÉS VIZSGÁLATI HIPOPTÉZISEK

A vizsgálatunk célja, hogy a kamaszkori AN reziliencia sajátosságairól mérőeszközök segítségével pontosabb képet kapjunk. Általános célkitűzésünk, hogy az AN tüneteket és az AN serdülők személyiségjegyeit összekössük a rezilienciára képességével, és a rezilienciát veszélyeztető illetve támogató tényezőket differenciáljuk. Vizsgálatunkat több lépésben végeztük el, a vizsgálati hipotézisek szerint, és az eredményeket részenként rövid összefoglalás követi, majd a megbeszélés részben az eredmények tágabb összefüggéseit olvashatjuk és a kitekintést.

| HIPOTÉZISEK | |
|---------------|--|
| Hipotézis 1 | Az AN csoport Rezilienciája szignifikánsan eltér a KO csoport Rezilienciájától. |
| Hipotézis 2 | A SAFA Szorongás, Depresszió, Táplálkozás skálákon magasabb pontszámot elérő személyek alacsonyabb Reziliencia értéket mutatnak. |
| Hipotézis 2/a | A SAFA Depresszió skála negatív hatása érvényesül dominánsan a Rezilienciával összefüggésben. |
| Hipotézis 3 | A SAFA Depresszió skála Szomorúság alskálája összefüggést mutat a Reménytelenség alskálával. |
| Hipotézis 3/a | A Biztonságérzet hiánya befolyásolja a Szomorúságot és a Reménytelenséget. |
| Hipotézis 3/b | A Büntudat alskála összefüggésben van a Biztonságérzet hiányával és negatívan hatnak a Rezilienciára. |
| Hipotézis 4 | A SAFA Depresszióban magas pontszámot elérő személyek az Interoceptív tudatosságban szintén magas pontszámot érnek el, alacsony Reziliencia érték mellett. |
| Hipotézis 4/a | Az Inadekvátság érzés az Interoceptív tudatosságon keresztül hat a Rezilienciára. |
| Hipotézis 4/b | Az Interoceptív tudatosság összefüggésben van az Én-érzéssel. |
| Hipotézis 5 | Az Optimizmusban magas pontszámot elérő személyek Reziliencia értéke magasabb. |
| Hipotézis 5/a | Az Érzelemgazdagságban magas pontszámot elérő személyek Reziliencia értéke magasabb. |
| Hipotézis 6 | Az AN és KO csoport eltérő személyiség profilt mutat. |
| Hipotézis 6/a | Az AN csoport kevésbé agresszív. |

HIPOTÉZISEK

| | |
|---------------|---|
| Hipotézis 7 | Az alak választás alacsony értéke és az alacsony BMI érték negatív összefüggésben van a Rezilienciával. |
| Hipotézis 8 | A 10 profilos Szondi teszt mennyiségi mutatói eltérnek az AN és KO csoport között. |
| Hipotézis 8/a | Az AN és KO csoportos összehasonlításban a 10 profilos Szondi teszt mérése alapján különböző ösztönosztályba tartoznak. |
| Hipotézis 8/b | Az AN csoport Szexuál-indexe dúr hangolódású a KO csoport moll hangolódásával szemben. |
| Hipotézis 8/c | Az AN csoport Szociál-indexe szociál pozitív, ellentétben a KO csoport szociál negatív Szociál-indexével. |
| Hipotézis 8/d | Az AN csoport kielégíthetetlen, elfojtott agresszív tendenciája erősebb. |

3.2. A VIZSGÁLATI MINTA ÉS A VIZSGÁLAT HELYSZÍNEI

A vizsgálatba 90 lányt vontunk be, 13 és 18 év közötti magyar középiskolás, nappali tagozatos iskolai tanulókat. A kérdőívcsomagot, 69 fő töltött ki egy-egy kérdőívet hiánytalanul, tehát 69 fővel kezdtük el a statisztikai adatok feldolgozását. A kiértékelési mintában is előfordult néhány személynél, hogy egy-egy teljes teszt kitöltése elmaradt. “Minta 1.0” megnevezéssel jelöljük a kiértékelés kezdetén figyelembe vett személyek adatait. Az adattisztítás folyamatában 5 fő (AN1 csoport) kizárásra került, a kizárás szempontjai a 3.4.10. fejezetben mutatjuk be. A vizsgálatban tartott végleges minta adatai “Minta 1.1” jelöléssel olvashatók.

Az alsó korhatár mellett kritériumként szerepelt a vizsgálati személyeknél (továbbiakban: v.sz.), a minimum 3 alkalommal megjelenő menstruáció. A KO csoportban az EDI kérdőívvel szűrtük és kizártuk az evészavarban érintett személyeket.

A vizsgálat helyszínei

A serdülő AN csoport a SE I.sz Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztályán bentfekvő és kezelt lányok közül került ki a kiválasztási kritériumoknak megfelelően. A kontroll csoport (továbbiakban: KO) KO csoport tagjait három budapesti és egy vidéki középiskolából gyűjtöttük.

3.2.1. Az eljárás menete

A tesztbatéria minden eleme alkalmazható a vizsgált korosztályban. Először a v.sz.-ek szülei írták alá a beleegyező nyilatkozatot (ld.5.sz..melléklet), majd a demográfiai adatokat vettük fel, végül a v.sz-ek kitöltötték a papír-ceruza alapon a tesztcsomagot, osztályfőnöki óra keretében.

Az AN lányokat, osztályos felvételt követő 2 hétben töltötték ki a tesztcsomagot, a KO csoport a középiskolákban az osztályfőnöki órákon. A Szondi tesztet mindkét csoportban 5 nap alatt vettük fel, a tesztfelvétel szabályait szem előtt tartva, napi két felvételre került sor. A KO csoportban 3-an, az AN csoportban is két kollégám segítette a teszt felvételét.

A mintagyűjtést közel egy időben kezdtük el. A középiskolákból rövid idő alatt visszaérkeztek a kitöltött tesztek csekély kitöltési hibával, azonban a Gyermekklinikán folyamatos mintavétellel dolgoztunk, ahova egyre fiatalabb lányok érkeztek kezelésre, egyes esetben kiskamaszok. Az életkori eltérést tapasztaltunk, a mintagyűjtés időszakában. Látva az eltérés tendenciáját az életkori adatokban, egy vidéki középiskolában is elkezdtük az adatgyűjtést a kontroll csoporthoz, a két csoport életkorának közelítése céljával. A korosztályban a különbség csökkent, de megmaradt, azonban mindkét vizsgálati minta a kamaszkorosztályba sorolható.

A mintavételt nehezítette az AN populációban a kérdőívek hibás illetve hiányos kitöltése. Gyakran előfordult, a kérdőívek visszaadása hiányos kitöltés miatt 2-3 alkalommal is.

3.2.2. A minta adatai

3.1. táblázat, A minta 1.0. sajátosságai

| | | <i>Elemszám</i> | <i>Átlag</i> | <i>Szórás</i> | <i>Minimum</i> | <i>Maximum</i> |
|----------------|----|-----------------|--------------|---------------|----------------|----------------|
| Életkor | KO | 29 | 16.27 | 1.37 | 14.17 | 18.75 |
| | AN | 40 | 15.47 | 1.43 | 12.75 | 17.75 |
| BMI | KO | 28 | 20.66 | 2.63 | 14.10 | 26.48 |
| | AN | 39 | 15.28 | 1.82 | 11.84 | 19.15 |

Az életkorban szignifikáns különbség látható a két csoport között $t(67)=2.328$ $p=.023$ $r=.273$, a kontroll személyek idősebbek¹.

Az AN diagnosztizálásának szempontja az alacsony BMI érték, ez a 3.1. táblázatban olvasható. Normál BMI 18-25 közötti érték. BMI pontszámában szignifikáns különbség van a csoportok között, $t(65)=9.904$ $p<.001$ $r=.776$. Az AN csoport a vártak megfelelően lényegesen alacsonyabb BMI pontszámot ért el (BMI 15.28), mely elmarad a normál értéktől. A mintába végül restriktív anorexiás lányok kerültek, mivel a minta nagyobb részét ők képezték és a mintából kivett lányok, inkább bulimarexiás tendenciákat mutattak, azonban belőlük külön csoportot nem tudtunk kialakítani az alacsony elemszám miatt. Ez a döntésünk szintén az AN minta átlagéletkorának csökkenéséhez vezetett.

3.2.2.1. Adattisztítás és az AN1 csoport szűrése

A statisztikai elemzéseket megelőzően adattisztítással előkészítettük a mintát az elemzésekre, a kapott rezilienciára vonatkozó eredmények szisztematikus torzításának elkerülése érdekében. Ilyen torzító tényezőként találtuk meg az AN1 csoportot, a csoporttal végzett tisztítási folyamatot részletesen bemutatjuk, mivel a csoportra jellemző sajátosságok hozzásegítenek az AN kontinuum megértéséhez (ld.3.4.10. fejezet).

A kizárásokat követően a vizsgálatba megtartott 1.1 minta adatai 3.2. táblázatban láthatók.

3.3.2. Minta 1.1 adatai, az AN1 csoport kizárása után

3.2.táblázat, 1.1 minta, megtisztított adatokkal

| | | <i>Elemszám</i> | <i>Átlag</i> | <i>Szórás</i> | <i>Minimum</i> | <i>Maximum</i> |
|----------------|----|-----------------|--------------|---------------|----------------|----------------|
| Életkor | KO | 29 | 16.27 | 1.37 | 14.17 | 18.75 |
| | AN | 35 | 15.41 | 1.49 | 12.75 | 17.75 |
| BMI | KO | 28 | 20.66 | 2.63 | 14.10 | 26.48 |
| | AN | 34 | 15.13 | 1.82 | 11.84 | 19.15 |

Az életkorban szignifikáns különbség van a két csoport között $t(62)=2.379$ $p=.020$ $r=.289$, a kontroll személyek idősebbek, azonban mindkét csoport a kamasz korosztályba tartozik². A

¹ Cohen delta alapján szakmailag elhanyagolható a különbség.

² Cohen delta alapján szakmailag elhanyagolható a különbség.

BMI pontszámában szignifikáns különbséget találtunk a csoportok között, $t(60)=9.758$ $p<.001$ $r=.783$. Az anorexiás csoport a várakozásnak megfelelően lényegesen alacsonyabb BMI értéket ért el (3.8. ábra). A minta adatai a kiszűrés után 3.2. táblázatban olvasható.

3.3. FELHASZNÁLT MÉRÉSI ELJÁRÁSOK

A, NEO-PI-R (Neo Personality Inventory) személyiségkérdőív

A napjainkban legismertebb személyiség mérésére használt ötfaktorú kérdőívet Costa és McCrae publikálta elsőként (Costa és McCrae, 1988). Az általuk mért fő faktorok: Neuroticizmus, Extraverzió, Nyitottság, Barátságosság, Lelkiismeretesség, valamint azok alszállái. A Neo Personality Inventory skáláit egészséges, felnőtt személyek számára készítették. A teszt 240 tétele a személyiség öt fő faktorán belül, 30 mutatóval vizsgálja a személyiséget (Costa, McCrae, 1992). A kérdések ötfokú, Likert-típusú skálán válaszolhatók meg a „teljesen egyetért/egyáltalán nem ért egyet” végpontok között. Vizsgálatunkban a teszt alkotóival megegyezően érvénytelennek tekintettük azokat a teszteket, melyeknél 40 itemnél több hiányzott, illetve ahol egy faktoron belül 3 vagy annál több item hiányosan volt kitöltve. A NEO-PI-R tesztnek nincs olyan skálája, mely a teszt validitását vagy a torzítás mértékét mérné, hasonlóan más Big-Five tesztekhez. Mintánkon mért reliabilitás értékek a függelékben áttekinthető.

Neuroticizmust (N) a szerzők a teszt elsődlegesen meghatározó faktornak a Neuroticizmust tekintik, amely elárulja, az egyén milyen módon éli meg, dolgozza fel a pszichológiai distresszt. Magas N pontszámot erős pszichés érintettséget és zavarokat jelez, azonban a teszt nem alkalmas klinikai diagnózis felállítására. A magas N pontszám a környezeti ingerekre utal, mely a személyből negatív érzéseket (pl.: félelem, szomorúság, bűnösség) vált ki, több irracionális elképzelés és szegényesebbek megküzdési mechanizmus jellemzi őket és életükkel való elégedettség érzésük alacsony szintű. (Costa, McCrae, 1992).

Az *Extraverzió (E)* dimezió vonásai jelölik a szociabilitást, aktivitást és azt a tendenciát, hogy személy mennyire tudja átélni az örömet és a jókedvet. Az extravertált személyek általában tele vannak energiával és kezdeményezők, kedvelik az ingergazdag környezetet és az újdonságokat, optimisták és barátkozók. Ezen túl az Extraverzió dimeziója rámutat az emberi kapcsolatok létre vagy azok hiányára, illetve hogy kapcsolataiban a személy kényelmesen vagy kényelmetlen érzésekkel vesz részt. Az extraverzióval élő emberek nagyobb számú kapcsolatot tartanak fenn, és több időt töltenek más személyek társaságában, és gyakrabban válnak vezetővé a csoportban. Az introvertáltabb (befelé forduló)

személyek kapcsolatainak száma kevesebb, és az eltöltött idő mások társaságában is kevesebb, összességében függetlenebben és tartózkodóbbak extravertált társaiknál (Mirnics, 2006).

A Tapasztalatokra való nyitottság (O) a dimenzió a belső erők mutatója a tesztben. A magas pontszámú személyek “felfedezők”, fantáziadúsak, fogékonyak a művészetekre, és általában az újra, a nem konvencionális ötletekre. Gazdag és komplex érzelmi élet jellemzi őket és rugalmas viselkedés. Attitűdjeik inkább liberálisak, hajlanak az introspekcióna, szemben a dimenzió másik végén elhelyezkedő dogmatikus emberekkel. Az eredeti elgondolás szerint ez a jellemző megkülönbözteti a fantáziadús, kreatív személyeket a két lábbal a földön járó konvencionális emberektől, akik a nyilvánvaló, egyértelmű és egyszerű helyzeteket kedvelik (Mirnics, 2006).

Barátságosság (A) a teszt barátságosság dimenziója szintén az interperszonális viselkedésről ad információt, rámutat hányféle forrásból vesz mintát a személy a viselkedéséhez (pl. szülő, házastárs, vallási vezető, tanár, idealizált személy, kortársak, stb.). A magas értéket mutató személyek több forrásból is felhasználnak elemeket a normáik kialakításában és a kapcsolataik, viselkedésük szervezésében. Számukra a harmónia fontosabb, mint hogy saját véleményüket nyilvánítsák, ők együttműködők, együtt érzők és bíznak másokban, segítő szándékúak és bíznak másokban (Mirnics, 2006).

Lelkiismeretesség (C) jellemző méri, hogy a személy mennyire tud ellenállni az impulzusoknak és az őt érintő kísértéseknek. A lelkiismeretesség dimenziója a kitűzött célok számát és fontosságát mutatja meg a vizsgált személy életében. A skálán elért magas érték, olyan személyeket jelez, akik kevesebb célt állítanak fel és nagyobb önfegyelmet mutatnak, céltudatosak, erős akaratúak, megbízhatók és elszántak, de aggályoskodóak is lehetnek ennek elérésében. Az alacsonyabb értéket elérő személyek több célra összpontosítanak (focused) egyszerre, figyelmüket szándékosan megosztják a célok között (Mirnics, 2006). A lelkiismeretességet összhangban találták az iskolai és munkahelyi sikerességgel (Digman és Takemoto-Chock, 1981), valamint a terápia sikerességével (Miller, 1991). A kérdőív részletes leírása a 2.sz.mellékletben megtekinthető.

B, Pszichopatológiai tünetlista gyermekek és serdülők számára (SAFA)

A mérőeszközt Carlo Cianchetti, Giuseppina Sannio Fancello fejlesztette ki 2001-ben, 895 fős mintán. A pszichés problémákkal küzdő mintában 125 fő vett részt, akik korábban részletes pszichiátriai és pszichológiai kivizsgálásban részesültek. Minden skálát normál populáción

standardizáltak a szerzők. A magyar adaptációt Kő Natasa készítette el (2005). A mérőeszköz szűrő módszerként alkalmazható a 8-18 éves korosztály pszichés állapotának felmérésére, skálák szerinti eltérő korosztályos bontásban alakították ki a kérdéssorokat a szerzők. A mérőeszköz alkalmas a pszichés tünetek feltérképezésére, számszerűsítésére. A kapott eredmények az általános pszichopatológiai profil felállítását teszik lehetővé, a főbb tünetcsoportok önállóan is vizsgálhatók az alskálák eredményei alapján. A nyers pontokat T-értékre vetítve határozzuk meg, így az eredmények összehasonlítása lehetővé válik.

A depresszió skála tartalmaz néhány olyan kérdést is, mely a szimuláció mértékét tárja fel. A SAFA kidolgozásánál szerzők a DSM-IV klasszifikációs kritériumait követték, mely nem tér el jelentősen a BNO-10-től. A kérdéssorok tartalmaznak “kritikus tételeket”, melyek legmarkánsabban mutatják az eltérést az egészséges és patológiás fiatalok összehasonlításában (Kő, 2005).

A mérőeszköz több skálát foglal magába, melyek a következők: Szorongás (SAFA-Sz), Depresszió (SAFA-D), Kényszeres zavar (SAFA-K), Táplálkozási zavarok (SAFA-T), Szomatikus tünetek és Hipocondria (SAFA-SzH), Fóbiák (SAFA-F), melyek további alskálákat tartalmaznak, ezek közül a Depresszió, Szorongás, Táplálkozás skála kerül ismertetésre, melyeket vizsgálatunkban használtunk.

SAFA - Szorongás skála

A szorongás skálát olyan helyzetek leírása alkotja, melyekben a szorongás, mint tünet megtalálható. A skála további négy területet mér fel: az általános, szociális, szeparációs és iskolai szorongás alskálákkal. A szorongás skálát három életkori csoportban dolgozták ki a szerzők; 8-10 év, 11-13 év és 14-18 éveseknek, vizsgálatunkban az utóbbi kérdőívet használtuk.

- 1, Az *általános szorongás alskála* elsősorban a “feszültség, nyugtalanság” illetve a “szorongás és aggodalom a jövő miatt” helyzetekre kérdez rá.
- 2, A *szociális szorongás alskála* egyértelműen a szociális helyzeteket térképezi fel.
- 3, A szeparációs szorongás *alskála* az “elvesztéssel” kapcsolatos aggodalmat járja körül és az “elhagyatástól” való félelmet.
- 4, Az *iskolai szorongás alskála* a teljesítménnyel kapcsolatos iskolai helyzetekre kérdez rá.

SAFA - Depresszió skála

A depresszió szó igen széles jelentéssel bír, azonban a klinikai értelemben leginkább egy tünet együttes vagy egy jól körülírt pszichiátriai zavar meghatározására használjuk. A teszt készítésekor érvénybe lévő DSM-IV-ben, és az azóta érvényes DSM-V-ben, a depresszió a hangulati zavarok alapvető jellemzője. A SAFA Depressziót mérő alskálák homogén tünetlistából állnak.

Alskálái: a Szomorúság, Anhedónia, Inadekvátság érzés, Bűntudat, Reménytelenség, Irritabilitás, Biztonságérzet hiánya. A Depresszió skálát két korosztályra alakították ki; 8-10 és 11-18 év, mi az utóbbi kérdéssort használtuk a vizsgálatba.

Az alskála tartalmaz olyan tételket, mely a szociális megfelelési igényt méri, ez a szociális kívánatosság skála, mely a vizsgálat korosztályban 7 tételből áll és a teljes kérdéssor 56 itemet tartalmaz (Kő, 2005).

SAFA - Táplálkozás skála

A pszichés eredetű étkezési zavarokra vonatkozó skálákat speciálisan gyermek és serdülő korosztályra fejlesztették ki, melyek közül legelterjedtebb az EDI (Eating Disorder Inventory, Garner és mtsai, 1983), melyről a továbbiakban lesz szó részletesen. A SAFA Táplálkozás skálája az EDI-vel hasonló témákat vizsgál, azonban annak 1/3 item számát tartalmaz - 20 itemből áll - azonban a kevesebb tétel ellenére a megbízhatósága igen jó a kérdéssornak. A Táplálkozás skála is további alskálákat tartalmaz, ezek; az Anorexia, Bulimia, Sajáttest elfogadása, Felnőtté válástól való félelem, Perfekcionizmus és az Inadekvátság érzés (Kő, 2005).

C, Eating Disorder Inventory (továbbiakban EDI)

Az EDI-t Garner kutatócsoportja dolgozta ki (1983) az evészavaros tünetek felmérésére és a pszichopatológiai jellegzetességek értékelésére. A teszt kialakításának elméleti háttere multidimenzionális felfogáson alapul, a legjobban jellemző emocionális tényezők különböző aspektusait értékeli (Túry és mtsai, 1997). Az EDI magyar változatát Túry Ferenc és munkatársai validálták, mely részletesen "Az Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory) hazai adaptációja" című közleményben olvasható (Szenvedélybetegségek, 5:336-342, 1997). Az EDI többszörös választáson alapuló Likert-típusú skálát használó, önpontozó kérdőív, mely 64 tételből áll. Az evészavarokra jellemző kognitív és emocionális tényezők,

különböző aspektusait értékeli 8 skálában; 1, Karcsúság iránti késztetés, 2, Bulimia, 3, Testi elégedetlenség, 4, Elégtelenség érzés, 5, Perfekcionizmus, 6, Interperszonális bizalmatlanság, 7, Interoceptív tudatosság, 8, Félelem a felnőtté válástól. Az első három skála az evés és a test alakjára vonatkozó attitűdöket méri, a további öt faktor az AN-ban jellemző pszichopatológiai jellegzetességeket hordozó személyiségvonásokat értékeli (Túry és mtsai, 1997). Kitöltéskor a válaszadónak a Likert-skálán hat választási lehetősége van; a “mindig” “rendszerint”, “gyakran”, “néha” “ritkán” és “soha” válaszok közül. A “mindig” “rendszerint”, “gyakran” 3-2-1 pontot kap, a “néha” “ritkán” és “soha” pedig 0 pontot kap. A kóros ponthatárok magállapítása az első három, a speciálisan evészavarokra vonatkozó skálákban szükséges; a karcsúság iránti késztetésnél 14 pontot, a bulimiánál 12 pontot és a testi elégedetlenségénél 21 pontot (Túry és mtsai, 1997). A teszt három alsókálájában elért küszöbértéknél magasabb pontszám jelzi, hogy a vizsgált személynél fennáll a táplálkozás zavara.

D, Connor-Davidson Reziliencia Skála, (továbbiakban: CD-RISK)

A 10 tételes Reziliencia kérdőív (CD-RISK) a lelki ellenállóképesség mérésére kifejlesztett eszköz.

A nemzetközi szakirodalomban található a reziliencia mérésére kidolgozott kérdőívek (Ahern és mtsai., 2006, Windle és mtsai., 2011, in.: Járai és mtsai, 2015), melyek mellett Connor és Davidson 25 ítemes, a reziliencia mérésére alkalmas eszközt fejlesztette ki két lépésben (Connor, Davidson, 2003). A kutatásban a szerzők először 25 íteemből álló eszközt használtak (Connor-Davidson Reziliencia Skála, CD-RISK). A szerzők a következő öt tényezőt emelik, melyeket méri a CD-RISK teszt: a személyes kompetenciát, az affektus szabályozást, a változások elfogadását, a belső kontroll érzést és a spiritualitást. A CD-RISK kérdőívet a Kobasa-féle lelki edzettség skálával (PSS) és a Stressz sérülékenység Kérdőívvel (SVS) keresztvalidálták. Szignifikáns összefüggést találtak a szívósság magas értékeivel, az észlelt stresszel, valamint a sérülékenység alacsony fokával. Connor és Davidson (2003) mérési eredményei számos módszertani kérdést nyitva hagytak és további vizsgálatokat tettek indokolttá (Járai és mtsai, 2015).

Az ismételt vizsgálatnál 10 ítemes kérdéssorral dolgoztak a szerzők, mely stabil pszichometriai tulajdonságokkal rendelkezik (Campbell-Sills, Stein, 2007, in.: Járai és mtsai, 2015). Rámutatnak a szerzők, hogy a CD-RISK 10 ítemes változatán magas pontszámokat adó személyek képesek mérsékelni a gyermekkorban elszenvedett érzelmi elhanyagolás és a jelenlegi pszichiátriai tünetek közötti kapcsolatot (Campbell-Sills, Stein, 2007, in.: Járai és

mtsai, 2015). A spanyol mintán végzett CD-RISK 10 ítemes változatta végzett vizsgálat megerősítette, az angol 10 ítemes, egy dimenziós kérdéssor eredményeit. A rövidített változatot megbízható eszköznek találták mind a spanyol, mind az angol mintán a reziliencia mérésére (Cronbach-alfa: 0.85) (Notario-Pacheco et. al., 2011, in.: Járai és mtsai, 2015). A magyar szerzők célkitűzése a magyar népeésre CD-RISK validált magyar nyelvű verzió elkészítése volt, azonban a spanyol változat nem működött megfelelően a magyar mintán (Kiss és mtsai, 2015). A szerzők ekkor vissztértek a 25 ítemes a kérdőívnek eredeti angol nyelvű változatához, és másik 10 ítemet választottak ki. Így hozták létre a CD-RISK magyar verziótja. A teszt felépítése az eredeti változathoz hasonló, a vizsgálati személyek a 0 - “egyáltalán nem igaz” és a 4-“szinte mindig igaz” értékek között választhatnak. A rövidített kérdőívben így 40 pont lehet az elért maximális pontszám, a teszt Crombach-alfa értéke: 0.851 (Járai és mtsai, 2015). A szerzők megerősítették, hogy a 10 ítemes magyar CD-RISK változat megbízható pszichometriai tulajdonságokkal rendelkezik, magas szintű reliabilitással és validitással bír. Igazolták, hogy a kérdőív alkalmas a betegcsoport és az egészséges kontroll csoport elkülönítésére a reziliencia mentén, illetve a magasabb reziliencia értékek mind az önirányítottság, mind az együttműködés magasabb értékeivel járnak együtt (Járai és mtsai, 2015). A skála rövid és egyszerű eszköz a reziliencia mérésére.

E, Fallon-Rozin emberalakrajz-teszt

Az emberalakrajz-teszt Fallon és Rozin (1985) által kidolgozott teszt, melyben kilenc férfi és kilenc női fekete-fehér alak, eltérő tápláltsági állapotban látható. A vizsgálati személynek ezekből kell kiválasztania a saját testéhez, valamint a testideáljához leginkább hasonlóító figurát, balról jobbra haladva extrém soványtól az extrém kövérig (1–9), valamint azt az alakot, amely véleménye szerint a másik nem számára a legvonzóbb (Túry, Szabó, 2000). A tesztet hazánkban Szabó Pál használta elsőként, egyetemisták és felnőttek evészavar epidemiológiai felmérésében alkalmazta 1990-ben (Szabó, 1993). A Fallon–Rozin-teszt a soványság utáni vágyat méri, az izomzat növelése iránt törekvéseket nem lehet általa vizsgálni (Tiggemann, 2004).

F, Zuckerman-Kuhlman-Aluja Személyiség Kérdőív (ZKP-PQ; Aluja, Kuhlman és Zuckerman, 2010)

A Zuckerman-Kuhlman-Aluja Személyiség Kérdőív (ZKP-PQ, Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire; Aluja, Kuhlman és Zuckerman, 2010) 5 faktort, s ezeken belül 4-4 alskálát tartalmaz: a) Agresszió (fizikai agresszió, verbális agresszió, düh és ellenségesség); b) Aktivitás (kényszeres munkavégzés, általános aktivitás, pihenésnélkülség és munkaenergia); c) Extraverzió (pozitív érzelmek, szociális melegség, exhibicionizmus és szociabilitás); d) Neuroticizmus (szorongás, depresszió, dependencia és alacsony önbecsülés; és e) Szenzoros élménykeresés (izgalom és élménykeresés, újdonságkeresés, gátlástalanság és unalomra való hajlam). Az egyes alskálák 10-10 tételből állnak, és 4-fokú skálán mérnek. A 200 ítemes mérőeszköz közel fele fordított tétel (Surányi, 2012). A magyar adaptációt Surányi Zsuzsanna végezte (2012).

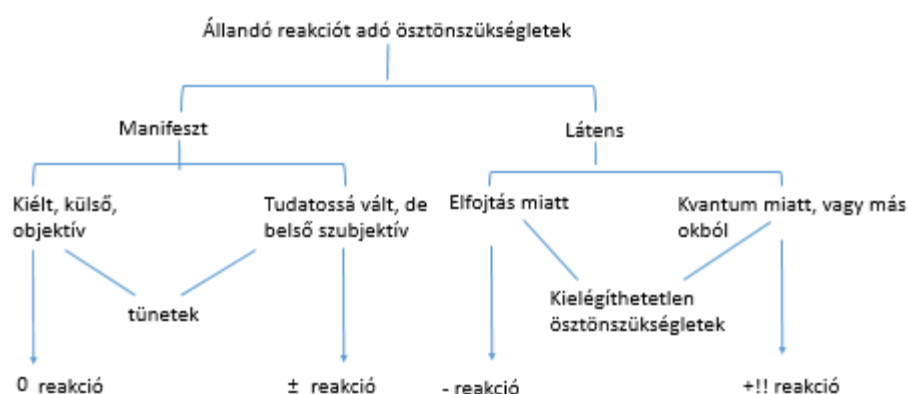
G, Szondi-teszt

A Szondi teszt személyiségre vonatkozó következtetései a 10 profil kiértékelése alapján vonható le. A mennyiségi számításokkal a faktoriális irányfeszültségi (IFH) foka megadható, ami alatt értjük az egyes ösztöntényezők megosztott és kiürült reakcióinak összegét. A megosztott reakciók a belső, szubjektív tüneteket, a nullás reakciók a nyílt, objektív szimptomákat jelzik (Szondi kézirat, 1942). Az IFH= összes 0/összes+/- reakcióval. Az IFH < 1= lefékezett, gátolt, kényszeres tendenciákat jelez. Az IFH=1-3, többnyire nem feltűnő, de lehet lelkiileg beteg személy értéke. IFH=5-10, izgatott, fékezetlen, ingerlékeny, agitált viselkedést jelez. A százalékban számolt tüneti reakció (Sy%) értéke adja meg, a tünetképzés mértékét, kiszámítása: $Sy\% = \frac{\text{tüneti reakciók}}{\text{összes reakcióval}} \times 100$, melynek normál övezete: 20-30%.

A telített reakciók alatt a 3 vagy annál több választást értjük, adott faktoron, jelölése (! !! !!!). A telített reakció azt az állapotot jelöli, amikor adott szükséglet telítődik, de adott pillanatban még nem tud kiürülni.

A szél-közép módszer szerint a széli (S, C-vektor) vektorok tartalmazzák az ön-és fajfenntartás szükségletét, melyek az örömszerző (+h,+s,+d, +m) és humán tendenciák (-h, -s, -d, -m) ellentétéből keletkeznek (Szondi, 1942). A közép a cenzúra rendszer reprezentálja Szondi elmélete szerint.

3.1.ábra, a faktor reakciók jelentése Szondi alapján (Szondi kézirat, 1942)



A Szexuál-index mennyiségileg és százalékosan fejezi ki a szexuális azonosulás milyenségét. A nőies hangolást mollnak (50% alatt), míg a férfias, dúrnak nevezte (50% felett) (Szondi, 2002). A Szociál-index mennyiségileg és százalékosan fejezi ki a viselkedés viszonyulását. Minél nagyobb a szociálisan pozitív válaszreakciók aránya, annál valószínűbb hogy a személy szociál pozitívan viselkedik. 40% alatt már az antiszocialitás is felmerülhet, és a neurotikus személyek 60% felett adnak szociál pozitív válaszreakciókat, ami a megfelelésből adódó szorongással is együtt jár.

3.3.1. Statisztikai eljárások rövid bemutatása

Főkomponens elemzés alkalmas arra, hogy egy kérdőív itemei között megkeressen olyan csoportokat, ahol az egy csoportba tartozó itemek egymással erős kapcsolatban vannak, míg különböző csoportba tartozó itemek nem, vagy gyengén korrelálnak egymással. Ezeknek az item-csoportoknak megfeleltet egy-egy dimenziót, így találtuk meg például az EDI Én-re vonatkozó itemein belül az Én ürességével kapcsolatos „üres és ismeretlen-én” dimenziót és a kapcsolódásra vonatkozó „kapcsolódási képesség” dimenziót.

Regresszió számítás egy kiemelt úgynevezett kimeneti változó kapcsolatát vizsgálja több prediktor változóval. Eredményéből megtudhatjuk, hogy a prediktorok segítségével milyen százalékkal lehet magyarázni a kimeneti változó változatosságát, melyik prediktor magyaráz nagyobb mértékben és melyik kevésbé. Illetve ezeknek a prediktoroknak mennyire független egymástól a hatása. Így kapjuk meg például, hogy egészséges serdülők esetén a rezilienciára a depresszió és szorongás hat, a táplálkozás azonban nem.

A Mediáló elemzés egyfajta regressziós módszer. A mediáló elemzésekből azt tudhatjuk meg, hogy egy prediktor kimeneti változóra tett hatása közvetlen-e, vagy egy mediáló változón keresztül érvényesíti hatását. Így kaptuk meg például az inadekvátság rezilienciára tett negatív hatása úgy valósul meg, hogy az inadekvátság interoceptív tudatosság hiányával jár, ami alacsony rezilienciához vezet.

A Moderáló elemzés azt vizsgálja, hogy két változó kapcsolatát befolyásolja-e egy harmadik moderáló tényező? Így találtuk meg, hogy a szomorúság csak akkor vezet reménytelenséghez,

ha a biztonságérzet alacsony, míg megfelelő biztonságérzet mellett a szomorúságból nem lesz reménytelenség.

A Több szempontos ANOVA segítségével, több szempont szerint kereshetünk különbségeket a mintában és a szempontok egymással való interakcióját is vizsgálhatjuk. Így kaptuk meg, hogy a ZKA-PQ kérdőívben a KO és AN csoport egy dimenzióban, az agresszió mértékében különbözik egymástól.

A következő 3.4. Eredmények fejezetben az alfejezetek elején röviden összefoglalásra kerülnek az adott fejezetben alkalmazott statisztikai eljárások és a fejezet lezárása képpen a fontosabb eredmények.

3.4. EREDMÉNYEK

3.4.1. Reziliencia csoportos összehasonlítása

Hipotézis 1: Az AN csoport Rezilienciája szignifikánsan eltér a KO csoport Rezilienciájától.

Számos kutatás bizonyította különböző betegcsoportok vizsgálatával a *Reziliencia* és a betegség állapotának kapcsolatát, ahol a kutatók jellemzően krónikus betegcsoportokat vizsgáltak a *Reziliencia* összefüggésében (Rutter, 1985, Haase, 2004, Hauser, 2006, Kiss és mtsai, 2015, Yi-Frazier és mtsai, 2015). Feltételezzük, hogy a pszichoszomatikus megbetegedés, a krónikus betegségekhez hasonlóan, negatív összefüggést mutat a *Rezilienciával*.

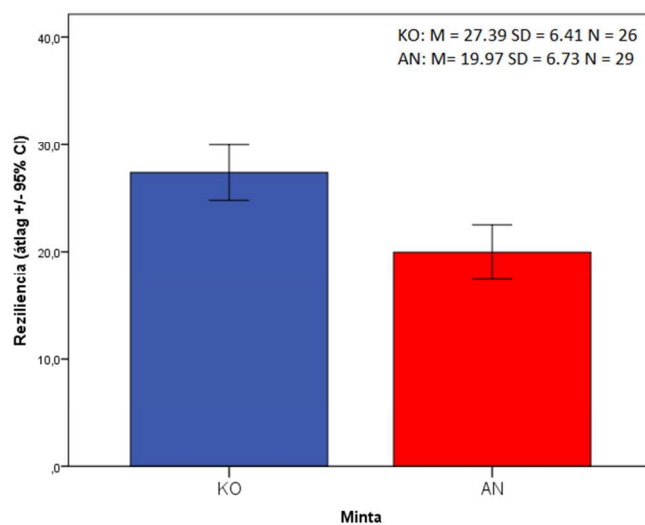
A két csoport összehasonlításban a *Reziliencia* szignifikáns különbséget mutat $t(53)=4.174$ $p<.001$ $r=.497$ (3.2. ábra).

3.3. táblázat, Reziliencia adatai

| | | <i>Elemszám</i> | <i>Átlag</i> | <i>Szórás</i> | <i>Minimum</i> | <i>Maximum</i> |
|--------------------|----|-----------------|--------------|---------------|----------------|----------------|
| Reziliencia | KO | 26 | 27.39 | 6.41 | 11 | 38 |
| | AN | 29 | 19.97 | 6.73 | 7 | 32 |

Az AN csoport *Reziliencia* értéke alacsonyabb a KO csoport *Reziliencia* értékéhez képest (3.3.táblázat).

3.2. ábra, Reziliencia csoportok közötti összehasonlítása



3.4.2. Reziliencia és SAFA Depresszió, Szorongás és Táplálkozás összefüggései

Hipotézis 2: A SAFA Szorongás, Depresszió, Táplálkozás skálákon magasabb pontszámot elérő személyek alacsonyabb Reziliencia értéket mutatnak.

Hipotézis 2/a: A SAFA Depresszió skála negatív hatása dominánsan érvényesül a Rezilienciával összefüggésben.

A második hipotézis statisztikai elemzéséhez korreláció számítást végeztünk, majd az eredmények mélyebb összefüggéseinek megértését a regresszió számítás biztosítja (ld.3.sz.melléklet).

A Depresszió és Szorongás skálák közötti erős átfedés problémájának kezelésére főkomponens elemzést végeztünk, majd a kapott új komponensekkel ismét regresszió számítás végeztünk.

A teljes mintán (továbbiakban: TM) negatív összefüggést találtunk a SAFA mindhárom alszkálája és a *Reziliencia* között. A SAFA alszkálái pozitív közepes illetve erős kapcsolatot mutatnak egymással.

3.4. táblázat, AN és KO összehasonlítása a SAFA D/SZ/T alszkálák mentén

| | | Elemszám | Átlag | Szórás | Minimum | Maximum |
|--------------------|----|----------|-------|--------|---------|---------|
| Depresszió | KO | 29 | 34.86 | 17.45 | 3 | 65 |
| | AN | 34 | 50.65 | 21.47 | 14 | 89 |
| | TM | 63 | 43.38 | 21.26 | 3 | 89 |
| Szorongás | KO | 29 | 29.03 | 15.73 | 2 | 58 |
| | AN | 33 | 42.42 | 19.50 | 8 | 79 |
| | TM | 62 | 36.16 | 18.93 | 2 | 79 |
| Táplálkozás | KO | 27 | 18.70 | 8.86 | 2 | 33 |
| | AN | 34 | 26.32 | 10.44 | 4 | 46 |
| | TM | 61 | 22.95 | 10.42 | 2 | 46 |

A *Depresszió, Szorongás és Táplálkozás* alskálán szignifikáns különbség van a két csoport között, rendre: $t(61)=-3.140$ $p=.003$ $r=.373$, $t(60)=-2.49$ $p=.005$ $r=.356$, $t(59)=-3.024$ $p=.004$ $r=.366$.

Pearson korrelációval vizsgáltuk a Reziliencia és a SAFA (D, SZ, T) alskálait a TM, KO, és AN csoportban.

3.5. táblázat, Reziliencia és SAFA alskálák (D, SZ, T), korrelációs táblázat

| | TM | KO | AN |
|--------|--------------------|--------------------|--------------------|
| R - D | $r=-.639$ $p<.001$ | $r=-.455$ $p=.019$ | $r=-.645$ $p<.001$ |
| R - SZ | $r=-.558$ $p<.001$ | $r=-.297$ $p=.140$ | $r=-.616$ $p<.001$ |
| R - T | $r=-.510$ $p<.001$ | $r=-.236$ $p=.267$ | $r=-.561$ $p=.002$ |

A táblázat (3.5.táblázat) adatainak értelmében az AN csoportban mindhárom vizsgált alskálával szignifikáns negatív összefüggést mutat a *Reziliencia*, míg a KO csoportban a *Depresszió* alskálával mutat negatív összefüggést. A KO csoportban talált kapcsolat az egészséges kamaszkorosztályban jellemző pszichodinamikai működés magyarázza. A TM-ban látható negatív összefüggések a várakozásnak megfelelő eredmények, és magyarázhatók a KO és AN csoport közötti különbségekkel.

3.4.2.1. Regresszió számítás az AN csoportban

Míg a KO csoportban csak a depresszió mutat összefüggést a rezilienciával, addig az AN csoportban meg mindhárom (D/SZ/T) dimenzió, ezért a következő regresszió számítást csak az AN-s mintán végezzük el.

A többdimenziós outlierek szűrésére Mahalanobis és Cook távolságot számoltunk és az adatokat a következő kritériumszintek mellett ellenőriztük: Mahalanobis távolságot $p<.001$ mellett 18.47 (Barnett és Lewis, 1994), Cook távolság 1 (Cook és Weisberg, 1982). Az eredmények alapján az adatokban a mutatók alapján nincs többdimenziós outlier az adatbázisban.

Bár kollinearitásról nem beszélhetünk, de a SAFA/D és SAFA/SZ között nagyon erős pozitív korrelációt látunk ($r=.717$), a SAFA/T viszont mindkét előző alskálával csak közepes erősségű összefüggésben van ($r=.441$, $r=.322$) ebben a sorrendben. Ez a probléma a három prediktor változó tolerancia értékeiben is látható SAFA/D-nál 43.6%, SAFA/SZ-nál 48.6%, SAFA/T-nál 80.5%. Ennek megfelelően a SAFA/D és SAFA/SZ egyéni hatása nehezen lesz értelmezhető a regresszió számításban.

A standardizált predikált értékeket és standardizált reziduális hibákat megjelenítő pontdiagramok alapján megállapítható, hogy a mintán teljesül a szóráshomogenitás és linearitás feltétele. Az adatokon teljesül a reziduális hibák függetlenségének feltétele, a Durbin- Watson érték = 1.758 (Durbin és Watson Durbin, 1951). A standardizált reziduális hibák normál eloszlást mutatnak a próba feltételei teljesülnek, ellenőrzésük a függelékben olvasható (ld.4.sz. melléklet)

3.6. táblázat, Regresszió számítás a SAFA D/SZ/T alszállakon

| | B | SE B | β | t |
|-----------------|----------|-------------|----------|-------------------------|
| Konstans | 36.873 | 2.139 | | $t(48)=17.235$ $p<.001$ |
| SAFA/D | -.137 | .056 | -.376 | $t(48)=-.2448$ $p=.018$ |
| SAFA/SZ | -.087 | .059 | -.214 | $t(48)=-.1474$ $p=.147$ |
| SAFA/T | -.212 | .087 | -.274 | $t(48)=-2.423$ $p=.019$ |

$$R^2 = 50.6\% \quad F(3,48)=16.416 \quad p<.001$$

A regresszió eredmény alapján látjuk (3.6. táblázat), hogy az AN csoportban a *Depresszió* és a *Táplálkozás* negatív szignifikáns hatása van a *Rezilienciára*. A béta értékekből látszik, hogy a *Depresszió* van a legnagyobb hatása, azt követi a *Táplálkozás* és után következik a *Szorongás*. Azonban az eredmények alaposabb elemzése problémát jelent, mivel a *Depresszió* és a *Szorongás* között túl erős az összefüggés, és ezért a tolerancia értékeik nagyon alacsonyak.

Amíg a KO csoportban csak a *Depresszió* van összefüggésben a *Rezilienciával*. Továbbá az AN csoportban a *Depresszió* erős összefüggésben van a *Szorongással*, a *Depresszió* és *Szorongás* mellett a *Táplálkozás* is összefüggést mutat a *Rezilienciával*. Az adataink szerint, a *Táplálkozás* dimenziója viszonylag független a *Depresszió* és a *Szorongás Rezilienciára* gyakorolt hatásától.

Összességében a regresszió számítás eredményei az AN csoportban rámutatnak arra, hogy a vizsgált csoportban a *Depresszió* és a *Szorongás* hatásának szétválasztása egyelőre nem szerencsés, azonban a *Táplálkozás* elkülöníthető. A vizsgált minta betegségét figyelembe véve feltételezzük, hogy a *Táplálkozás* dimenzió, a negatív érzelmi tartalmak, belső feszültségek levezetésének csatornája a pszichoszomatikus tünetképzésen keresztül, mely dinamikát egy későbbi fejezetben elemezzük.

A *Depresszió* és *Szorongás* skála erős átfedése miatt főkomponens elemzést alkalmazva a következő részben jól elkülöníthető, és az elemzésbe megbízhatóan bevonható dimenziókat keresünk.

3.4.4.2. Főkomponens elemzés a SAFA/Depresszió, Szorongás, Táplálkozás alskálái között a TM mintán

Az AN csoportban főkomponens elemzést végeztünk, annak megállapítására, hogy a SAFA skálái tényleg a három, előre meghatározott fő dimenzió mentén csoportosulnak-e. Majd ugyanezt ellenőriztük a KO csoportban is és jelentős eltérést nem találtunk, így a TM adatait közöljük 3.7. táblázatban.

Főkomponens elemzéssel vizsgáltuk a SAFA/ *Depresszió* (továbbiakban: D), *Szorongás* (továbbiakban: SZ), *Táplálkozás* (továbbiakban: T) alskálait. Elemzésünk célja a kérdőív struktúrájának feltárása, és a SAFA eredeti (D,SZ,T) egymással túlzottan korreláló alskálái helyett, a főkomponens elemzéssel létrejövő dimenziók regresszióba való beemelése. A SAFA említett három skálája 17 alskálát tartalmaz, melyek közül mindegyik megfelel a főkomponens elemzés³ feltételeinek. Az elemzés során varimax (merőlegesség) forgatást és ennek megfelelő Anderson-Rubin típusú mentést használunk. Annak ellenére, hogy az elemszám viszonylag alacsony, a Kaiser-Mayer Olkin érték alapján a főkomponens elemzés eredményei értelmezhetőek (KMO=.828). A létrejövő főkomponensek közül a Kaiser-kritérium alapján azokat tartottuk meg, melyeknek sajátértéke 1 fölött van. Az így kapott négy komponens az itemek teljes varianciájának 72.124%-át magyarázza. A komponensek forgatás előtti és azt követő sajátértékeit valamint az általuk megmagyarázott varianciát⁴ az alábbi 3.7. táblázat tartalmazza.

3.7. táblázat, Főkomponens elemzés a SAFA D/SZ/T skálákkal

| Komponensek | Forgatás előtt | | Forgatás után | |
|-------------|----------------|---------------------------|---------------|---------------------------|
| | Saját érték | Magyarázott variancia (%) | Saját érték | Magyarázott variancia (%) |
| 1 | 7.394 | 43.50 | 4.556 | 26.80 |
| 2 | 1.995 | 11.73 | 3.278 | 19.29 |
| 3 | 1.648 | 9.70 | 2.964 | 17.44 |
| 4 | 1.224 | 7.19 | 1.463 | 8.61 |

³ varimax rotációval.

⁴ kommunalitás nagyobb mint 0.25.

Az ortogonális forgatást követő komponens-struktúrát a következő 3.8. táblázatban mutatjuk be. Stevens ajánlása alapján csak azokat az itemeket értelmezzük, melyek az adott tengelyre $bs = .500$ -es érték fölött töltenek (Stevens, 2002).

Az első tengelyt “*Belső diszkomfort érzés*”-nek neveztük el, mert olyan tételeket tartalmaz, melyek egyértelműen kifejezik a lehangoltságot, a negatív szabályozatlan érzelmeket, melyek eredményeként a diszkomfort érzést élünk át (továbbiakban: *DISZK.*).

A második tengely a “*Támasznélküliség érzés*” lett, mert a félelemteli helyzetben átélt szorongás egyszerre jelenik meg a tengelyen a Biztonságérzet hiányával, ami a támasz nélküli állapotot implikálja (továbbiakban: *TÁMN.*). A Biztonság érzet hiánya az eredeti *Depresszió* alskálából került a 2. tengelyre, és így a két skála erős átfedése megszűnt.

A harmadik tengelyt a “*Saját test és növekedés elutasítása*”-nak neveztük el, ezen a tengelyen csoportosulnak a test és az étel elutasítását mérő itemek (továbbiakban: *TELUT.*).

A negyedik tengelyt az alacsony item szám miatt nem értelmezzük. Az “*elfogadás hiánya*” nevet kapná, ha megtartottuk volna.

A megtartott három tengely reliabilitása megfelelő, (*DISZK.*) tengely Cronbach alfa =.879, a (*TÁMN.*) tengely Cronbach alfa=.911, és a (*TELUT.*) tengely Cronbach alfa=.782.

3.8. táblázat, Orthogonális forgatást követő komponens struktúrák

| | 1 tengely | 2 tengely | 3 tengely | 4 tengely |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| SAFA/D Reménytelenség | .855 | | | |
| SAFA/D Szomorúság | .779 | | | |
| SAFA/D Anhedónia | .774 | | | |
| SAFA/D Inadekvátság é. | .774 | | | |
| SAFA/D Büntudat | .741 | | | |
| SAFA/D Irritabilitás | .662 | | | .512 |
| SAFA/D Biztonságé. hiánya | | .720 | | |
| SAFA/SZ Szociális | .667 | | | |
| SAFA/SZ Iskolai | | .826 | | |
| SAFA/SZ Általános | | .803 | | |
| SAFA/SZ Szeparációs | | .724 | | |
| SAFA/T Inadekvátság | | | .868 | |

| | 1 tengely | 2 tengely | 3 tengely | 4 tengely |
|---------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| SAFA/T Sajáttest elfogadása | | | .836 | |
| SAFA/T Anorexia | | | .664 | |
| SAFA/T Felnőtté válástól való félelem | | | .649 | |
| SAFA/T Perfekcionizmus | | | | .746 |
| SAFA/T Bulimia | | | | .746 |

3.4.4.3 Regresszió elemzés a SAFA főkomponens elemzés tengelyei és a Reziliencia között AN mintán

A regresszió számítást megelőző adattisztítás során a Cook távolság alapján találtunk egy több dimenziós outlier értéket, mely a magas *“Belső diszkomfort érzés”* (DISZK.) mellett is magas Rezilienciát mutatott. Ennek a személynek az AN1 csoportba kerülésén már a vizsgálat elején is gondolkodtunk (lsd. fent), azonban, mindenhol határértéket ért el, így őt akkor bent tartottuk a vizsgálati mintában, azonban ezen a ponton egyértelműen különvált az AN csoporttól.

A regresszióban résztvevő változók összefüggésrendszerét a regresszió előtt Pearson korrelációval vizsgálatuk, a létrejött három SAFA dimenzió (*Belső diszkomfort érzés*”, *“Támasznélküliség érzés”*, *“Saját test és növekedés elutasítása”*) és a Reziliencia között. Mindhárom dimenzióval negatív szignifikáns kapcsolatot találtunk $r=-.707$ $p <.001$; $r=-.363$ $p=.031$; $r=-.406$ $p=.018$. A prediktor változók közötti összefüggésből a DISZK. és TELUT. közötti kapcsolat pozitív szignifikáns, $r=.504$ $p=.002$, a prediktor változók közötti további kapcsolatok nem szignifikánsak. A regresszió értelmezhető, a prediktorok közötti korreláció a tolerancia értékeket nem csökkenti jelentős mértékben. DISZK. toleranciája 80.6%, TELUT. toleranciája 80.6% és a TÁMN. 100%.

A standardizált predikált értékeket és standardizált reziduális hibákat megjelenítő pontdiagramok alapján megállapítható, hogy a mintán teljesül a szóráshomogenitás és linearitás feltétele. Az adatokon teljesül a reziduális hibák függetlenségének feltétele, a Durbin- Watson érték = 1.488 (Durbin és Watson Durbin, 1951). A standardizált reziduális hibák normál eloszlást mutatnak (ld.4.sz. melléklet).

3.9. táblázat, regresszió számítás a SAFA új komponensei és a Reziliencia összefüggése

| | B | SE B | β | t |
|--------------------|--------|-------|---------|-------------------------------|
| Konstans | 20.790 | 0.918 | | t(23)=22.638 p<.001 |
| SAFA/DISZK. | -4.444 | 0.964 | -.649 | t(23)=-4.612 p<.001 |
| SAFA/TÁMN. | -2.423 | 0.872 | -.351 | t(23)=-2.778 p=.011 |
| SAFA/TELUT. | -0.909 | 1.084 | -.118 | t(23)=-0.839 p=.410 |

$$R^2 = 63.4\% F(3,23)=13.255 \mathbf{p<.001}$$

Az eredmények alapján látható (3.9. táblázat), hogy a *DISZK.* és a *TÁMN.* negatív szignifikáns hatással van a *Rezilienciára*. A *TELUT.* tengelynek, bár a korreláció alapján szignifikáns kapcsolatba van a *Rezilienciával*, az előző két változó mellett a regressziós modellben elveszti szignifikáns hatását. A béta értékek alapján várható, hogy a „*Belső diszkomfort érzésnek*” (*DISZK.*) van a legerősebb hatása a *Rezilienciára*, ám a hatás nagyságokat Bootstrappinggel vizsgálva *DISZK.* és a *TÁMN.* hatása között nincs szignifikáns különbség (Cumming és Finch, 2005). Ez azt jelenti, hogy mind a *DISZK.*, mind a *TÁMN.*, negatívan és közel azonos mértékben befolyásolja a *Rezilienciát*.

Míg a korábbi elemzéseink szerint a *Depresszió* és *Szorongás* alszálkálják egymással átfedő módon hatottak a *Rezilienciára*, addig a *DISZK.* és a *TÁMN.* dimenziói egymástól jól elkülönülnek és a *Reziliencia* eltérő részét magyarázzák. A fent leírtak alapján az új csoportosítással, vált lehetővé az alszálkálják hatásának differenciálása, amiben a *Biztonságérzet hiányának* meghatározó szerepe látható (ld.3.9. táblázat).

A fejezetben a *Reziliencia Szorongás, Depresszió, Táplálkozás* összefüggéseit vizsgáltuk. Mindhárom tényezőnek negatív összefüggését találtuk, azonban a *Depresszió* és a *Szorongás Rezilienciára* tett hatása nem elkülöníthető, míg a *Táplálkozás* hatása a *Rezilienciára* egyértelműen elkülönül a másik két tényezőtől. A *Táplálkozás* elkülönülésének magyarázatát később külön vizsgáljuk a testképpel összefüggésben (ld.3.4.8. fejezet).

A *Depresszió* és *Szorongás Rezilienciára* tett hatásainak elkülönítésére főkomponens elemzést végeztünk és egymástól jól elkülöníthető dimenziókat kaptunk; a „*Belső diszkomfort érzést*” (*DISZK.*) és a „*Támasz nélküliséget*” (*TÁMN.*). A főkomponens elemzés új tengelyeinek meghatározásában a *Depresszió* skála, *Biztonságérzet hiánya* alszálkáljának meghatározó szerepét találtuk. Eltér a többi alszálkálától, mivel kevésbé a személy hangulati

elemeit, érzelmi komponenseit méri, mindinkább az Én biztonságérzetére kérdez rá, mind a kapcsolatai biztonságérzés, mind a személy önmagában érzett biztonságra vonatkozóan. Megbízhatónak találtuk a SAFA alskálákat azzal a különbséggel, hogy a *Biztonságérzet hiánya* eltérő tartalmat mér a skála többi alskálájához képest.

A főkomponens elemzés eredményei alapján a *Biztonságérzet hiányának* részletes elemzése, a Moderáló hatások című fejezetben olvasható részletesen (3.4.3.2.1. fejezet) később. Azonban előtte, mivel a SAFA *Depresszió* alskálák összefüggéseit tekintjük át a következő fejezetben, tekintettel a *Biztonságérzet hiányának* hatására az alskálák között, mivel a *Depresszió* bír a legnagyobb magyarázó erővel a TM-ban a *Reziliencia* szempontjából.

AN-ban SAFA mindhárom alskálája korrelál a Rezilienciával, de regresszióban csak **a SAFA Depresszió és Táplálkozás skálák magyarázzák a negatív szignifikáns összefüggést a Rezilienciával.** A KO csoportban a Depresszió skála mutat negatív összefüggést a Rezilienciával.

A főkomponens elemzéssel kialakított három új komponens közül kettő - DISZK és TÁMN. - magyarázza legerősebben a negatív összefüggést a Rezilienciával. A Depresszió és Szorongás közötti erős átfedés szétválasztása és az új komponensek kialakulása a “Biztonságérzet hiánya” alskála elmozdulásával jött létre.

3.4.3. A Reziliencia és a Depresszió alskáláinak vizsgálata a teljes mintán (TM)

Hipotézis 3: A SAFA Depresszió skála Szomorúság alskálája összefüggést mutat a Reménytelenség alskálával

Hipotézis 3/a: A Biztonságérzet hiánya befolyásolja a Szomorúságot és a Reménytelenséget.

Hipotézis 3/b: A Bűntudat alskála összefüggésben van a Biztonságérzet hiányával és negatívan hatnak a Rezilienciára.

Fenti eredmények szerint a *Depresszió* skála hatása érvényesül dominánsan a TM-n a *Rezilienciára*, ezért a *Depresszió* alskáláit vizsgáljuk részletesen a *Reziliencia* összefüggésében, majd. Az előző 3.4.2 fejezetben leírt főkomponens elemzés alapján a „*Biztonság érzet hiánya*” alskála meghatározó szerepe igazolódott, így ennek hatását tovább elemezzük; a *Szomorúság Reménytelenség* és *Bűntudat* alskálák összefüggésében.

3.4.3.1. Korreláció számítás a TM mintán Depresszió alskálák és Reziliencia összefüggésében

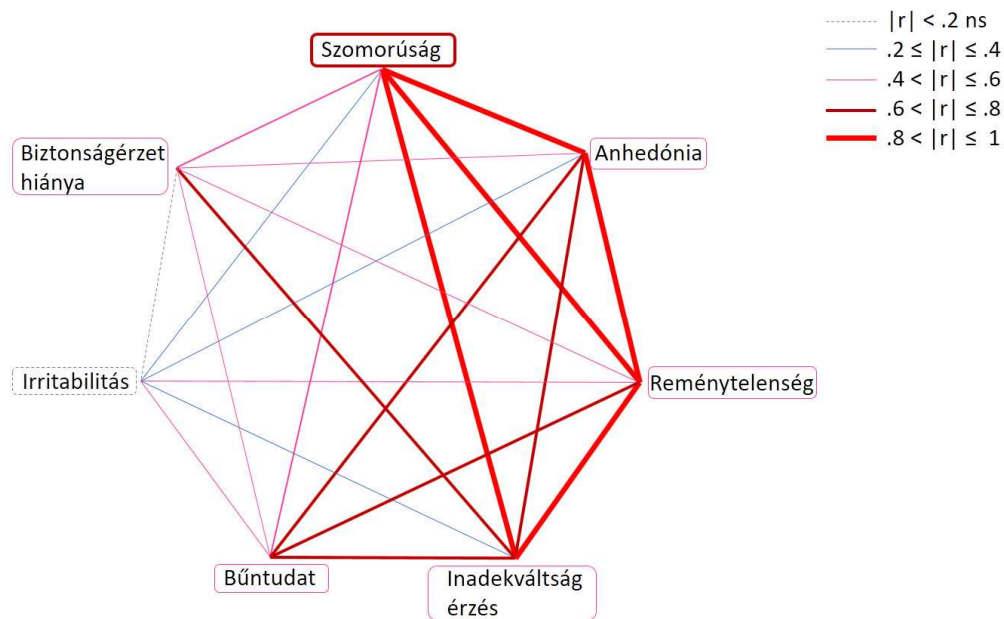
A *Depresszió* alskálákat a *Rezilienciával* negatív szignifikáns összefüggésben találtuk, az *Irritabilitás* kivételével ($p < .001$). A *Rezilienciával* legerősebb negatív összefüggése a *Szomorúságnak* van ($r = -.610$), a *Reménytelenség*, *Anhedónia*, *Inadekvátság*, *Biztonságérzet hiánya* közel azonos ($r = -.5$ és $-.6$ közötti) korrelációt mutat, míg a *Bűntudat* és *Reziliencia* korrelációja ($r = -.414$), és az *Irritabilitás* és *Reziliencia* kapcsolata nem szignifikáns.

A *Depresszió* alskálái között szignifikáns közepesen erős, erős pozitív kapcsolatot látunk, legerősebb összefüggés sorrendben a *Szomorúság*, *Reménytelenség*, *Anhedónia*, *Inadekvátság* érzés között van, melyek az *Anhedónia* és *Inadekvátság* kivételével $r = .8$ -nál erősebb korrelációt mutatnak. Ezekhez az alskálákhoz közepesen erős, erős kapcsolatot mutat a *Biztonságérzet hiánya* és a *Bűntudat*, végül a többi alskáláktól függetlenül az *Irritabilitás* jelenik meg, mely csak gyenge, illetve közepes kapcsolatot mutat a többi dimenzióval.

A *Depresszió* alskálák, *Rezilienciával* való kapcsolatát az 3.3. ábrán a megnevezés körüli keretezés és színezés mutatja. A *Depresszió* alskálák közötti összefüggést az összekötő vonalak színe és erőssége jelöli. A kapcsolat irányát az ábrán nem jelöltük, evidens módon a *Rezilienciával* a *Depresszió* alskálák negatív összefüggésben vannak, míg egymás között

pozitív korrelációkat látunk. A *Biztonságérzet hiánya*, *Bűntudat* és *Irritabilitás* érzése viszonylag független a többi változótól, míg a *Szomorúság*, *Reménytelenség*, *Anhedónia*, *Inadekváltság* között szoros összefüggés van modellünkben, ezért a kollinearitás problémáját elkerülendő a *Rezilienciát* magyarázó regressziós modellbe majd nem kerülhetnek be együtt. A következő lépésben regresszió számítást végeztünk, hogy a *Rezilienciát* magyarázzuk a *Depresszió* alskáláival.

3.3. ábra, *Depresszió* alskálák és a *Reziliencia* összefüggése



forrás: Kövesdi, Soltész-Várhelyi

3.4.3.2. SAFA *Depresszió* alskálák és *Reziliencia* összefüggését vizsgáló regresszió számítás

A SAFA *Depresszió* alskálák közül a változók közötti összefüggést is figyelembe véve, végül négy dimenziót választottunk ki melyek; a *Biztonságérzet hiánya*, *Reménytelenség*, ***Bűntudat***, és *Irritabilitás*. Az elemzés során többdimenziós outliereket nem találtunk, a Cook távolságok maximuma 0.46, a kiválogatott prediktorok közötti összefüggések megfelelőek, a prediktorok közötti korrelációk $r=.167$ és $r=.466$ között helyezkednek el, valamint a változók tolerancia értékei megfelelően magasak. Az összefüggések lineárisak és teljesül a szórás

homogenitás feltétele is. A hibák függetlenek egymástól, a Durbin-Watson érték 1.795, mely megfelelő, valamint a hibák a hisztogram alapján normál eloszlást mutatnak.

A lineáris regresszió alapján létrejött modell szignifikáns, $F(4, 50)=11.396$ $p<.001$, a *Reziliencia* változatosságát 47.7%-ban magyarázza ($adj.R^2=.435$).

A prediktor változók közül a *Rezilienciára* szignifikáns hatással a *Biztonságérzet hiánya* és a *Reménytelenség* van, mindkettő negatívan befolyásolja azt. A *Bűntudat* és az *Irritabilitás* hatása nem szignifikáns a *Rezilienciára*, e kettő közül az *Irritabilitás* tolerancia értéke rendkívül magas, tehát e változónak feltehetően valóban nincs szignifikáns hatása a *Rezilienciára*. A *Bűntudat* tolerancia értéke ugyan még az elfogadható tartományban van, de jelentősen csökkent, tehát az általa megmagyarázott variancia átfedésben van a fenti prediktor változókkal.

3.10. táblázat, Regresszió számítás a SAFA/D alsókálák és Reziliencia kapcsolatának vizsgálatára

| | B | SE B | β | t |
|------------------------|--------|-------|---------|-------------------------------|
| Konstans | 34.281 | 2.610 | | t(55)=13.133 p<.000 |
| Bizt.érz.hiánya | -.0809 | .234 | -.407 | t(55)=-3.461 p<.001 |
| Reménytelenség | -.919 | .317 | -.435 | t(55)=-2.900 p=.006 |
| Bűntudat | .030 | .273 | .016 | t(55)=-0.109 p=.914 |
| Irritabilitás | .150 | .254 | .067 | t(55)=.590 p=.558 |

$$R^2 = 47.7\% \quad F(4,50)=11.396 \quad p<.001$$

Miután a szignifikáns kapcsolatot találtuk a *Biztonságérzet hiánya*, *Reménytelenség*, és a *Reziliencia* összefüggésében, további összefüggést feltételezünk az alsókálák között, mivel a *Szomorúság* a *Reménytelenséghez* hasonlóan erős kapcsolatban van a *Rezilienciával*. A két dimenzió között erős átfedés van, azonban míg a *Szomorúság* egy alapérzelem, addig a *Reménytelenség* patológiás állapotokhoz közelít, minőségi különbség van változók között a depresszió állapotában. Keressük a *Biztonságérzet hiányának* moderáló hatását a *Szomorúság* és *Reménytelenség* között.

3.4.3.2.1. A *Biztonságérzet hiányának* moderáló hatása a *Szomorúság* és *Reménytelenség* összefüggésére

A szakirodalom a reménytelenség hangulatára gyakorolt hatását részletesen tárgyalja a trauma és veszteség összefüggéseiben (Fonagy, 2002, Pilling, 2003). A veszteséget követően a

szomorúság egy adekvát válaszreakció, mely optimális biztonságérzet mellett, a gondozó tükröző reakciója segítségével lehorgonyzásra kerül (Gergely, Watson, 1998), és reprezentálódik Szelfben. A biztonságérzet hiányában - a jelöletlen érzések és/vagy a nem megfelelő tükrözéssel - a szomorúság állapotát, a reménytelenség érzése váltja fel. A biztonságérzet hiánya alskála tartalmazza, mind önmaga, mind a környezet adta biztonságra vonatkozó állításokat (pl.: Sokat aggódom amiatt, hogy mások vajon mit gondolnak rólam (F), Nem félek attól, hogy hibázom, Elvesztem az önbizalmamat, ha többiek kritizálnak (F). A biztonságérzet hatását a két változóra moderáló regressziós elemzéssel ellenőriztük.

3.11.táblázat, Szomorúság és Reménytelenség összefüggése a Biztonságérzet hiányának moderáló hatása mellett

| | B | SE B | t |
|---|----------|-------------|-------------------------------|
| Konstans | 3.696 | 0.293 | t(63)=12.627 p<.001 |
| Szomorúság | 0.636 | 0.071 | t(63)=8.907 p<.001 |
| Bizt.érz.hiánya | 0.186 | 0.096 | t(63)=1.937 p=.058 |
| Szomorúság és Bizt.érz. hiányának interakciója | 0.051 | 0.018 | t(63)=-2.846 p=.006 |

$R^2 = .721$ $F(3, 59) = 50.795$ **p<.001** az interakció modellbe emelése 3.83%-ot növel a megmagyarázott variancián, mely növekedés szignifikáns $F(1, 59) = 8.099$ **p=.006**.

A *Szomorúság* önmagában szignifikáns magyarázó tényező a modellben. Az összefüggés pozitív, vagyis minél inkább megjelenik a *Szomorúság* érzése, annál inkább jelenik meg a *Reménytelenség* is. A *Biztonságérzet hiányának* önmagában nincs szignifikáns hatása a *Reménytelenségre*, azonban befolyásolja a *Szomorúság*, *Reménytelenségre* tett hatását (3.10. táblázat).

A könnyebb ábrázolhatóság érdekében, a bevett módszereknek megfelelően a *Biztonságérzet hiánya* alapján - mely egy folytonos moderáló változó - a mintát három egyenlő méretű csoportra osztottuk: akiknél a *Biztonságérzet hiánya* alacsony, közepes és magas.

Az interakciót az hozza létre, hogy azoknál a személyeknél, akiknél a *Biztonságérzet hiánya* alacsony (vagyis biztonságban érzik magukat), a *Szomorúság* növekedése kisebb mértékben vezet a *Reménytelenség* növekedéséhez. A közepes és magas *Biztonságérzet hiánnyal* rendelkező (bizonytalanok) személyek azonos módon, az előző csoporthoz mérten nagyobb mértékben válnak a *Szomorúság* növekedésével *Reménytelenné* is. Ebből arra következtetünk,

hogy a *Biztonságérzet hiánya* a sérülékenységet (vulnerabilitás) növeli a *Reménytelenség* szempontjából.

3.4.3.2.2. *Biztonságérzet hiánya moderáló hatása Bűntudatra és Reziliencia összefüggésére*

A *Biztonságérzet hiányának* hatását, modellünkben a másik, gyenge összefüggést mutató tényezőre, a *Bűntudatra* is megvizsgáltuk, feltételezve az előző gondolatmenet alapján annak moderáló hatását a *Reziliencia* összefüggésében.

A *Biztonságérzet hiányának* növekedésével, nő a *Bűntudat* a negatív hatása a *Rezilienciára*. Azoknál a személyeknél, akiknél a *Biztonságérzet hiánya* alacsony a *Bűntudat* növekedésével a *Reziliencia* nem csökken. Azoknál a személyeknél, akiknél magas a *Biztonságérzet hiánya*, a *Bűntudat* a legerősebb negatív hatása *Rezilienciára*. A közepes *Biztonságérzet hiányának* esetén már kimutatható a *Bűntudat* hatása a *Rezilienciára*.

3.12. táblázat, A Bűntudat és Reziliencia összefüggése a Biztonságérzet hiányának moderáló hatása mellett

| | B | SE B | t |
|--|----------|-------------|--------------------------------|
| Konstans | 24.480 | 0.868 | t(55)=28.198 p<.001 |
| Bűntudat | -0.173 | 0.238 | t(55)=-0.725 p=.472 |
| Biztérz. hiánya | -1348 | 268 | t(55)= -5.027 p<.001 |
| Bűntudat és Biztérz. hiányának interakciója | -0.161 | 0.0644 | t(55)=-2.504 p=.016 |

$R^2 = .675$ $F(3, 51)=14.227$ **p<.001** az interakció modellbe emelése 6.69%-ot növel a megmagyarázott variancián, mely növekedés szignifikáns $F(1, 51) = 6.269$ **p=.016**.

Megvizsgáltuk a *Depresszió* alszkáláinak összefüggését a *Rezilienciával*. A legerősebb negatív kapcsolatot a *Szomorúság* és *Reziliencia* között találtuk. A *Bűntudat* *Reziliencia* korrelációja közepes, az *Irritabilitással* nincs szignifikáns kapcsolata a *Rezilienciának*. Az alszkálák között erős pozitív kapcsolat van, a *Biztonságérzet hiányának* és a *Bűntudatnak* közepes erős a kapcsolata a többi alszkálával, és az *Irritabilitás* gyenge kapcsolatot mutat az alszkálákkal. A *Biztonságérzet hiánya*, *Reménytelenség* alszkálák magyarázzák leginkább a *Depresszió* skála *Reziliencia* összefüggését. Korábban a főkomponens elemzés alapján leírtuk a *Biztonságérzet hiányának* szerepét a *Reziliencia* összefüggésében, most a *Szomorúság-Reménytelenség* modellben moderáló tényezőként emeltük be a *Biztonságérzet hiányát*. Elemzésünk szerint a magas *Biztonságérzet hiányának* hatása a *Szomorúságra* növeli

a *Reménytelenséget*. A *Bűntudatra* is moderáló hatás fejt ki: míg a közepes és magas *Biztonságérzet hiánya*, csökkenti a *Rezilienciát*, addig alacsony *Biztonságérzet hiányában* a *Bűntudat* nem csökkenti a *Rezilienciát*.

A Depresszió alszállak negatív szignifikáns összefüggését találtuk a Rezilienciával, az Irritabilitás kivételével.

A modellben magyarázó erejét a Reménytelenségnek és a Biztonságérzet hiányának találtuk, melyek negatív hatást gyakorolnak a Rezilienciára.

A Biztonságérzet hiánya befolyásolja a Szomorúság, Reménytelenségre tett hatását.

Magas Biztonságérzet hiánya mediáló hatásával csökkenti a Rezilienciát.

Biztonságérzet hiánya moderáló hatására fejt ki a Bűntudatra, csökkentve a Rezilienciát.

3.4.4. A Reziliencia, Depresszió és az Interoceptív tudatosság összefüggései az érszabályozásban

Hipotézis 4: A SAFA Depresszióban magas pontszámot elérő személyek az Interoceptív tudatosságban is magas pontszámot érnek el, alacsony Reziliencia érték mellett.

Hipotézis 4/a: Az Inadekvátság érzés az Interoceptív tudatosságon keresztül hat a Rezilienciára.

A negyedik hipotézis statisztikai elemzéséhez az Interoceptív tudatosság és a Reziliencia korrelációját vizsgáltuk.

Kerestük, hogy van-e különbség AN és KO között az Interoceptív tudatosság és Reziliencia közötti kapcsolat mértékében.

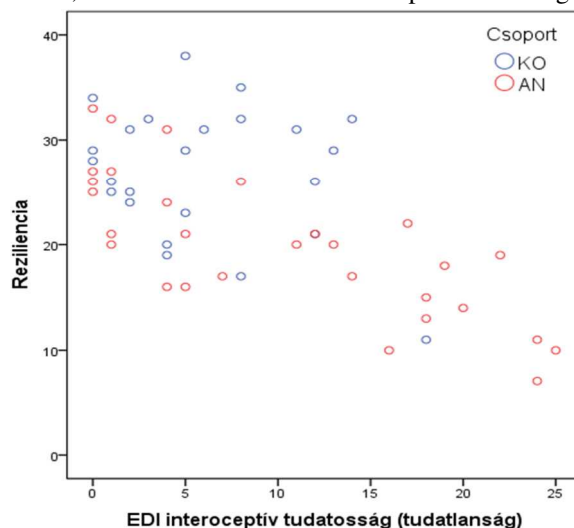
Az Interoceptív tudatosság mediáló hatását ellenőriztük a Rezilienciára gyakorolt hatásuk szempontjából a Reménytelenség, Anhedónia, Inadekvátság érzés alskálákon.

A testi folyamatok szerepét a szabályozatlan érzelmek kifejezésében korábban tárgyaltuk (Izd. 2.6.7. fejezet). Az EDI *Interoceptív tudatosság* alskála alkalmas a testi tudatosság/tudatlanság dimenziójának mérésére. A skála neve megtévesztő lehet, ezért pontosítjuk az értelmezést. A magas pontszámot elérő személyeket a testi tudatosság hiánya jellemzi (példa az itemek közül: Megzavar az, hogy milyen érzelmet is érzek néha, Világosan meg tudom állapítani, milyen érzelmet érzek (F), Ha zaklatott vagyok, nem tudom, hogy szomorú vagyok, szorongok, vagy dühös vagyok). A magas pontszámot elérő eredmény az Interoceptív tudatosság hiányát jelöli valójában.

A koherenciaérzés mérsékeli a stresszt, a betegség káros hatásait, segíti az egyént a leghatékonyabb megküzdési mód megtalálásában (Antonovsky, 1987/1991, Kiss, 2012) A környezeti ingerek, események azonosítása, hatásuk felismerése az egyén érzelmei életére, testi érzeteire a személy hatékony válaszreakcióinak lehetőségét növeli (részletesen Izd. 2.4.2. fejezetben).

Megvizsgáltuk az *Interoceptív tudatosság* különbségét a KO és AN csoport között, és eredményeink alapján az AN csoportot kevésbé találtuk tudatosnak a testi élményeire, azonban ez a különbség kismértékű (3.4. ábra). Az *Interoceptív tudatosság Rezilienciával* való kapcsolatát elemezve, mégis látható egy jelentős különbség a két csoport között. Míg a KO csoport *Interoceptív tudatosságának* mértéke nincs hatással a *Rezilienciára* ($r=-.258$ $p=.224$), addig az AN csoportban szignifikáns negatív összefüggést találtunk ($r=-.766$ $p<.001$).

3.4. ábra, Reziliencia és az EDI Interocéptív tudatosság összefüggése



3.4.4.1.1 Az Interoceptív tudatosság mediáló hatásának vizsgálata a Reménytelenség és Reziliencia kapcsolatában

Az Interoceptív tudatosság, Reménytelenség, Anhedónia, Rezilienciára tett hatását vizsgáljuk, mediáló modellekkel, melyhez Hayes által kidolgozott eljárást használtuk (Hayes, 2013).

Az első modellben a REM.-REZ.-re tett hatását vizsgáltuk, úgy, hogy az INTERO.-t emeltük be mediáló tényezőként.

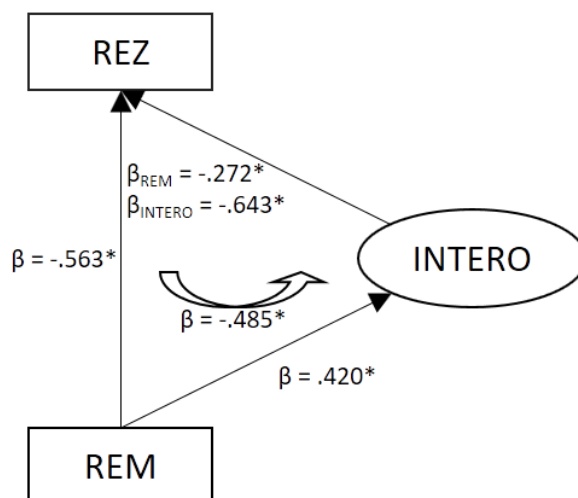
3.13. táblázat, Reménytelenség hatása a Rezilienciára az Interoceptív tudatosság mediáló hatásán keresztül

| | Prediktor | R ² | F | β | t |
|--|-----------|----------------|--------------------|-------|-----------|
| REM. közvetlen hatása a REZ.-re | | 31.7% | F(1,27) =12.552** | | |
| | REM. | | | -.563 | -3.543** |
| REM. közvetlen hatása INTERO.-ra | | 17.7% | F(1, 32)=6.873* | | |
| | REM. | | | .420 | 2.622* |
| REM. és INTERO. együttes hatása REZ.-re | | 64.6% | F(2, 26)=23.721*** | | |
| | REM. | | | -.272 | -2.077* |
| | INTERO. | | | -.643 | -4.913*** |

• p<.05 **p<.01 *** p<.001

Az Reménytelenség, Rezilienciára tett Interoceptív tudatosságon keresztüli indirekt hatása β -.485, mely szignifikáns. A Reménytelenség Rezilienciára tett hatása részben az Interoceptív tudatosságon keresztül valósul meg. Mint arról fentebb írtunk az Interoceptív tudatosság alskálán magas pontszámot elérő személyeket az Interoceptív tudatosság hiánya jellemzi. A Reménytelenség pozitív szignifikáns kapcsolatot mutat az Interoceptív tudatosság hiányával, továbbá az Interoceptív tudatlanság hiánya negatívan befolyásolja a Rezilienciát, és részben ezen összefüggésrendszeren keresztül valósul meg a Reménytelenség Rezilienciára tett negatív hatása (3.13. táblázat). Az indirekt mediáló hatás nélkül is megmarad kis mértékben, a Reménytelenség Rezilienciára tett negatív hatása. A hangulat önmagában is befolyásolja a Rezilienciára való képességet, azonban annak negatív hatását növeli, ha a testi érzetekre, folyamatokra tudatalan az személy (ld.3.5.ábra).

3.5. ábra, Reménytelenség és Reziliencia kapcsolata az Interoceptív tudatosság mediálój hatásával



3.4.4.1.2. Az Interoceptív tudatosság mediálój hatásának vizsgálata az Anhedónia és Reziliencia kapcsolatában

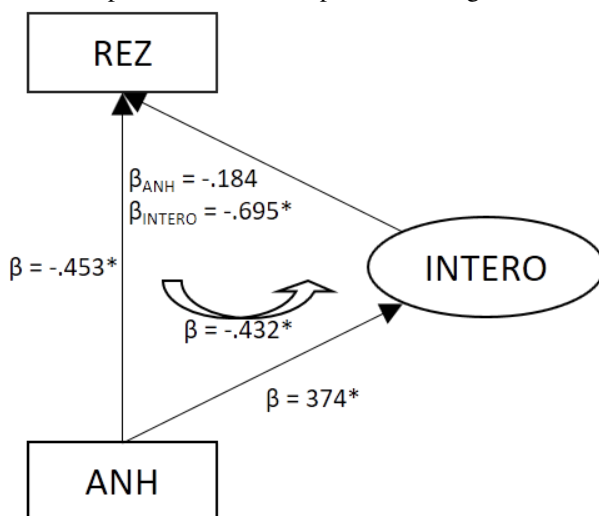
3.14. táblázat, Anhedónia hatása a Rezilienciára az Interoceptív tudatosság mediálój hatásán keresztül

| | Prediktor | R ² | F | β | t |
|---|-----------|----------------|--------------------|---------|-----------|
| ANH. közvetlen hatása a REZ.-re | | 20.6% | F(1,27) =6.988* | | |
| | ANH. | | | -.453 | -2.644* |
| ANH. közvetlen hatása INTERO.-ra | | 14.0% | F(1, 32)=5.194* | | |
| | ANH. | | | .374 | 2.279* |
| ANH. és INTERO. együttes hatása REZ.-re | | 61.6% | F(2, 26)=20.860*** | | |
| | ANH. | | | -.184 | -1.397 |
| | INTERO. | | | -.695 | -5.272*** |

• p<.05 **p<.01 *** p<.001

Az Anhedónia, Rezilienciára tett Interoceptív tudatosságon keresztüli indirekt hatása β -.432, mely szignifikáns. Az Anhedónia és a Reziliencia kapcsolata részben az Interoceptív tudatosság csökkenésén keresztül valósul meg (3.6. ábra). Bár a Reménytelenség és az Anhedónia erősen hat a Rezilienciára (3.14. táblázat), ezt a hatást mindkét változó esetében részben az Interoceptív tudatosság mediálja.

3.6. ábra, Anhedónia és Reziliencia kapcsolata az Interoceptív tudatosság mediálóján keresztül



3.4.4.1.3. Az Interoceptív tudatosság mediáló hatásának vizsgálata az Inadekvátság érzés és Reziliencia kapcsolatában

A hangsúlyosan hangulati dimenziók mellett feltételezzük (*Reménytelenség, Anhedónia*) az *Inadekvátság érzés* és *Reziliencia* kapcsolatát mediáló *Interoceptív tudatosság* hatását, mivel *erős kapcsolatot találtunk a Szomorúsággal és Reménytelenséggel a korábbi korrelációban. Az Inadekvátság érzés* itemei túlmutatnak a hangulati dimenziókon és az Én-re vonatkoztatott állításokat fogalmazznak meg (pl.: Elégedett vagyok magammal, A többiek nem sokra becsülnek (F), Úgy gondolom, nem érek túl sokat (F), Nem tetszem magamnak (F), stb.).

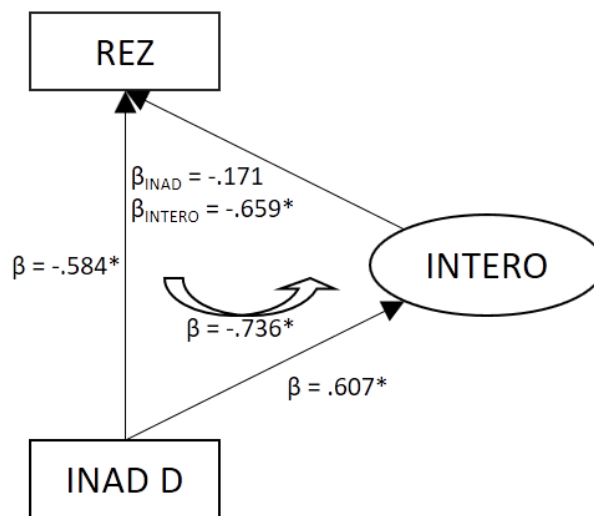
3.15. táblázat, *Inadekvátság érzés* hatása a *Rezilienciára* az *Interoceptív tudatosság* mediáló hatásán keresztül

| | Prediktor | R ² | F | β | t |
|---|-----------|----------------|---------------------|-------|-----------|
| INAD. közvetlen hatása a REZ.-re | | 34.10% | F(1,27) = 13.942** | | |
| | INAD. | | | -.584 | -3.734** |
| INAD. közvetlen hatása INTERO.-ra | | 36.8% | F(1,32) = 18.673*** | | |
| | INAD. | | | .607 | 4.321*** |
| INAD. és INTERO. együttes hatása REZ.-re | | 60.50% | F(2,26) = 19.915*** | | |
| | INAD. | | | -.171 | -1.082 |
| | INTERO. | | | -.659 | -4.173*** |

• p<.05 ••p<.01 ••• p<.001

Az *Inadekvátság érzés*, *Rezilienciára* tett *Interoceptív tudatosságon* keresztüli indirekt hatása $\beta = -.736$, mely szignifikáns. Az *Inadekvátság érzés*, az *Interoceptív tudatosság* modellbe emelésével elveszti *Rezilienciára* tett szignifikáns hatását, tehát teljes egészében a testen keresztül valósul meg, a feszültség negatív hatása kiélésre kerül a testi csatornán. Eredményünk támogatja azt az elképzelést, hogy a test a szabályozatlan és differenciálatlan érzelmek “tere”, mely kivezető csatornája is a személyes térből, a tünetképzés útján.

3.7.ábra, Inadekvátság érzés és Reziliencia kapcsolata az Interoceptív tudatosság mediáló hatásán keresztül



Az ANH és REM a hangulati dimenziókat képviseli a modellben, míg az INAD dominánsabban az Én-élmények és az Én-re vonatkoztatott állításokat tartalmazza. Mind a vizsgált hangulati dimenziók, mind az Én-re vonatkozó vélekedések azonos módon hatnak a *Rezilienciára*. A *Reménytelenség* és *Anhedónia* kapcsolatát a *Rezilienciával* az *Interoceptív tudatosság* hiányának mediáló hatása erősíti. Az *Inadekvátság érzés* összefüggése a *Rezilienciával* az *Interoceptív tudatosság* hiányának mediáló hatásán keresztül megszűnik. A feszültség a testi folyamatokon keresztül a lélektani térből a testi tünetképzésben manifesztálódik és nyer kifejezést. A folyamat további összefoglaló leírását a megbeszélés részben tárgyaljuk és 3.7. ábrán szemléltetjük.

A csoportok között Interoceptív tudatosság szempontjából nem találtunk különbséget.

Az Interoceptív tudatosság és Reziliencia negatív összefüggésben van AN csoportban. A KO csoportban nincs összefüggés.

A Reménytelenség részben az Interoceptív tudatosságon keresztül fejti ki hatást a Rezilienciára.

Az Inadekvátság érzés teljes egészében az Interoceptív tudatosságon keresztül fejti ki hatást a Rezilienciára.

3.4.5. Az Én-érzés és az Interoceptív tudatosság hiányának összefüggései a Rezilienciával

Hipotézis 4/b: Az Interoceptív tudatosság összefüggésben van az Én-érzéssel.

A 4/b hipotézis statisztikai elemzéséhez az EDI kérdőív én-re vonatkozó állításaira főkomponens elemzést végeztünk.

Korrelációs eljárással elemeztük az “üres és ismeretlen-én” Reziliencia összefüggését.

Vizsgáltuk az “üres és ismeretlen-én” hatását a Rezilienciára az Interoceptív tudatosság mediáló szerepén keresztül.

Szintén korrelációval elemeztük a NEO-PI-R Extraverzó és Neuroticizmus skálák összefüggését az “üres és ismeretlen-én” dimenziójában.

Az *Inadekvátság érzés* modellbe emelésével az én-re vonatkozó információk és a *Reziliencia* kapcsolatát kezdtük vizsgálni. Az én-re vonatkozó információk és a testre vonatkozó információk befolyásolják a személyiség egyes protektív faktorait, mint például; 1, a koherencia érzék, mely összefügg az önbecsüléssel (Cederblad és mtsai, 2003), 2, az érzelmi intelligencia (EQ), (Mayer és Salovey 1997). Az érzelmek összefüggésben vannak a fiziológiai, és a kognitív működéssel, a viselkedéses reakciókkal, valamint az érzelmi állapotok összefüggenek az interperszonális, társas kapcsolatokkal (Nagy H. 2007, 2010, in.: Kiss, Makó, 2015).

Eddigi vizsgálatainkkal igazoltuk, hogy az AN csoport tagjai negatív érzelmeik egy részét felismerik, más részét a testi csatornán keresztül tünetképzéssel ürítik a lélektani térből, csökkentve ezzel a reziliens válaszreakciók esélyét.

A test “kommunikáló” szerepe mellett felmerül a kérdés, hogy a személy én-ről való vélekedése, milyen kapcsolatban van a *Rezileinciával* és az *Interoceptív tudatossággal*? Az AN betegeknél a test “elfogyasztása”, “kiürítési” tendenciája vajon szimbolikusan az “én” ürességét is kommunikálja?

Mivel nem volt az eredeti teszt battériában közvetlenül az én vizsgálatára vonatkozó skála, és interjú nem készült a vizsgálati személyekkel, így a meglévő személyiség kérdőívek itemeit tekintettük át az én-re vonatkozásában. Az EDI kérdőív kifejezetten az evészavarok szűrésére alkalmas kérdéssor, így biztonságosan alkalmazzuk az AN csoport én-re vonatkozó vizsgálatában is.

Az EDI kérdőívből kigyűjtve az én-re vonatkozó kérdéseket, 15 itemet találtunk, melyek listája az alábbi 3.17. táblázatban olvasható. Az itemek struktúráját főkomponens elemzést vizsgáltuk. A faktorelemzés eredménye értelmezhető ($KMO=.884$), négy faktor emelkedett ki, melyek a variancia 64%-át magyarázzák. A varimax forgatást követően az itemek komponens töltéseit az 3.16. táblázat tartalmazza, az alacsony elemszámok miatt csak a 0.6 fölötti tételeket jelenítettük meg és vettük figyelembe a komponensek értelmezésénél.

3.16.táblázat, Főkomponens elemzés saját értékei az EDI kérdőív Én-re vonatkozó itemeivel

| Komponensek | Forgatás előtt | | Forgatás után | |
|-------------|----------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| | Saját érték | Magyarázott variancia(%) | Saját érték | Magyarázott variancia(%) |
| 1 | 6.47 | 40.45% | 5.15 | 32.17% |
| 2 | 1.45 | 9.09% | 2.21 | 13.82% |
| 3 | 1.25 | 7.80% | 1.72 | 10.72% |
| 4 | 1.17 | 7.33% | 1.27 | 7.96% |

3.17. táblázat, EDI Én-re vonatkozó itemeinek töltése a főkomponens elemzéssel kiválasztott tengelyekre

| | 1 tengely | 2 tengely | 3 tengely | 4 tengely |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 10, Tehetetlen embernek érzem magam | .759 | | | |
| 41, Rossz véleményem van magamról | .750 | | | |
| 27, Elégtelennek érzem magam | .728 | | | |
| 24, Bárcsak valaki más lennék | .714 | | | |
| 56, Belülről üresnek érzem magam | .712 | | | |
| 18, Egyedül érzem magam a világban | .706 | | | |
| 33, Nem tudom mi zajlik bennem | .703 | | | |
| 50, Úgy érzem értékes személy vagyok | -.655 | | | |
| 37, Önbizalmam van | -.650 | | | |
| 42, Úgy érzem el tudom érni a céljaimat | -.640 | | | |
| 17, Megbízom másokban | | .803 | | |
| 23, Könnyen kapcsolatba tudok lépni másokkal | | .765 | | |
| 57, Tudok a személyes gondolataimról, érzéseimről beszélni | | .734 | | |
| 36, Gyűlölöm azt, ha nem a legjobbat teljesítem | | | .835 | |
| 29, Gyerekként nagyon erősen megpróbáltam elkerülni, hogy a nagyszüleim vagy tanáraink csalódjanak bennem | | | .776 | |
| 43, Szüleim kiemelkedőt várnak tőlem | | | | .902 |

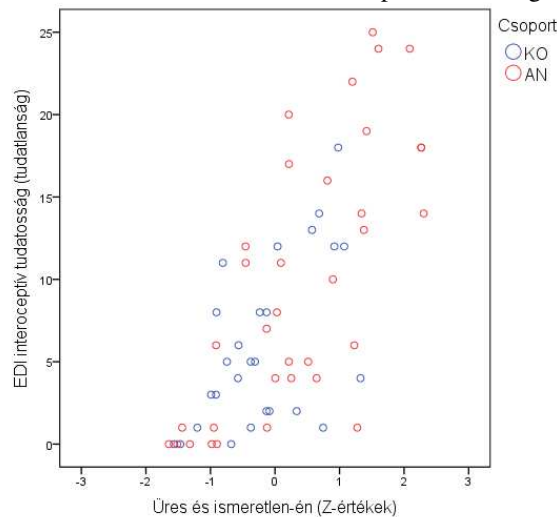
A komponensre töltő itemeket áttekintve az első tengely az ürességgel, a személy belső érzelmi tartalmához való kapcsolódás hiányával hozható összefüggésbe, *“üres és ismeretlen-én”* dimenzióknak neveztük el. A kiválasztott állítások határozottan az Én-re vonatkoznak és nem a hangulati elemeket fogalmazzák meg. A második tengely a kapcsolódási képességre utaló itemeket tartalmazza. *“Kapcsolódási képesség”* tengelynek neveztük el. A harmadik és negyedik tengely a megfelelés és teljesítés igényével van összefüggésbe, de ezen itemek száma kevés a velük történő érdemi munkához.

A KO és AN csoportos összehasonlítása alapján a két csoport az *“üres és ismeretlen-én”* dimenziójában szignifikánsan különbözik egymástól $t(59.37)=-2.29$ $p=.026$ $r=.29$. Az AN csoport magasabb értéket mutat. A *“Kapcsolódási képesség”* szempontjából a két csoport között nincs különbség $t(60)=0.550$ $p=.584$ $r=.07$.

Az „üres és ismeretlen-én” dimenziója a *Rezilienciával* negatív szignifikáns összefüggést mutat a TM-n $r=-.676$ $p<.001$. a „*Kapcsolódási képesség*” nincs összefüggésben a *Reziliencia* tengelyével a modellben $r=.084$ $p=.551$.

Eredményeink alapján, az AN csoport az Én-re vonatkozó tartalmak szempontjából jelentősen eltér a KO csoporttól, és az értékek alapján az AN csoport tagjainak én-jét az „*üres és ismeretlen-én*” jellemzi dominánsan. Korábban láttuk, hogy az AN csoportban a testi tünetekben kommunikálja hangsúlyosa az érzelmi tartalmakat. Ezért ellenőrizzük az *Interoceptív tudatosság* és a „*üres és ismeretlen-én*” dimenziójának kapcsolatát. Az „*üres és ismeretlen-én*” mindkét csoportban szignifikáns pozitív összefüggésben van az *Interoceptív tudatlanság* hiányával, és az AN csoportban ez az összefüggés erősebb. KO: $r=.554$ $p=.003$, AN: $r=.729$ $p<.001$.

3.8. ábra, „Üres és ismeretlen-én” és az Interoceptív tudatosság összefüggése



3.4.5.1. Az EDI „üres és ismeretlen-én” skála és a NEO-PI-R Extraverzió és Neurotikusság skálák kapcsolatának vizsgálata

A *Neurotikusság* és az *Extraverzió* skálái a továbbiakban nem mutatnak összefüggést az „*üres és ismeretlen-én*” alszkálával.

Az AN csoportban magával *Extraverzióval* ($r=-.582$ $p<.001$), illetve annak több tengelyével negatív szignifikáns összefüggést mutat az „*üres és ismeretlen-én*”. Az *Optimizmus* ($r= -.665$ $p<.001$) és az *Asszertivitás* ($r= -.507$ $p=.003$) negatív szignifikáns összefüggésben van az „*üres és ismeretlen-én*” alszkálával, összefüggést mutat a *Melegséggel* és az

Energetikussággal. A *Neurotikusság* skála pozitív szignifikáns kapcsolatban van az “*üres és ismeretlen-én*” skálával ($r=.864$ $p<.001$).

Ebben a fejezetben a mediáló hatások elemzését mutattuk be a hangulati elemek és a pszichoszomatikus tünetképzés szempontjából, áttekintettük a test és én összefüggéseit, és az én üressége és a Reziliencia összefüggését. Az EDI kérdőív Én-re vonatkozó állításaiból főkomponens elemzéssel két dimenziót tartottunk meg modellünkben, melyek közül az “*üres és ismeretlen-én*” dimenziójában találtunk jelentős eltérést a KO és AN csoport között, ahol az AN csoportra jellemzőbb a “*üres és ismeretlen-én*” állapota. Mindkét csoportra jellemző, hogy minél erősebben megjelenik az “*üres és ismeretlen-én*” dimenziója, annál alacsonyabb a *Reziliencia* értéke. Az *Interoceptív tudatosság* hiánya erős pozitív összefüggést mutat mindkét csoportban a “*üres és ismeretlen-én*” dimenziójával, vagyis minél kevésbé tudatos a testi élményeire a személy, annál inkább jellemzi az “*üres és ismeretlen-én*” állapota.

Követve az én-fejlődés szabályszerűségeit, úgy tudjuk magyarázni eredményeinket, hogy minél kevésbé tudatos a személy a testi élményeire, testi érzeteire, annál inkább jellemző az üresség, ismeretlenség élménye az én-ben, és ezzel a pszichoszomatikus tünetképzés lehetősége növekszik.

A modellbe emelt másik dimenzió a “*kapcsolódási képesség*”, melyben nem találtunk jelentős különbséget a két csoport között.

Eddig áttekintettük a hangulati elemek, a testi érzetek és az én-re vonatkozó tartalmak összefüggéseit a *Rezilienciával*, elsősorban a negatív érzelmi tartalmak vizsgálatával. A következő részben a pozitív érzelmek hatását elemezzük a TM-n a *Rezilienciával* összefüggésben.

3.3.6. A csoportos összehasonlításban az “*üres és ismeretlen-én*” komponens az AN csoportban dominánsabban van jelen, mint a KO csoportban.

Az “*üres és ismeretlen-én*” negatív kapcsolatban van a Rezilienciával.

Az “*üres és ismeretlen-én*” komponens a NEO-PI-R kérdőív Extraverzió/Optimizmus és Asszertivitás alskáláival mutat negatív szignifikáns összefüggést.

A NEO-PI-R Neurotikusság skála pozitív kapcsolatban van az “*üres és ismeretlen-én*”-el.

3.4.6. Az Optimizmus, Érzelemgazdagság és Reziliencia csoportos összehasonlítása

Hipotézis 5: Az Optimizmusban magas pontszámot elérő személyek Reziliencia értéke magasabb.

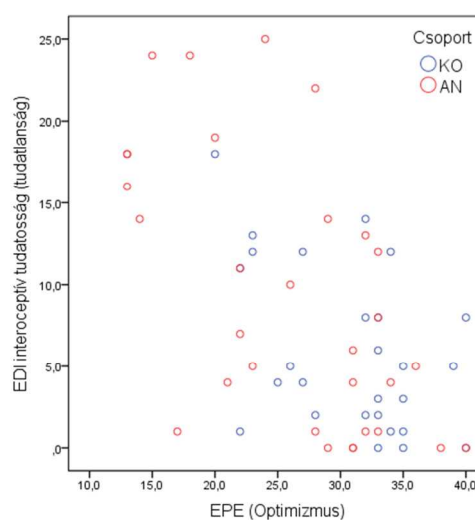
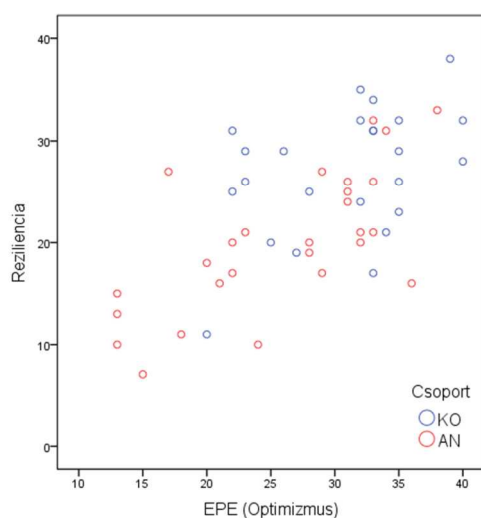
Hipotézis 5/a: Az Érzelemgazdagságban magas pontszámot elérő személyek Reziliencia értéke magasabb.

Az ötödik hipotézis statisztikai elemzéséhez korreláció számítást végeztünk az Optimizmus és Reziliencia összefüggésének vizsgálatára a TM-n.
Továbbá az Optimizmus és Interoceptív tudatosság összefüggésének elemzéséhez korrelációs számítást végeztünk a TM-n.
Az Érzelemgazdagság szempontjából összehasonlítottuk a két csoportot.

Diszpozicionális optimizmus fogalma Scheier és Carver névéhez köthető (Scheier és Carver, 1987) és kutatások igazolták a hatékony megküzdés egyik tényezőjeként a diszpozicionális optimizmust (Scheier és Carver, 1987, Kiss és mtsai, 2012), mely a jelenlévő pozitív érzelmek, pozitív beállítódás- és gondolkodás megélésének képességét jelenti (Solberg Nes és Segerstrom 2006, Kiss és mtsai, 2012).

A TM-n szignifikáns pozitív kapcsolatot találtunk az *Optimizmus* és a *Reziliencia* összefüggésében, ahol a csoportok közötti összehasonlításban az AN csoportban a hatás erősebb összefüggést mutat. KO: $r=.433$ $p=.035$, AN: $r=.682$ $p<.001$.

3.9. ábra, Optimizmus és Reziliencia



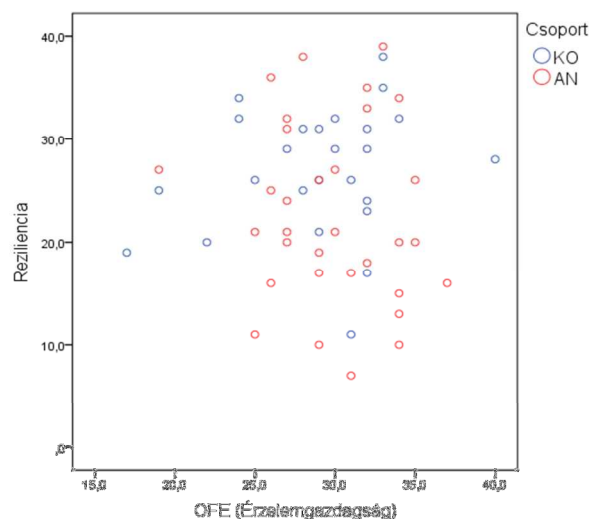
3.10. ábra, Optimizmus és Interoceptív tudatosság

Az *Optimizmus* és az *Interoceptív tudatosság* összefüggése hasonló dinamikát mutat mindkét csoportban szignifikáns negatív összefüggés látható a két dimenzió között, és az AN csoportban erősebb a kapcsolat. KO: $r=-.456$ $p=.017$, AN: $r=-.596$ $p<.001$.

A KO csoport tagjai inkább optimisták és inkább tudatában vannak belső érzelmi tartalmaiknak, testi érzeteiknek, míg az AN csoport tagjai szélesebb skálán mozognak mindkét tényező szempontjából, és minél kevésbé tudatosak a testi érzeteikre és érzéseikre, annál kevésbé optimisták.

Az *Érzelemgazdagság* alszkálán mindkét csoport hasonlóan érzelemgazdag, mégis a két csoport reziliencia szempontjából eltér.

3.11.ábra, *Érzelemgazdagság* és *Reziliencia*



A fenti elemzésben az *Optimizmus* és a *Reziliencia* összefüggésében pozitív kapcsolatot találtunk, ami az AN csoportban kifejezettebb, vagyis minél kevésbé *Optimista*, annál kevésbé *Reziliens* az AN személy (3.9.ábra). Az *Optimizmus* és az *Interoceptív tudatosság* negatív kapcsolatban van egymással, vagyis minél tudatosabb a testi folyamataira a személy annál inkább képes *Optimista* megélésre (3.10.ábra). A két csoport ugyan hasonlóan *Érzelemgazdag*, azonban eltérő érzelmi színezetet mutat (3.11.ábra). A KO csoportot pozitív, míg az AN csoportot a negatív érzelmek dominanciája jellemezi. Vizsgálatunkban eddig a pszichodinamikus összefüggése elemzésével foglalkoztunk a vizsgálati hipotéziseket követve, a következő részben a személyiség leíró statisztikájának bemutatása következik.

A TM-ban pozitív szignifikáns hatást mértünk az Optimizmus és Reziliencia összefüggésében, mely hatás az AN csoportban erősebben érvényesül. A TM-ben az **Interoceptív tudatosság és az Optimizmus negatív összefüggése érvényesül, mely összefüggés az AN csoportban erősebben érzéketi hatását.** A két csoport érzelmgazdagsága hasonló, azonban **az AN csoportban a negatív érzelmek, a KO csoportban a pozitív érzelmek dominanciája érvényesül.**

3.4.7. A KO és az AN jellemző személyiségprofil

Hipotézis 6: Az AN csoportban eltérő személyiségprofil látható a KO csoporthoz képest.

A hatodik hipotézis ellenőrzéséhez kevert mintás ANOVA elemzést végeztünk a SAFA Szorongás, Depresszió, Táplálkozás skálákon és a csoportok között. A Szorongás típusai közötti különbség megállapításához Post Hoc vizsgálatot végeztünk. Az alskálák és csoportok közötti összehasonlításban Simle Effect tesztelést végeztünk. Az EDI, NEO-PI-R, ZKA-PQ kérdőívek skálái és csoportok közötti összehasonlításra többszemponos ANOVA és Simple Effect tesztelést végeztünk.

3.4.7.1. Személyiségprofil a SAFA alskálái (SZ, D, T) alapján

A SAFA teszt lehetőséget biztosít T-értékek megállapítására, mely segítségével az alskálák egymással összehasonlíthatóvá válnak. Egyes személyek a klinikai tartományban extrém magas értéket vettek fel, melyek magasabb értékek, mint amihez a legmagasabb T-érték (T 75) tartozna, ezek egységesen T-érték 80-at vesznek fel a kiértékelésben. Amennyiben kizárjuk őket a vizsgálatból a teszt mérési adottságai miatt, pont a klinikailag jelentős sajátosságokat hordozó személyeket veszítjük el, ezért döntöttünk az egységes értékelés mellett.

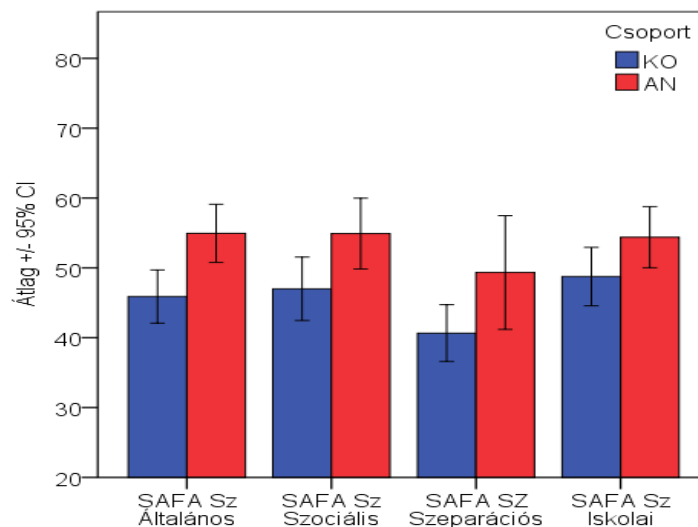
Kevert mintás ANOVA-val vizsgáltuk, hogy különböznek-e egymástól az alskála értékek, valamint a KO és AN személyek. A normalitás meglétét a central limit theoremre hivatkozva feltételezhetjük, a szórás homogenitás feltételét ellenőrizve arra jutottunk, hogy vagy teljesül, vagy az elemszámok hasonlóságának köszönhetően az ANOVA robosztus a feltétel sérülésére. Azokban az esetekben, ahol a sfericitás feltétele sérült Greenhouse-Geisser korrekciót végeztünk.

KO és az AN jellemző profilképek a SAFA Szorongás skálán

A független szempontként a csoport (KO és AN), összefüggő szempontként a szorongás típusai (általános, szociális, szeparációs, iskolai) kerülnek elemzésre. A szorongás típusai és a csoport között nem találtunk szignifikáns interakciót ($F(2.215, 194.912)=0.301$ $p=.762$ $part.eta^2=.003$), tehát a szorongás típusai között esetlegesen megtalálható különbségek azonos mértékűek mind az AN, mind a KO esetében.

Szignifikáns főhatást találtunk a csoport szempontjából ($F(3, 88)=5.104$ $p=.026$ $part.eta^2=.055$), a 3.21. ábrát értelmezve látható, hogy az AN csoport minden szorongás típusban magasabb értéket vesz fel, mint a KO csoport. A szorongás típusában szintén szignifikáns különbségeket találtunk ($F(2.215, 194.912)= 8.870$ $p<.001$ $part.eta^2=.092$). Annak vizsgálatára, hogy e különbség mely szorongástípusok között figyelhető meg Post Hoc vizsgálatot végeztünk Sidak korrekcióval, mely alapján csak a *Szeparációs szorongás* különbözik a másik három típustól, melynek értéke szignifikánsan alacsonyabb a másik három alskálától (3.12. ábra).

3.12. ábra, Személyiségprofil a SAFA Szorongás skála alapján



KO és az AN jellemző személyiségprofilja a SAFA Depresszió skálán

Depresszió vizsgálatánál a csoport szempontja továbbra is az AN és KO csoportokat tartalmazza. A *Depresszió* típusainak szempontja a SAFA Depresszió 7 alskáláját tartalmazza

(*Szomorúság, Anhedónia, Irritabilitás, Inadekvátság érzés, Biztonság érzet hiány, Bűntudat, Reménytelenség*). A típus és csoport szempontja között szignifikáns interakciót találtunk ($F(4.309, 383.477)=4.672$ $p=.001$ $part.eta^2=.050$)⁵. A szignifikáns interakció jelenléte miatt a főhatásokat nem értelmeztük, helyette az interakció természetének megállapítására Simple Effects tesztelést végeztünk, a típus hatását vizsgálva a csoport szintjein, valamint a csoport hatását vizsgálva a különböző *Depresszió* alskálákon. A Simple Effects tesztelésben az első fokú hiba megnövekedését elkerülendő, a szignifikancia szintet Holm procedúra alapján korrigáltuk.

KO csoportban a *Depresszió* alskálái között szignifikáns különbséget találtunk ($F(6, 84)=6.233$ $p<.001$ $part.eta^2=.308$). A *Biztonságérzet hiánya* veszi fel a legmagasabb értéket és szignifikánsan magasabb; az *Anhedóniánál, Inadekvátság érzésnél* és a *Bűntudatnál*. A *Szomorúság* szignifikánsan magasabb szintén; az *Anhedóniánál, az Inadekvátság érzésnél*, és a *Bűntudatnál*. A *Reménytelenség, az Anhedóniánál* és a *Bűntudatnál* magasabb szignifikánsan. Az *Irritabilitás* szignifikánsan magasabb a *Bűntudatnál* pont úgy, mint az *Inadekvátság érzés*. Minden alskálánál alacsonyabb értéket vesz fel a *Bűntudat*, mely csak az *Anhedóniától* nem különbözik szignifikánsan.

Az AN csoportban a *Depresszió* alskálái között szignifikáns különbséget találtunk ($F(6, 84)=9.305$ $p<.001$ $part.eta^2=.399$). Az AN csoportban a KO-hoz hasonlóan a legmagasabb értéket a *Biztonságérzet hiánya* és attól nem szignifikánsan a *Szomorúság* vesz fel. A *Biztonságérzet hiánya* szignifikánsan magasabb értéket vesz fel, mint; az *Irritabilitás, Inadekvátság érzés, Bűntudat* és a *Reménytelenség*. A következő legmagasabb értéket a *Szomorúság* veszi fel, mely szignifikánsan magasabb, mint az *Anhedónia, Irritabilitás, Inadekvátság érzés, Bűntudat, Reménytelenség*. A következő legmagasabb értéket a *Reménytelenség* veszi fel, ami szignifikánsan magasabb az *Irritabilitásnál*. A *Reménytelenség*nél nem szignifikánsan alacsonyabb; az *Anhedónia* és az *Inadekvátság, Bűntudat* értéke, melyek már nem különböznek szignifikánsan az *Irritabilitástól*. Legalacsonyabb értéket az *Irritabilitás* vesz fel.

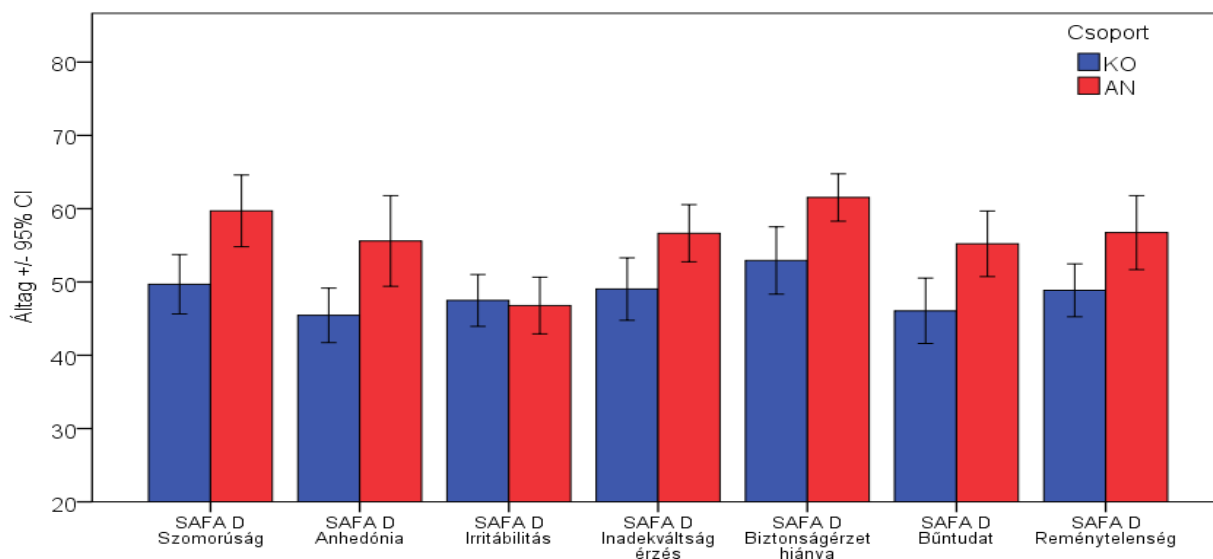
KO és AN csoportos összehasonlítása az alskálákon

A Simple Effect tesztelés során a többszörös összehasonlításból adódó, elsőfajú hiba megnövekedésének kivédésére Holm procedúrával korrigáltuk a szignifikancia szintet. Ennek

⁵ A $part.eta^2$ mutatók "rész-magyarázóerők": 0,1 alatt alacsony a hatás (szakmailag elhanyagolható), 0,1 és 0,5 között közepes, 0,5 felett pedig jelentős, erős hatást értelmezhetünk.

megfelelően az új korrigált szignifikancia szint $\alpha=.03$. KO és AN között az *Irritabilitás* és *Reménytelenség* alskálát kivéve mindenhol szignifikáns különbséget találtunk. A *Reménytelenségben* látható különbség az elemszám becslő eljárás alapján 74 fő esetén már kimutathatóvá válna. Az AN csoport szignifikánsan magasabb értékeket ad, *Szomorúság*, *Anhedónia*, *Inadekvátság*, *Biztonságérzet hiánya* és a *Bűntudat* alskálákon (3.13. ábra).

3.13. ábra, Személyiségprofil a SAFA Depresszió skála alapján

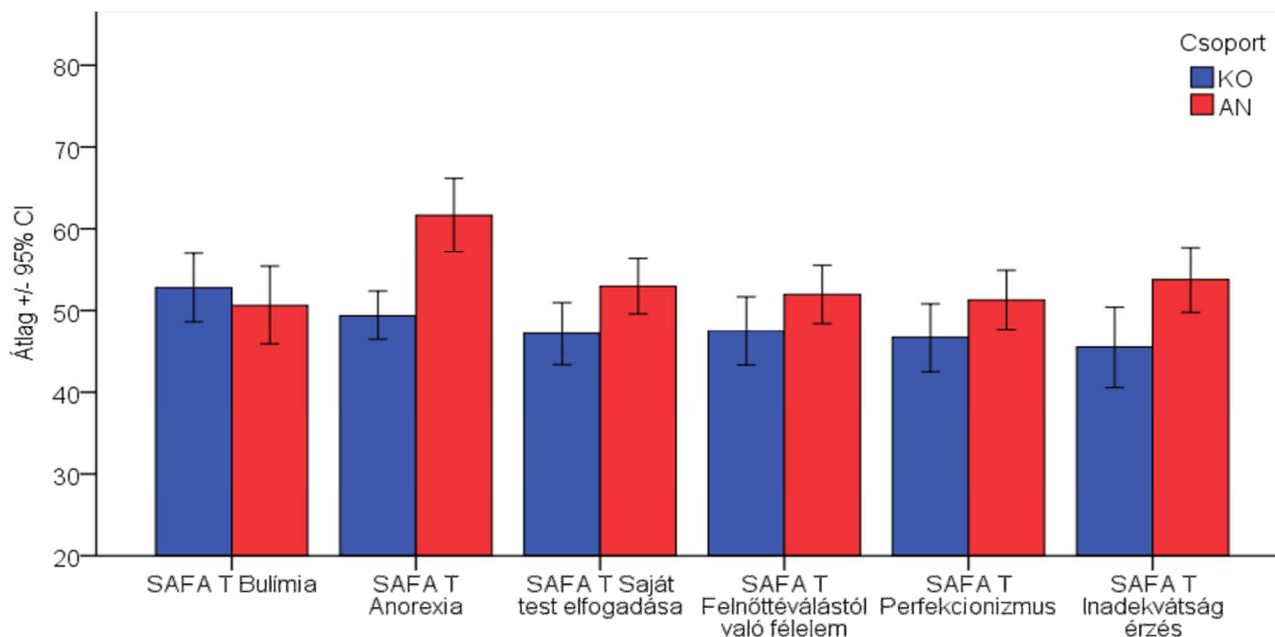


Többszemponos ANOVA-val vizsgáltuk a csoport (KO és AN) és a SAFA *Táplálkozás* alskáláinak (*Bulimia*, *Anorexia*, *Saját test elfogadása*, *Felnőttéválástól való félelem*, *Perfekcionizmus*, *Inadekvátság érzés (T)*) összefüggéseit. A csoport és az alskálák között szignifikáns interakciót találtunk ($F(3.91, 230.87)=4.090$ $p=.003$ $part.eta^2=.065$). Ezért a két szempont hatását a továbbiakban Simple Effect teszteléssel végeztük, melynek során Holm procedúrával korrigáltuk az elsőfajú hiba valószínűségének megnövekedését.

KO és AN jellemző személyiségprofil a SAFA Táplálkozás alskálák között

KO csoportban a *Táplálkozás* alskálái között nincs szignifikáns különbség ($F(5, 55)=1.811$ $p<.126$ $part.eta^2=.141$). Ezzel szemben az AN csoportban szignifikáns különbséget látunk ($F(5, 55)=7.194$ $p<.001$ $part.eta^2=.395$), mely különbség megnyilvánul abban, hogy az *Anorexia* alskála szignifikánsan magasabb értéket vesz fel, minden más alskálához képest, mely eredmény a várakozásainkkal megegyezik figyelembe véve a klinikai képet (3.21. ábra).

3.14.ábra, Profilkép a SAFA Táplálkozás skála alapján



KO és AN csoportos összehasonlítása az alskálákon

Simple Effect teszttel vizsgáltuk az KO és AN csoportok különbségeit a SAFA *Táplálkozás* alskáláin. A Holm procedúrát követően a korrigált szignifikancia szint $\alpha=.0125$. Ennek megfelelően szignifikáns különbség látható AN és KO között, az *Anorexia* és *Inadekvátság* alskálák mentén, ahol mindkettőn az AN csoport ér el magasabb pontszámot. Ezen kívül elemszám becsléssel kimutatható, hogy 107 fővel a *Saját testtel való elégedetlenség* is szignifikáns különbséget mutatna szintén az AN csoport magasabb értékeivel (3.14.ábra).

KO és AN csoport személyiség sajátosságok összefoglalása a SAFA alskálákon

A fenti összefüggéseket a 3.15. ábrán láthatjuk összegezve. A betű méret a T értékben kifejezett skálaértéket jeleníti meg arányosan, vagyis a nagy betűméret az anorexiában jellemző dimenziókat mutatja. A piros szín pedig azt jelöli, mely dimenziókban van szignifikáns eltérés AN és KO között.

3.15. ábra, Az AN csoport jellemzői a SAFA alskálák alapján



A SAFA Szorongás alskálák összehasonlításában az AN csoport minden alskálán magasabb értéket vett fel. Szignifikánsan alacsonyabb értéket vett fel mindkét csoport a *Szeparációs szorongás* dimenzióban.

A SAFA *Depresszió* alskálák összehasonlításában a *Biztonságérzet hiánya* veszi fel a legmagasabb értéket, melyet a *Szomorúság* és azt a *Reménytelenség* követi. A KO csoportban az alskálák között szignifikáns különbségeket találtunk, azonban az AN csoportban a *Biztonságérzet hiánya* és a *Szomorúság* között a szignifikáns kapcsolat nem található meg, csak a *Reménytelenség* és a *Biztonságérzet hiánya* között. Az alskálák között nincs szignifikáns különbség, a depresszív állapotok diffúzabb jelenléte jellemző. A csoportos összehasonlításban az AN csoport szignifikánsan magasabb értéket ad a *Szomorúság*, *Anhedónia*, *Inadekvátság*, *Biztonságérzet hiánya*, és *Bűntudat* alskálákon. A *Reménytelenség* dimenzióban 74 fővel szintén szignifikáns különbség feltételezhető a két csoport között.

A SAFA *Táplálkozás* alskálák összehasonlításában, az *Anorexia* dimenzióban szignifikánsan magasabb értéket vesz fel az AN csoport. A csoportos összehasonlításban az *Anorexia* és az *Inadekvátság érzés (T)* dimenziókban szignifikánsan magasabb értéket vesz fel az AN csoport.

3.4.7.2. A KO és AN csoport jellemző személyiségképe az EDI Kérdőív skálái alapján

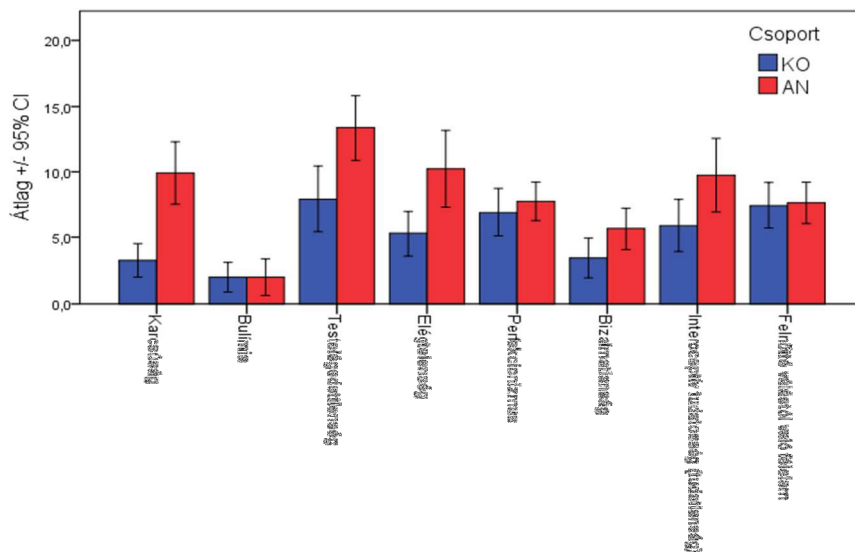
Többszemponos ANOVA segítségével vizsgáltuk az EDI alskáláit valamint KO és AN csoportok közötti különbségeket. A két szempont között szignifikáns interakciót találtunk ($F(5.528, 331,708) = 4.887$ $p < .001$ *Part. eta*² = .075).

Simple Effect teszteléssel elemeztük az interakció természetét. Először elemeztük, hogy az alskálák értékei különböznek-e egymástól az AN és KO csoportot külön vizsgálva. Az EDI alskálái mind a KO, mind az AN csoportban szignifikánsan különböznek egymástól (KO: $F(7, 54) = 9.706$ $p < .001$ *Part eta*² = .557; AN: $F(7, 54) = 20.775$ $p < .001$ *Part. eta*² = .729).

A KO csoportban egymástól *nem szignifikánsan eltérően a legalacsonyabb értéket a Karcsúság iránti késztetés, a Bulímia és az Interperszonális bizalmatlanság vette fel, majd ezektől szignifikánsan magasabb értékkel jelent meg az Elégtelenség érzés, az Interoceptív tudatosság majd a Perfekcionizmus, és legmagasabb értékkel a Félelem a felnőtté válástól és a Testtel való elégedetlenség jelent meg.*

Az AN csoportban legalacsonyabb értéket a *Bulímia* vesz fel, majd ettől szignifikánsan magasabb értéket az *Interperszonális bizalmatlanság*, majd a *Félelem a felnőtté válástól*, a *Perfekcionizmus*, az *Interoceptív tudatosság*, a *Karcsúság iránti késztetés*, az *Elégtelenség érzés*, és mindegyiktől szignifikánsan magasabban a *Testtel való elégedetlenség* alskála értékei szerepelnek.

Ezt követően az AN és KO csoportok közötti különbségeket vizsgáltuk Simple Effects teszteléssel alskálánként külön. A Holm procedúrát követően a módosított szignifikancia szint $\alpha = .01$. Ennek megfelelően szignifikáns különbséget találtunk a *Karcsúság iránti késztetés*, a *Testtel való elégedetlenség* és az *Elégtelenség érzés* dimenziójában, valamint tendencia szintjén az *Interoceptív tudatosság* alskálán, mind a négy esetben az AN mutat magasabb értékeket (3.23. ábra).



3.16. ábra, Profilkép az EDI skálák alapján

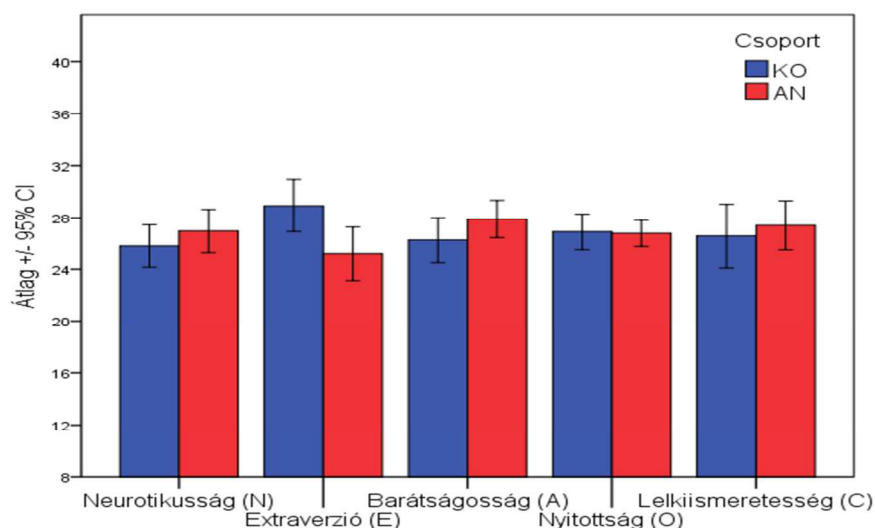
3.4.7.3. A KO és AN jellemző profolképek a NEO-PI-R skálái alapján

Több szempontos ANOVA vizsgálattal ellenőriztük az AN és KO csoportok közötti eltérést, és a személyiség dimenziók közötti jellemző különbözőséget (3.17. ábra). A következő eredmények annak tudatában értelmezendők, hogy a kérdőívet a minta egy része töltötte ki, így az elem számok viszonylag alacsonyak (AN 25 fő, KO 17 fő), ennek megfelelően a következő próbák statisztikai erői alacsonyak. A személyiségdimenziók és a csoport szempontja között szignifikáns interakciót találtunk ($F(2.732, 109.283)=3.106$ $p=.034$ $part.eta^2=.072$).

Az interakció természetének további vizsgálatára Simple Effect teszteléseket végeztünk, a személyiség dimenziók értékei között sem az AN, sem a KO csoportban nem találtunk szignifikáns különbséget AN csoport: $F(4, 37)=1.822$ $p=.145$ $part.eta^2=.165$), KO csoport: $F(4, 37)=1.285$ $p=.293$ $part.eta^2=.122$).

Az AN és KO csoport közötti különbség vizsgálatánál az *Extraverzió* (továbbiakban (E)) dimenziójában a szignifikancia szint korrekciója után tendencia szintű különbséget találtunk ($F(1, 40)=6.662$ $p=.014$ $part.eta^2=.143$), elemszám becslés eredményei alapján, ha az itt látható tendenciális hatás a populációban létezik, akkor 65 fő esetén már kimutathatóvá válik.

3.17. ábra, Profilkép a NEO-PI-R skálák alapján



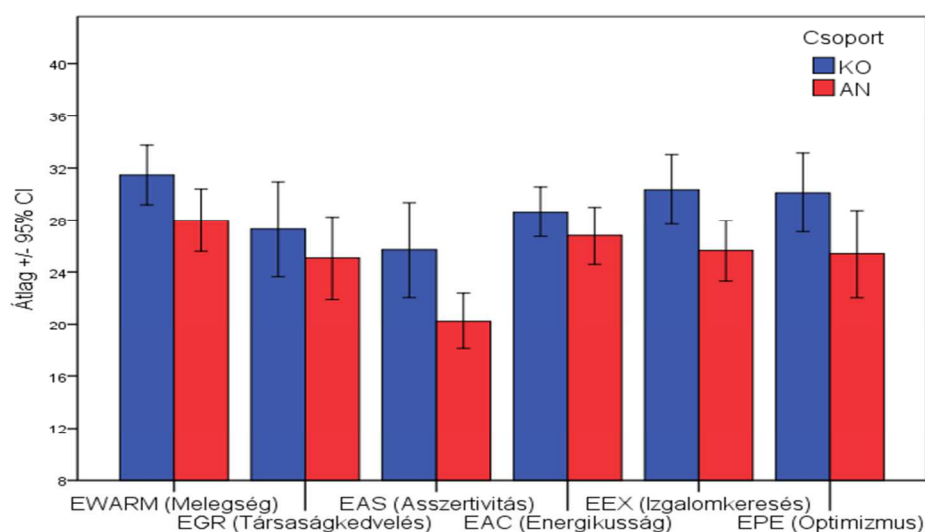
NEO-PI-R Extraverzió (E) dimenziójának alskálák- és csoportok közötti összehasonlítása

Az (E) dimenzióján belül elemeztük az alskálák közötti különbségeket, valamint az AN és KO csoport közötti különbséget. Többszemponos ANOVA eredménye alapján nincs szignifikáns interakció az alskálák és a csoport szempontjai között ($F(4.109, 164.348)=1.105$ $p=.357$ $part.eta^2=.027$). A csoport főhatása szignifikáns ($F(1, 40)=6.662$ $p=.014$ $part.eta^2=.143$), az AN csoport alacsonyabb (E) értékeket vesz fel. Az alskálák között szintén szignifikáns különbség van ($F(4.109, 164.348)=10.747$ $p<.001$ $part.eta^2=.212$).

Az alskálák közötti további eltérések elemzésére, Post Hoc vizsgálatot végeztünk Sidak korrekcióval. Az *Asszertivitás*, a *Társaság kedvelést* kivéve, minden alskálától szignifikánsan alacsonyabb volt $p<.001$ szinten. Az AN csoport alacsonyabb értékeket vesz fel; a *Melegség*, *Energikusság*, *Izgalomkeresés*, *Optimizmus* dimenziókban.

A grafikonon látható konfidencia intervallumokat értelmezve, az AN és KO között látható különbség leginkább az *Asszertivitás* és az *Izgalomkeresés* tengelyeken mutatkozik meg (3.18.ábra). E kettő skála *Rezilienciával* való kapcsolatát vizsgálva, azt láthatjuk, hogy mindkettő pozitív összefüggést mutat ($r=.408$ $p=.010$, $r=.345$ $p=.032$ ebben a sorrendben).

3.18. ábra, Profilkép a NEO-PI-R Extroverzió (E) skálák alapján



NEO-PI-R Neurotikusság (N) dimenziójának alskálák- és csoportok közötti összehasonlítása

Az (N) dimenzióján belül elemeztük az alskálák között a különbségeket, valamint az AN és KO csoport közötti különbséget. Többszemponos ANOVA eredménye alapján van szignifikáns interakció az alskálák és a csoport szempontjai között ($F(43.825, 1653.004)=7.874$ $p<.001$ $part.eta^2=.164$). A grafikon alapján látszik, hogy az interakció diszordinális, tehát bizonyos (N) dimenziókban az AN csoport, más dimenziókban a KO csoport vesz fel magasabb értékeket. Ez a diszordinális interakció magyarázza a különbség hiányát az (N) tengelyén AN és KO csoportok összehasonlításában. Az interakció természetének további elemzésére Simple Effect tesztelést végeztünk. Az alskálák között szignifikáns különbség van, mind az AN, mind a KO csoportban; AN csoport $F(5, 36)=8.416$ $p<.001$ $part.eta^2=.539$, KO csoportban $F(5, 36)=3.197$ $p=.017$ $part.eta^2=.307$).

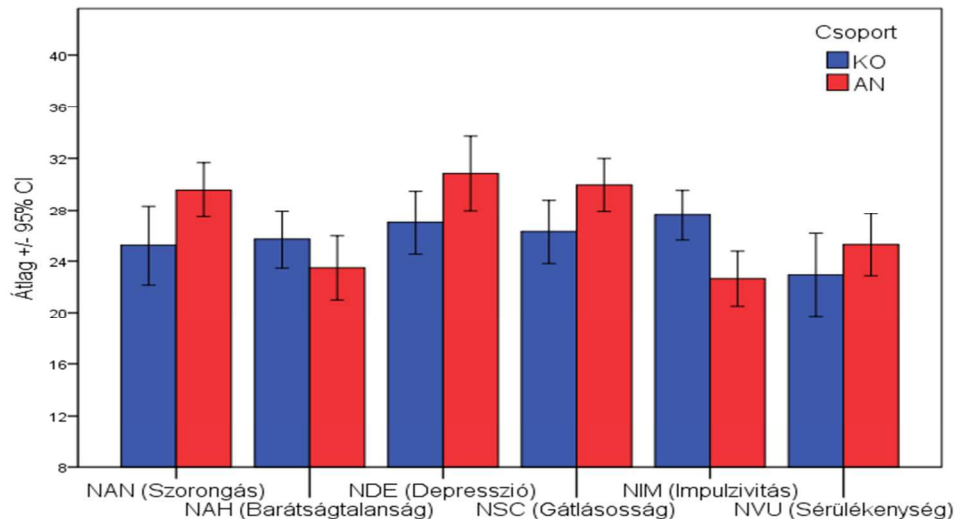
Utóvizsgálat alapján az AN csoportban a *Depresszió*, *Szorongás és Gátlásosság* egymástól nem különböző módon magas értékeket vesz fel, és szignifikánsan különbözik ($p<.001$ szinten) a *Barátságatlanság*, *Impulzivitás* és *Sérülékenység* dimenzióktól, mely utóbbiak között megint csak nem látható szignifikáns különbség.

A KO csoporton belül a *Sérülékenység* szignifikánsan alacsonyabban különbözik a *Depressziótól* és az *Impulzivitástól*. Az (N) dimenzióban homogénebb képet mutat érzelmileg megterhelő élethelyzetben. Míg a KO csoportban a *Sérülékenységet* kivéve nincsen a (N) dimenziói között jelentős különbség, addig az AN csoportban egyértelműen szétválik

egymástól a magas értéket felvevő *Depresszió*, *Szorongás*, *Gátlásosság* és az alacsony értékeket felvevő *Barátságosság*, *Impulzivitás* és *Sérülékenység* (3.19.ábra).

Az AN és KO közötti különbség vizsgálata során a Holm procedúra korrekcióját követően az Impulzivitásban látható szignifikáns különbség ($F(1, 40)=11,367$ $p=.002$ $part.eta^2=.221$).

3.19. ábra, Profilkép a NEO-PI-R Neuroticizmus (N) skálák alapján

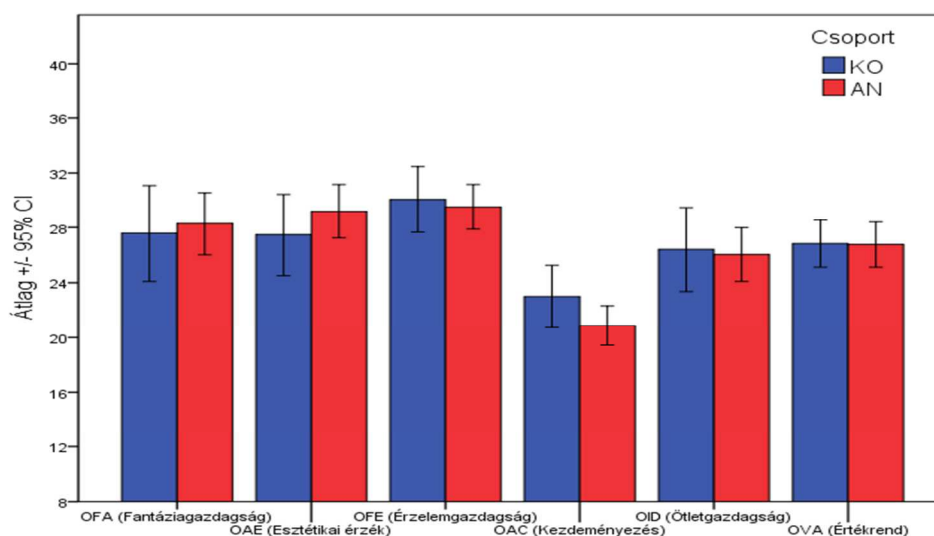


Az AN csoportban magas értéket felvevő *Depresszió*, *Szorongás* és *Gátlásosság* tengelyek a *Rezilienciával* erős szignifikáns negatív összefüggésben vannak (SZ: $r=-.670$, D: $r=-.718$, G: $r=-.737$, $p<.001$). A Vulnerabilitás szintén negatív szignifikáns összefüggést mutat a *Rezilienciával* ($r=-.626$ $p<.001$). A KO csoportban nem találtunk szignifikáns összefüggést a skálák mentén, kivéve a *Sérülékenységet* ($r=-.813$ $p<.001$).

NEO-PI-R Nyitottság (O) dimenziójának alskálák- és csoportok közötti összehasonlítása

Az (O) dimenzióján belül elemeztük az alskálák közötti különbségeket, valamint az AN és KO csoportok közötti különbséget. Az alskálák és a csoport szempontja között nincs interakció ($F(5, 200)=0.855$ $p=.512$ $part.eta^2=.021$). Az AN és a KO csoport között nincs szignifikáns különbség ($F(1, 40)=0.019$ $p=.890$ $part.eta^2<.001$). Az alskálák között van szignifikáns különbség ($F(1, 200)=15.012$ $p<.001$ $part.eta^2=.273$), mely különbség elsősorban a *Kezdeményezés* alskála szignifikánsan alacsonyabb értékéből származik (3.20.ábra).

3.20. ábra, Profilkép a NEO-PI-R Nyitottság (O) skálák alapján

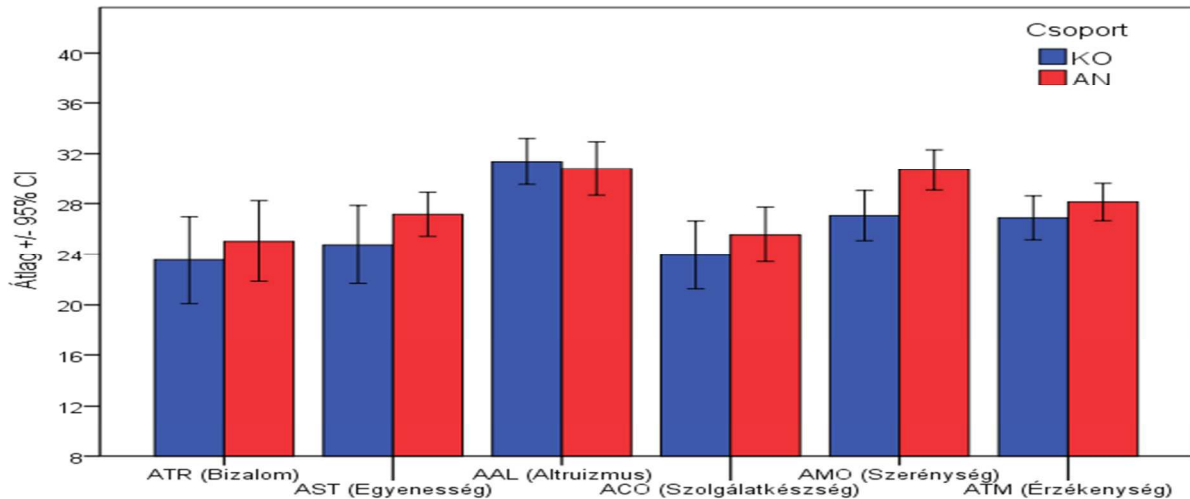


NEO-PI-R Barátságosság (A) dimenziójának alskálák- és csoportok közötti összehasonlítása

Az (A) dimenzióján belül elemeztük az alskálák között különbségeket, valamint az AN és KO csoport közötti különbséget. Az alskálák és a csoport szempontja között nincs szignifikáns interakció ($F(3.472, 138.928)=1.175$ $p=.323$ $part.eta^2=.029$). Az AN és a KO között nincs szignifikáns különbség ($F(1, 40)=2.242$ $p=.142$ $part.eta^2=.053$). Az alskálák között van szignifikáns különbség ($F(3.473, 138.928)=16.777$ $p<.001$ $part.eta^2=.295$), mely különbség elsősorban a *Bizalom* és a *Szolgálatkészség* alskálák szignifikánsan alacsonyabb értékéből származik.

A legmagasabb értéket az *Altruizmus* és attól nem szignifikánsan különbözően a *Szerénység* alskálája vesz fel. Következő értékkel a *Szerénységtől* nem szignifikánsan különböző értékkel az *Érzéketlenség* és ezt követően legalacsonyabb értékkel az *Egyenesség*, *Bizalom* és *Szolgálatkészség* jelenik meg egymástól nem szignifikánsan különbözően (3.21.ábra).

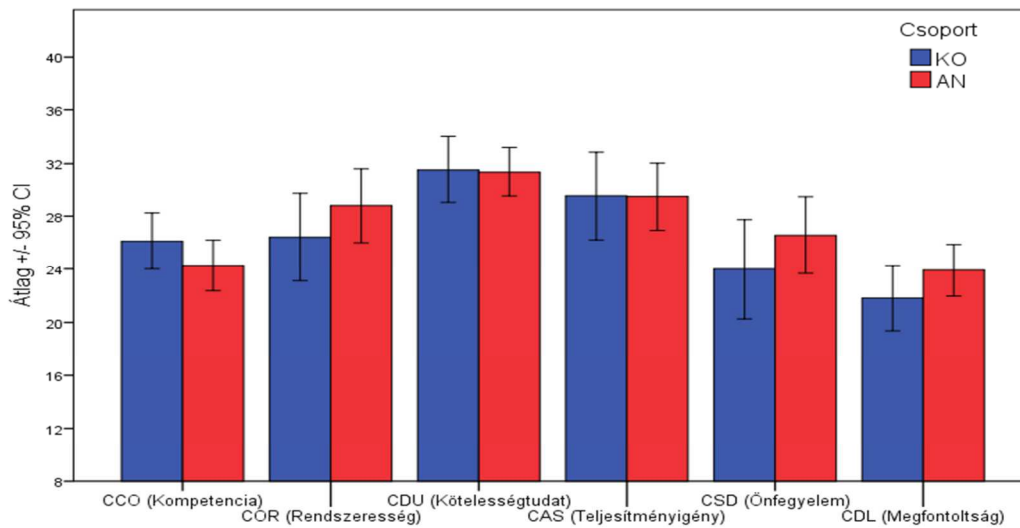
3.21. ábra, Profilkép a NEO-PI-R Barátságosság (A) skálák alapján



NEO-PI-R Lelkiismeretesség (C) dimenziójának alskálák- és csoportok közötti összehasonlítása

Az (C) dimenzióján belül elemeztük az alskálák között különbségeket, valamint az AN és KO csoport közötti különbséget. Többszemponos ANOVA eredménye alapján van interakció az alskálák és a csoport szempontjai között ($F(5, 200)=2.456$ $p=.035$ $part.eta^2=.058$). A grafikont értelmezve a további interakció ordinális és Simple Effect tesztelések alapján nem hoz jelentős eltérést a két csoport között, ezért a továbbiakban nem értelmezzük. A csoportok között nincs szignifikáns különbség ($F(1, 40)=0.317$ $p=.577$ $part.eta^2=.008$). Az alskálák között szignifikáns eltérést látunk ($F(5, 200)=30.642$ $p<.001$ $part.eta^2=.434$). Az utóvizsgálat alapján legmagasabb értékkel a *Kötelességtudat* és tőle nem szignifikánsan alacsonyabb értékkel a *Teljesítményigény* van, ezt követi a *Rendszeresség* és attól nem szignifikánsan alacsonyabb értékkel a *Kompetencia* és az *Önfegyelem* és legalacsonyabb értéket a *Megfontoltság* vesz fel (3.22.ábra).

3.22. ábra, Profilkép a NEO-PI-R Lelkiismeretesség (C) skálák alapján



A NEO-PI-R kérdőív számos alskálájának követése igénybe veheti az olvasó türelmét, ezért kérdőívek adatai alapján szeretnénk az átláthatóságot segíteni az alábbi ábrákkal (3.23. ábra, 3.24. ábra).

A KO csoportra jellemző NEO-PI-R személyiségképet a 3.23. ábrán szemléltetjük, ahol a kék szín jelöli a szignifikánsan magasabb pontszámot az adott alskálán a csoportos összehasonlításban. A betű mérete a csoportra leginkább jellemző alskálákat mutatja, értelemszerűen a nagyobb betűméret, adott tulajdonságnak nagyobb mértékű jelenlétét jeleníti meg. Az AN csoport jellemző NEO-PI-R profilképe 3.24. ábrán látható, az előzőhöz hasonló jelöléssel. Ennek megfelelően a KO csoportot sorrendben haladva a leginkább jellemző tulajdonságtól a kevésbé jellemző felé: *Kötelességtudat, Melegség, Altruizmus, Optimizmus, Érzelemgazdagság, Teljesítményigény, Izgalomkeresés, Energikusság*. Az AN csoport legjellemzőbb dimenziói az előző felsorolás logikáját követve: *Kötelességtudat, Altruizmus, Gátlásosság, Érzelemgazdagság, Fantáziagazdagság, Teljesítményigény, Szerénység, Szorongás, Esztétikai érzék*. Egyik dimenzióban sem ér el a csoport magasabb pontszámot a kontroll csoporthoz viszonyítva.

3.23. ábra KO csoport NEO-PI-R skálák személyiségkép jellemzői



3.24. ábra az AN csoport NEO-PI-R skálák személyiségkép jellemzői



A legfeltűnőbb különbség a profilokon, hogy a KO csoportban, az *Optimizmus és Izgalomkeresés* a domináns dimenziók között jelenik meg, szintén ezek az AN csoportban a kevésbé jellemző, tartományban található és helyüket a dominánsan jellemző tartalomként a *Depresszió és a Gátoltság* veszi át, egyértelműen rámutatva a negatív érzelmi és hangulati tartalmak túlsúlyára az AN csoportban, és a vitalitás hiányára.

3.4.7.4. A KO és AN jellemző profilképek a ZKA-PQ Személyiség Kérdőív skálái alapján

Többszemponos ANOVA-val vizsgáltuk a ZKA-PQ alskáláit (*Agresszió, Élménykeresés, Aktivitás Extraverzió, Neuroticizmus*) és az AN és KO csoportok közötti különbségeket. Szignifikáns interakciót találtunk ($F(2.434, 75.437)=2.951$ $p=.023$ $part.eta^2=.087$), mely interakció a Simple Effect Tesztelés eredményei alapján az *Agresszió* tengelyen látható szignifikáns különbségből adódik. Az AN csoport szignifikánsan alacsonyabb *Agresszió* értéket ad. A csoportok szerinti Simple Effect tesztelés alapján a KO csoportban az öt alskála értékei között nincsen szignifikáns különbség, míg az AN szignifikáns nagy különbséget láthatunk, mely abból adódik, hogy az *Agresszió* és *Élménykeresés* skálákon alacsonyabb értékeket adnak, mint az *Aktivitás Extraverzió, Neuroticizmus* alskálákon (3.25. ábra)

SFAA profil: A Depresszió skálán csoportos összehasonlításban az AN csoport **Szomorúság, Anhedónia, Biztonságérzet hiánya és Büntudat** alskálákon magas értéket ad.

A Táplálkozás skála, **Anorexia** alskáláján van különbség a csoportok között. Az EDI alapján különbség a két csoport között a **Karcsúság iránti készletetés, a Testtel való elégedetlenség és az Elégtelenségérzés** alskálákon találtunk. NEO-PI-R profil: **Extraverzió** skálán a csoportok közötti összehasonlításban az AN csoport **alacsonyabb értéket** vesz fel az **Asszertivitás és Izgalomkeresés** alskálán.

Neurotikusság skálán: **Impulzivitásban** van a csoportos összehasonlításban különbség.

Nyitottság és Barátságosság skálán nincs különbség a skálák és a csoportos összehasonlításban.

Lelkiismeretesség skálán: Mindkét csoport hasonlóan Kötelességtudó és Teljesítmény igényű.

ZKA-PQ profil: az **Agresszivitás** skálán van a csoportok között különbség.

3.25. ábra, Profilkép a ZKA-PQ skálák alapján

3.4.8. Testképre vonatkozó adatok a teljes mintában (TM)

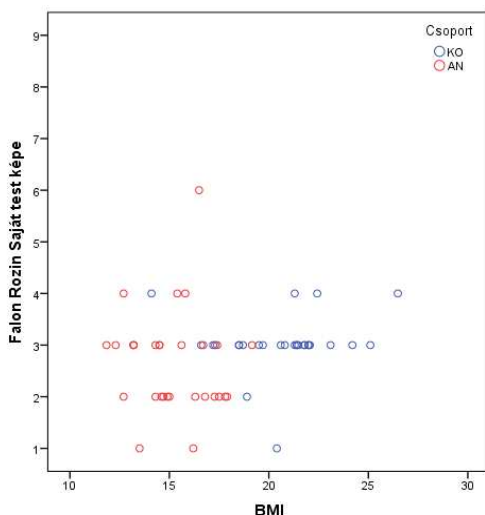
Hipotézis 7: A figura választás alacsony értéke és az alacsony BMI érték negatív összefüggésben van a Rezilienciával.

A hetedik hipotézis ellenőrzéséhez korreláció számítással hasonlítottuk össze a SAFA/Táplálkozás és Saját test elfogadás alskálákat és a Fallon-Rozin alakválasztást. Korreláció számítással hasonlítottuk össze az EDI/Testtel való elégedettség alskála és a Fallon-Rozin alakválasztást.

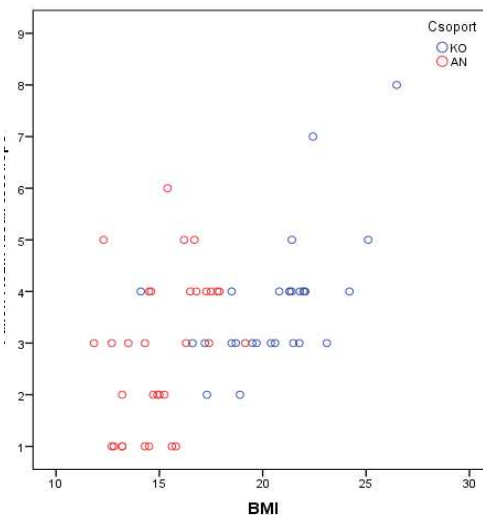
Az AN tünetei közül az egyik legmakacsabb a testképzavar, gyakran tapasztaljuk, hogy a kezelés folyamatának utolsó szakaszában kezd csak enyhülni. Eredményeink alapján azt látjuk, hogy a Fallon-Rozin tesztben KO személyek 3-as számú figurát választották leggyakrabban saját testképükkel egyezőnek. Az AN csoport elsősorban 2-es és a 3-as figurát választotta, melyből a 2-es egyértelműen különbözik a normál populációban választott figurától. A KO átlaga=3.069, az AN átlaga 2.515. A figuraválasztásban 0,5 átlag érték eltérés csekély mértékű, a BMI-ben számolt különbséghez képest (KO BMI 20.66 vs. AN BMI 15.68). Az AN csoportban nagyobb szórás látható (saját KO - SD=0.594, saját AN - SD=1.149) (ld. 3.33. ábra).

Az ideális figura választásban az AN csoport szórtaabb képet mutat, amit a testi élmény fragmentáltságához kötünk.

3.26. ábra, BMI és Fallon-Rozin saját test

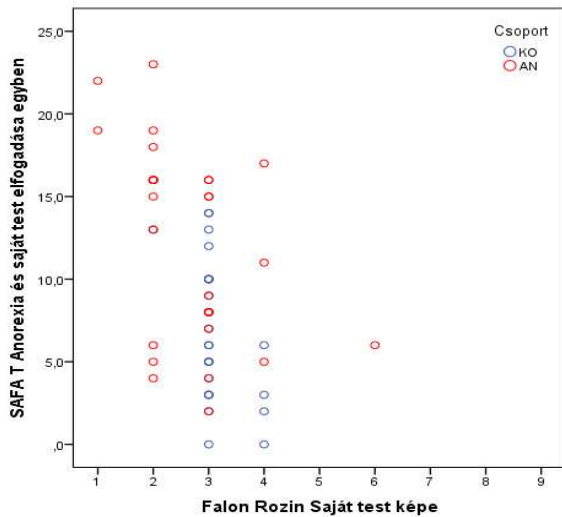


3.27. ábra, BMI és Fallon-Rozin ideális test

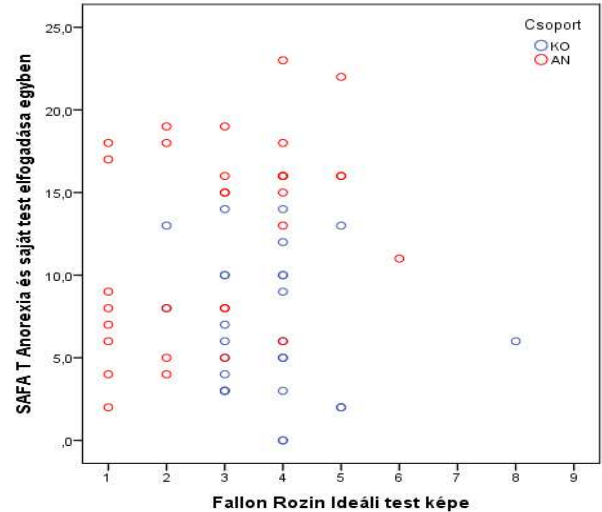


Várakozásunknak megfelelően a SAFA *Táplálkozás* skála, *Anorexia* és *Saját test elfogadása* alskálán magas értéket adó anorexiások a Fallon-Rozin emberalak rajzok közül az átlagtól eltérő 2-es figurákat választották, ami a testkép zavarára utal mindkét teszt alapján ($r=-.555$ $p<.001$). Az ideális testkép kiválasztásánál az összefüggést nem találtuk meg ($r=.057$ $p=.666$).

3.28. ábra, SAFA T és Fallon-Rozin saját test



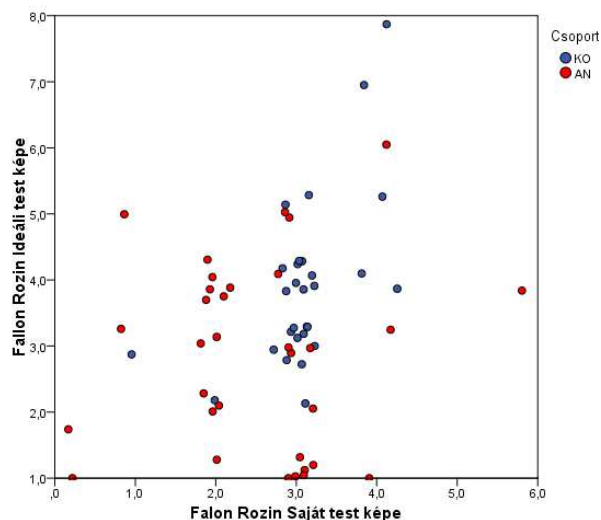
3.29. ábra, SAFA T és Fallon-Rozin ideális



test

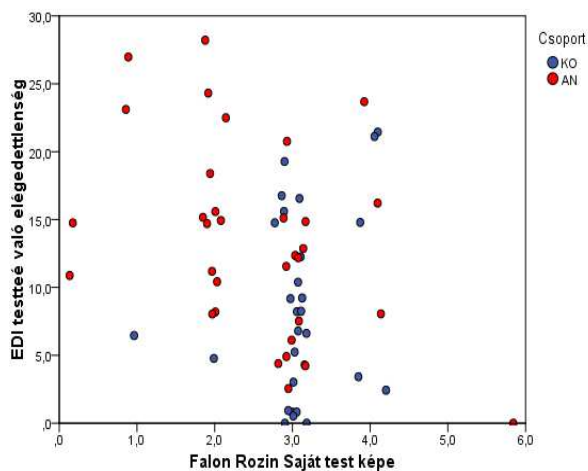
Az 3.30. ábrán látható, a saját test és az ideális test kapcsolata (a nagymértékben átfedő értékek megjeleníthetőségének érdekében Jittert alkalmaztunk). A KO személyek saját és ideális figura választása hasonló, ami a saját test elfogadását mutatja. Az AN csoport saját és ideális figura választása szórt képet mutat.

3.30. ábra, Fallon-Rozin saját és ideális testkép

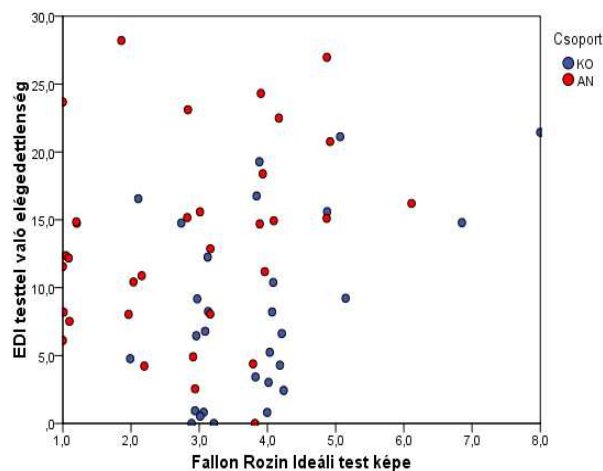


Fallon-Rozin és EDI Testtel való elégedettség skálája közötti összefüggéseket vizsgálva a KO csoportban nincsek szignifikáns korreláció a két skála között ($r=.259$, $p=.175$). Az AN csoportban azonban szignifikáns, negatív kapcsolatot látunk ($r=-.414$, $p=.017$). A negatív összefüggés a két skála között azt jelenti, hogy azok a személyek, akik a saját testkép esetén alacsonyabb értéketeket jelöltek elégedetlenebbek a testükkel. Ennek látszólag ellentmondó eredmények vannak a Fallon-Rozin ideális figura választásban, ahol az AN csoportban nincs szignifikáns összefüggés az Ideális alakválasztás és az EDI testtel való elégedetlenség skálája között. Ez az eredmény alátámasztja a korábbi feltételezésünket, hogy az AN csoport bizonytalanságból és megfelelésből választ nagyobb ember alakokat a Fallon-Rozin tesztben.

3.31. ábra, EDI T.elégedetlenség és F-R saját test



3.32. ábra, EDI T.elégedetlenség és F-R ideális



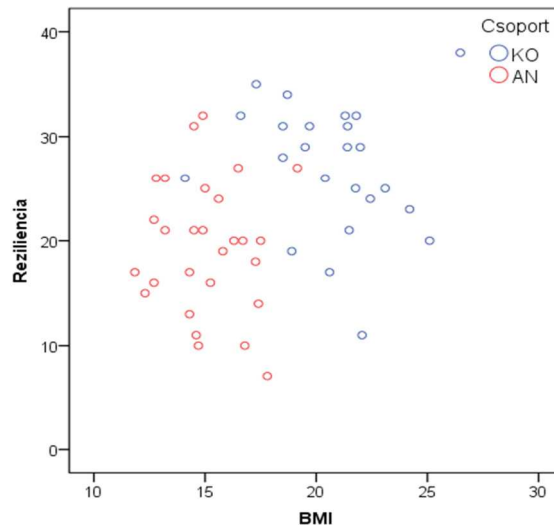
test

3.4.8.1. BMI hatása a Rezilienciára AN és KO szerint bontva

A TM-n vizsgálva látunk korrelációt a BMI érték és a Reziliencia között, mely hatás abból adódik, hogy a KO személyek BMI szempontjából az egészséges tartományban vannak és

magasabb *Reziliencia* mutatóval is rendelkeznek ($r=.339$ $p=.014$). Azonban az AN és KO mintán külön vizsgálva az összefüggést a korábbi korreláció eltűnik. A KO: $r=-.154$ $p=.471$ és az AN: $r=-.074$ $p=.708$. Az eredményeink rámutatnak arra, hogy megterhelő élethelyzetben, distressz hatására nem a testi tényezők a meghatározók a *Reziliencia* szempontjából, hanem az érzelmi apparátus.

3.33. ábra, Reziliencia és BMI



Fallon-Rozin alak választásban az AN csoport 2-3-as alakokat választott, a KO csoport 3-as alakot.

A SAFA/T, Anorexia és Saját test elfogadása alskálákon magas értéket adó személyek 2-es alakot választották.

Az EDI és Fallon-Rozin alakválasztás között negatív összefüggést találtunk az AN csoportban.

A Reziliencia és a BMI összefüggésben van a TM-ban, azonban ez az összefüggés a csoportok külön vizsgálatával megszűnik.

3.4.9. A 10 profilos Szondi teszt elemzése

Hipotézis 8: A 10 profilos Szondi teszt mennyiségi mutatói eltérnek az AN és KO csoport között

Hipotézis 8/a: Az AN és KO csoportos összehasonlításban a 10 profilos Szondi teszt mérése alapján különböző ösztönosztályba tartoznak.

Hipotézis 8/b: Az AN csoport Szexuáli-indexe dűr hangolódású a KO csoport moll hangolódásával szemben.

Hipotézis 8/c: Az AN csoport Szociál-indexe szociál pozitív, ellentétben a KO csoport szociál negatív Szociál-indexével.

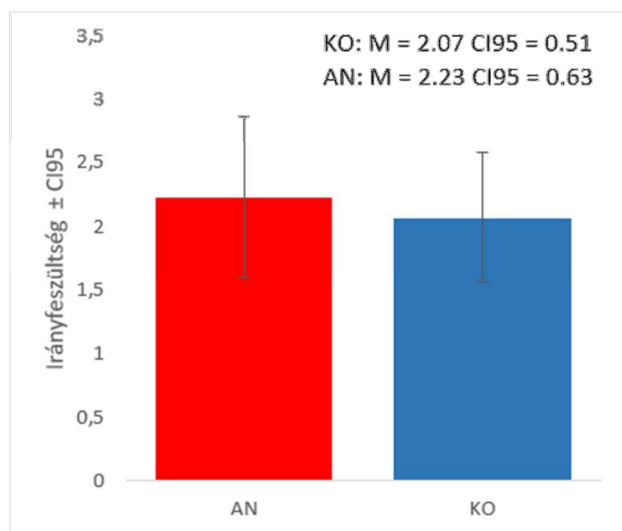
Hipotézis 8/d: Az AN csoport kielégíthetetlen, elfojtott agresszív tendenciája erősebb.

3.4.9.1. Az adatok elemzése Mennyiségi módszerrel

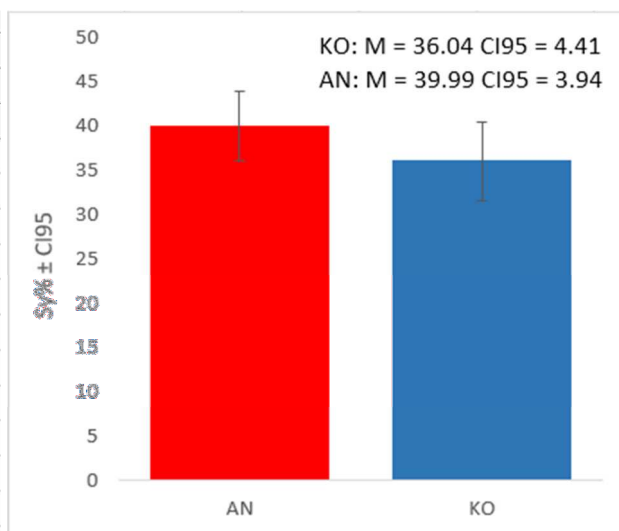
Az irányfeszültséget (továbbiakban: IFH) Szondi leírását követve számoltuk, melynek értéke a mérhető feszültség szintjéről ad tájékoztatást. Mintánkon a két csoport közötti összehasonlításban csekély különbséget találtunk, mindkét csoport átlagértéke KO IFH=2.07 (SD=1.07) és AN IFH=2,23 (SD=1.83) között helyezkedik el, (normál tartomány 1-3 között) az AN a normál tartomány felső részén helyezkedik el (3.34.ábra).

A tüneti százalék (továbbiakban Sy%) értéke a tünetképzés mértékét mutatja. A két csoport közötti összehasonlításban különbséget találtunk, a KO Sy%=36.04 (SD=9.56), az AN Sy%=39.99% (SD=11.40). A normál tartomány értékeit (normál tartomány: 20-30%) ugyan mindkét csoport meghaladja, az AN csoport tüneti százaléka, a magasabb (3.35. ábra), a szórás figyelembevételével a tünetképzést igazolja a csoportban.

3.34. ábra, IFH csoportos összehasonlítása



3.35. ábra, Sy% csoportos összehasonlítása



3.4.9.2. A leggyakrabban előforduló ösztönosztály csoportos összehasonlítása kvalitatív módszerrel

A 3.18. táblázatban láthatók a minta adatai. A korosztályban mért szignifikáns különbség okát fent külön tárgyaljuk, itt nem térünk ki rá, azon kívül, hogy Szondi vizsgálatai alapján egy csoportként értelmezhető a minta a korosztály szempontjából (Szondi, 1942).

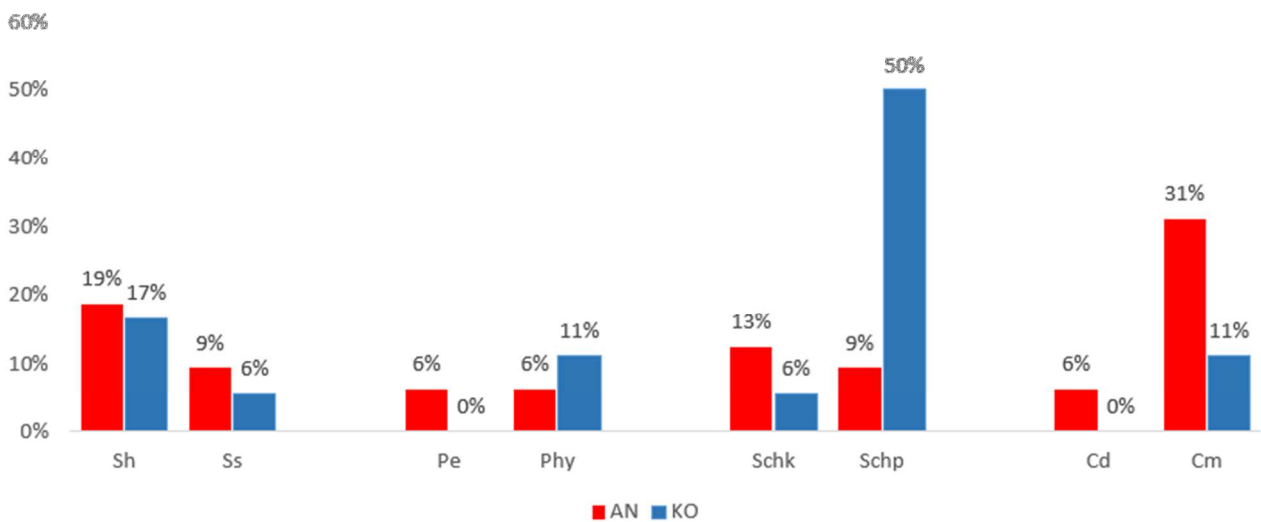
3.18. táblázat, Szondi-Minta 1.2. adatai

| | Elemszám | Életkor | Nem | Társad.oszt. |
|----|----------|-----------------|------------|--------------|
| AN | 32 | 15.27 (SD 1.43) | lány (MNÉ) | közép. oszt. |

| | Elemzés | Életkor | Nem | Társad.oszt. |
|-------------------|---------|-----------------|------------|--------------|
| KO | 17 | 16.76 (SD 1.70) | lány (MNÉ) | közép.oszt. |
| t(47)=3.08 p=.002 | | | | |

Ösztönosztályok csoportos összehasonlítása alapján az AN csoport jellemző ösztönosztály a Cm+ (31%), míg a KO csoport jellemző ösztönosztály a Schp+ (50%) (3.36. ábra). Egyik mért ösztönosztály sem tartozik a korosztályban jellemző ösztönosztályhoz (Szondi, kézirat, 1942).

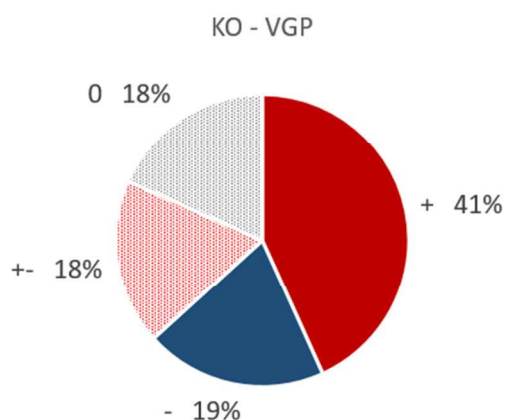
3.36. ábra, Ösztönosztályok csoportos összehasonlítása



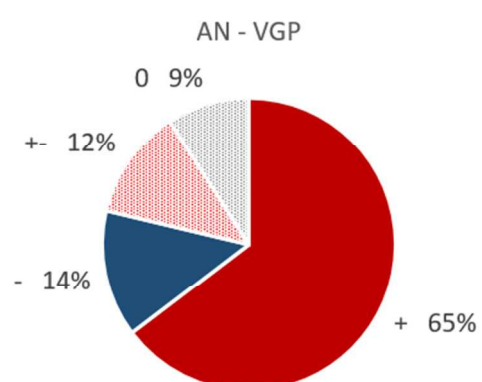
3.4.9.3. A megosztott, kiürített- és a telített reakciók csoportos összehasonlítás TM-n

Az előtérben mutatott telített reakciók százalékban kifejezve a 3.37 és 3.38. ábrákon láthatók, ahol a piros szín a “+”, a kék a “-”, a “+/-” halvány piros, és halvány szürke a “0”-reakciókat jelöli.

3.37. ábra, KO előtér, összesített reakciók



3.38. ábra, AN előtér, összesített reakciók



Mindkét csoportban a telített “+” reakciók gyakori előfordulása látható (KO 41%, AN 65%). A KO csoportban a “+” reakció 41%, a “-“ reakció 19%. Az AN csoportban a “+” reakció 65% és a “-“reakció 14%.

Az ösztönfeszültséget adó “0” és “+/-“ reakciók a KO csoportban összesen 36%, megoszlás alapján; egyenlő arányban a “0” reakció=18% és “+/-“ reakció=18%, az AN csoportban összesen 21%, megoszlása alapján; “0” reakció =9% és “+/-“ reakció= 12%. Az AN csoportban a megosztott (+/-) reakció gyakorisága magasabb.

A telített reakciók eloszlása részletesen a 3.19. táblázatban található. Az AN csoportban, nagyobb arányban, az összes telített reakció felét, a Cm faktoron (! !! !=33.21%) adták, míg a KO csoportban a telített “+” reakciót az Sh faktoron adta (! !! !=33.33%).

3.19. táblázat, A telített reakciók százalékos megoszlása

| ! !! !! | h | ss | e | hy | k | p | d | m |
|---------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|-------|--------|
| AN | 10,19% | 12,83% | 7,55% | 16,60% | 10,94% | 3,02% | 5,66% | 33,21% |
| KO | 33,33% | 5,55% | 1,52% | 11,11% | 11,11% | 18,69% | 2,02% | 16,67% |

3.4.9.4. Az AN csoportban leggyakrabban előforduló “Cm” ösztönosztály csoportos összehasonlítása kvalitatív módszerrel. Szél-Közép módszer

A Szondi teszt elemzésének sajátosságait figyelembe véve a leggyakrabban előforduló ösztönosztály vektor reakcióit hasonlítottuk össze az választások előfordulása alapján százalékban kifejezve. Az AN csoportban leggyakrabban előforduló Cm+ ösztönosztály vektor reakcióit láthatjuk Szél-közép módszerrel összesítve a 3.19. táblázatban. Minden vektoron a két leggyakrabban előforduló reakciót tüntettük fel. A zárójelben feltüntetett érték az adott faktorreakció, Cm+ ösztönosztályban előforduló választások %-os értékét mutatja.

3.20. táblázat, Szél-közép módszer eredményei, Cm+ ösztönosztályban

| SZÉL | h | s | d | m |
|------|----------------------|---------------------|----------------------|--------|
| AN | - (m39%) 0 (m35%) | +(m37%) - (m26%) | - (m38%) 0 (m37%) | +(65%) |
| KO | - (m34%) +(m33%) | - (m38%) +(m25%) | - (m43%) 0 (m30%) | +(41%) |

| KÖZÉP | e | hy | k | p |
|-------|----------|----------|----------|----------|
| AN | - (m38%) | - (m59%) | - (m44%) | + (m45%) |

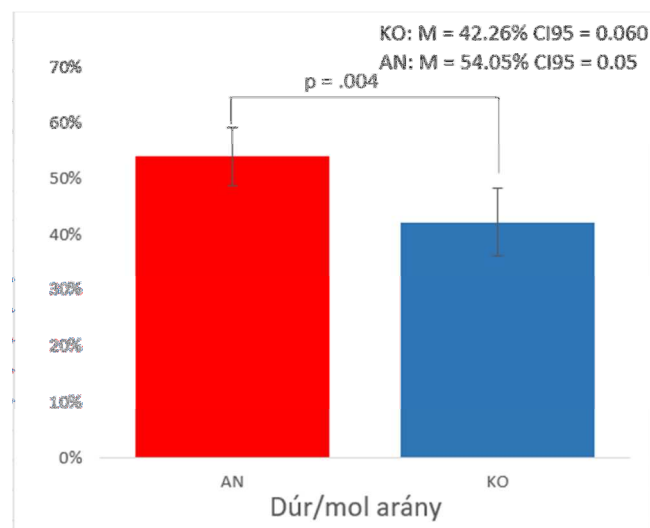
| KÖZÉP | e | hy | k | p |
|-------|----------------------|----------------------|------------------------|----------------------|
| | 0 (m31%) | +/- (m14%) | +/- (m34%) | 0 (m42%) |
| KO | + (m35%) 0 (m28%) | - (m70%) 0 (m19%) | - (m58%) +/- (m25%) | + (m49%) 0 (m26%) |

A 3.20. táblázatban vastagon szedve jelöljük a két csoport választásában az eltérést. A S és P vektor reakciók eltérése alapján az AN csoport tagjainál az S(- +), míg a KO csoport tagjainál a S(- -, + -) vektorreakció a jellemző. A kapott vektor reakció értelmében az AN csoport tagjai az agresszió, aktivitás férfias megnyilvánulását részesítik előnyben viselkedésükben, a KO csoport által választott passzívabb nőiesebb agresszió megnyilvánulások helyett. A másik, P vektoron látható különbség szerint az AN csoport, P(- -), míg a KO csoportra a P(+ -) választás jellemző a vizsgált ösztönosztályban. A jellemző választásokbeli különbség szerint az AN csoport érzelmeit a negatív, haragos, irigy érzések szervezik többnyire, míg a KO csoport tagjainak érzelemlágát inkább a pozitív, elfogadás, szeretet érzése színezi. A megnyilatkozás módjában egyformán szégyenlős mindkét csoport, azonban a KO csoport igen magas arányban.

3.4.9.5. Csoportos összehasonlítása a Szexuál-index alapján TM-n

Az elemzés alapján a Szexuál-index eltérést mutat a két csoport között. A KO csoport Szexuál-indexe (42%), nőies, Moll jellegű, ezzel ellentétben az AN csoportnak a férfias jellemzőket hordozó Dúr jellegű a Szexuál-indexe (54%).

3.39. ábra, Szexuál-index csoportos összehasonlítása

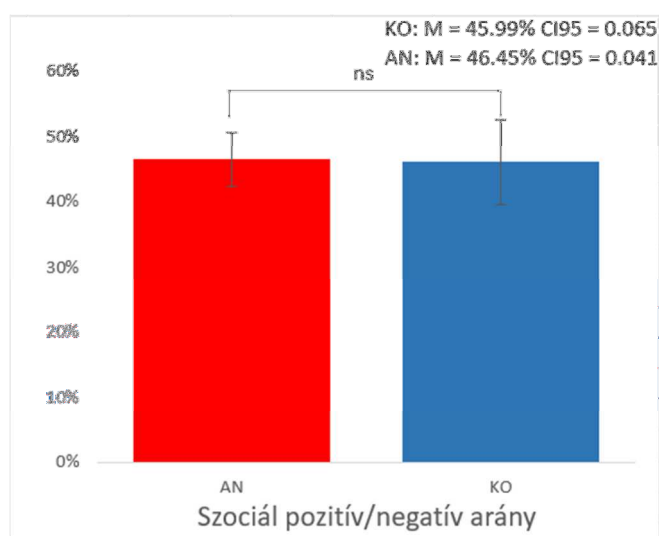


KO csoport vektoronkénti szexuál-indexe vektorreakciókra bontva egységes képet mutat (S46.5%, P31.5%, Sch47.7%, C45.8%), minden vektorban a nőies, moll tendencia érvényesül. Az AN csoport vektoronkénti elemzésében eltérések láthatók (S56.3%, P48.5%, Sch65%, C50%), az S, Sch és C vektorokban, férfias, dúr tendencia érvényesül, míg a P vektor nőies, moll jellegű, különösen magas étékkal az Sch vektorban (3.39.ábra).

3.4.9.6. Csoportos összehasonlítása a Szociál-index alapján a teljes mintán (TM)

Az elemzés alapján mindkét csoport Szociál-indexe, szociál negatív, a KO 46%, és az AN 46.5% (3.40. ábra). A KO csoport vektoronkénti elemzése egyenetlen képet mutat (S39.4% P41% Sch65.5% C45%), az S, P, C tengelyeken szociál negatív, míg az Sch tengelyen szociál pozitív képet látunk, de összeségében a teljes kép Szociál negatív. Az AN csoport vektoronkénti elemzése szintén egyenetlen képet mutat (S42.2% P31.8% Sch74.2% C45.4%), jelentősebb 10% eltérés a KO csoporthoz képest az Én-es tengelyen látható képe, ahol az AN csoport is szociál pozitív. Mindkét csoport a társadalmi elvárásoknak megfelelően viselkedik az adatok alapján, az átlagosnál magasabb szinten az Én-es (Sch) vektorban Szociál pozitív a tendencia, ez az AN csoportban ez extrém magas értékű.

3.40. ábra, Szociál-index csoportos összehasonlítása

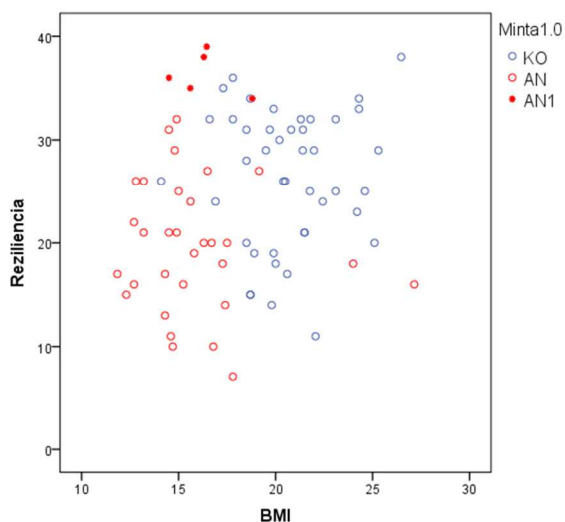


Különbséget találtunk a csoportok között a mennyiségi mutatók alapján, az AN csoport irányfeszültsége (IFH) és tüneti százaléka (Sy%) magasabb. Az AN csoportban gyakori ösztönosztály a Cm+, az KO csoportban az Schp+. Telített reakciók az AN csoportban a Cm+faktorban, a KO csoportban az Sh+ faktorban azonosíthatók.

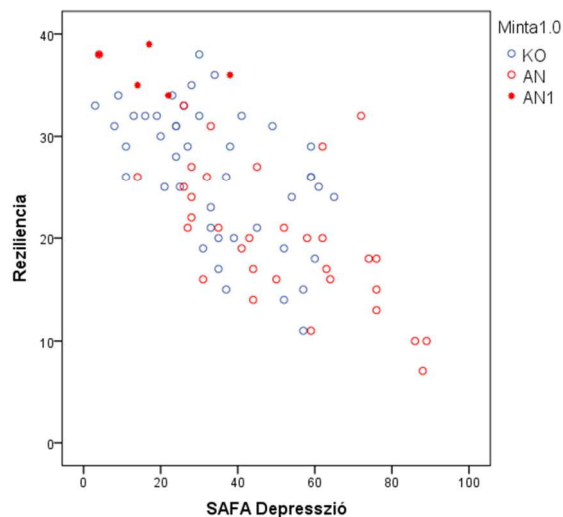
3.4.10. AZ AN1 CSOPORT KISZŰRÉSE, ÉS KIZÁRÁSA A MINTÁBÓL

Az adatok feldolgozása, tisztítása során feltűnt, hogy az AN csoportban extrém magas Reziliencia értékeket kaptunk néhány anorexiás lánytól. A magas pontérték azt hivatott jelezni, hogy a személy megterhelő élethelyzetben reziliens módon tud alkalmazkodni és válaszreakciókat kialakítani. Azonban az érintett lányokról az anamnesztikus adataik alapján tudtuk, hogy a diagnózist megelőző fél-egy évben egyre zárkózottabbá és beszűkültebbé váltak a külvilági ingerekre és saját igényeikkel szemben, komoly testsúlyvesztés mellett. A látott keresztmetszeti kép alapján sem feltételezhattük a magas reziliencia értékeik valóságát, mivel a leírttal megegyező viselkedést tapasztaltunk a kivizsgálás folyamatában is. Az ellentmondást észrevéve külön csoportot képeztünk az extrém magas pontértéket (R=36-40 pont) adó AN lányokból és AN1 csoport néven neveztük el őket. Az AN1 csoportot elkezdtek több dimenzióban megvizsgálni, ellenőrizve azt a feltevésünket, hogy a csoport tagjai különösen hamis képet mutatnak magukról, ami a vizsgálat szempontjából felveti az eredményeik validitását. Megvizsgáltuk a *Reziliencia*- és BMI, SAFA/Depresszió (D), SAFA/Táplálkozás (T), NEO-PI-R/Vulnerabilitás (NVU), SAFA/Szociális kíváncsiság összefüggéseit, melyeket az alábbi ábrákon mutatunk be, valamint a függelékben látható még a *Reziliencia* és SAFA/Szorongás (SZ) összefüggése, illetve a *Reziliencia* és NEO-PI-R dimenzióiban mutatott összefüggések grafikonjai. A kiválasztott személyeket piros csillaggal jelöltük az AN1 csoportként.

3.41. ábra, Reziliencia és BMI



3.42. ábra, Reziliencia és SAFA Depresszió

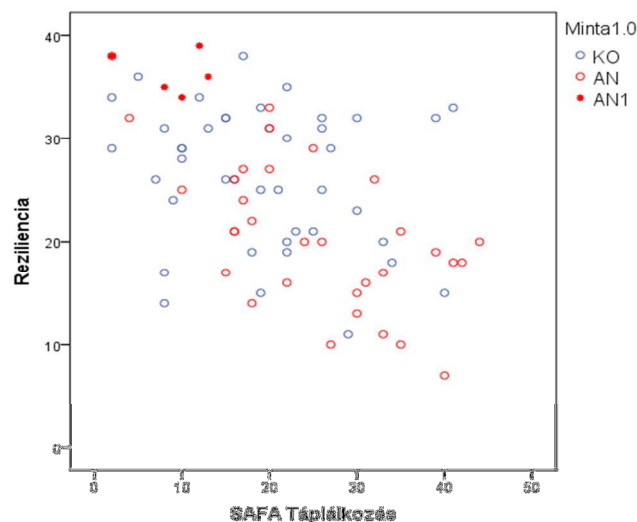


A *Reziliencia* és BMI összefüggésében (3.41. ábra) feltűnik, hogy az igen magas *Reziliencia* értékekhez, alacsony BMI (18 alatti) értékek tartoznak és az AN1 csoport a kontroll csoporttól és az AN csoporttól is elkülönül *Reziliencia* szempontjából.

A *Reziliencia* és a SAFA/*Depresszió* alskála eredményeit ábrázoló grafikonon (3.42. ábra) is hasonló elhelyezkedését látjuk az AN1 csoportnak, magas *Reziliencia* érték mellett igen alacsony *Depresszió* értéket mutattak. Az AN1 csoportba sorolt lányok keresztmetszeti képben, nem mutatják egyértelműen a depresszió jeleit, hangulatuk kicsit nyomott, alvásuk időnként problémát okoz, teljesítményük megtartott, betegségre utaló tünetek egyértelműen az evési magatartásban mutatkoznak meg, melyet szintén tagadnak. Hangulatukkal kapcsolatban nem fogalmaznak meg problémát.

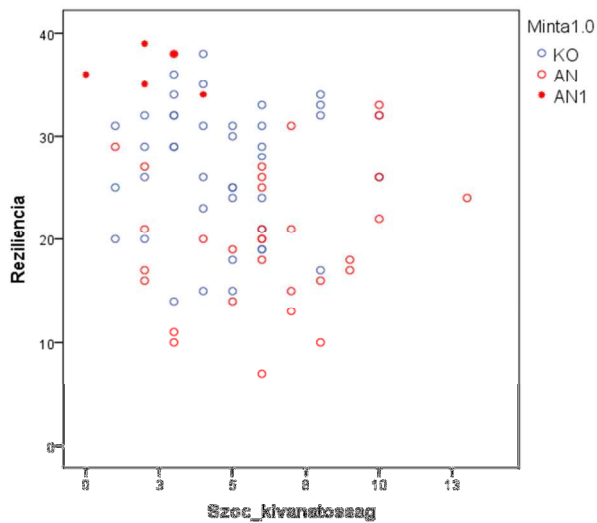
A *Reziliencia* és a SAFA/*Táplálkozás* alskálán az AN1 csoport, magas *Reziliencia* érték mellett igen alacsony *Táplálkozás* értékeket mutat. Önmagában az AN betegségének az elutasítása nem meglepő, mivel a betegség tagadása része az AN klinikai képének. Az AN csoporton belül is különválnak az AN1 csoport tagjai, extrém módon tagadnak, eredményeik valószínűsíthetően nem validak. (3.43. ábrán).

3.43.ábra, Reziliencia és Táplálkozás

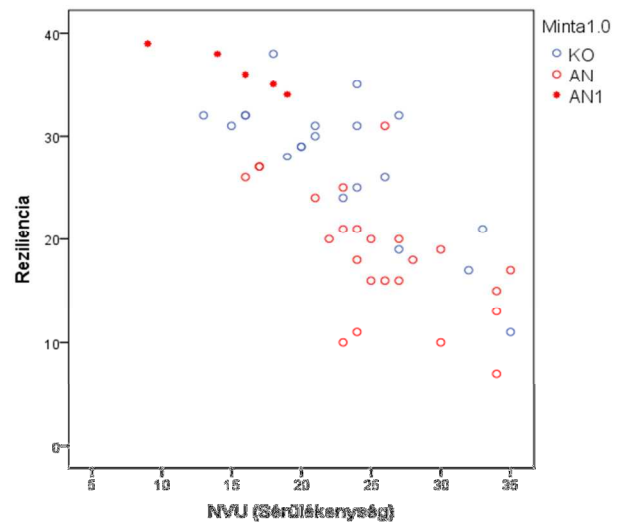


Az előzőekkel az AN1 csoportban összhangban állnak a *Reziliencia* és a SAFA/*Szociális kívánatosság* alskála eredményei, melyek a 3.44. ábrán láthatók, magas *Reziliencia* érték mellett igen alacsony *Szociális kívánatosság* értékeket adnak. A SAFA Pszichiátriai Tünetbecslő Skála, *Szociális Kívánatosság* dimenziója a teszt érvényességéről ad egyértelmű információt. Az alskála alacsony értékei az AN1 csoport validitási problémáit igazolja, és a teszt kitöltők tagadó tendenciáját

3.44. ábra, Reziliencia és Szociális kíváncsiság



3.45. ábra, Reziliencia és Sérülékenység



A *Reziliencia* és NEO-PI-R/NVU tengely eredményeit ábrázoló grafikonon (3.45. ábra) magas *Reziliencia* érték mellett igen alacsony *Sérülékenységi* értékeket mutat. Ez az adat azon túl, hogy nem valid, arra is felhívja a figyelmet, hogy az AN1 csoport tagjai ön-és helyzet észlelésben is jelentős torzítással élnek, sérthetetlennek tartják magukat, miközben a bentfekvő betegek napi rutinját élik (vizit, vizsgálatok, stb.) és orvosi kezelésben részesülnek a klinikán. Valószínűsítjük, hogy az extrém mértékű torzítás gátolja az együttműködést a kezelőkkel.

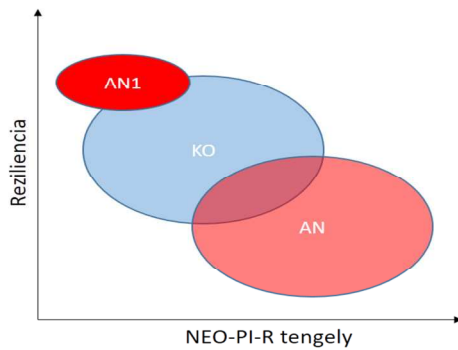
3.4.10.1 Az AN1 csoport jellemzői

Továbbiakban az AN1 csoport sajátosságait mutatjuk be az AN és KO csoporthoz képest, azzal a céllal, hogy az AN1 csoport jellegzetességeinek megfogalmazásával a diagnosztizálás korai szakaszában felismerésüket megkönnyítsük és a kezelésbe bevonás esélyét növeljük. Az eredmények bemutatása részletesen látható a függelékben. Az AN1 csoport tagjai inkább a kontroll csoporthoz hasonlóknak vallják magukat, a keresztmetszeti képben látható súlyos AN tünetek ellenére.

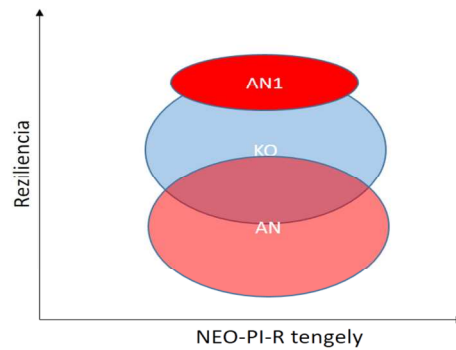
A NEO-PI-R kérdései alapján a következő dimenziókban találtunk a KO és az AN csoporttól is jelentősen eltérő választásait az AN1 csoportnak: *Kompetencia*, *Egyenesség*, *Depresszió*, *Asszertivitás*, *Gátlásosság*, *Optimizmus*, *Szerénység*, *Sérülékenység* (ld.7.sz.melléklet). A felsorolt dimenziókban az eltérés pozitív és negatív irányú is lehet, azonban csak azokban a NEO-PI-R dimenziókban találjuk meg az elkülönülést, ahol az AN és KO csoport elválik egymástól. Ilyen esetben az AN1 csoportban a kontrollhoz hasonló válaszok jelennek meg, de még a KO-hoz képest is szélsőségesen alacsonyabb vagy magasabb mértékben (3.44. ábra).

Azokban a dimenziókban, ahol a KO és az AN között nem tapasztalható különbség, ott az AN1 csoport tagjai is változatos választ adnak a NEO-PI-R szempontjából, és csak a *Reziliencia* értékek mentén alakítható ki külön csoportjuk. Az eredmény felhívja a figyelmet a *Reziliencia* kérdőív lehetséges szűrő funkciójára az AN1 csoport szempontjából.

3.46. ábra, különbség a csoportok között



3.47. ábra, nincs különbség a csoportok között



Az AN1 csoport szakmai megfontolások alapján került ki a vizsgálati mintából, azonban a statisztikai adatok is alátámasztották a döntést (a 3.46.sz és 3.47.sz. ábrák a csoport sajátos működésének szemléltetésére készültek). A hosszmetzeti klinikai kép is alátámasztja az AN1 csoport sajátos, extrém módon hamis működését az eredeti mintán belül (Minta 1.0). A vizsgálatból kizárt AN1 csoportba tartozó AN lányok és családjaik nem vállalták a kezelésre vonatkozó megállapodást és a terápiás munkát, megszakították a kezelőkkel való együttműködést mind testi, mint lélektani értelemben. Feltételezzük az család alacsony Rezilienciáját.

A továbbiakban a Reziliencia értékek és a SAFA/Szociális kívánatosság alskála alapján nem terveztünk kizárást a vizsgálatból validitási probléma miatt az AN lányoknál. Eredményeink alapján megállapítható, hogy a CD-RISK Reziliencia kérdőív megbízhatóan jelzi a kezelési együttműködés problémáját az AN lányoknál, ami a hamis ön- és környezete észlelése, az extrém tagadás és a betegségbelátás hiányával hozható összefüggésbe. Így több szempontból ellenőrizve az AN1 csoportot jellemző hamis tendenciát, egyértelművé vált, hogy eredményeik nem értékelhetők, a vizsgálati mintából kizártuk őket.

A grafikonokon több helyen lehet látni a KO csoportban egy személyt, aki valószínűleg szélsőségeket vesz fel a NEO-PI-R egyes tengelyein, azonban a többi teszten ellenőriztük és az elfogadható tartományban helyezkedik el, ezért őt csak a NEO-PI-R összefüggések vizsgálatából zárjuk majd ki.

4. EREDMÉNYEK MEGBESZÉLÉSE ÉS KITEKINTÉS

A megbeszélést a személyiség jellemzők, személyiségprofil eredményeinek összegzésével kezdjük (4.1.fejezet), majd az érzelemszabályozás és reziliencia összfüggéseit és a pszichoszomatikus tünetképzés eredményeit összegezzük (4.2.fejezet). Ezt követi a pszichodinamikus összefüggések megbeszélése a Szondi teszt értelmezésével. Később rátérünk az én és a reziliencia, illetve a testkép és reziliencia kapcsolatára. Miután összefoglaltuk az AN csoportra jellemző eredményeket, kitérünk az AN csoporttól eltérő és a vizsgálatból kizárt AN1 csoport sajátosságaira. Végezetül kutatómódszertani szempontból is összegezzük a vizsgálat tanulságait. A kitekintésben (4.5.fejezet) a kutatás által felvetett, tovább vizsgálandó kérdésekre és az eredmények gyakorlati relevanciájára a pszichoterápia folyamatában.

4.1. A személyiségprofil csoportos összehasonlítása

A Big Five típusú Személyiségkérdőívek - NEO-PI-R, ZKA-PQ, - és a CD-RISK kérdőív összegzése

A Big Five típusú, személyiségdimenziókat vizsgáló kérdőívek jól alkalmazhatók a kamaszkorosztályban, az AN beteg személyiségének szűrésére. A Big Five típusú kérdőívek eredményei alapján markáns eltérést nem találtunk a vizsgálatban a két csoport között, kivéve a ZKA-PQ *Agresszió* skálán, és tendencia szinten a NEO-PI-R, *Extaverzió* dimenzióban. Mindkettőben az AN csoport alacsonyabb értékeket mutat. A csoportok közötti összehasonlításban a személyiségvonások közötti csekély különbség rámutat, hogy a betegség kialakulásában nem a személyiségvonások hatása dominál, hanem a személyiségfejlődés eltérő szintű szerveződése, szabályozása, illetve torzulása.

A ZKA-PQ *Agresszió* alskálán hangsúlyosan alacsonyabb *Agressziót* jelez az AN csoportban. Az *Élménykeresés*, *Aktivitás*, *Extraverzió*, *Neuroticizmus* dimenziókban nincs szignifikáns eltérés a csoportok között. Az AN csoport aktívabb és neurotikusabb, míg a KO csoport *Élménykeresőbb* és *Extravertáltabb*. Ez utóbbi eredményt a vizsgálatban alkalmazott mindkét személyiség kérdőív megerősítette. Korábban Csenki (2012), hasonló eredményre jutott az agresszió minősége szempontjából (Csenki, 2012).

A vizsgálat eredményei összhangban vannak korábbi kutatásokkal (Steiger és Bruce, 2004, Joó, Kövesdi, 2008, Western, Harnden-Fischer, 2001, Joó, Kövesdi, 2008, Csenki, 2012). Az elemszám növelésével az Extraverzió dimenziójában markáns eltérés várható a csoportok között.

Az Agresszió skála összefüggései

A ZKA-PQ Agresszió dimenziójában talált markáns különbség a csoportok között, a betegség kialakulásában szerepetjátszó tényezők tartjuk. A személyiségfejlődés korai időszakában a vitalitás affektusok szerepe, az anya-gyerek kapcsolat minősége és az önindította kezdeményezések hatása az én fejlődésére, a korai maladaptív sémák kialakulására meghatározó (Leung és mtsai, 1999, Waller és mtsai, 2000, Bányai, 2013). A személy érzelmi fejlődését, primer agresszív tendenciáinak megformálását teszi lehetővé az optimális érzelemszabályozó környezet (Stoudemire, 1988, Kulcsár, 1998, Southam-Gerow, Kendall, 2002, Csenki, 2012), mely hatására az agresszivitás-aktivitás-vitalitás szükséglet fejlődésének, ami az én-hatékonyságának átélését, fejlődését támogatja (Bányai, 2013). Azonban az első életévben kialakuló szabályozatlan állapotok fennmaradása hosszútávú funkció romláshoz vezetnek (Eisenberg, Spinrad, Eggum, 2010). Anna Freud, fejlődési vonalak második stádiumában, az anaklitikus tárgyszükségletről ír, melynek zavara az individualizációs folyamatot befolyásolja. A szerző a negyedik stádiumban ír az anya-gyerek kapcsolatban megjelenő ambivalenciáról, ami lehetővé teszi a gyermek függetlenedését és az anya visszahúzódását, támogatva az agresszió fejlődését. Az önkárosító viselkedést az agresszió irányába vagy minőségébe beállt változásokhoz köti (A. Freud, 2008). A megformálatlan agresszív tendenciák és az anya-gyerekkapcsolat anaklitikus jellege a dependencia-autonómia harcban megreked. A dependens viszonyulásról Kernberg ír (Kernberg, 1975), evészavarokban pedig több szerző is az autonómiáért folytatott harcot látják meghúzódnival a tünetek hátterében (Bruch, 1966, 1973, Dévald, 1993; Farrel, 1995, Hamburg (1999).

Az Extraverzió skála összefüggései

Az Extraverzió skála, alszámai közül a legjelentősebb különbség a csoportok között az Asszertivitás és Izgalomkeresés dimenziókban mutatkozik, mely dimenziók a Rezilienciával pozitív szignifikáns kapcsolatban vannak, ami a KO csoport sajátossága. Korábbi felnőtt AN

csoporthoz képest. Más vizsgálatokban a konformitást, kényszeres vonásokat, rigiditást azonosították az AN csoportban, mely tényezők jelenléte alátámasztják jelen vizsgálat eredményeit (Western, Harnden-Fischer, 2001, Joó, Kövesdi, 2008).

Az Optimizmus sláka összefüggései

Az *Optimizmus* alskála egyértelműen jelzi a *Rezilienciát* a TM-ben. Korábbi felnőtt mintán végzett kutatások eredményeivel összhangban vannak eredményeink (Masten, 2001). Az AN csoportban az *Optimizmus* hiányának hatása erősebb és egyértelműbb a *Rezilienciára*. A kapott eredmény összhangban van korábbi neuro-endokrin, és immunrendszert vizsgáló kutatások eredményeivel (Chida, Steptoe, 2008, Grey, Boland, Yu, Sullivan-Bolyai, Tamborlane, 1998, Zautra, 2005, Howell, Kern, Lyubomirsky, 2007, Rasmussen, Scheier, Greenhouse, 2009). Az *Optimizmus* hiánya megbízható előrejelzője az alacsony *Rezilienciának* a serdülő AN csoportban.

A Reziliencia összefüggései

A CD-RISK kérdőív alapján a KO csoport reziliensebb az AN csoporthoz képest. Az eredményt alátámasztják a személyiségkérdőívek alskáláinak adatai, ahol az AN-s csoportot jellemzi az alacsony *Agresszivitás*, *Asszertivitás* és *Izgalomkeresés*, valamint az *Optimizmus* hiánya, melyek a személyt sérülékennyé teszik, csökkentve a reziliens válaszreakciók lehetőségét.

Neurotikusság dimenzióban a két csoport eltérő képet mutat. Az AN csoport a *Depresszió*, *Szorongás* és *Gátlásosság* alskálákon magas értékeket ér el, és ezektől jelentősen eltérő alacsony értékeket pedig a *Barátságatlanság*, *Impulzivitás* és *Sérülékenység* alskálákon vesz fel. A KO csoportban nem található meg ez az elkülönülés, homogénebb a csoport képe stresszel teli élethelyzetben. A NEO-PI-R *Neurotikusság* skálánál, a SAFA *Depresszió* és *Szorongás* skálák differenciáltabb alskálákkal és jobb reliabilitási mutatóval bírnak, melyek eredményeit később (4.2.1.fejezet) részletesen ismertetjük. A rezilienciát támogató és a serdülőkorban elvárható érzelmszabályozás és a környezettel hatékonyan interakcióba lépő jelentéstartó hiányát, és az „üres és ismeretlen-én“ jelenlétét igazoltuk vizsgálatunkban, melyek összegzése a következő

4.2 és 4.3 részekben olvasható. A betegségfolyás hosszát és kontinuum jellegét figyelembevéve az AN, a személyiségzavar kialakulására sérülékennyé teszi a serdülő személyiséget, ezért a korai felismerés és kezelés kiemeletn fontos. A NEO-PI-R *Extraverzió* dimenzió, *Asszertivitás* és *Izgalomkeresés* alskálái, valamint a *Neurotikusság*, *Sérülékenység* alskáláját és a ZKA-PQ, *Agresszió* dimenziójának alacsony értéke a személyiség sérülékenységére utal, mely tényezők csökkentik a reziliens válaszreakciók kialakítását az AN-ban.

A sérülékenység szűrésének pszichomertia vonatkozásai

A NEO-PI-R kérdőív *Extraverzió* dimenzió, *Optimizmus* alskálája megbízható előrejelzője a *Rezilienciának*. Szintén a sérülékenységről ad információt az AN csoportban, akár pozitív, akár negatív irányba tér el extrém módon az átlagostól a CD-RISK pontértéke. A felépülés szempontjából jó szűrőeszköznek tartjuk.

4.2. REZILIENCIA ÉS AZ ÉRZELEMSZABÁLYOZÁS ÖSSZEFÜGGÉSE

4.2.1. SAFA *Depresszió*, *Szorongás* és *Táplálkozás* skálák kapcsolata a csoportok közötti összehasonlítás szerint

A TM-n végzett korreláció számítással erős, negatív összefüggést találtunk a SAFA vizsgált alskálái és a *Reziliencia* között. Az AN csoportban a SAFA mindhárom alskálája negatív összefüggést mutat a *Rezilienciával*, a KO csoportban a *Depresszió* alskálával van negatív kapcsolatban a *Reziliencia*. A TM-ben a *Depresszió* hatással van a *Rezilienciára*, ezt korosztályos sajátosságnak tartjuk - ahogy arról a következő bekezdésben írunk - azonban az AN csoport hangulata a klinikai tartományhoz közelít, ami eltér a normál fejlődést kísérő hangulati állapotoktól. Eredményünk összhangban van korábbi kutatásokkal, ahol 5 éves időszak áttekintésében 94%-os együttjárást találtak a szerzők az affektív állapotok és az evészavarok között (Blinder és mtsai, 2006, Tölgyesi, 2007).

A *Depresszió* hatása a legerősebb a *Rezilienciára* a TM-n. Az eredmény összhangban van számos korábbi kutatás elemzésével (Aspinwall, Tedeschi, 2010; Schiavone, Jaquet, Trabace, Krause, 2013; Vuitton, de Wazières, Dupond, 1999). A magasabb rezilienciát jelentős protektív tényezőnek találta Birmahe a depresszióval szemben (Birmahe (1996). A *Depresszió*

alskálák részletes elemzésével, legerősebb negatív összefüggésben a *Szomorúság*, *Reménytelenség*, és az *Anhedónia* dimenzióit találtunk a *Rezilienciával*. A kialakított modellben (3.2. ábra, 3.10. táblázat) a *Biztonságérzet hiánya*, és a *Reménytelenség* negatív hatása érvényesül a *Rezilienciára*. Az alskálák pszichodinamikai összefüggéseiről a következő részben (4.2.3. fejezet) írunk.

Az elemzésben kapott *Depresszió*, *Szorongás* és *Reziliencia* összefüggések a várakozásunknak megfelelnek és összhangban számos vizsgálat eredményeivel (Vuitton, de Waziérez, Dupond, 1999, Aspinwall, Tedeschi, 2010, Schiavone, Jaquet, Trabace, Krause, 2013, Kiss és mtsai, 2015). Továbbá egyértelmű fordított összefüggésről számol be több kutató a dimenziók között (Brionez és mtsai, 2010, Erim és mtsai, 2010, Holden és mtsai, 2012, Mangelli és mtsai, 2002, Ponarovsky és mtsai, 2011, Robottom és mtsai., 2012, Wingo és mtsai., 2010). A vizsgálat szintén együttjárást mutat korábbi kamaszkori reziliencia vizsgálatokkal, ahol a szorongás és depresszió rezilienciára gyakorolt hatását negatívnak, míg a stressz hatását a rezilienciára pozitívnak találták mediáló tényező mellett (Anyan, Hjemdal, 2016). A *Depresszió* és *Reziliencia* összefüggését a TM-n a kamaszkorosztály pszichés sajátosságaival magyarázzuk. A kamaszkori érést sajátos hangulati labilitás kíséri, mely nem meríti ki a klinikai diagnózis kritériumait, azonban a negatív és/vagy bizonytalan emocionális tartalmak túlsúlya által a reziliencia képességet befolyásolja (Anyan, Hjemdal, 2016). A depresszív állapotot valamilyen számunkra értékes, fontos tárgy elvesztéséhez, más veszteséghez kapcsolódó hangulati állapot, amit gyakran szomorú hangulati színezet kísér. A serdülés, mint testi, mind lélektani értelemben jelentős változást hoz a fiatalok életében. A gyermeki lét és érzélemvilág részben elvész, a fiatal veszteséget él át önmaga, észlelésével, élményeivel, értékrendjével, és érdeklődésével kapcsolatban. A serdülő bizonytalan érzelmi állapotba kerül, ami az érzelmi fejlődést szolgálja, biztonságos, támogató környezet hatására, felnőtt korra elérve az érett érzelmi és kognitív működést (Lane, Schwartz, 1987, Lean és mtsai, 1990, Benczúr, 2013). A betegség tüneteinek fejlődése is együttjárhat pszichés problémákkal, stresszel, ahogy azt a krónikus betegségek esetében igazolták (Aspinwall, Tedeschi, 2010).

Eredményünk alapján a reziliencia szempontjából kiemelkedően fontos és kritikus időszaknak tartjuk a serdülőkort, amikor a változás a személyiség fejlődés lehetősége mellett veszélyeket is hordoz. A fejlődés indukálta változás megélhető veszteségként, depresszív érzelmi színezettel, vagy a változáshoz rugalmasan igazodva, nyitottan a külvilágra, a kihívás, kíváncsiság állapotával. Az ingerkereső, nyitott hozzáállás a kihívásokhoz, próbákkal teli időszakban segíti a hatékony megküzdést (ld. 4.1. rész) és támogatja a kamasz

felnövekedésének folyamatát, a személyiség protektív tényezőinek megtalálását és alkalmazását. A biztonságos, támogató környezet hiányában a szorongás és reménytelenség erősödik, melynek összefüggéseiről a 3.4.3.2.1. fejezetben írunk.

4.2.2. Az AN csoport sajátosságai

Az AN csoportban végzett regresszió számítás alapján a *Depresszió* és a *Táplálkozás* van erős negatív összefüggésben a *Rezilienciával*, ahol a *Depresszió* magyarázza legerősebben az összefüggést, és ezt követi a *Táplálkozás* hatása.

Az AN csoport *Depresszió* értéke közel a klinikai tartomány határán van, ami a *Reziliencia* esélyeit csökkenti, és a betegség kialakulásában és fenntartásában fontos tényező. A témában korábban végzett reziliencia kutatás eredményével együttjárást mutat jelen vizsgálat következtetése (Garner, 1985, Birmahe 1996). A SAFA *Táplálkozás* és *Reziliencia* eredményekben mért különbség a két csoport között speciálisan az AN betegség sajátosságaiból adódik. A patológiás táplálkozás, pszichés beszűkültséggel jár együtt (Tchanturia és mtsai, 2005). megakadályozva a reziliens válaszreakciók megjelenésének lehetőségét és a gyógyulást. A *Táplálkozás* dimenziója önálló információval bír a betegség szempontjából, szerepét a negatív érzelmi tartalmak, és a belső feszültségek levezetésében és a pszichoszomatikus tünetképzésben a továbbiakban részletesen bemutatjuk.

Ahogy arról a 3.3.1. részben írtunk, az AN csoportban a *Szorongás* és a *Depresszió* skálák erős átfedést mutatnak a *Reziliencia* viszonylatában, míg a KO csoportban ezt az összefüggést nem találtuk meg. Az AN csoportra jellemző átfedés a dimenziók között, arra enged következtetni, hogy az eltérés a betegség sajátosságából adódik, ami a két egyébként jól elkülöníthető dimenziót átfedésbe hozza. Az AN csoportban a dimenziók átfedésének elkerülésére főkomponens elemzéssel kialakítottam a „*Belső diszkomfort érzés*” tengelyét (*DISZK.*), a „*Támasznélküliség érzés*” tengelyét (*TÁMN.*) dimenziókat. Mindkét dimenzió a *Rezilienciával* negatív összefüggést mutat. A létrehozott dimenziók a „*Biztonságérzet hiánya*” alskála helyzetének a megváltozásával váltak kialakíthatóvá, így a *Biztonságérzet hiányának* szerepét jelentősnek tartom a *Reziliencia* összefüggésében, jelen fejezet, 4.2.3. részében tárgyaljuk.

A támasz szerepének hatását a rezilienciára, korábbi vizsgálatokhoz hasonlóan, mi is igazolni tudtuk, korábbi vizsgálatokkal együttjárásban (Masten és mtsai, 1990, Werner és Smith, 1992, 2001). A „*belső diszkomfort érzés*” (*DISZK.*) hatása mintánkban összhangban van Csenki

korábbi, AN mintán végzett kutatási eredményével, ahol a distressz csillapításának problémája összefüggést mutatott az evészavaros tünetekkel (Csenki, 2012). Az érzelmek hatását a rezilienciára korábban igazolták, és a negatív érzelmek krónikus betegségben játszott szerepéről olvashatunk a szakirodalomban (Aspinwall, Tedeschi, 2010; Schiavone, Jaquet, Trabace, Krause, 2013; Vuitton, de Wazières, Dupond, 1999).

A szabályozatlan, *“Belső diszkomfort érzések”* és a *“Támasznélküliség érzés”* negatív összefüggését a *Rezilienciával* igazoltuk, az AN kórképében. Az alacsony rezilienciájú AN csoport kevésbé képesek megküzdenni stresszel és a kihívásokkal, mely a betegségükből is adódik (DeNisco és mtsai, 2011, Ponarovsky és mtsai, 2011).

4.2.3. Moderáló vizsgálat eredményei, Rezilienciát befolyásoló hatások

“Lépesmész a gyönyörűséges beszédek; édesek a léleknek, és meggyógyítói a tetemeknek.”

Példabeszédek 16:24 HUNK

Gergely és Watson (1998) szociális biofeedback modelljét alapul véve eredményeink a következőképpen értelmezhetők. A *Szomorúság* adekvát válaszreakció minden korosztályban a veszteségélményekkel kapcsolatban. Amikor a veszteség élmény a személyt körülvevő érzelmileg biztonságos környezetben jelölté válik, és lehorgonyzásra kerül, a megterhelő érzelmek szabályozási folyamata lehetővé válik (Gergely, Watson, 1998). Azonban a leírt tükröző/lehorgonyzó folyamat hiányában a szomorúságot a reménytelenség váltja fel, a lelki erőforrások csökkenésével..

Az eredményeink alapján bemutatott modellünkben (3.4.3.2.fejezet) minél inkább megjelenik a *Szomorúság* érzés mellett a *Biztonságérzés hiánya*, annál inkább megjelenik a *Reménytelenség* állapota is. A *Biztonságérzés hiányának* önmagában nincs közvetlen hatása a *Reménytelenségre*, azonban befolyásolja a *Szomorúságnak a Reménytelenségre* tett hatását. A *Biztonságérzés hiánya* mellett, a *Szomorúság* növekedésével a *Reménytelenség* állapota nő, míg alacsony *Biztonságérzés hiánya* mellett ez a hatás nem mérhető. Eredményünkből arra következtetünk, hogy a *Biztonságérzés hiánya* növeli a vulnerabilitást a *Reménytelenség* szempontjából, a *Szomorúság* jelenlétében. Eredményeink összhangot mutatnak korábbi érzelmeszabályozást vizsgáló kutatásokkal (Baumann, Kaschel, Kuhl, 2007, Csenki, 2012). A kapott eredmény együttjárásban van a kötődélméletek eredményeivel is, mely szerint a biztonságosan kötődő és a bizonytalanul kötődő személyek, a patológiás lelki mechanizmusok

és a személyiség szerveződés szempontjából jelentős különbséget mutatnak (Fonagy, Target, 2003, Gergely, Watson, 1998). Kutatásokkal bizonyították az érzelemszabályozás lelki (John, Gross, 2004), és testi egészségre kifejtett hatására (Keefe, Porter, Labban, 2006). Az első életévben kialakult szabályozatlan érzelmi állapotok hosszútávú funkcióromláshoz vezetnek (Eisenberg, Spinrad, Eggum, 2010).

A második moderáló modellben a *Biztonságérzet hiányának*, a *Bűntudat* és a *Reziliencia* összefüggésére tett hatását vizsgáltuk. Az elemzésben a *Biztonságérzet hiányának* növekedésével, nő a *Bűntudat* negatív hatása a *Rezilienciára*. Azok a személyek, akiknek a *Biztonságérzet hiánya* érték alacsony, vagyis biztonságban érik magukat, a *Bűntudat* emelkedése mellett, nem csökken a *Reziliencia* értéke. Amikor a *Biztonságérzet hiánya* mutatkozik, akkor a *Bűntudat* hat a *Rezilienciára*, csökkentve azt. A *Bűntudat* eltérően mértékben - a *Biztonságérzet hiányának* függvényében - befolyásolja a *Rezilienciát*. Aki érzelmileg biztonságos környezetben él át *Bűntudatot* (akár reális hibázása, bűn okán), képesek reziliens válaszreakciók kialakítására, rugalmas alkalmazkodásra. Az érzelmileg biztonságos környezet szerepe kiemelkedő a *Reziliencia* szempontjából. A testi és a környezeti információk harmonikus, integrált feldolgozására, a biztonságosan kötődő személyek képesek (Schoore, 2001, Láng, Nagy, 2013).

Az optimális szintű bűntudatot Szondi a normál lelki fejlődéshez szükségesnek tartja, ami az átlag ember képét jellemzi (Szondi, 2002).

Igazoltuk Biztonságérzet hiányának moderáló szerepét a Szomorúság és Reménytelenség összefüggésében, és a Bűntudat és Reziliencia kapcsolatában.

4.2.4. Mediáló hatások összefoglalása, az Interoceptív tudatosság szerepe az érzelemszabályozásban

Ahogy azt már leírtuk AN pszichoszomatikus megbetegedés (Bruch, 1973, Tölgyesi, 2007, Pászthy, 2008). A pszichoszomatikus megbetegedés, alexitím sajátosságait az serdülő-és felnőttkori AN-ban igazolták (Zonnevillje- Bender és mtsai, 2002). A betegség pszichodinamikai jellemzője az érzelmek átélésének nehézsége, az elfojtott, és/vagy szabályozatlan érzelmek testen keresztül kifejezése a tünetképzésben (Alexander, 1950, Taylor, Bagby, Parker, 1991, Kulcsár, 1996, Csenki, 2012).

Antonovsky salugenetikus modelljében megfogalmazott koherencia érzés a leghatékonyabb megküzdési mód megtalálásához segíti az egyént és így mérsékli a stressz hatásait

(Antonovsky, 1987/1991). A személyt érő események tudatosításának része az érzelmek és a testi érzetek tudatosítása, ami az én-élményt erősíti, és lehetővé teszi a hatékony válaszreakciókat (Watson, 1972, Gergely, Watson, 1996, Stern, 1985).

A két csoport összehasonlításával SAFA *Interoceptív tudatosság* alskála alapján, az AN csoport kevésbé tudatos a testi folyamataira, észleléseire. Az *Interoceptív tudatosság* és a *Reziliencia* kapcsolatát vizsgálva jelentős eltérés mutatkozik a csoportok között, az AN csoportban az Interoceptív tudatosság hiánya erős negatív összefüggést mutat a *Rezilienciával*, míg a KO csoportban ezt a hatást nem találtuk. A kapott eredményt azzal magyarázzuk, hogy a KO csoportban az *Interoceptív tudatosság* hiányának nincs meghatározó szerepe a *Rezilienciára*. Feltételezzük, hogy a KO csoport tagjai dominánsabban átélik, felismerik érzelmeiket, és kifejezik azokat, illetve az emberi kapcsolataikban számtalan módon alkalmazzák. Számukra a testnek nincs kitüntetett szerepe, mint a szabályozatlan érzelmek, kifejező és kapcsolatteremtő tényezője. Az *Interoceptív tudatosság* hiányát számos szerző leírta, eredményeik összhangban vannak jelen vizsgálat eredményeivel (Bruch, 1973, Selvini-Palazzoli, 1978, Garfinkel, 1995, Garner, 1979).

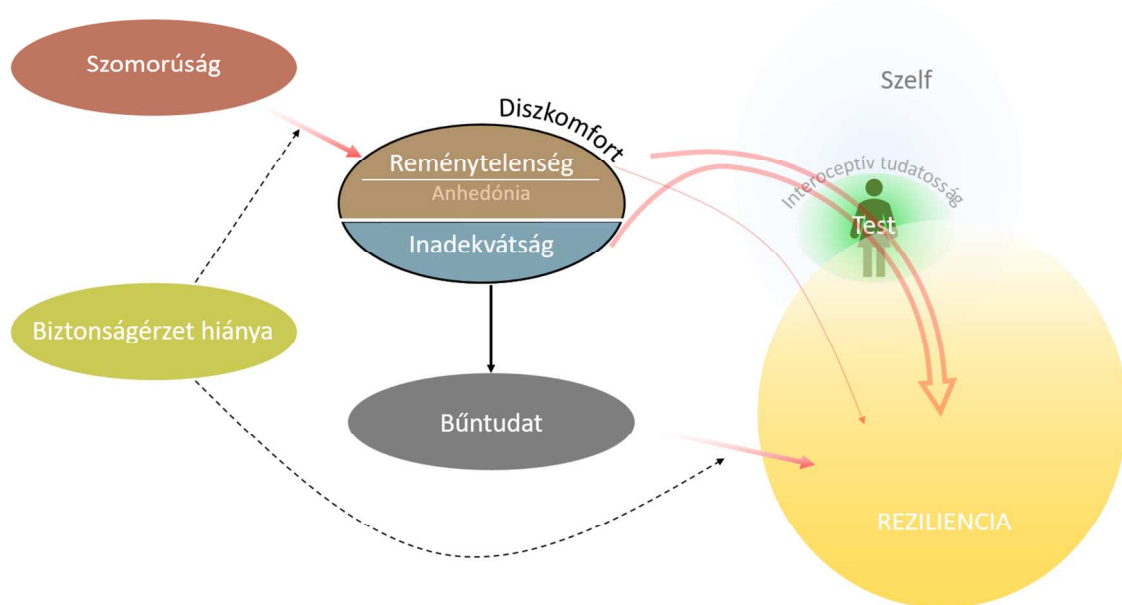
Az AN csoportban a hangulati tartalmak - *Reménytelenség* és az *Anhedónia* - megélésének és tudatosításának hiánya a testi tünetképzés folyamatát támogatja, mediálják azt, csökkentve a *Rezilienciát*. *Inadekvátság érzés* hatása teljesen megszűnik a *Rezilienciára* az *Interoceptív tudatosság* mediáló hatásának beemelésével. Az érzelmi diszreguláció, patológiás én-fejlődéshez vezet, ami az én-határok bizonytalanságával jár együtt (Péley, 2010, Hámori, 2013). Ehhez képest a test és határai konkrét, manifeszt entitás, melyen keresztül kifejeződhetnek a negatív érzelmi tartalmak, és az én- tartalmak tudattalanul (pl.: nehéz a hangulatom/nehéz a testem).

Pszichodinamikai megközelítésben, amennyiben a személynek csekély a tudatos kapcsolata a testi élményeivel, saját teste fizikai megélése bizonytalan, akkor a koherencia érzése gyenge, és a reziliens válaszreakció kialakításának lehetősége csekély. Ilyen esetben a test jó "tere" a szabályozatlan érzelmek kifejezésének a test szervein, szervrendszerein keresztül a tünetképzéssel. Más kutatók is hasonló következtetésre jutottak, egyetértésben jelen vizsgálat eredményével az érzelmeinkkel kapcsolatos válaszrendszereink bizonyos körülmények között függetlenedhetnek egymástól, megélhetünk testi reakciókat az érzelmek tudatosulása nélkül (Kihlstrom, Mulvaney és mtsai, 2000 Canon 1929, Papez 1937, MacLean 1949, LeDoux 1995, 1996, McGovern 2007).

Az eddig megtárgyalt moderáló és mediáló hatások összefoglalását az átláthatóság kedvéért az alábbi folyamatábrában mutatjuk be (4.1.ábrán) és magyarázzuk. Az ábrán a vizsgált

dimenziók pszichodinamikus összefüggéseit és a pszichoszomatikus tünetképzés folyamatát ábrázoljuk. A modellben két tényező szerepe fogalmazódik meg hangsúlyosan, mint a *Rezilienciát* befolyásoló meghatározó tartalom, az egyik a moderáló hatást kifejtő *Biztonságérzet hiánya*, a másik az *Interoceptív tudatosság*, mely mediáló hatással befolyásolja a tünetképzés pszichoszomatikus módját, csökkentve a reziliens válaszreakció lehetőségét.

4.1. ábra, a negatív és szabályozatlan emóciók szerepe a pszichoszomatikus tünetképzésben, a reziliencia összefüggésében



Az összefüggéseket balról jobbra haladva látjuk a *Biztonságérzet hiányának* moderáló hatását a *Szomorúság* és *Reménytelenség* viszonyában, majd pedig a *Reménytelenség* és *Reziliencia* összefüggésében az *Interoceptív tudatosság* mediáló hatását. A *Biztonságérzet hiánya* moderáló hatást (szaggatott fekete vonal) fejt ki a *Szomorúságra*, *Anhedóniára* és a *Bűntudatra*. A *Biztonságérzet hiányának* moderáló hatása a *Szomorúságra*, *Reménytelenségre* tett hatását befolyásolja olyan módon, hogy amikor a *Biztonságérzet hiánya* alacsony, akkor a *Szomorúság* kevésbé vezet *Reménytelenséghez*. Amikor a *Szomorúság* a növekvő *Biztonságérzet hiányában* *Reménytelenséggé* fokozódik (piros nyíl áttűnéssel), ami a lélektani térben, megélés hiányában, feszültségként jelenik meg. A *Reménytelenség* állapotának egy része megélhető és közvetlenül csökkenti a *Rezilienciát*, egy másik részében elvesz a tudatosítás és az élmény/érzelmi állapot feldolgozásának esélye. Helyette a megterhelő, szabályozatlan érzelmi tartalmak a testi kifejezés, szomatikus tünetképzés érvényesül, ezzel csökkentve a reziliens válaszreakciók lehetőségét. Az *Anhedónia* dimenziójában a fentihez hasonló, de gyengébb moderáló hatást fejt a *Biztonságérzet hiánya*. Az *Inadekvátság* érzés

feszültsége - mely az én tartalmaihoz kapcsolódik - szignifikánsan növeli a *Bűntudatot*. A *Bűntudat* növekedése, bizonyos körülmények között, a *Reziliencia* csökkenésével jár, melyre szintén moderáló hatást fejt ki a *Biztonságérzet hiánya* (folytonos fekete nyíl és piros nyíl áttűnéssel), minél nagyobb mértékű a *Biztonságérzet hiánya*, ami hat a *Bűntudatra*, annál nagyobb mértékben csökken a *Reziliencia*.

Több kutatás igazolta a bizonytalanság, reményre és a rezilienciára tett negatív hatását (Haase és mtsai, 1999, Haase, 2004, Woodgate, 1999). A reményt közvetlen kapcsolatban találták az aktív egészségmegőrzéssel és egészség javítással (Hinds, Gattuso, 1991), illetve a krónikus betegséghez való alkalmazkodással találták összefüggésbe (Haase, 1987, Hinds, 2000, Hernandez, Cella, 2002). Az AN serdülők gyógyulási esélyeinek növelésében a remény megtalálásának lényeges szerepe van.

Az *Interoceptív tudatosság* a másik tényező, mely mediáló hatásával befolyásolja az érzelmek *Rezilienciára* tett hatását. A *Reménytelenség*, *Anhedónia* részben, az *Inadekvátság érzés* teljes egészében az *Interoceptív tudatosság* hiányán - a testi csatornán - keresztül hat a *Rezilienciára* (dupla piros nyíl), csökkentve a reziliens válaszreakciók lehetőségét (ld. 4.1. ábra).

A kapott eredmények igazolják a negatív- és szabályozatlan érzelmek a testi tünetképzés által kommunikált szerepét, és a pszichoszomatikus működés összefüggését a rezilienciával. Az eredményt együttjárást mutat korábbi kutatások eredményeivel (Salovey, 2000, Kiss és mtsai, 2008, 2009, 2010, 2012). Továbbá szintén összhangot találunk az alacsony szintű érzelemszabályozási képesség és a növekvő pszichoszomatikus tünetképzés között más kutatásokkal (Baumann, Kaschel, Kuhl, 2007.). Más szerzőkkel egyetértésben érzelmi diszregulációnak tartjuk, hol az érzelmek átélési, felismerési és adaptív alkalmazási hiányára gondolunk, illetve az ambivalens érzelmek kifejezésének képtelenségére (Oatley, Jenkins, 2001, Gratz, Roemer, 2004, Quinton, Wagner, 2005, Csenki, 2012).

4.2.4.1. Mérési eszközök alkalmazási lehetősége

A SAFA *Depresszió* skála magas értéke jelzi az alacsony *Rezilienciát*. A SAFA *Depresszió* skála *Biztonságérzet hiánya*, *Szomorúság* és *Reménytelenség* alszáka magas értékei jó előrejelzője az alacsony *Reziliencia* értéknek.

Az EDI *Interoceptív tudatosság* alszáka magas értéke, az alacsony *Reziliencia* értéket bejósolja.

A SAFA *Depresszió* skála *Biztonságérzet hiánya*, *Szomorúság* és *Reménytelenség*, *Inadekváttségérzés* alskálák magas értékei, és az EDI *Interoceptív tudatosság* alskála magas értéke, a pszichoszomatikus tünetképzést jelzi és az alacsony *Rezilienciát*.

4.2.5. Az érzelmek színezete, és pszichodinamikus összefüggések a Szondi teszt értelmezése szerint

A Szondi teszt mennyiségi mutatói alapján a csoportok feszültségének fokát és a tünetképzés mértékét állapíthatjuk meg, illetve a reakciókból értelmezéséből a tünetképzés okaira is következtethetünk. Mindkét csoport tüneti százaléka normál tartományt meghaladja, az AN csoport, tüneti százaléka magasabb ami orális tünetképzésben nyilvánul meg.

A KO csoportban nagyobb arányban fordul elő az elfojtott tartalom, az AN csoportban pedig a kielégíthetetlen szükségletek a jellemzők. Az AN csoportban a belső tartalmak manifestációja elmarad a KO csoporthoz képest. A Szondi teszt IHF és Sy% mutatói, a disszertáció 4.2.4. részében bemutatott összefüggésekkel összhangban van, ahol a felismerést nélkülöző, szabályozatlan érzelmek túlsúlyát találtuk.

A Cm ösztönosztály csoportos összehasonlításban a P és S vektorokban (számításokat ld. 3.4.9. részben) eltérő vektorreakció látható. A közép reakciókban az AN csoport P vektorban, a belső pánik reakciót mutatja leggyakrabban, ami akár a szemzomotoros élmény kieséséig fokozódhat. A KO csoportot a P vektor reakció alapján a segítőkészség, lelkismeretesség jellemzi. A két csoport érzelmi színezete eltérő, az AN csoportban a negatív emóciók dominálnak, és a csoport gátoltságát a túl erős tudattalan erotikus vágyak váltják ki, melyet még az S és Sch vektor értelmezése a továbbiakban alátámaszt (Szondi, 2001, Lukács, 2016). Az AN csoportban a „-e“ faktor a rosszindulat, irigység, féltékenység, piszkálódás jelenlétére utal az érzelmi életben, míg a KO csoport a szelíd Ábel képét adja, tolerancia, jólelkűség jellemzi a csoportot, a „+e“ faktor a pozitív érzelmi színezetet jelöl. A KO csoportot a leggyakrabba előforduló P vektor alapján a gátlásos átlagember képe, aki segítőkész, érzelmi beállítódása pozitív, és büntudattal árnyalt. Mindkét csoportban a P vektorban jellemzően „-hy“faktor található, ami az elrejtőzés szándékára utal (Szondi, 2001, Lukács, 2016). Lukács az érzelmi működés összefüggéseiről a következőképpen gondolkodik Szondi terminusában: a megfogalmazhatatlan (elfojtott, vagy nem felismerhető) tartalmak, pszichés feszültségként tárolódnak, majd idővel testi tünet alakul és szomatikus formában kerül előtérbe (Lukács,

2016) ahogy ez az AN csoport esetében orális tünetképzésben manifesztálódik (ezt a Cm (!!!) vektorban mutatkozó feszültség jelzi).

Az AN csoport negatív érzelmi színezete, és belső szorongásának oka az Sch vektor figyelembe vételével jobban érthetővé válik. A csoport legjellemzőbb Sch reakciója a gátolt közép, ahol a gátlás révén az élet minden területén funkció beszűkülések keletkeznek (Szondi, 2002, Lukács, 2016). Alapvetően az adott Sch reakció a személy önszabályozását biztosítja, de az AN csoport P vektor reakcióval együtt értelmezve a szexuális funkciók beszűkülését jelzi (Szondi, 2002, Lukács, 2016). Az Én-es vektort kiegészítve az AN csoportban az S vektorral, a férfiakra jellemző maszkulin képet látjuk, ahol az aktivitás és a teljesítményre törekvése a vezető szerep. A konstellációval jellemezhető személyek az érzelmeiket nem szívesen nyilvánítják ki. Az AN csoport tisztán lányokból álló csoport, így esetükben az S vektoron adott reakció a szexuális érés problémáját jelzi egyértelműen. A KO csoport Sch vektor reakciója, a P vektorral az önszabályozás normál képe, és az S és C vektorban, a női normál, szublimált szexualitás képét mutatja, ami az emberszeretettel és odaadással párosul. A telített S (+!!! -) vektor a gyengéd, nőies érzések kamaszos felgyülemelésére utal, ami a korosztály pszichoszexuális érése szempontjából jól értelmezhető a bizonytalan és változékony párkeresés időszakában.

Amíg a KO csoport pozitív érzelmekkel, bizalommal fordul embertársai felé, addig az AN csoport gátolt a fel nem ismert belső erotikus vágyaitól, számukra az emberi kapcsolatok nem az érzelmi odafordulást, feloldódást, kielégülés lehetőségét hordozza. Férfias teljesítményre törekvésüket a Szexuál- index is alátámasztja, ami dúr hangolású, ellenazonosulás jellemzi az AN csoportot a nemiség szempontjából. A KO csoport Szexuál-indexe nőies, moll jellegű. Eredményünk, egy régen, már Charcot által megfigyelt jelenséghez kapcsolódik, amikor az agresszió és a szexualitás, betegségben játszott szerepéről (Charcot, 1895, in.: Túry, 2000). Ferenczi (1982) és Hermann (1984) az étvágyzavarokat az ösztön zavarának tartotta (Ferenczi 1982, Herman, 1984).

A Szondi teszt és a ZKA-PQ kérdőív összefüggései

A felismerést nélkülöző és kielégíthetetlen agresszív késztetések ambivalenciáját támasztja alá a ZKA-PQ személyiségkérdőív, *Agresszió* skálája és a Szondi S vektor képlete az AN csoportban, melyek látszólagos ellentmondása a két vizsgálóeljárás sajátosságával magyarázzuk. Míg az önkítöltős kérdőív a tudatos, a projektív eljárás a tudatos tartományon kívül eső késztetéseket méri. Az AN csoportban a ZKA-PQ, *Agresszió* skálán jelentősen

alacsonyabb agresszióról számol be a KO csoporthoz képest. Ezzel szemben a Szondi profilok S vektorán, jellemzően „+s” faktor reakciót adnak, ami a kielégíthetetlen agresszív tendenciára utal. Vizsgálatunk eredményét alátámasztják a modern kutatások, melyekben igazolták az emócionális tudattalan létét, vagyis amikor az érzelmenek nem vagyunk tudatában (Cooper, Cooper 2002, Winkelman, Berridge 2004). Illetve szintén együttjárást mutat, a jelen vizsgálatban talált ambivalens agresszív tendencia (amit a két teszt – önkítőltős és projektív - eltérése igazol), a korábbi kutatási eredményekkel, ahol a pszichoszomatikus betegségeket jellemző, alexitím működésben az érzelmek ambivalens kifejezését figyelték meg, és csupán a düh és a félelem képvisel jelentést (Quinton, Wagner, 2005, Csenki, 2012). A korábban tárgyalt SAFA, NEO-PI-R, EDI, ZKA-PQ kérdőívek eredményeivel megegyezően, a Szondi teszt is alátámasztja, hogy az AN csoportban az erősebb szorongást, gátoltabb képet, és a pszichoszomatikus tünetképzést, mely az érzelmek felismerésének hiánya, az agresszív késztetések ambivalenciája, a szexuális vágyak gátlása, és az érzelemszabályozás éretlensége nyomán alakul ki. A Cm vektorban felgyülemlett extrém feszültség a kapaszkodás tendenciáját mutatja az AN csoportban. Az eredmény összhangba van korábbi kutatások nemzetközi és hazai kutatás eredményével, ahol a családi környezet szerepét hangsúlyozzák az érzelmi regulációra tett hatásában (Gergely, Watson, 1998; Fonagy és mtsai, 2002, Southam-Gerow, Kendall, 2002, Csenki, Olár, Pászthy, 2010Csenki, 2012). Az AN családban a gondozói magatartás és a szabályozásban nyújtott modell sérült, a családok érzelmi, és kapcsolatteremtő kommunikációjának középpontjában az evés áll. Az érzelmi tartalmak érvénytelenítése jellemzi a verbális kommunikációt (Csenki, 2012), az evés magatartás elismerése mellett.

4.3. AZ ÉN-ÁLLAPOT ÉS A REZILIENCIA ÖSSZFÜGGÉSE

„Tanítsd a gyermeket az ő útjának módja szerint; még mikor megvénhedik is, el nem távozik attól.”

Példabeszédek 22:6 HUNK

4.3.1. Az Én és az Interoceptív tudatosság összefüggése a Rezilienciával

A bemutatott pszichoszomatikus tünetképzést követően, az én és a testi tartalmak kapcsolatát is elemeztük illetve a *Rezilienciára* gyakorolt hatását. Főkomponens elemzés eredményeképpen az *“üres és ismeretlen-én”* dimenzióval vizsgáltuk az én-re vonatkozó

információkat. Az AN csoport tagjait dominánsan az *“üres, ismeretlen-én”* dimenzió jellemzi a KO csoport tagjaihoz képest. Korábbi kutatások az én elfogadásának, és az én kompetenciájának hiányát találták evészavarosok körében (Hayes és mtsai (2014). Winnicott és Fonagy pedig egyet ért abban, hogy az én reprezentációk hiányában az én képe hamissá válik (Winnicott, 2004, Fonagy, 2008), amit az üresség jellemez (Winnicott, 2004). Ahogy az evészavarokon belül az AN egy spektrumon helyezkedik el, talán úgy a kamasz AN-ok *„üres és ismeretlen-én”*-je is egy spektrumra helyezhető, feltételezhetően súlyosabb AN-ok, *„üresebb és ismeretlenebb”* én állapottal jár együtt. A fent leírt anya-gyerek kapcsolat (anaklitikus) és az érzelmszabályozás deficit hozzájárul az *„üres és ismeretlen-én”* állapotához (Winnicott, 2004, Baumann, Fredrickson, 2006, Kaschel, Kuhl, 2007, Csenki, 2012). Az érzelmi élmények átélésének és felismerésének hiánya hosszútávon az *„üres és ismeretlen-én”* állapotával jár, ahogy azt Bóna és mtsai is írják az üres-énről (Bóna és mtsai, 2013). Hayes felveti a lehetőségét annak, hogy az AN betegséget megelőzi az én kompetenciájának hiánya (Hayes és mtsai, 2014), mely állítással eredményeink alapján egyetértünk..

Az Én természete meghatározóan befolyásolja az affektív folyamatokat, és mediálja az érzelmi élmény jellegét (Markus, Kitayama, 1991, Trope, Ferguson, Ragananthal, 2001, Foegas, Williams, 2001/2006). Az érzelmi élmények szabályozása és az én kölcsönösen és dinamikusan hatnak egymásra a fejlődés folyamatában. Az *„üres és ismeretlen-én”* az AN csoportban előre jelzi az alacsony *Rezilienciát*. Az *„üres és ismeretlen-én”* hatását a rezilienciára a kezelés megtervezésében javasolt figyelebe venni, melyről tovább a kitekintés részben olvashatunk.

A test és én összefüggésében megállapítható, hogy a test kiürítése, a fogyás tendenciája az *„üres és ismeretlen-én”-el* összefüggésben van. Az *“üress és ismeretlen-én”* negatív összefüggését a *Rezilienciával* a TM-ban is azonosítottuk. Eredményünk együttjárást mutat korábbi hazai, felnőtt krónikus betegeken végzett vizsgálat eredményeivel, ahol az önirányítottság pozitív együttjárását találták a rezilienciával. Az önirányítottságon belül többek között a céltudatosságnak, önellfogadásnak jelentős szerepét hangsúlyozzák a reziliencia kialakulásának szempontjából (Kiss, 2015). Az én jelentésselisége támogatója a *Rezilienciának*, szemben az *„üres és ismeretlen-én”-el*. Jelentéssel-én hordozza a belső magból származó motivációt, vitálit és nyitottan áll a világ kihívásaihoz, érzelmi tartalmait szabályozva.

Mindkét csoportban igazoltuk, a testi tudatosság hiányának együttjárását, az *“üres és ismeretlen-én”*, ez az összefüggés az AN csoportban erősebben mérhető. Korábbi hazai

kutatásban, ahol a terápiás hatást vizsgálták, hasonló eredményre jutottak, az énkép pozitív irányú változásával a testkép realizálódott és az evészavaros tünetek csökkentek (Tölgyes, Unoka, 2008).

Az EDI önkitöltős kérdőív eredményei alapján egyértelmű, hogy a testi élmények tudatosításának hiánya együtt jár, az „üres és ismeretlen-én“ állapotával. Mind az „üres és ismeretlen-én“, mind a testi tudatosság hiánya csökkenti a *Rezilienciát*. Korábban a kontrolláló környezet hatásaként írták le, amikor a szelf nem veszi figyelembe veleszületett szükségletei, inkább a külső értékrendszert elfogadó én-részeket fejleszti ki (Hodgins, Knee, 2002).

Az önkitöltős kérdőívek eredményeivel összhangban van a Szondi teszt értelmezése és segít megérteni az én-fejlődés pszichodinamikai összefüggését. A vizsgálatban mért ösztönosztályok egyike sem tartozik Szondi mérési alapján leírt, serdülő korosztályban jellemző ösztönosztályhoz. Szondi a 13-16 éves korosztályban a Cm- ösztönosztály találta általánosan jellemzőnek (Szondi kézirat, 1942), mely a kapaszkodás, kapcsolódás el/leválásának lehetőségét hordozza. Figyelembe véve Szondi vizsgálatai óta eltelt közel 80 évet, és a generációk változását a KO csoportban (Schp+) megjelenő én-kiterjesztés, saját határai, vágyai, fantáziái megvalósításának tendenciája, napjainkban előremutató tényező, a felnövekedést támogatja a korosztályban, a vektor „k“ faktorának szabályozó tendenciái (-k) mellett. Az AN csoport énképe gátolt, projekcióra hajlamos tendenciákat mutat az én kiterjesztése és a fantáziák megvalósítása helyett. Mindkét csoportban a kapcsolódás jellemzője a C vektorban, a megkapaszkodás, és a ragaszkodás a régi tárgyhoz. Azonban az AN csoportban a mértéke eltér a KO csoporttól, és görcsös ragaszkodást jelöl a telített Cm vektor, ahogy azt a 3.18. táblázatban láthattuk. Az AN csoportban a Cm+ telített reakciója a leválási képtelenségre utal. Ezt a konstellációt az újszülött gyermek anyjához való ragaszkodásával mutatja be Lukács, ahol a kötődés nárcisztikus: jelentése, pedig az elvárások teljesítéséért ne kelljen semmit tenni (Lukács, 2016). Az AN csoportban a Cm(!!!) vektor telített reakciója az „üres és ismeretlen-én“ állapotának a kialakulásában és a betegség fenntartásában játszott szerepére mutat rá. Olyan anya/gonozó-gyerek kapcsolatot jelez, ahol az anya kiszolgálja válogatás és visszajelzés nélkül a gyermeke fizikai igényeit. Pszichés értelemben a visszajelzés, tükrözés, jelölés hiánya létrehozza a nárcisztikus kapcsolódási képet és a szimbiotikus állapot a felek között fenntartja. Az én érése, valódi differenciálódása elmarad ebben a kapcsolódási mintázatban (Gergely, Watson, 1998). A serdülőkori pszichoszexuális érés, identifikálódás, önállósodás, leválása, amit gyakran a külvilági változás indít el (pl. iskola váltás) túlterheli az „üres és ismeretlen-én“-el növekvő AN-t, akinek a

külvilági interakcióról a meghatározó élménye, hogy a másik kielégíti igényeit, többnyire visszajelzés nélkül, ahol a fiatalnak a kapcsolatban nem kell aktív szerepet vállalni, elég passzívan elfogadni a felkínáltakat.

Az AN csoport a leválás lehetőségeinek próbálgatása helyett a kapaszkodásra fordítja figyelmét, energiáját. Saját állapotaira és igényeinek megfigyelésére nem marad energiája. Modern kötődéelméleti terminológiában a kötődés fenntartására törekszik aktívan, így a mentalizációra nem marad aktív energia (Péley, 2010, Hámori, 2013).

Az AN betegeknél a túlzott mértékű, kielégíthetetlen kapcsolódási szükséglet igazolódott, melyet az elfogadás hiánya determinál. Az „üres és ismeretlen-én“ szorongását az AN csoport Szociál-indexének Sch-vektora is alátámasztja, melyben magas szociál-pozitív képet mutatnak, ami a extrém nagy fokú megfelelési tendenciával jár együtt az Én-ben, extrém magas szorongást indukálva.

Az EDI kérdőív Interoceptív tudatosság alszála és az vizsgálatunkban leírt „üres és ismeretlen-én“ dimenzió alkalmas az énefejlődés szempontjából érintett és veszélyeztetett AN betegek szűrésére a kamasz korosztályban.

A 10 profilos Szondi teszt jól jelzi a családi kapcsolatban mutatkozó diszfunkciót AN csoportban, és a Szociál-index Sch-vektorának magas szociál pozitív értéke utal az „üres és ismeretlen-én“-re, nagyfokú megfelelési tendenciával. Vizsgálatunkban a Szociál-index értelmezésével összhangban van Bányai gondolatával, aki az én-el diszharmóniában lévő célokat a társas nyomás hatásának tartja, és ezt szorongás, negatív affektív állapotok kísérik nézete szerint (Bányai, 2013).

4.3.2. A Testképre vonatkozó adatok, és a BMI és Reziliencia kapcsolata

A testkép több dimenziós konstrukció, mely az érzelmi, kognitív, viselkedési és perceptuális tartalmak által szervezett pszichológiai élmény; valamint a testhez kapcsolódó szelférzet és a viszonyulás, szubjektív és szociálisan meghatározott (Cash, 2002, 2011, Czeglédi és mtsai, 2009). Az interperszonális kapcsolatok és folyamatok hatására formálódik az énkép és alakul az identitás (Csenki, 2015).

A testkép és az énkép kapcsolata szoros és dinamikusan változó. A testünkről való tudás mentális és szomatikus eredetű, melynek vannak tudatos és tudattalan tartalmai. A testkép az Én részét képezi, az Én-fejlődést befolyásolja, ugyanakkor az Én is reagál a testre a fejlődés folyamatában, tartalmát tekintve kognitív és emocionális jellegű (Gallagher, Cole, 1995).

A test fizikai egységének hiányos megélése, a testélmény fragmentációját hozza létre (Stern, 1985), ahogy azt a súlyosabb anorexiás betegeknél tapasztaljuk. A testélmény fragmentációja hatással van az Én-élményre és a kialakított Én-ről való vélekedésre, tágabb összefüggésben az önbecsülésre.

Az AN tünetei közül talán az egyik legmakacsabb a testképzavara, gyakran tapasztaljuk, hogy a kezelés folyamatának utolsó szakaszában kezd csak realizálódni a test képe. A SAFA *Táplálkozás* skála, *Anorexia* és *Saját test elfogadása* alskálán magas értéket adó személyek a Fallon-Rozin emberalak rajzok közül kevésbé a 3-as, inkább az átlagtól eltérő 2-es figurákat választották, a két teszt megegyező eredménye a testkép zavarát igazolja. Az AN saját testtel kapcsolatos vélekedésében megbízhatónak találtunk a Fallon-Rozin tesz értékeit, azzal az észrevétellel, hogy számszerűsítve akár 1 pont eltérés a normál 3-as értéktől, jelzés értékkel bír. A KO személyek a 3-as alakot választották dominánsan. Az ideális testkép kiválasztásánál a KO csoport tagjai igen gyakran 1 pont eltéréssel vagy átfedéssel választottak emberalakot az aktuális saját testre vonatkozó választásaikhoz képest a normál tartományon belül. Az AN csoport nagy szórással választott, ami az ideális alak kiválasztásának bizonytalanságára utal. A két teszt együttjárásával igazoltuk az AN csoportban a saját testükkel való elégedetlenséget, a bizonytalan ideális alakválasztást, és a testképzavart a KO csoporthoz képest.

A negatív testkép fejlődését vizsgáló kutatások leírják meghatározó szerepét a kora serdülőkori depressziós és evészavaros tünetképzésben (Csenki, 2015). A korábbi kutatási eredményekkel együttjárást mutatnak jelen vizsgálat adatai a hangulati elemek és az evési magatartás zavara szempontjából. A testkép és énkép szoros kapcsolata és az érzelmekre gyakorolt hatásának ismeretében (ld. 3.4.8. fejezetben), arra a következtetésre jutottunk, hogy az aktuális testképzavar az aktuális én állapotáról, az ürességéről is ad információt.

Az ideális alak választásban látható szórás az AN csoportban a vágyott testkép megfogalmazásának bizonytalanságára utal. Az ideális testkép választás bizonytalanságát egyrészt az AN-ok megfelelésre való törekvésével magyarázzuk. A teszt kitöltésekor már kezelés alatt álltak az AN-ok, és a teszt felvétel mint korábban írtam az osztályon történt, ahol a kezelők jelen voltak és a team jellegű munka nyilvánvaló. Másrészt az „üres és ismeretlen-én“ hátráltatja a pontos vágyak megfogalmazását, és megerősíti a test szerepét, mint tünethordozója a belső pszichés konfliktusoknak. Az AN-ok, azt tudják megfogalmazni, hogy nem szeretnének úgy kinézni, ahogy kinéznek, de azt, hogy miképp szeretnének kinézni, azt nem tudják megfogalmazni. Valójában nem a test vékonysága a meghatározó elem, hanem

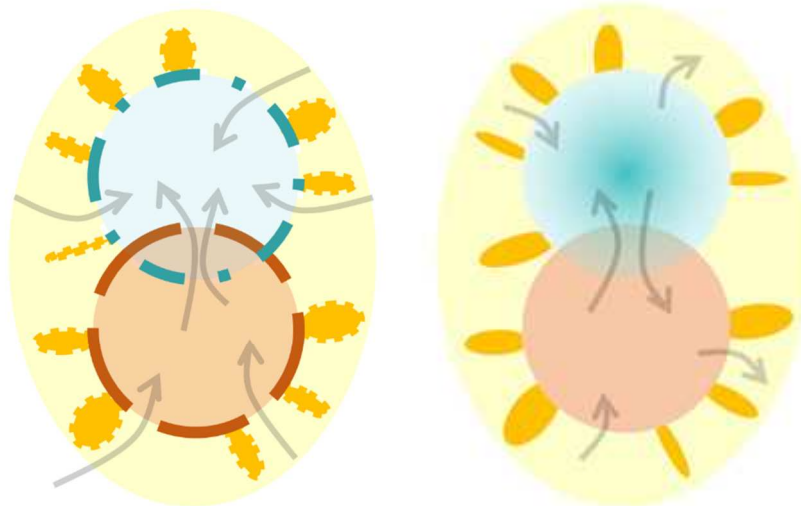
ehhez a jövőbeli állapothoz kötött, tartalmak, pl. hogy majd jobban érzik magukat, elégedettek lesznek és elfogadják őket.

A TM-n vizsgálva látunk összefüggést a BMI érték és a *Reziliencia* között. A kapott eredmény értelmezhető, mivel a KO személyek BMI szempontjából az egészséges tartományban helyezkednek el és magasabb *Reziliencia* mutatóval rendelkeznek. Azonban az AN és KO csoportot külön vizsgálva a BMI és *Reziliencia* korábbi összefüggése eltűnik. A hatást az AN csoport sajátossága, az alacsony BMI értéke és alacsony *Rezilienciája* hozta létre. Ez azonban nem jelenti azt, hogy aki fogy, annak csökken a *Rezilienciája*. Korábbi kutatással összhangban találtuk eredményünket, ahol az önelfogadás és a helyes bánásmód a környezettel, negatív összefüggést mutatott az evészavarokkal, azonban nem függött a BMI-től és a betegség hosszától (Tomba és mtsai, 2014).

Eredményeink rámutatnak arra, hogy megterhelő élethelyzetben, distressz hatására nem a testi tényezők a meghatározók a rugalmas alkalmazkodás szempontjából, hanem érzelmi apparátus szerepét hangsúlyozzuk, kiemelve a negatív és differenciálatlan emóciókat, az érzelmi diszregulációt, és az „üres és ismeretlen-én” szerepét, Eredményeink korábbi kutatsokkal együttjárást mutatnak (Rutter, 1987, Hayes és mtsai, 2014).

A pozitív önértékelés, a testről alkotott képet is pozitívan megerősíti és védőfaktor szerepet tölt be a testképet erő negatív tartalmakkal szemben. Ezzel szemben a negatív önértékelés növeli a sebezhetőséget a testképpel kapcsolatban (Cash, 2002, 2011). A negatív testkép, negatív és elégedetlen általános önértékeléssel jár, ami megmutatkozhat például az iskolai teljesítményben (McCabe, 2001, Ricciardelli és mtsai, 2003, Csenki, 2015. Továbbá a negatív testkép fokozza a negatív érzelmeket a lelki működésben, igaz ez a testsúllyal kapcsolatos aggodalmak és a negatív érzések együtt járására is (Ricciardelli és mtsai, 2003, Csenki, 2015). A hangulati elemek elemzése, rámutat az AN csoportban a negatív érzelmek dominanciájára, az „üres és ismeretlen-én” és az *Interoceptív tudatosság* hiányára, mely tényezők a testképpel dinamikus összefüggésben vannak és kölcsönösen befolyásolják egymást. Eredményeink szerint a testkép és az én-állapota, az én aktuális képe szoros összefüggést mutat az AN csoportban, és befolyásolja a *Rezilienciát*.

4.3.ábra, Az üres és ismeretlen-én és az optimális rezilienciával bíró én bemutatása



(4.3. ábra, szimbólumainak jelmagyarázata: alsó kör-test, felső kör-én, ovális sárga-család, narancssárga “lábak”- a személyiség protektív faktorait szimbolizálják, a nyilak az interakciót)

Az eredményeink alapján a 4.5. ábrán szemléltetjük a sérülékeny (balra) és reziliens énszerveződését (jobbra) a környezeti hatások és protektív faktorok összefüggésében. A bal oldali képen a pszichoszomatikus családi sajátos működésnek a testre és az énr gyakorolt hatása jelenik meg (pl.: konfliktus kerülése, overprotektivitás, rigiditás a változásokkal szemben). Ebben a környezetben az én-fejlődése akadályozott. Ahogy családi és egyéni célok, vágyak összefolynak, az érzelmek szabályozatlanok, és a test és az én határai összemosottak, átjáthatók, ami az egyén protektív faktorainak fejlődését hátráltatja. Jelen vizsgálatban igazoltuk a *Reziliencia* összefüggését az AN személyeknél, az érzelemszabályozási deficit és az *“üres és ismeretlen-én”* szempontjából. Woodgate elképzelését követve (2.2.ábra) adaptív alkalmazkodási folyamatok a protektív faktorok megerősödét teszik lehetővé, ami hatással van az énejlődésre. A jobb oldali ábra megjeleníti adaptív folyamatok dominanciáját, a test és énhatárok illetve a protektív faktorok ideális állapotát a reziliencia szempontjából, ahol az interakció a tényezők között szabályozottan valósul meg, megteremtve a rugalmas alkalmazkodás, és interakció lehetőségét a külvilággal.

Az optimális érzelemszabályozáshoz hasonlóan – ahol összehangoltan szabályozza a pozitív és negatív érzelmeket – a reziliencia a személyiség protektív faktorainak összehangolója lehet. Ahogy a karmester a zenemű összehangolt, harmónikus, megszólaltatására törekszik összejátékba a zenekarral.

Az ANI csoport sajátossága

Az epidemiológiai adatok szerint az AN betegek kezelésének hatékonysága és a gyógyulás mértéke és elhalálozási aránya jelentős különbségeket mutat, ahogy arról olvashattunk a 2.8.fejezetben (Túry, 2000, Steinhausen 2002, Steinhausen és mtsai 2003, Fisher 2006, Pászthy, 2008). A kezelt AN-ok 20%-a krónikus AN marad (Steinhausen és mtsai 2003).

Vizsgálatban nem fogalmaztunk meg hipotézist azokra az AN lányokra, akik nem együttműködőek a kezeléssel, mivel a kis elemszám mellett nem tartottuk valószínűnek, hogy külön csoport rajzolódik ki az AN mintán belül. Az AN1 csoport különválása, ugyanakkor érthető, figyelembevéve az AN csoport betegségének súlyosságát, és a fent leírt adatokat (Steinhausen és mtsai 2003).

Jelen vizsgálatban az AN minta 12.5%-a tartozik az AN1 csoportba, akik állapotának krónikussá válására nagy esélyt látunk, tekintettel a családi és az egyéni együttműködés hiányára. Kiválasztásuk a SAFA Szociális kívánatosság alskála alacsony értékei és a CD-RISK kérdőív extrém magas értékei alapján történt, mindkét tesztben az átlagostól jelentősen eltérő értékeket mértünk. A kérdőívek eredményei mellett, a hosszmetzeti kép is igazolta az AN1 csoport elkülönítését és az AN krónikussá válásának veszélyét.

Az AN1 csoport átlagostól eltérő, magas *Reziliencia* értékei meglepő volt, ám a szakirodalom alapján lehetséges - a SAFA Szociális kívánatosság alacsony értékei mellett -, hogy a csoport tagjainak ön-és helyzet észlelése torzított. Az önkitöltős kérdőívben válaszaikat saját ideáik mentén alakítják ki, és nem a valós élményeik alapján. A betegséget jellemzi teljesítményre törekvés és a tökéletesség vágya kóros, megakadályozza a realis kép kialakítást, amihez hozzájárul még a szociokulturális elvárásoknak való megfelelés. Tomba és mtsai (2014) hasonló véleményt fogalmaz meg (Tomba és mtsai, 2014).

Az AN1 csoport tagjai konfliktusos helyzetben a megoldáskeresés, és a megküzdés helyett állítják hogy rendelkeznek a vágyott tulajdonsággal, élve a tagadás és az ellentétbe fordítás, projekció (Edestein, 1989, Feiereis, 1989) és az elkerülés lelki eszközeivel (Tölgyesi, 2007).. A valós képességeik és az idealizált képességeik közötti különbséget nem észlelik pontosan ebben az állapotban. Az önmagukkal kapcsolatos, a valóság ilyen mértékű tagadása esetében a monoszimptomás pszichózis lehetősége is felmerül a kezelőben, abban az értelemben, hogy a pszichózis területét itt, a test diszmorfiás zavara jelenti (Morselli, 1891). Több kutatásban a szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy ego szinten nincs belátásuk az állapotukra az AN betegeknek (Nordbo és mtsai, 2006, Surgenor és mtsai, 2007, Brockmeyer és mtsai, 2012). Az AN krónikussá válásában a valóság tartós tagadása és a hamis-én domináns jelenléte játszik szerepet (Selvini-Palazzoli, 1974, Hamburg, 1999, Csenki, 2012).

Az eredmények alapján, az AN1 csoportnak – mely az AN csoportban egy szélsőséges alcsoportot képez - a krónikus állapot elkerülésére és a kezeléssel való együttműködés kialakítására a jövőben célszerű nagyobb figyelmet fordítani, melynek szempontjaira javaslatunk a kitekintés részben olvasható. Vizsgálatunkban az AN1 csoport a kis elemszáma nem teszi lehetővé a további részletes vizsgálatot. Nagyobb elemszám mellett, fontosnak tartjuk az AN1 csoport további vizsgálatát.

4.4. A VIZSGÁLAT PSZICHOMETRIAI VONATKOZÁSAI

A SAFA Szociális kívánatosság alskála és a 10 itemes Reziliencia kérdőívet alkalmasnak találtuk a krónikus AN veszélyének kiszűrésére. A *Depresszió* skála, *Biztonságérzet hiánya*, *Szomorúság* és *Reménytelenség* alskála magas értékei jó mutatói a személy sérülékenységének.

A SAFA *Depresszió* skála *Biztonságérzet hiánya*, *Szomorúság* és *Reménytelenség*, *Inadekváttségérzés* alskálák magas értékei, és az EDI *Interoceptív tudatosság* alskála magas értéke, a pszichoszomatikus tünetképzést jelzi és az alacsony *Rezilienciát*. Az fenti alskálákat érdemesnek látjuk az AN-al végzett pszichodiagnosztikai munka beemelésébe.

A CD-RISK-10 reziliencia kérdőív ugyan nem klinikai kérdőív, a vizsgálat alapján azonban megállapítható, hogy alkalmas a AN gyógyulási esélyek jelzésére és így jó a szűrője a sérülékenységnek. A skálán mindkét irányú extrém kitérés veszélyeztetettséget jelzi. Mivel a vizsgált mintában utánkövetésre volt lehetőség és terápiás tapasztalat, a kérdőívek középső tartománya meghatározható, ami a terápia pozitív kimenetelét jelzi. Az extrém magas értékek az AN csoportban a kisodródás veszélyét mutatják.

A NEO-PI-R *Neurotikusság* és *Extraverzió* skálák megbízhatóan jelezik a reziliencia képességét a vizsgált mintán. A SAFA *Depresszió* és *Szorongás* skálák együttjárást mutattak a NEO-PI-R *Neurotikusság* skálával, azonban a SAFA erősebb reliabilitás értékei miatt ezt tartotuk bent az elemzésben. A NEO-PI-R többi akálája kevésbé bizonyult jól használhatónak a reziliencia szempontjából. Jelen vizsgálatban ugyan nem kaptunk eredményt a fantázia és reziliencia összefüggésében, mégis elhagyva a teljes NEO-PI-R kérdőívet, de megtartva a fantáziára vonatkozó alskálát, egy Pilot Study elvégzése megfogalmazódik, kiegészítve a NEO-PI-R tételeit, más fantázia és módosult tudatállapotot vizsgáló eljárással.

Az EDI Táplálkozás kérdőív *Interoceptív tudatosság* skálája jól alkalmazható a pszichoszomatikus működés szűrésére és a Reziliencia jelzésére fordított összefüggésben. A főkomponens elemzéssel kialakított évre vonatkozó *“üres és ismeretlen-én”* alskála

megbízhatóan mér az én-re vonatkozó tartalmakat. A skála további vizsgálatát érdemesnek tartom nagyobb elemszám mellett.

A Szondi teszt használatát érdemes a vizsgálati eszközök között tartani, a lassú és körülményes kiértékelés mellett is, mivel a pszichodinamikai összefüggések megértésével segíti a reziliencia növelését célzó pszichoterápiás munkát.

4.4.1. A vizsgálat módszertani limitációi

Súlyos állapotú serdülő AN lányokat vizsgálatunk, akik állapota az evészavarok széles kontinuumában a súlyosság szempontjából az extrém tartományban helyezkedik el. A pszichés konfliktusok mélyebben és tartósabban egyéni és családi mintázatot mutatnak. A vizsgálat eredményeinek általános megfogalmazásához az ambuláns keretek között kezelhető AN serdülők vizsgálatát is szükségesnek tartjuk azonos teszt battériával.

Kutatás során változó életkort nem tudtuk folyamatosan korrigálni. Maradt életkori eltérés a két csoport között. Az AN csoportban a betegség kezdete prepubertáskor felé tolódott el. A korosztályos sajátosságok miatt érdemes a fiatalabb korosztályban is a vizsgálatokat elvégezni, elsősorban a terápiás vonatkozások felismerésének céljával. A prepubertás korban az azonos tünetek mögött, milyen sérülékenységi tényezők találhatóak, illetve a kamaszkorosztályban már jól bevált kezelési protokollal milyen változtatásokat igényel (pl.: leválás témáját mi váltja fel)?

Kisebb elemszámok miatt nem tudtuk külön csoportba kezelni, hanem a TM-ben tudtunk csak az egyes elemzéseket elvégezni. Érdemesnek tartjuk az elemszám bővítését követően az elemzéseket ismét elvégezni.

Az AN1 csoport láthatóan torzította az eredményeket, kizárásukkal az elemszám csökkent, ezért a statisztikai eljárásokba nagy figyelmet fordítottunk a hibák és korrekciók elvégzésére. Továbbá a kisebb elemszám mellett az eredmények nem állíthatók teljes biztonsággal, azonban figyelemre méltók és a gyakorlati munka igazolja a relevanciájukat.

Mivel a Szondi teszt eredményei mutattak eltérést az agresszióban, így a ZKA-PQ tesztet beemeltük a tesztbattériába, azonban így a minta csekély hányada töltötte ki azt. A alacsony

számú tesztfelvétel nem teszi lehetővé a további elemzést a témában. További vizsgálatokat tesz szükségessé az agresszió témájának elemzése.

A személyiségzavarra a minta nem volt kontrollálva a korosztályos sajátosságok miatt.

4.5. KITEKINTÉS

A vizsgálatban célként fogalmaztunk meg, az AN lányok serdülőkori személyiség sajátosságainak mérését, a pszichoszomatikus összefüggések elemzését a pszichodinamikus folyamatban. Végző célunk a vizsgálatba kapott összefüggések beemelése, a reziliencia képességének a növelésével a pszichoterápiás munkába. A reziliencia növekedését célzó terápiás munkát támasztják alá korábbi kutatások, melyek a rezilienciát szintén aktív folyamatként fogják fel, ami növelhető a protektív faktorok által és növeli a gyógyulás esélyét támogatják (Bolier és mtsai, 2013, Feder, Nestler, Charney, 2009, Girtler és mtsai, 2010). Javaslatot teszek, az AN1 csoport, korai felismerésére és terápiás együttműködésének kialakítására.

Fontos megjegyezni, hogy vizsgálatot és súlyos állapotú, fiatal, AN lányok bevonásával végeztünk, akik szomatikus állapotának stabilizálása szükségessé tette a közepes vagy hosszú távú kórházi kezelést (1-6 hónap). Így a kapott eredmények elsősorban a vizsgált betegpopulációban érvényesek. Az ambuláns kezeléssel jól gyógyuló AN betegek, pszichodinamikai összefüggései ugyan a mintával hasonlóságot mutatnak, mégis a probléma súlyossága, és a kezelés eltérő lehet. Közös dimenzióknak a betegség kialakulásában és fenntartásában a diszfunkcionális családi működés mellett az alacsony szinten differenciálódott én-test viszonyát, az érzelemszabályozási deficitet, és az „üres és ismeretlen-én“-t, tartjuk, eltérő mértékben.

4.5.1. Terápiás javaslat az eredmények tükrében serdülő AN lányoknál

Multidimenzionális elméleti keretben gondolkodva, az eredményekben leírt „*Belső diszkonfort érzés*” az alacsonyan szervezett érzelemszabályozásra utal. A „*Támasznélküliség*” a család és a tágabb környezetben a támogatás hiányát, az *Interoceptív tudatosság* hiánya pedig a pszichoszomatikus tünetképzést mutatja. Az „*üres és ismeretlen-én*”, az én fejlődés problémáit jelzi. A „*Belső diszkonfort érzés*”-t és a „*Támasznélküliséget*”

rendszer szemléletű családterápiás keretek között hatékony kezelni. Az „*Belső diszkonfort érzés*”, *Interoceptív tudatosság*, és „*üres és ismeretlen-én*” dimenzióit egyéni pszichoterápiában kezelhető.

A következő részben a serdülő AN pszichoterápiájához jól illeszkedő fókuszpontokat fogalmazok meg pszichodinamikus szemléletben a vizsgálat eredményeit szemelgett tartva. Az első ilyen fókuszpont a testi folyamatok észlelése, az én-felismerése a pszichoterápiás kapcsolatban, illetve ráismerés a saját vágyakra és érzelmekre, majd ezekkel a tartalmakkal való integráló munka. Először az egyéni összefüggéseket érintem, majd a családi pszichoterápiás sajátosságokról esik szó érintőlegesen - korábbi kutatások eredményeire alapozva - mivel a családi hatásokat jelen kutatásban nem vizsgálatuk. Ismerve az evészavaros családok diszfunkcionális működését, a kezelés irányelve szerint az elsődleges kezelési forma a családterápia, amit az egyéni terápia kiegészíthet vagy követhet, a kezelők együttműködése mellett.

4.5.1.1. Az egyéni pszichoterápia fókusza

A lélektani munkában a biztonságérzetet, a terapeuta érzékeny, hiteles és reflektáló érzelmi jelenléte mellett a pszichoterápia keretei teremtik meg. A biztonságérzet hiányának moderáló szerepét a hangulatra és a rezilienciára a vizsgálat igazolta az AN csoportban, így a közös terápiás munka alapjait is ezek a tényezők biztosítják. Különösen fontos a keretek világos és következetes megtartása a szokásos szempontokat kiegészítve evési szokások és a súly adatokkal.

A leírt hozzáállással és feltételekkel kialakított fizikai és kapcsolati térben a terapeuta és a páciens közötti kapcsolatban, a tapasztalatok mentén tud élménnyé válni a biztonságérzés, a személyek interakciói mentén.

A negatív érzelmek megjelenése az “itt és most”-ban, és az érzelmi állapot jelöltsége biztosítja az **érzelem felismerését**, ezzel az érzelem szabályozás folyamatának lehetőségét. Ez a folyamat hosszú távon hozzájárul a reziliencia növekedéséhez. Az érzelmekkel való lelki munka a serdülő AN-ok pszichoterápiájában, hasonló a madarak fészeképítéséhez, ahogy ott a szalmaszálak összehordása és megtapasztása adja a biztonságos környezetet a fiókák növekedéséhez, itt a differenciált érzelmi állapotok pillanataiból építkezünk.

Idővel a testi élmények, a testhez kapcsolódó fantáziák és a testi tudatosság hiánya is megjelenik a terápiás térbe kerül. A terápiás kapcsolatban színesedő érzelmi étellel együtt a testi élmények felismerése és tudatosítása is cél. Az érzelmi és testi állapotok tudatosítása,

szabályozása csökkenti a pszichoszomatikus tünetképzést és lehetővé teszi a rugalmas alkalmazkodást. Ahogy arról korábban Rutter is ír (Rutter, 1987).

A **testi tudatosság**, és az **érzelemszabályozás** változása hatással van az én-élményre, tartalommal tölti meg azt. A leírt terápiás fókuszok eltérő módszerekkel kezelhetők, a pszichoterapeuta képzettségének megfelelően. Relaxációs- és szimbólumterápiás, illetve családterápiás módszerspecifikus képzettségemnek megfelelően ezen módszerek eszköztárából hozok példát a fentiekre. Azonban a kutatási eredmények alapján megfogalmazott terápiás fókuszok, a módszertől függetlenül érvényesek.

Az autogén tréning alkamas módszer a testi tartalmak verbalizálására, és az izomlazítás megtanulása az AN-ok jellemző, magas szorongásos állapotainak csökkentésére. A testhez kapcsolódó kitekintő asszociációk, az analógiás gondolkodási móddal a lelki tartalmakat szólítják meg.

A következő esetrészlet egy 14 éves AN lány (BMI 13) beszámolója, az első ülések egyikén, amikor az autogén tréning nehezedés gyakorlatánál egy spontán képe jelent meg. Kórházi felvételét megelőzően 3 napja nem evett és a felvétel napján már nem is ivott:

B. megfogalmaz a lazítás és nehezedés átélését kísérő, mindent betöltő fekete (spontán asszociáció) zuhanás érzést, amiben valami hálószerűség is rá tekeredi (spontán kép). A további beszélgetésből kiderül, hogy a testét nem észleli, így a testi állapotok közötti különbségeket sem. Az egyetlen kapaszkodót a háló jelentheti, de ez inkább ijesztő számára. B. a képet meg is rajzolta, és a terápiás folyamatban több alkalommal megjelenik még ez a belső kép, különböző hívószavakhoz kapcsolódva. Az asszociációkon keresztül kibontva a kép sokszintű tartalmát a megfogalmazhatatlan szorongás, az elnyelés, és az önmagába való bizonytalanság jelent meg. A képi, szimbólikus tartalom verbalizálásával B.-nek elnyeletéstől való félelme lehalkult, mivel a képbe sűrített a differenciálatlan érzelmi tartalom szavakat talált: az én archaikus rettegését üzenté B-nek képe, az ismeretlen külső és belső világban. Miután B. megfogalmazta és a képben manifestálódott félelme, erőt nyert, mert meglátta félelmein túl a lehetőségeit is. Képesé vált a változásra a családjában, kortárs kapcsolataiban és az evési magatartásában, képesé vált lenyelni az ételt. Amikor legutoljára spontán úton megjelent B-nek a kép, már nem befolyásolta evési magatartását, B. értette a kép aktuális információt, így képes volt a megoldást megtalálni az aktuális kortárs helyzetben.

A bemutatott esetrészlet összhangban van Lane és Schwartz öt szakaszos elméletével (Lane és Schwartz, 1987). A testi élmények pszichoterápiás munkába emelésével a külvilág és belvilág egyensúlyának megtalálására törekszünk, csökkentve a gátlásosságot és növelve az ingerkeresését, a nyitottságot és ezzel a reziliencia esélyét.

A terápiás folyamatban a testi jelenségek tudatosításával a pszichoszomatikus tünetképzés értelmet nyer, ami a betegségbelátás folyamatában fordulópontot jelent. A beteg rálát, a tünetképzés előnyére, hogy teljes egészében megszabadatja őt a feszítő, negatív belső tartalmaktól. A testi élmények és az én az összefüggése egyértelművé válik így, az énhez

kapcsolódó élmények a terápiás munka fókuszába kerülhetnek. Eddig leírtakban elsősorban az alexitim működés sajátosságaira fókuszáltunk (Eizaguirre és mtsai, 2004).

A pszichoterápia középső szakaszában a testi élmények és az én-élmények között megteremtett kapcsolattal az „üres és ismeretlen-én“ állapotai kimondhatóvá válnak a terápiás térben és ezzel a valódi belső tartalmak megkeresése és felismerése elkezdődhet. A Sheldoni „szelfdiszkordáns“ állapot helyett, az Én-el harmóniában lévő célok megfogalmazhatóvá válnak (Sheldon, 2002). Az én-el harmóniába lévő célokat nagyobb erőfeszítés elérni, ugyanakkor a cél elérése kielégülés élménnyel, pozitív érzésekkel jár, ami a jóllétet, a pozitív hangulatot, vitalitást fokozza és hozzájárul a fizikai egészség fenntartásához (Sheldon, Elliot, 1999, Ryan, 1993). A személyes célok megjelenésével a remény érzése reális közelségbe kerül. A remény támogatja a reziliencia növekedését és az egészséges folyamatokat (Hinds & Gattuso, 1991). A személyes célok tulajdonosi érzésének elsajátítása az én-fejlődés döntő feladata. Az ágenciával rendelkező én proaktív, önmagára vonatkoztat kezdeményezéseket, az önkiterjesztésre fordítja figyelmét és energiáját, és nem csupán reaktív módon válaszol a külvilági ingerekre (Bányi, 2013).

Az én-élmény erősödésével, az identitás formálódását a külvilág is észleli a változást. Időszerűvé válik a családterápiás munka megkezdése (ha eddig még nem történt meg). A családi alrendszerek megerősödése csökkenti a pszichoszomatikus működést és támogatja az egyéni identitás formálódását, az én erősödését.

A serdülő AN-ok pszichoterápiás kezelésében a szülőkel való együttműködésnek központi szerepe van a család diszfunkcionális működése miatt (Onnis, 2003 Selvini-Palazzoli, 1974, Komlósi, 1993, Pászthy, 2007, Túry, 2006). A családi konzultáció és a családterápia, multidimenzionális nézőpontból, a rendszerszemélet- és a cirkuláris gondolkodási kereti között történik. Sok esetben a pszichoszomatikus családi működésre fókuszáló szülőcsoport segítheti a családi rendszer változását (Csenki, Kövesdi, 2014, Ábrahám, Kövesdi, 2016). Jelen kutatásnak nem volt célja a családi összefüggések vizsgálata, így a kezelési protokoll figyelembevételével a korábbi kutatások eredményeire hagyatkozva illeszttem fontos szerepét a kezelési folyamatba. Továbbá, végig gondolva az összefüggéseket felmerül a pszichoszomatikus családok reziliencia vizsgálatának lehetősége.

AZ AN1 csoportban tapasztalt szélsőséges viselkedés és gondolkodás miatt a szülőkel való együttműködés kialakításának szakasza fokozott figyelmet igényel.

Az AN-ok komplex egyéni terápiájának másik fókuszpontja a **pszichoszexuális érés**. Az AN-ok analitikus megközelítésben a pszichoszexuális szakaszok, orális fázisra regrediálnak, amikor még a táplálkozás és az ösztönimpulzusok szabályozása összekapcsolódik (Kernberg,

1975). A korábban leírt, terápiában változó én-élményeket az éretlen, megformálatlan agresszív tendenciák felerősödése kíséri (a terápiás munkát megelőzően kiélhetetlen agresszív tendenciákat láttunk Szondi s-faktorán). Az agresszív tartalmak a családi és a terápia lélektani térében megfogalmazódnak idővel. A terápiás térben az AN lány megtapasztalja a kapcsolat teherbírását, az így létrejövő érzelmi élmény korrekatív hatású és valósággá válik az elfogadás, megtartottság élménye, ami a pozitív érzelmi állapotokat gyarapítja. Az agresszió - aktivitás - vitalitás kontinuum szükséglete aktiválódik, ami a kíváncsiságra, kezdeményezésre, nyitottságra ad lehetőséget növelve adaptív az alkalmazkodást és a rezilienciát (Masten, 1990). Az agresszió, aktivitás és vitalitás szükségletének megjelenésével az orális fixációból felszabadul a személy és a pszichoszexuális érés hatására, a serdülő fiatal a kortársak felé fordul nemi vágyait követve, elindítva a leválást a szülőkről.

Az érzelmi élmények változása

Az Én-élmények szaporodása, személyes célok megfogalmazása önmagában is öröm érzést vált ki a fiatalból, ami az addig negatív érzelmi színezetű serdülő élményvilága pozitív irányt vesz (Bányai, 2013). A pozitív érzelmi hangolás, az optimista hozzáállás a reziliens válaszreakciók megjelenését biztosítja. A pszichoterápiás munkában érdemes a pozitív affektív élményeknek is figyelmet szentelni, figyelembe véve, hogy a negatív érzelmek hiánya még nem jelenti a pozitív érzelmek megjelenését (Bradburn, 1969). A pozitív érzelmek megjelenésére, felismerésére és megtapasztalása a pszichológiai- és szociális jóllétben érezteti hatását, ha a személy megtanul aktívan tenni érte (Ryff, 1995, Dinner, 1994, Fridrekson, 2015). A rezilienciát számos szerző fejleszthető folyamatként fogj fel (Feder, Nestler, Charney, 2009, Girtler és mtsai, 2010, Boiler és mtsai, 2013), melynek eredményeként a külvilágra való nyitottságot, asszertivitás, én-hatékonyság és optimizmus a reziliencia képessége nő.

4.5.2. További kutatási lehetőségek

1) Az *Extraverzió* és *Reziliencia* tendencia szintű összefüggése a további vizsálatok szükségességét jelzi az elemszám növelésével. Mely eredmény a prevenciós lehetőségeket gazdagíthatná.

Az Extraverzió és „üres és ismeretlen-én” és *Optimizmus* összefüggése a KO csoportban a további vizsgálatok szükségességét jelzik. Az eredmények az egészségpszichológia, egészségmegőrzés és jóllétről való tudásunkhoz járulna hozzá.

Az *Extraverzió* vizsgálata az AN mintán a *Reziliencia* összefüggésében szintén további vizsgálatokat tesz szükségessé, mely eredmények várhatóan a betegség elmélyülésének a megakadályozásában és a gyógyulási folyamatban játszhatnak szerepet.

2) Kamasz korosztályban az „üres és ismeretlen-én” témájának további vizsgálata célszerű, az „üres és ismeretlen-én”, én koherencia és érzelmi intelligencia összefüggésében. A „jelentéstartó én” és az én koherencia érzés várhatóan összefüggésében, mely tényezők a rugalmas alkalmazkodást támogatják.

3) Az evészavaroktól eltérő pszichoszomatikus megbetegedésben is célszerű elvégezni a kutatást a pszichoszomatikus összefüggések pontosításának céljával.

A pszichoszomatikus betegségek kialakulásában és fentartásában a családok szerepének bizonyított hangsúlya felveti pszichoszomatikus családok *Reziliencia* vizsgálatának jelentőségét.

4) A Bulimarexiás csoporton érdemes lefolytatni a kutatást, várhatóan az énről vonatkozó eredmények különbségével az AN csoporthoz képest.

5) A bemutatott terápiás részletek alapján a fantázia én-re és a rezilienciára tett hatásának vizsgálata eredményesnek ígérkezik. Elkezdtük elemezni a fantázia szerepét a reziliencia összefüggésében, de a limitált és nem túl erős reliabilitással bíró skálán releváns eredményeket nem kaptunk. Dorwick elméletével egyetértve a reziliencia a képzelőerő gyakorlásból származik (Dorwick, 2004).

A reziliens személy viszonya önmagával és a külvilággal nyitottan együttműködő, alkalmazkodásra képes. Visszautalva Weöres Sándor szavaira, ha önmagunkhoz és a környezetünkhöz jó szívvel alkalmazkodunk és együttműködésre törekszünk, vagyis „világosat gondolunk”, úgy világosságot is teremtünk a világunkban. Reményeim szerint a munkám a serdülőkorú reziliens működés témakörét gazdagítja. A serdülés személyiségfejlődés szempontjából kiemelekedő időszak, amikor az önmagára pozitívan tekintő én-fejlődése hosszútávon meghatározza az életminőséget. A nyitott és a környezetével és önmagával együttműködni képes fiatal, képes reagálni az életadta kihívásokra és együttműködéssel, rugalmasan alkalmazkodva kibontakoztatni tehetségét.

Köszönetnyilvánítás

Szeretnék köszönetet mondani témavezetőmnek, Dr. Nagy Lászlónak, akitől sokat tanultam mind szakmailag, mind emberileg a közös munkánk során. Köszönöm a határozott kiállást, amikor arra szükség volt, hogy papírra kerüljenek az eredmények. Köszönöm a Pécsi Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet munkatársainak a kedvességüket és a segítséget. Külön köszönettel tartozom Prof. Dr. Kiss Enikőnek, akitől a témát „kaptam”, javaslataival szelíden terelgetett, és pontosan tudta mikor szükséges azt mondani, most jó lenne ha „csinálnád”. Köszönettel tartozom Velősy Anitának a számos prektikus és adminisztrációs segítségért.

Köszönöm barátnőmnek és kolléganőmnek, Dr. Csenki Laurának a sok közös gondolkodást és a munkám végéhez közeledve a kritikai olvasást. Szintén köszönöm Dr. Benczúr Lillának, akivel Laurához hasonlóan dolgoztunk, és aki a másik kritikai olvasója lett munkámnak. Értékes javaslataikkal és észrevételeikkel új szempontokat adtak egy-egy ponton a továbbgondolkodáshoz, hálás vagyok az inspiráló beszélgetésekért.

A statisztikai elemzésben végig nagy segítségemre volt Soltész- Várhelyi Klára a teljes vizsgálati időszakban. Hálásan köszönöm az érdeklődését, türelmét és a kreatív segítségét. Szintén köszönöm Takács Szabolcsnak a kritikai megjegyzéseit a statisztikai elemzésekhez.

Köszönöm, munkahelyemen - SE I.sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek-és Ifjúságpszichiátriai Osztály - főnökömnek, Dr. Gallai Máriának és munkatársaimnak az időt, amit a disszertáció megírására szánhattam. Továbbá köszönöm Cseh Éva a segítségét, a Gyermekklinika könyvtárosának, aki bűvészi ügyességgel varázsolta elő a szükséges szakirodalmat számomra. Köszönöm az osztályon kezelt AN serdülő lányoknak a vizsgálatban nyújtott együttműködést és segítséget. Köszönöm szintén kollégáimnak – Károli Gáspár Református Egyetem, Pszichológia Intézet – Dr. Kiss Paszkál, intézetvezető, és Dr. Földi Rita tanszékvezető baráti és megértő támogatását, akik mindvégig szem előtt tartották és támogatták a disszertáció megírását. Smohai Máté kollégámnak a hatékony és praktikus informatikai segítséget. Köszönöm tanítványaimnak, akik műhelymunka keretében segítettek az adatgyűjtés egy időszakában.

Végül, de nem utolsó sorban köszönettel tartozom családomnak a végtelen türelemért és szeretetért, amivel az utolsó pont leírásáig támogattak. Hálásan köszönöm édesanyjának a segítséget az élet egyéb területeinek szervezésében és megoldásában a disszertáció elkészülése idején. Valamint az életszemléletért, amit tőle kaptam örök hálával tartozom, melyet gyermeke támogatása és képességeinek kibontakoztatása vezet. A támogatáson és a türelmükön túl, külön köszönöm Kata és Anna lányom segítségét az adatgyűjtésbe és az adatrögzítésbe. „Családi vállalkozás” is volt egy időszakban az adatgyűjtés. Külön köszönöm páromnak az inspirációt, aki szorgalmazta a jelentkezésem a doktori képzésbe és végig érdeklődéssel és szeretettel támogatott, biztatott, amikor a lelkesedésem alább hagyott. Hálásan köszönöm minden kedves barátom és a családom türelmét!

IRODALOMJEGYZÉK

- Achenbach, T. M. (1990). Conceptualisation of developmental psychopathology. In Lewis, M. & Miller, M. (Eds.). (1990). *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 3-14). New York: Plenum Press.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 217- 237.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine - its principles and applications*. New York: Norton and Company.
- Allen, J. G. (2006). Mentalizing in Practice. In Allen, J.G. & P. Fonagy P. (Eds.). (2006). *Handbook of Mentalization-based Treatment* (pp. 25-72). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, Ltd.
- Anderluh MB, Tschanturia K, Rabe-Hesketh S, & Treasure J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: Defining a broader eating disorder phenotype. *Am J Psychiatry. 160*:242-247.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Anyan, F. & Hjemdal, O. (2016). Adolescent stress and symptoms of anxiety and depression: Resilience explains and differentiates the relationships. *J Affect Disord. (10)*;203:213-20.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Five Edition (DSM-V.)*. Washington, London: American Psychiatric Publishing.
- Aspinwall, L. G. & Tedeschi, R. G. (2010.a). The value of positive psychology for health psychology: Progress and pitfalls in examining the relation of positive phenomena to health. *Annals of Behavioral Medicine, 39*, 4-15.
- Aspinwall, L.G. Tedeschi, r.G. (2010.b). Of Babies and Bathwater: A Reply to Coyne and Tennen's Views on Positive Psychology and Health *Annals of Behavioral Medicine 39*(1):27-34;
- Aupperlea, R.L., Morriss, A.S., Silkd, J.S., Crissc, M.M., Judahf, M.R., Eagletonc, G.S., Kirlica, N., Byrd-Cravenf, J., Phillipsa, R. & Alvarezza, R.P. (2016). Neural responses to maternal praise and criticism: Relationship to depression and anxiety symptoms in high-risk adolescent girls. *NeuroImage: Clinical 11*, 548-554.

- Bachen, E. A., Chesney, M. A. & Criswell, L. A. (2009). Prevalence of mood and anxiety disorders in women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis & Rheumatism*, *61*, 822-829.
- Balogh L., Györi F., Hajdúné Petrovszky Z., Mikulán R., Szablics P., Szász A. & Vári B.: EDI (Eating Disorder Inventory).
http://www.jgypk.u-szeged.hu/tamop13e/tananyag_html/sporttudomany/edi_eating_disorder_inventory.html
- Band, E. B. (1990). Children's coping with diabetes: Understanding the role of cognitive development. *Journal of Pediatric Psychology*, *15*, 27-41.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychology* *44*, 1175-1184.
- Bargh, J.A.(1997). The automaticity of everyday life. In Wyer, R.S.(Ed.). *Advances in social cognition*, *10*, (pp.1-61). Erlbaum: Mahwah, N.J.
- Barnett V., Lewis T.(1994), *Outliers in Statistical Data*. Boston: Wiley, J. & Sons, XVII.
- Baumann, N., Kaschel, R. & Kuhl, J. (2007). Affect sensitivity and affect regulation in dealing with positive and negative affect. *Journal of Research in Personality*, *41*, 239-248.
- Baumeister, R.F. (1987). How the self became a problem: A psychological review of historical research. *Journal of Personality and Social Psychology*, *2*, 163-176.
- Bányai É. (2013). A motiváció és az érzelmek összefüggései, kapcsolódási pontjai, közös problémái, új tendenciák. In Bányai É. & Varga K. (szerk.). *Affektív pszichológia: az emberi késztetések és érzelmek világa* (pp : 499-529). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Berardis, D., Carano, A., Gambi, F., Campanella, D., Gianetti, P., Ceci, A., Mancini, E., Rovere, R., Cicconetti, A., Penna, L., Matteo, D., Scorrano, B., Cotellessa, C., Salerno, R.M., Serroni, N. & Ferro, F.M. (2007). Alexithymia and its relationships with body checking and body image in a non-clinical female sample. *Eating Behaviors*, *8*, 296-304.
- Berezkei T. (1999). Szondi és a modern biológia. In Gyömgösiné Kiss E.(szerk.). *Szondi Lipót*. Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó, pp.:158-165.
- Berezkei, T.(2003). *Evolúciós pszichológia*. Budapest, Osiris Kiadó.
- Benczúr L. (2013). Tudatos és tudattalan motivációs és érzelmi folyamatok. In: Bányai, É. & Varga, K. (szerk.). *Affektív pszichológia - az emberi késztetések és érzelmek világa*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Benedek, I.(1987). *Az ösztönök világa*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.

- Békés V. (2002). A reziliencia-jelenség, avagy az ökológizálódó tudományok tanulságai egy ökológizált episztemológia számára. In Forrai G. & Margitay T. (Szerk.) „*Tudomány és történet*” - *Tanulmánykötet Fehér Márta tiszteletére* (pp. 215-228). Budapest: Typotex Könyvkiadó.
- Bjork, R.A.(1998). Intentional forgetting in perspective: comments, conjectures, and some directed remembrance. In: Golding, J.M., Macleod (eds.). *Intentional Forgetting: Interdisciplinary Approaches*. Lawrence Erlbaum Associates. pp.453-483. In: Lukács, D.(2016). *A Szondi-teszt korszerű értelmezése*. Budapest. Oriold és Társai Kiadó.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: retrospect and prospect. In Bretherton, E. & Waters (Eds.). (1985). *Growing Points of Attachment Theory and Research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 3-35.
- Brickman, P., Coates, D., Janoff-Bulman, R.(1978) Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 917-927.
- Birmaher B, Ryan N. D. & Williamson D.E. (1996) Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35:1427–1439.
- Brionez, T. F., Assassi, S., Reveille, J. D., Green, C., Learch, T., Diekmann, L. & Nicassio, P. (2010). Psychological correlates of self-reported disease activity in ankylosing spondylitis. *The Journal of Rheumatology*, 37, 829-834.
- Brockmeyer, T., Grosse Holtforth, M., Bents, H., Kammerer, A., Herzog, W. & Friederich, H.C.(2012). The thinner the better: Self-esteem and low body weight in anorexia nervosa. *Clin Psychol Psychother*, 10.1002-1771.
- Block, J. H., Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In Collins, W.A. (Ed.) *Development of cognition, affect, and social relations: The Minnesota symposia on child psychology (Vol. 13)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Block, J. (1993). Ego-Resilience through Time. Letöltés ideje: 2016.08.20. letöltés helye <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED356879.pdf>.
- Bradburn, N.M.(1969) *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: retrospect and prospect. In I. Bretherton, E. & Waters (Eds.). (1985). *Growing Points of Attachment Theory and Research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 3-35.

- BNO-10. (1995). *A mentális és viselkedészavarok osztályozása* (pp. 551). Budapest: Népjóléti Minisztérium.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F. & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health, 13*, 119.
- Bowlby, J., Ainsworth, M., Boston, M. & Rosenbluth, D. (1956): The effects of mother-childseparation: A follow-up study. *British Journal of Medical Psychology, 29*, 2, 211-247.
- Bóna A. Kun Á. Kökönyei Gy. & Demetrovics Zs. (2013). Az affektív szabályozás zavarai és következményei. Evészavarok és addiktív betegségek. *Magyar Pszichológiai Szemle, 68*. 1. 71-88.
- Bruch H. (1966). Anorexia nervosa and its differential diagnosis. *J Nerv Ment Dis.* In Túry F. & Szabó P. (2000): *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*, Budapest: Medicina.
- Bruch H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person within*. New York: Basic Books.
- Bryant, F.B., Veroff J.(2007) Savoring. A new modell of positive experience. London: LEA., in:Bányai É. & Varga K., (szerk.)(2013). *Affektív pszichológia - az emberi késztetések és érzelmek világa*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Cal, S. F., & Santiago, M. B. (2013). Resilience in systemic lupus erythematosus. *Psychology, Health and Medicine, 18*, 558-563.
- Cal S., Ribeiro de Sá, L., Glustak, M.E. & Santiago, M.B. (2015) Resilience in chronic diseases: A systematic review. *Cogent Psychology, 2*, 1-9.
- Calkins, S. D. (1994). Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*(2–3), 53– 72.
- Canon, W.B.(1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage*. New York: Appleton.
- Cash, T.F. (2002). Body image: Cognitive behavioral perspectives on body image. In T.F. Cash & T.Pruzinsky (Eds.), *Body Images: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (pp.38-46). NY: Guilford Press.
- Cash, T.F. (2011). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In T.F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (pp. 39-47). New York:Guilford Press.

- Cassin SE, von Ranson KM. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clin Psychol Rev*, 25:895-916.
- Cederblad, M., Dahlin, L., Hagnell, O., Hansson, K. (1994). Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals. Follow-up of the children from the Lundby study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244(1), 1-11.
- Cederblad, M., Ruksachatkunakorn, P., Boripunkul, T., Intraprasert, S., Höök, B., (2003). Sense of Coherence in a Thai Sample. *Transcultural Psychiatry*, 40, 4, 585-600.
- Chess, S., Thomas, A. (1999). *Goodness of Fit: Clinical Applications from Infancy Through Adult Life.*, Philadelphia: PA: Bruner/Mazel. Psychology Press.
- Cicchetti, D., Ganiban, J., & Barnett, D. (1991). Contributions from the study of high- risk populations to understanding the development of emotion regulation. In Garber, J. & Dodge, K.A. (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 15- 48). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (Eds.) (2006). *Developmental Psychopathology. Volume One: Theory and Method; Volume Three: Risk, Disorder and Adaptation.* Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Csikszentmihályi M. (2009): *Kreativitás – aFlow és a felfedezés, avagy a találékonyság pszichológiája.* Budapest: Akadémia Kiadó.
- Csikszentmihályi M. (2013): *A fejlődés útjai,* Budapes: Libri kiadó,
- Chida, Y., Steptoe, A. (2008). Positive psychological well- being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741-756.
- Chiung-Yu Huang, Su-Er Guo, Chao-Ming Hung, Shen-Liang Shih, Li-Chun Lee, Guo- Chen Hung, & Shih-Ming Huang (2010). Learned Resourcefulness, Quality of Life, and Depressive Symptoms for Patients With Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 37(4), 280-287.
- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. In Fox, N.A. (Ed.), *The development of emotion regulation and dysregulation: Biological and behavioral aspects. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2–3), 73-102. (Serial no. 240).
- Cole, M., Cole, S.R. (1997). *Fejlődéslélektan.* Budapest: Osiris Kiadó.
- Collins W. (1894). *Anorexia nervosa* (pp. 202-203). *The Lancet* I.

Az APA hivatkozási rendje szerint.

- Compas, B. E., Connor-Smith, K., Saltzman, H., Thomsen, A. H. & Wadsworth, M. E. (2001): Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127. 87-127.
- Conway, M.A.(2001). Repression revisited. *Nature*, 410,pp.319-320. In: Lukács, D.(2016). *A Szondi-teszt korszerű értelmezése*. Budapest. Oriold és Társai Kiadó.
- Cook, R. Dennis and Sanford Weisberg. *Residuals and Influence in Regression*. New York: Chapman and Hall. 1982
- Cooper, R. K. (1997). Applying emotional intelligence in the workplace, *Training & Development* 51, pp.31-38.
- Cooper, J. & Cooper, G. (2002). Subliminal Motivation: A Story Revisited. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, (11), 2213-2227.
- Cooper MJ, Rose KS, & Turner H. (2006). The specific content of core beliefs and schema in adolescent girls high and low in eating disorder symptoms. *Eat Behav.* 7:27- 35.
- Connor, K.M. and Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Coward, D. D. (1990). The lived experience of self-transcendence in women with advanced breast cancer. *Nursing Science Quarterly*, 3(4), 162-169.
- Crittenden, P. M. (2000). A Dynamic-Maturational Approach to Continuity and Change in Pattern of Attachment. In Crittenden, P.M. & Claussen, A.H. (Eds.). (2000). *The Organization of Attachment Relationships - Maturation, Culture, and Context* (pp. 358-383). Cambridge: Cambridge University Press.
- Costa P. T., McCrae R. R. (1989): Personality continuity and the changes of adult life. In Storandt M.& VandenBos G. R. (Eds.): *The adult years: Continuity and change* Washington, DC: *American Psychological Association*, 45-77.
- Costa, P. T. & McCrae, R. (1990) Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 4: 362–371.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992): Normal Personality Assessment in Clinical Practice: The NEO Personality Inventory, *Psychological Assessment*, 4: 5-13.
- Cumming, G., & Finch, S. (2005). Inference by eye: confidence intervals and how to read pictures of data. *American Psychologist*, 60(2), 170.

- Czeplédi E., Urbán R., Rigó A. (2009): Elhízás és testképpel való elégedetlenség. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 64(2), 313
- Csenki L.(2012). *Érzelemszabályozás a serdülőkori anorexia nervosában*. Pécs Tudományegyetem. Pécs: PhD Disszertáció.
- Damasio, A. (1996). *Descartes tévedése*. Budapest: AduPrint Kft.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1991). A motivation approach to self: Integration in personality. In Dienstbier, R. (Eds.) *Nebraska Symposium on Motivation: Perspectives on motivation* (237-288). Vol. 38, University of Nebraska Press, Lincoln.
- Deci, E.L., Eghrari, H., Patrick, B.C. & Leone, D.R. (1994). Facilitating internalization: The self-determination theory perspective. *Journal of Personality*, 62, 119-142.
- DeNisco, S. (2011). Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23, 602-610.
- Dévald P.(1993). *Öndestriktivitás az evészavarokban*. Budapest: Pszichoanalitikus Gyermek- és Serdülőterápiás Intézet Kiadványa.
- Diener, E. (1984) Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 93, 542-575.
- Diener, E., Lucas, R.E., Oishi, S.(2002). Subjective well-being. The science of happiness and life satisfaction. In Snyder, C.R. & Lopez, S.J. (Eds) 2002. *Handbook of Positive Psychology* (63-73). New York: Oxford University Press.
- Digman J. M. & Takemoto-Chock N. K. (1981): Factors in the natural language of personality: Reanalysis, comparison, and interpretation of six major studies. *Multivariate Behavioral Research*, 16: 149–170.
- Doba, K., Nandrino, J.L., Lesne, A., Humez, C. & Pezard L., (2008). Organization of the narrative components in autobiographical speech of anorexic adolescents: A statistical and non-linear dynamical analysis. *New Ideas in Psychology*, 26, 295-308.
- Dowrick, C., Kokanovic, R., Hegarty, K., Griffiths, F. & Gunn, J. (2008). Resilience and depression: perspectives from primary care. *Health*, 12; 439-452.
- Durbin, J.; Watson, G. S. (1951). "Testing for Serial Correlation in Least Squares Regression, II". *Biometrika*, 159:38(1-2):159-78.

- Edelstein E. L.(1989). *Anorexia nervosa and other dyscontrol syndromes*. Berlin: Springer. In: Túry F. & Szabó P. (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Budapest: Medicina.
- Edward, K. (2013). Chronic illness and wellbeing: Using nursing practice to foster resilience as resistance. *British Journal of Nursing*, 22, 741–742, 744, 746.
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., Eggum, N. D. (2010). Emotion-Related Self-Regulation and Its Relation to Children’s Maladjustment. *Annual Review Clinical Psychology*, April 27; 6: 495–525.
- Eisler I.(1995). Family models of eating disorders. In: Szmukler G, Dare C, & Treasure J). Wiley (Eds.) *Handbook of eating disorders* (pp. 155-176). New York. In: Túry és Szabó 2000. *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Budapest: Medicina.
- Eizaguirre A.E., de Cabezón A.O.S., de Alda I.O., Olariaga L.J. & Juaniz, M. (2004). Alexithymia and its relationship with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 36, 321-331.
- Ekman, P.(2011). *Leleplezett érzelmek*. Budapest: Kelly, Kft.
- Emmons, R. A.(1996) Striving and feeling: Personal goals and subject well-being. In Gollwitzer, P. M. & Bargh, J.A. (Eds) *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (pp. 313-337). New York: Guilford Press.
- Epstein, S., Meier, P. (1989). Constructive thinking: a broad coping variable with specific components. *J. Pers. Soc. Psychology* 57, 332-350.
- Erim, Y., Tagay, S., Beckmann, M., Bein, S., Cicinnati, V., Beckebaum, S. & Schalaak, J. F. (2010). Depression and protective factors of mental health in people with hepatitis C: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 342–349.
- Farrel, E. (1995). *Lost for Words: The Psychoanalysis of Anorexia and Bulimia*. London: Process Press.
- Falk J.R. & Halmi K.A. (1982). Amenorrhea in anorexia nervosa: examination of the critical body weight hypothesis. *Biol Psychiatry*, 17:799-806.
- Fallon A. & Rozin P. (1985): Short Reports: Sex Differences in Perceptions of Desirable Body Shape. *Journal of Abnormal Psychology*. 94, 1, 102-105

- Fairburn, C.G., Beglin, S.J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.
- Feder, A., Nestler, E. J. & Charney, D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 446-457.
- Feiereis H.(1989). Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie.München: Marseille Verlag. In.: Túry F. & Szabó P. (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Budapest: Medicina.
- Feldmann Á., Révész, Gy.,& Bernáth L (2005). A Szondi-teszt képeinek kategóriájába sorolását vizsgáló számítógépes képfeldolgozás. *Pszichológia*, 4:347-366.
- Fenigstein, A. (1979). Self-consciousness, self-attention, and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1),75-86.
- Fisher M. (2006). Treatment of eating disorders in children, adolescents and young adults. *Pediatr. Rev.* 27:119-123.
- Ferenczi S. (1982). *Lelki problémák a pszichoanalízis tükrében*. Budapest: Magvető.
- Fenigstein, A. (1979). Self-consciousness, self-attention, and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1),75-86.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Fredrikson, B.L.(2003): *The value of positive emotions: the emerging science of positive psychology is coming tto unferstand why it's good to feel god*. Sigma Xi, The Scientific Research Society.
- Fredrekson, B.L.& Losada M.L. (2005). Positiv Affect and the Complex Dynamics of Human Flourishing, *American Psychologist*, 2005. 60(7): 678-686.
- Fredrikson, B.L. (2015). *A pozitív érzelmek hatalma*. Budapest: Akadémia kiadó
- Freud, A. (1993).*Normatiltás és patológia a gyermekkorban*. Budapest, Animula Kiadó.
- Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. In J. Strachey, & A. Freud (Eds.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp. 77-175). London: The Hogarth Press.
- Fonagy, P., Gergely, Gy., Jurist, E.L., Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press

- Fonagy, P. (2008). The Mentalization-Focused Approach to Social Development. In Busch F.N. (Ed.), *Mentalization - Theoretical Considerations, Research Findings, and Clinical Implications* (pp. 3-56). Hillsdale, NJ & London: The Analytic Press.
- Forgács A. (2008). Az ételfogyasztás mértékét szabályozó szociokulturális tényezők. In Túry F. & Pászthy B. (szerk.), *Evészavarok és testképzavarok* (pp. 341-352). Budapest: Pro Die.
- Forgas, J.P., Williams, K.D.(2001/2006) Az én mint társas képződmény: bevezetés és áttekintés. In: Forgas, J.P. & Williams, K.D.(Eds.) (2001/2006) *A társas én. Az önmegismerés szociálpszichológiája* (pp. 21-39). Budapest: Kairosz Kiadó.
- Földi R. (2005). *A hiperaktivitás organikus és lelki háttere*. Budapest. Comenius Kiadó Kft.,
- Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. London: *Hogarth Press*. Standard Edition.
- Frydenberg, E. (2008): Adolescent coping. *Routledge*, London and New York. 192-194.
- Gabbard, G.O.(2008). *A pszichodinamikus pszichiátria tankönyve*. Budapest: Lélekben Otthon Kiadó.
- Gaillard, R.,DeCull, A., Naccachem L., Vinckier, F., Cohen, L. & Dehaene, S.(2006). Nonconscious semantic processing of emotional words modulates conscious access. *PNAS*, 103, (19), 7524-7529.
- Garcia-Grau E, Fuste A, Miro A, Saldana C, & Bados A (2002). Coping style and disturbed eating attitudes in adolescent girls. *Int J Eat Disord*. 32:116-120.
- Gallagher, S., & Cole, J. (1995). Body image and body schema in a deafferented subject. *Journal of Mind and Behavior*, 16, 369-389.
- Garfinkel P.E, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom Ds, Kennedy S, Kaplan AS, & Woodside DB (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison subgroups. *Am J Psychiatry*, 152:1052-1058.
- Garnezy, N.(1970). Process and reactive schizophrenia: Some conceptions and issues. *Schizophrenia Bulletin*, 2, 30-74.
- Garner D.M, Garfinkel P (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9:273-279.
- Garner D.M, Onstead M.P, & Polivy M. (1983). Development and validation of a multidimensional eating inventory for anorexia and bulimia. *Int J Eat Disord*, 2:15-33.

- Garner D.M, & Bemis K.M (1985). Cognitive therapy for anorexia nervosa. In Garner DM, & Garfinkel PE (Eds.) *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 107-146). New York: Guilford.
- Geiger Á. (1982/1988). Új tapasztalatok az anorexia nervosa diagnosztikájában és terápiájában. In Gerő Zs. (Szerk.), *Klinikai gyermekpszichológiai tanulmányok* (pp. 161- 169). Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Gergely Gy. & Watson J., S.(1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self control in infancy. *International Journal of Psycho-Analysis* 77:1-31.
- Gergely Gy. & Watson J., S.(1998). A szülői érzelem tükröződés szociális biofeedback modellje: a csecsemő érzelmi öntudatra ébredése és az önkontroll kialakulása. *Thalassa*, 9. 1:56-105.
- Gergely Gy.(2003). A cselekvő én (szelf mint ágens) fogalmának kialakulása csecsemő- és kisgyermekkorban. In Pléh Cs., Kovács Gy. & Gulyás B. (szerk.). *Kognitív Idegtudomány* (pp. 285-325)._Budapest: Osiris.
- Girtler, N., Casari, E. F., Brugnolo, A., Cutolo, M., Dessi, B., Guasco, S. & De Carli, F. (2010). Italian validation of the Wagnild and Young Resilience Scale: A perspective to rheumatic diseases. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 28, 669-678.
- Giskes, K., Kamphuis, C. B., van Lenthe, F. J., Kremers, S., Droomes, M. & Brug, J. (2007). A systematic review of associations between environmental factors, energy and fat intakes among adults: is there evidence for environments that encourage obesogenic dietary intakes? *Public Health Nutrition*, 10(10), 1005-1017.
- Gongora C.V, Derksen J.J.L, & van Der Staak C.P.F. (2004). The role of core beliefs in the specific cognitions of bulimic patients. *J Nerv Ment Dis.*,192:297-303.
- Gould, M. S., Velting, D., Kleinman, M., Lucas, C., Thomas, J. G. és Chung, M. (2004): Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behavior for suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43. 1124-1133.
- Gratz, K.L., Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology nad Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Greenberg, L. S. (2008). The Clinical Application of Emotion in Psychotherapy. In Lewis, M. Haviland-Jones, J.M. & Barrett, L.F. (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 88-102). New York–London: The Guilford Press.

Az APA hivatkozási rendje szerint.

- Grey, M., Boland, E. A., Yu, C., Sullivan-Bolyai, S. & Tamborlane, W. V. (1998). Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes. *Diabetes Care*, 21, 909-914.
- Grey, M, Whittemore, R. & Tamborlane, W. (2002) Depression in type 1 diabetes in children: Natural history and correlates. *Journal of Psychosomatic Research* 53: 907-911.
- Gross, J. J., & Munoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151-164.
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotions regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gyöngyösiné Kiss, E.(1999). *Szondi Lipót*. Magyar Pantheon Sorozat. Új Mandátum Kiadó.
- Gyöngyösiné Kiss, E.(2001). Szondi Lipót sorsanalízise. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 56/1. (ez a hivatkozás "Szondi, 2001" - hibásan szerepel a 85. oldalon).
- Gyöngyösiné Kiss Enikő (szerk.) (2002). *Szondi Lipót: A kísérleti ösztöndiagnosztika tankönyve. A Szondi-teszt*. Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó.
- Gyöngyösiné Kiss, E., Czirják L., Hargitai R., Nagy L., Paksi E. (2008): Ego-control and ego-resiliency in systemic autoimmune disorders (SSC, RA, SLE). *Horizons of Psychology, Official Journal of the Slovenian Psychological Association*, 17:supl., 8.
- Haase, J. (1987). The components of courage in chronically ill adolescents. *ANS-Advances in Nursing Science*, 9(2), 64-80.
- Haase, J. E., Britt, T., Coward, D. D., Leidy, N. K., & Penn, P. E.(1992). Simultaneous concept analysis of spiritual perspective, hope, acceptance and self-transcendence. *Image—The Journal of Nursing Scholarship*, 24(2), 141-147.
- Haase, J.(1997). Hopful teenagers with cancer: Living courage. *Reflections*, 23, 20.
- Haase, J.(2004). The Adolescent Resilience Model as a Guide to Interventions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 21:289.
- Halmi K.A, Sunday S.R, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Fichter M, Treasure J, Berrettini W.H, & Kaye W.H (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtypes, obsessiveness, and pathological eating behaviour. *Am J Psychiatry* 157:1799-1805.
- Hampel, P., Petermann, F. (2006). Perceived stress, coping, and adjustment in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 38. 409–415.

- Hampel, P. (2007). Brief report: Coping among Austrian children and adolescents. *Journal of Adolescence*, 30, 885-890.
- Harel J. & Scher A. (2003). Insufficient responsiveness in ambivalent mother-infant relationships: Contextual and affective aspects. *Infant Behavior & Development*, 26, 371-383.
- Hargitai R. (2003). Alexitímia, avagy az érzések érzésének képtelensége. In Kézdi, B. & Kállai J. (Eds.), *Új távlatok a klinikai pszichológiában* (pp.181-200). Budapest: Új Mandátum.
- Hargitai, R. (2008). Sors és történet. Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó.
- Hart, K. E. és Hittner, J. B. (1995). Optimism and pessimism: Associations to coping and anger-reactivity. *Personality and Individual Differences*, 19, 827-839.
- Harrison M., Loiselle C. G., Duquette A., Semenic S. E. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *Journal of Advanced Nursing*, 38, 6, 584-91.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Press
- Hayas, C.L., Calvete, E., Barrio, A.G., Beato, L., Muñoz, P. & Padierna, J.Á.(2014). Resilience Scale-25 Spanish version: Validation and assessment in eating disorders. *Eating Behaviors* 15. 460-463 .
- Hámori E. (2013). Rizikófaktorok, adaptáció és reziliencia a korai fejlődésben – a koraszülöttség a fejlődési pszichopatológia modelljében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68. 1. 7-22.
- Hermann I. (1984). *Az ember ősi ösztönei*. Budapest: Magvető.
- Hinds, P., & Haase, J. E. (1998). Quality of life in children and adolescents with cancer. In C. King & P. Hinds (Eds.), *Quality of life from nursing and patient perspectives: Theory, research, and practice* (Vol. section 2, pp. 93-114). Boston: Jones and Bartlett.
- Hinds, P. S., & Gattuso, J. S. (1991). Measuring hopefulness in adolescents. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 8(2), 92-94
- Hoek, H.W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 389–394. In Krizbai T. (2011). Az evészavarok egyes epidemiológiai és pszichológiai vonatkozásai, különös tekintettel az önéletrajzi emlékezetre. Debrecen: Doktori Disszertáció.

- Hodgins, H.S. & Knee, C.R. (2002). The integrating self and conscious experience. In Deci, E.L. & Ryan, R.M (Eds) *Handbook of self-determination* (pp. 65-86). Rochester NY: University of Rochester Press.
- Holden, K. B., Hall, S. P., Robinson, M., Triplett, S., Babalol, D., Plummer, V., Bradford, L.D. (2012). Psychosocial and sociocultural correlates of depressive symptoms among diverse African American women. *Journal of the National Medical Association*, 104, 493-504.
- Horwitz, A. G., Hill, R. M. és King, C. A. (2011). Specific coping behaviors in relation to adolescent depression and suicidal ideation. *Journal of Adolescence*, 34. 1077-1085.
- Howell, R. T., Kern, M. L. & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1, 1-54.
- Izard, C.E., Youngstrom, E.A., Fine, S.E., Mostow, A.J. & Trentacosta, C.J. (2006). Emotions and developmental psychopathology. In Cicchetti, D. & Cohen, D.J: (Eds.), *Developmental psychopathology 2nd edition* (pp. 244-292). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Izard, Woodburn, Finlon, Krauthamer-Ewing, Grossman, Seidenfeld (2011). Emotion knowledge, emotion utilization, and emotion regulation. *Emotion Review*, 3(1), 3-7.
- Jaser, S.S. & White, L.E. (2011). Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes. *Child: Care, Health and Development* 37: 335-342.
- James, W.(1902) *The varieties of religious experience*. New York: Longmans-Green and Comp.
- Járai R., Vajda D., Hargitai R., Nagy L., Csókási K. & Kiss E. (2015): Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív 10 itemes változatának jellemzői. *Alkalmazott Pszichológia*, 15(1):129-126.
- John, O. P. & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality, process, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1333.
- Jóó M.N. & Kövesdi A.(2008). Evészavarok és személyiség. In Túry, F. & Pászthy, B. (Szerk.). *Evészavarok és testképzavarok* (pp. 237-249). Budapest: Pro Die.
- Jurist, E. L. (2005). Mentalized Affectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 22(3), 426-444.
- Kahneman, D. (1973). *Attention and effort*. New York: Prentice Hall.

- Karoly, P. & Ruehlman, L.(2006). Psychological “resilience” and its correlates in chronic pain: Findings from a national community sample. *Pain* 123, 90-97.
- Káplár M.L.(2016). Meglátni és megítélni. Az információfeldolgozás korai szakaszában meghelenő affektív tényezők és ezek személyiségbeli meghatározása fMRI-vel és Szondi-teszttel (Doktori értekezés). letöltve: 2017.03.15.
- Kasser, T. & Ryan, R.M. (2001). Be careful what you wish for: Optimal functioning and relative attainment of intrinsic and extrinsic goals. In Schmuck, P. & Sheldon, K.M. (Eds) *Life goals and well-being: Toward a positive psychology of human striving*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- Keefe, F. J., Porter, L. S., & Labban, J. (2006). Emotion regulation processes in disease- related pain: a couples-based perspective. In Snyder D.K., Simpson & J. N. Hughes, J.N. (Eds.), *Emotion regulation in couples and families. Pathways to dysfunction and health* (pp. 207-229). Washington DC. US: APA.
- Kernberg, O. (1995). Love relations. *Normality and pathology*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Keyes, C.L.M.(1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 63, 264-279.
- Keyes, C.L.M., Shmotkin D. & Ryff, C.D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Kiefer, S. M. & Ryan, A. M. (2011). Students’ perceptions of characteristics associated with social success: Changes during early adolescence. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 32. 218–226.
- Kihlstrom, J.F. (1987). The cognitive unconscious. *Science*, 237, 1445-1452.
- Kihlstrom, J.F. (1998). Hypnosis and the psychological uncoscious. In H.J. Friedman (Ed). *Encyclopedia of mental health* (pp. 467-477). San Diego: Academic Press.
- Kihlstrom, J.F., Mulvaney, S., Tobias, B.A. & Tobias, I.P. (2000). The Emotional Unconscious. In Eich, E., Kihlstrom, J.F.,Bower, G.H., Forgas, J.P. & Niedenthal, P.M.(Eds) *Cognition and Emotion* (pp. 30-86). New York: Oxfod Universtity Press.
- Kiss E. & Makó, H.(szerk.). (2015). *A gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pécs: Pro Pannónia Kiadó.

- Kiss E., Vajda D., Káplár M., Csókási K., Hargitai R., Nagy L. & Czirják L. (2015/a): A CD- RISK 25 ítemes Reziliencia Kérdőív magyar adaptációja. In.: *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* (16).
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., Pucetti, M. C. & Zola, M. A. (1985). Effectiveness of hardiness, exercise and social support resources against illness. *Journal of Psychosomatic Resources*, 29, 525-533.
- Komlósi P. (1993). Családterápiás megközelítés az anorexia nervosa kezelésében. In Riskó, Á. (Szerk.). *Étkezési zavarok (anorexia, bulimia, obezitas)* (pp. 69-75). Budapest: Magyar Pszichiátriai Társaság.
- Kovács D. (2004). *Az evészavarok tüneti elemzése*. Budapest: Ph.D. értekezés
- Kököneyi, Gy. & Várnai D. (2007). A korai kapcsolati traumák – elhanyagolás és bántalmazás – hatása az agyi, a biológiai és a lelki fejlődésre. In Demetrovics Zs.,
- Kököneyi Gy. & Oláh A. (szerk.), *Személyiség-lélektantól az egészségpszichológiáig. Tanulmányok Kul- csár Zsuzsanna tiszteletére* (pp. 224-269). Budapest: Trefort Kiadó.
- Kököneyi, Gy. (2008). *Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban*. Budapest: Doktori disszertáció.
- Kövesdi A. (2016). A reziliencia hatása a krónikus betegségekben. *Gyermekgyógyászat*, 67 (4), pp.:225-230.
- Kő, N. (2005). *SAFA Pszichopatológiai gyerekek és serdülők számára (kézikönyv)*. Budapest, OS Hungary.
- Krebs, J. R. (2009). The gourmet ape: evolution and human food preferences. *American Journal of Clinical Nutrition*, 90(3), 707-711.
- Krizbai T. (2011). *Az evészavarok egyes epidemiológiai és pszichológiai vonatkozásai, különös tekintettel az önéletrajzi emlékezetre*. Debrecen: Doktori Disszertáció.
- Kulcsár Zs. (1972/1989). *Személyiség-pszichológia*. Budapest: Tankönyvkiadó
- Kulcsár, Zs. (1996). *Korai személyiségfejlődés*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Kulcsár Zs. (1998). *Egészségpszichológia*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.
- Kulcsár Zs. (2009). *Traumafeldolgozás és vallás*. Budapest: Trefort Kiadó.
- Lai, J. C. L. (2009). Dispositional optimism buffers the impact of daily hassles on mental health in Chinese adolescents. *Personality and Individual Differences*, 47, 247-249.
- Laible, D. J. & Thompson, R. A. (2000). Mother-Child Discourse, Attachment Security,

- Shared Positive Affect, and Early Conscience Development. *Child Development*, September/October, 71(5), 1424-1440.
- Laliberté M, Boland FJ, Leichner P. (1999). Family climates: family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *J Clin Psychol. Sep*;55(9):1021-40.
- Lane, R.D. & Schwartz, G.E.,(1987). Levels of emotional awareness: a cognitive- developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
- Lane, R.D., Quinlan, D.M.,Schwartz, G.E., Walker, P.A. & Zeitlin, S.B. (1990). The levels of emotional awareness scale: a cognitive-developmental measure of emotion. *Journal of Personality Assessment*, 55, 124-134.
- Láng A. & Nagy L. (2013). Kötődélmélet és fejlődési pszichopatológia szemlélet közvetítő mechanizmusok. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68. 1. 23-37.
- Lask B. & Bryant-Waugh R. (2007). *Eating disorders in childhood and adolescence*. Routledge.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1993). From Psychological Stress To the Emotions. History of Changing Outlooks. *Annu. Rev. Psychol.* 44, 1- 21.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Leary, M.R. (2000/2001). Érzés, megismerés és társas érzelmek. In Forgács, J. (szerk.). *Érzelem és gondolkodá. Az érzelmek szociálpszichológiája* (pp. 335-361). Budapest: Kairosz Kiadó.
- LeDoux, J.(1995). Emotion: Clues from the brain. *Annual Review of Psychology*, 46, 209-235.
- LeDoux, J.(1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.
- Legerstee, J. S., Garnefski, N., Verhulst, F. C. & Utens, E. M. W. J. (2011). Cognitive coping in anxiety-disordered adolescents. *Journal of Adolescence*, 34. 319-326.
- Leung N, Waller G, & Thomas G. (1999). Core beliefs in anorexic and bulimic women. *J. Nerv Ment Dis*, 187: 736-741.
- Leventhal, H.(1980). Toward a comprehensive theory of emotional. In: Berokvitz. L. (Ed.): *Advances in experimental social psychology*, 13. (39-207). New York: Academic Press. 39-207.
- Lipowsky, Z.J. (1988). Somatization. The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358-1368.

- Loftus, E. (1992) Science watch. Special selection on the unconscious. *American Psychologist*, 47, 761-809.
- Loman, M. M. & Gunnar, M. R. (2010). Early Experience and the Development of Stress Reactivity and Regulation in Children. *Neuroscience Biobehavioural Review*, 34(6), 867–876.
- Lukács D. (2016). *A Szondi –teszt korszerű értelmezése*. Budapest. Oriold és Társai.
- Lyubomirski S.(2008): *Hogyan legyünk boldogok? Életünk átalakulásának újai tudományos megközelítésben*. Budapest: Ursus Libri.
- Maddi, S. R. (2006). Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*, 1(3) 160-168.
- Maddi S. R., Harvey R. H., Khoshaba, D. M., Fazel M. & Resurreccion N. (2009). The Personality Construct of Hardiness, IV. Expressed in Positive Cognitions and Emotions Concerning Oneself and Developmentally Relevant Activities. *Journal of Humanistic Psychology*, 49(3) 292-305.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-68.
- Markus, H. (1983). Self-knowledge: An expected view. *Journal of Personality*, 51, 543-565.
- Markus, H. & Kitayama, S. (1991). Cultura and self. Implications for cognitions, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- Marshall C. (1895). *Fatal case in a girl of 11 years* (pp. 817). The Lancet.
- Masten, A., Best, K. & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56. 227-238.
- Mangelli, L., Gribbin, N., Buchi, S., Allard, S. & Sensky, T. (2002). Psychological well-being in rheumatoid arthritis: Relationship to “disease” variables and a ective disturbance. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 112-116.
- Mayer, J. D., Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey, D. Sluyter (Eds.). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mazzag J., Pászthy B. & Túry F. (2006). Az evészavarok transzgenerációs átörökítésének lehetőségei. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 7: 269-286

Az APA hivatkozási rendje szerint.

- McGovern, K.(2007). Emotion. In Baars, B.J. & Gaae, N.J. (Eds.). (2007) *Cognition, brain and consciousness. Introduction to cognitive neuroscience*. London: Elsevier.
- McLean, P.D.(1949). Psychosomatic disease and the “visceral brain:”Recent developments bearing on the Papez theory of emotional. *Psychosomatic Medicine*, 11, 338-353.
- Miller T. (1991). The psychotherapeutic utility of the five-factor model of personality: A clinician’s experience. *Journal of Personality Assessment* 57: 415–433.
- Mineka, S. & Öhman, A. (2002). Phobias and preparedness: the selective, automatic, and encapsulated nature of fear. *Biological Psychiatry*, 52, (10), 927-937.
- Miotto,P. és mtsai. (2008). Aggressive, anger, and hostility in eating disorders. *Compr Psychiatry*. 49(4):364-73.
- Mirnic Zs. (2006): *A személyiség építőkövei*, Budapest: Bölcsész Konzorcium.
- Mérő L. (2013). Kogníció és affektivitás. In: Bányai, É. Varga, K. (szerk.). *Affektív pszichológia - az emberi késztetések és érzelmek világa*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Mota, D. C., Benevides-Pereira, A. M., Gomes, M. L. & Araújo, S. M. (2006). Estresse e resiliência em doença de Chagas [Stress and resilience in chagas disease]. *Aletheia* 24, 57-68
- Murgatroyd, C. & Spengler, D. (2011). Epigenetics of early child development. *Frontiers in Psychiatry*, 2, 16.
- Nagy H. (2007). Az érzelmi intelligencia szerepe az egészség alakulásában. In Demetrovics Zs., Kökönyei Gy., Oláh A. (Szerk.). *Személyiség-lélektantól az egészségpszichológiáig*. Budapest: Trefort Kiadó.
- Nagy H. (2010). *A képesség-alapú érzelmi intelligencia modell érvényességének empirikus elemzése*. ELTE, PhD disszertáció.
- Nagy H. & Oláh, A., (2013). A pozitív pszichológia. In.: Bányai É. & Varga K. (szerk.). *Affektív pszichológia: az emberi késztetések és érzelmek világa*, (pp :557-579). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Neville, K. (1998). The relationships among uncertainty, social support, and psychological distress in adolescents recently diagnosed with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 15(1), 37-46.
- Nordbo, R.H., Espeset, E.M., Gulliksen, K.S., Skarderud, F. & Holte, A.(2006). The meaning of self-starvation: Qualitative study of patient's perception of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 39:556-564.

- Noszlopi László (1989): Sorselemzés és kísérleti ösztöndiagnosztika. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Nowack, K. M. (1989). Coping Style, Cognitive hardiness and Health Status. *Journal of Behavioral Medicine* 12(2) 145-158.
- Oatley, K. & Jenkins, J.M. (2001). *Érzelmek*. Budapest: Osiris
- Oláh A. (1982): Kérdőíves módszerek a külső-belső kontroll attitűd vizsgálatára. *Módszertani Füzetek, 19*, Budapest: OPI.
- Oláh A. (2004.a). Megküzdés és pszichológiai immunitás. In Pléh Cs., Boross O. (Eds.). Bevezetés a pszichológiába (pp. 631-663). Budapest: Osiris.
- Oláh A. (2004.b) Mi a pozitívum az pozitív pszichológiának? *Iskolakultúra, (11)*, 39-47.
- Oláh A. (2005). *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény*. Budapest: Trefort Kiadó.
- Öhman, A. & Mimeka, S. (2003). The malicious serpent: Snakes as a prototypical stimulus for an evolved module of fear. *Current Directions in Psychological science, 12*, 5-9.
- Papez, J.W.(1937). A proposed mechanism of emotion. *Archives of Neurobiology and Psychiatry, 79*, (217-224).
- Pataki, F.(2004) *Érzelem és identitás*. Budapest: Újmandátum Kiadó.
- Park, N., Peterson, C., Seligman, M.P.(2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology. Vol.23. No.5*.pp.603-619.
- Pászthy B. (2007). *A gyermek- és serdülőkorú anorexia nervosa pszichoszomatikus jellemzői*. Budapest: Ph.D. értekezés.
- Pearce, J.M.S. & Morton, R. (2004). Origins of Anorexia nervosa. *Eur. Neurol, 52*: 191-192.
- Pető, B. (1989). Noosomaticus zavarok. In: Pető, B. (szerk.). *Részletes pszichiatria II. Funkcionális betegségek és zavarok* (pp. 1084-1092). Budapest: Magyar Pszichiátriai Társaság.
- Péley B. (2010). Fejlődés és evolúció: evolúciós szemlélet a fejlődésben, a pszichopatológiában és a pszichoterápiákban. *Magyar Pszichológiai Szemle, 65(1)*, 65-83.
- Pikó B. (2002). *Fiatalok pszichoszociális egészsége és rizikómagatartása a társas támogatás tükrében*. Budapest: Osiris.
- Pikó B. (Szerk.) (2010): *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. Budapest: L'Harmattan.

- Pilling, J. (2003). *Gyász*. Budapest. Medicina Kiadó.
- Piran, N., Lerner, P., Garfinkel, P.E., Kennedy, S.H., Brouillette, C. (1988). Personality disorder in anorexic patients. *Int J Eating Dis*, 5:589-599. In Túry F. & Szabó P. (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Budapest: Medicina.
- Pléh, Cs. (2004) A pozitív pszichológiai hagyományok Európában. *Iskolakultúra*, (5), 57-61.
- Pratt, E.M., Telch C.F., Labouvie E.W., Wilson G.T. & Agras W.S. (2001). Perfectionism in women with binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 29:177-186
- Ponarovsky, B., Amital, D., Lazarov, A., Kotler, M. & Amital, H. (2011). Anxiety and depression in patients with allergic and non-allergic cutaneous disorders. *International Journal of Dermatology*, 50, 1217–1222.
- Quinton, S. & Wagner, H.L. (2005). Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and eating attitudes. *Personality and Individual Differences*, 38, 1163- 1173.
- Racsmány, M. (2002). Adaptív felejtés: az emlékezeti gátlás szerepe a megismerésben. In: Racsmány, M., Kéri, Sz. (2002). *Architektúra és patológia a megismerésben*. Budapest. BIP.
- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F. & Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 239-256.
- Reeve, J. (2009). Unconscious motivation. In Reeve, J. (Ed.). (2009). *Understanding motivation and emotion* (pp. 391-416). New York: Wiley&Sons.
- Rehavia-Hanauer, D. (2003). Identifying conflicts of anorexia nervosa as manifested in the art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 30, 137-149.
- Révész Gy. (2013). A gyermekek alkalmazkodási stratégiái a rossz szülői bánásmódhoz. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68. 1. 89-103.
- Rief. W., Schaefer S., Hiller, W. & Fichter, M.M. (1992). Lifetime diagnoses in patients with somatoform disorders: witch came first? *European Archives Of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, 236-240.
- Robottom, B. J., Gruber-Baldini, A. L., Anderson, K. E., Reich, S. G., Fishman, P. S., Weiner, W. J. & Shulman, L. M. (2012). What determines resilience in patients with Parkinson's disease? *Parkinsonism & Related Disorders*, 18, 174-177.
- Rogers, C.R. (1961/2003). *Valakivé válni. A személyiség születése*. Budepest: Edge 2000 Kft.

- Rogers R.L. & Petri T.A. (2001). Psychological correlates of anorexic and bulimic symptomatology. *J Couns Dev*, 79:178-187.
- Rothenberg, A. (1986). Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry*, 49:45-53. In Túry F.&Pászthy B. (szerk.), (2008). *Evészavarok és testképzavarok*. Budapest: Pro Die Kiadó.
- Rosenbaum, M. (1988). Learned resourcefulness, stress and self-regulation. In Fisher, S. & J. Reason, J. (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 483-496). Chichester, UK: John Wiley & Son.
- Rosenbaum, M.(Eds.) (1990). *Learned Resourcefulness: On Coping Skills, Self-Control and Adaptive Behavior*. New York: Springer.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1), 609.
- Rushon, P.J., Bons, T.A. (2005). Mate Choice and Friendship in Twins. Evidence for Genetic Symylarity. *Psychological Science*, 16/7, 555-559.
- Rushton, J.P., (1989). Genetic similarity, human altruism, and group selection. *Behavioral and Brain Sciences*. 12, pp.503-559.
- Rushton, J. P., Bons, T. A. (2005). Mate Choice and Friendship in Twins: Evidence for Genetic Similarity. *Psychological Science*, 16, 555-559.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In: Shonkoff JP, Meisels SJ, editors. *Handbook of early childhood intervention.2*. New York: *Cambridge University Press*, pp. 651-682.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scienti c understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.
- Ryan, R.M. (1993.a). Agency and organization: Intrinsic motivation, autonomy, and the self in psychological development. In Jacobs, J.E. (Ed) *Nebraska Symposium on Motivation: Developmental perspectives on motivation 40* (1-56). 40. Lincoln: University of Nebraska Press.

- Ryan, R.M., Rigby, S. & King, K. (1993.b). Two Types of religious internalization and their relation to religious orientations and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 586-596.
- Ryff, C.D.(1989) happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C.D. & Keyes, C.L.M.(1995) The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64 (4), 719-727.
- Ryff C.D. & Singer B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychother Psychosom*, 65:14–23.
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler J. B. & Steward, W. T. (2000). Emotional States and Physical Health. *American Psychologist*, 55, 110-121.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *J. Pers.* 55, 169-210.
- Scheier, Michael F., Matthews, Karen A., Owens, Jane F., Magovern, George J., Lefebvre, R. Craig, Abbott, R., Carver, A. & Charles S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1024- 1040.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal*, 22(1–2), 201– 269.
- Schmutte, P.S. & Ryff C.D.(1997) Personality and well-being: *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 549-559.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000): Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55: 514.
- Seligman, M. E. P. (2002.a) Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In Snyder, C.R. & Lopez, S. (Eds.): *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. (2002.b). *Authentic happiness*. New York: Free Press.
- Seligman (2007): *Autentikus életöröm*. Budapest: Laurus Kidadó.
- Seligma, M.(2008). Positive Health. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 3-18
- Selvini-Palazzoli, M. (1978). *Self starvation. From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.

- Selye J. (1956/1976). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill magyarul: Selye János (1964): *Életünk és a stressz*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Selye J. (1983): *Stressz distressz nélkül*, Budapest: Akadémia Kiadó.
- Sheldon, K.M. & Elliot, A.J.(1998). Not all personal goals are personal: Comparing autonomous and controlled reasons as predictors of error and attainment. *Personality and Social Psychological Bulletin*, 24, 456-557.
- Sheldon, K.M. & Elliot, A.J.(1999) Goal striving, need-satisfaction, and longitudinal well-being: The self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 482-497.
- Sheldon, K., M. (2002). The self-concordance model of healthy goal striving: When personal goals correctly represent the person. In Deci, E.L. & Ryan, R.M.(Eds) *Handbook of self-determination*. (pp. 65-86). NY: University of Rochester Press, Rochester.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Smith, T. W., Orleans, C. T. & Jenkins, C. D. (2004). Prevention and health promotion: Decades of progress, new challenges, and an emerging agenda. *Health Psychology*, 23, 126-131.
- Stevens, J. P. (2012). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Routledge.
- Stewart, A. (2005). Disorders of eating control. In: Graham, P. J. (Ed.): *Cognitive behavior therapy for children and families* (pp. 359-384). Cambridge: Cambridge University Press.
- Steiger, H. & Bruce, K.R (2004). Personality traits and disorders associated with anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder. In Brewerton, T.D. (Ed.), (2004). *Clinical handbook of eating disorder – an integral approach*. (pp.209-230). New York: Marcel Dekker Inc.
- Stice, E. (2002). Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic *Review Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.
- Southam-Gerow, M.A. & Kendall, P.C. (2002). Emotion regulation and understanding. Implications for child psychopathology and therapy. *Clinical Psychology Review*, 22, 189-222.
- Solberg Nes, L. & Segerstrom, S.C. (2006). Dispositional Optimism and Coping: A Meta- Analytic *Review Pers Soc Psychol Rev*, 10(3), 235-251.
- Snyder, C.R. (1994). *The psychology of hope: You can get there from here*. New York: Free Press.

- Snyder, C.R., Shorey, H.S. Cheavens, J., Pulvers, K.M., Adams, V.H. & Wiklund, C. (2002). Hope and academic success in college. *Journal of Educational Psychology*, 94, 820-826.
- Stoudemire, G.A.(1988). Somatoform disorder factitious disorders, and malingering. In: Talbot, J.A. Hales, R.E. & Yudofsky, S.C.(Eds.). *The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry* (pp. 533-556). Washington: American Psychiatric Press.
- Surányi, Zs., Aluja, A.(2014). Catalan and Hungarian Validation of the Zuckerman- Kuhlman-Aluja Personality Questionnaire (ZKA-PQ). *Spanish Journal of Psychology* (2014), 17, e24, 1–9.
- Surgenor, L.J., Maguire, S., Russell, J. & Touyz, S.(2007). Self-liking and self- competence relationship to symptoms of anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 15:139-145.
- Szabó K. & Túry F. (2012). A magazinokban megjelenő írott és képi tartalmak evészavarral való lehetséges kapcsolata. *LAM*, 22(2), 139-145.
- Szabó L., Pászthy B. & Túry F. (2006). Az apák szerepe az evészavarok családdinamikájában. *Pszichoterápia*. 6: 406-415.
- Szabó P. (1993). A testkép a táplálkozás zavaraiiban. *Végeken*, 4:5-13.
- Szabó P. & Túry F. (1991): The prevalence of bulimia nervosa in Hungarian college and secondary school population. *Psychother Psychosom*, 56:43-47. In Túry F. & Szabó P. (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Budapest: Medicina.
- Szadóczky E.(1988). Az affektív kórképek osztályozása. In Arató, M. (Ed.). *A depressziók szomatoterápiája, Depresszió '88* (pp. 7-22). Budapest: Magyar Pszichiátriai Társaság.
- Szili I. & György S. (2005). *Interakciódinamika evészavarban szenvedő fiatalok és édesanyjuk kapcsolatában*. *Psychiat Hung*. 20:126-140.
- Szokolszky Á. V. Komlósi, A. (2015). A „reziliencia- gondolkodás” felemelkedése – ökológiai és pszichológiai megközelítések. *Alkalmazott Pszichológia*, 15(1):11-26.
- Szondi L.(1942). Szondi Sorsanalízis. (kézirat, saját tulajdon).
- Szondi Lipót (2002): Szondi teszt, Kísérleti ösztöndiagnosztika Tankönyve, Budapest, Új Mandátum Kiadó.
- Szondy M. (2007).A megbocsátásra való hajlam korrelátumai: kapcsolata a szociodemográfiai jellemzőkkel, az optimizmussal és a boldogsággal. *Pszichológia*, 27 (3), 221-239.

- Sztanó F., Rész K., Pászthy B. & Túry F. (2007) Az evészavarok családi kockázati és protektív tényezői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 8: 49-61
- Szumska I. (2005). *Evészavarok prevalenciája fiatal Magyar nők körében. Pszichoszociális háttérjellemzők, komorbiditás más mentális problémákkal*. Budapest: PHD- értekezés 460,
- Tajfel, H. (1972) La categorizationsociale. In: Moskovici, S.(Ed.) *Introduction a ls psychologie social* (272-302). Vol.1. Paris: Larousse.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. & Parker, J.D.A. (1991). The alexithymia construct: A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, 153-164.
- Taylor, S. E. & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3. 377-401.
- Tchanturia, K., Serpella, L., Troopb, N. & Treasure, J.(2001). Perceptual illusions in eating disorders: rigid and fluctuating styles. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 32, 107-115
- Thompson, R.A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. In Fox, N.A. (Ed.). The development of emotion regulation and dysregulation: Biological and behavioral aspects. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2-3), 25-52.
- Tiggemann, M. (2004). Body image across adult life span: Stability and change. *Body Image*, 1. 1. sz. 29-41.
- Tomba E, Offidani E, Tecuta L, Schumann R, & Ballardini D. (2014). Psychological well-being in out-patients with eating disorders: a controlled study. *Journal Eat Disord.* 47(3):252-258.
- Tölgyes T. (2007). *Evészavarok és evészavar-tünetek epidemiológiája. Evészavarban szenvedő betegek személyiségvizsgálata kognitív megközelítésben pszichometriai módszerekkel*. Budapest: Semmelweis Egyetem. Ph.D. értekezés.
- Trope, Y., Ferguson, M. & Raghunanth, R. (2001). Mood as a recourse in processing self-relevant information. In: Forgas, J.P. (Ed.). *The handbook of affect and social cognition*. Erlbaum: Mahwah.
- Túry F., Rathner, G. & Szabó, P. (1994). A táplálkozási magatartás zavarainak hazai epidemiológiai adatai: újabb eredmények. *Orvosi Hetilap*, 135: 787-791.
- Túry F., Sáfrán Zs., Wildmann M. & László Zs. (1997): Az Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory) hazai adaptációja. *Szenvedélybetegségek*, 5:336-342

- Túry F, Szabó, P. & Szedrey, G. (1990). Evészavarok prevalenciája egyetemista populációban. *Ideggyógy Szemle* 43: 409-418.
- Túry F. & Szabó P. (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Budapest: Medicina.
- Túry F, & Szumska I. (2005). Az étkezési zavarok kognitív viselkedésterápiája. In Mórotz K, Perczel Forintos D (szerk.): *Kognitív viselkedésterápia* (pp. 501-526). Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
- Túry F. & Pászthy B. (szerk.). (2008). *Evészavarok és testképzavarok*. Budapest: Pro Die Kiadó.
- Túry F., Wildmann M., László Zs. & Joó M.N. (1994): Táplálkozási attitűdök és evészavarok tánctagozatos középiskolások között: fokozott kockázatú csoport? *Lege Artis Medicinae* 4: 120-123.
- Twenge, J.M., Catanese, K.R. & Baumeister, R.F.(2003) Social exclusion and the deconstructed state: time perception, meaninglessness, lethargy, lack of emotion and self-awareness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 409-423.
- Tychev, C., Lighezzolo-Alnot, J., Claudon, P., Garnier, S. & Demogeot, N.(2012). Resilience, Mentalization, and the Development Tutor. *Rorschachiana* 33, 49-77
- Vajda D., Kiss E.(2015). Genomes in Love. *Szondiana, Journal of Fate-analysis and contributions to depth psychology*. 2015. (35), pp.: 61-67.
- Vandereyken W., Van Deth R. & Meermann R. (1990): Hungerkünstler, Fastenwunder, Magersucht. Eine Kulturgeschichte der Ess-störungen. Zülpich, Biermann. In Túry, F. & Szabó, P. (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Budapest: Medicina.
- Vandereyken W.(1995): The families of patients with an eating disorder. In: Eating disorders and obesity (szerk. Brownell K. D., fairburn C. G.). Guilford, New York. In Túry, F. & Szabó, P. (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Budapest: Medicina.
- Varga m. Túry F. (2008). Az evészavarok és a kényszerbetegségkapcsolata. In Túry F.&Pászthy B. (szerk.), (2008). *Evészavarok és testképzavarok*. Budapest: Pro Die Kiadó.
- Varga M. & Babusa, B. (2012). Az új keletű evészavarok néhány pszichológiai és rendszer-sezmléleti vonatkozása. *LAM*, 22(6-7), 440-444.

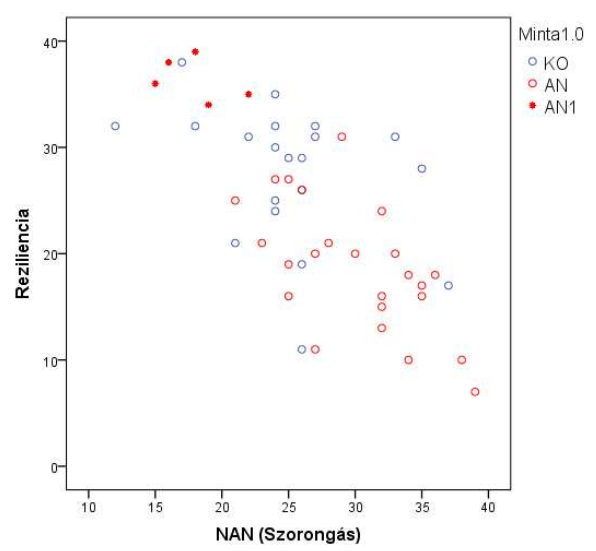
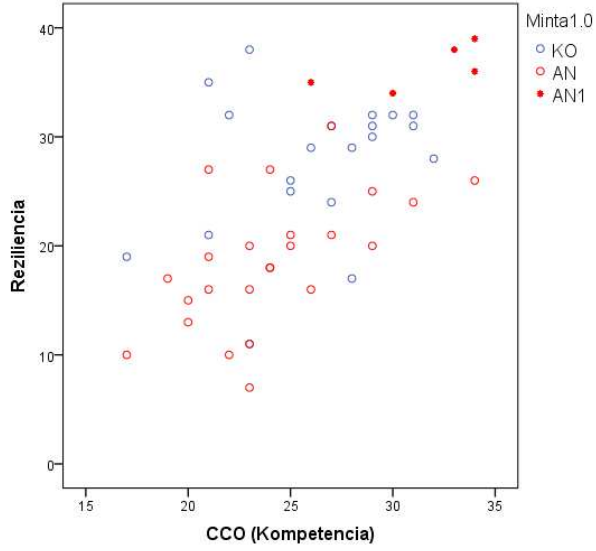
- Vetró Á. & Engels, R. (1984). Az anorexia nervosa pathogenezise, diagnosztikus kritériumai és terápiás lehetőségei különös tekintettel a magatartásterápiára. *Ideggyógyászati Szemle* 37: 221-228.
- Vitousek, K, Watson, S. & Wilson, G.T.(1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clin Psychol Rev.*18:391-420.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Wagnild, G. M. (2009). *The resilience scale user`guide for the US English version of the resilience scale and the 14-item resilience scale*. Worden, MT: Resilience Center.
- Waller G., Ohanian V., Meyer C., & Osman S. (2000). Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *Int J Eat Disord.* 28: 235-241.
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (1992). Overcoming the odds: *High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Werner, E. E. (2000). Protective Factors and Individual Resilience. In Shonkoff, J.P. & Meisels S.J. (Eds.). (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 115- 132). Cambridge: Cambridge University Press.
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Westen D. & Harnden-Fischer J. (2001). Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between axis I and axis II. *Am J Psychiatry* 158:547-562.
- Wei, M. Vogel, D.L., Ku, T. Zakalik A. (2005). Adult Attachment, Affect Regulation, Negative Mood, and Interpersonal Problems: The Mediating Roles of Emotional Reactivity and Emotional Cutoff. *Journal of Counseling Psychology.* 52:(1)14-24.
- Whalen, P.J., Kagan, J., Cook, R.G., Davis, F.C., Kim, H., Polis, S., McLaren, D.I., Somerville, L.H., McLean, A.A., Maxwell, J.S. & Johnstone, T. (2004). Human amygdala responsivity to masked fearful eye-whites. *Science*, 306, 2061.
- Williams G. J., Chamove A.S. & Millar H. R.(1990). Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. *Br J Clin Psychol.* 29. (3): 327-35.
- Williams, K. & McGillicuddy-De Lisi, A. (2000). Coping strategies in adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 20. 537-549.

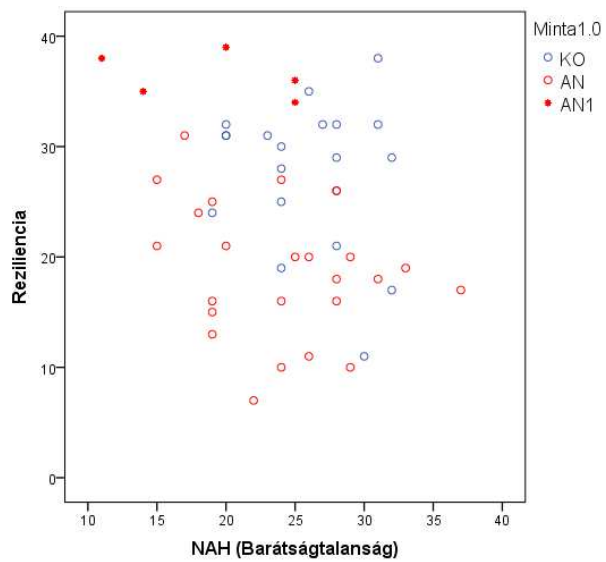
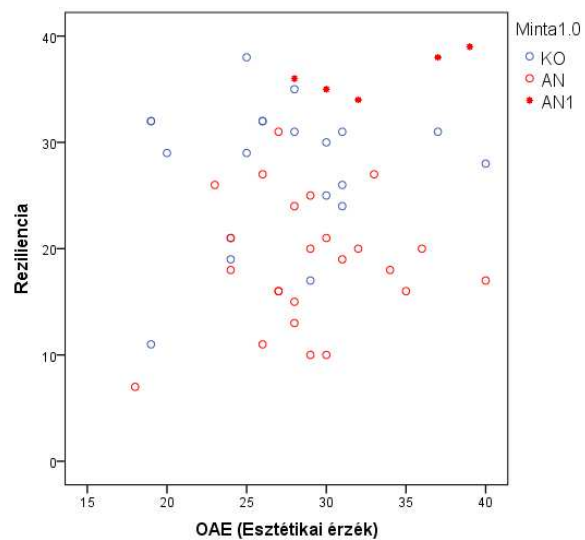
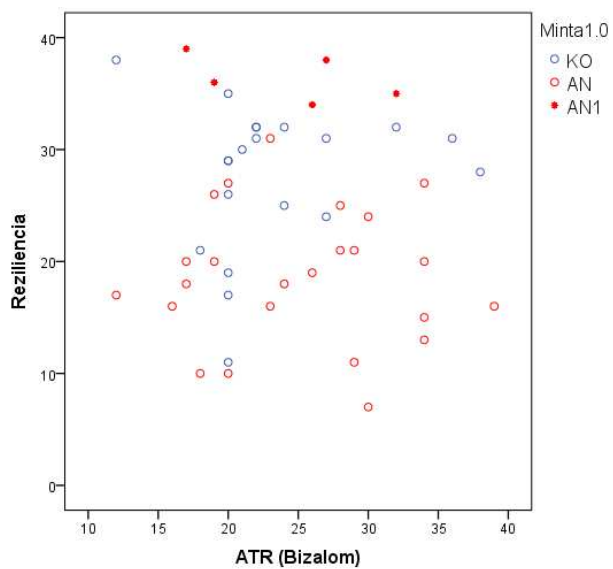
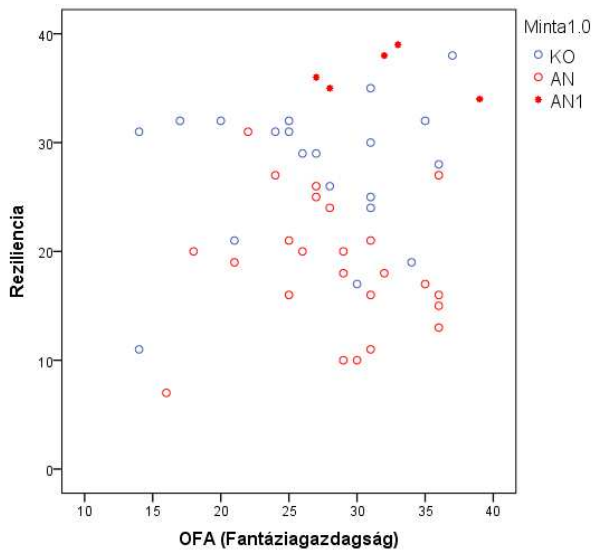
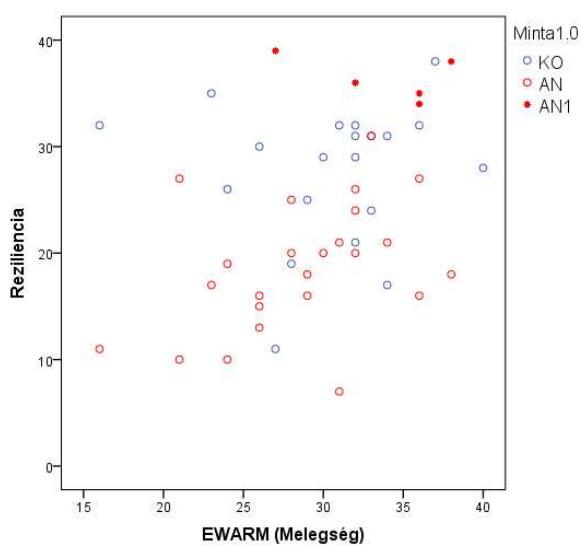
- Wingo, A. P., Wrenn, G., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B. & Ressler, K. J. (2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal of Affective Disorders*, 126, 411-414.
- Winkelman, P. & Berridge, K.C.(2004). Unconscious emotional. *Current directions in psychological science*, 13, 120-123.
- Winnicott D.V (2004): *A kapcsolatban bontakozó lélek*, Budapest: Új Mandátum Kiadó.
- Witke, K.L., Williams, F. & Greenberg, B.G. (1961). The ecology of medical care. *The New England Journal of Medicine*, 265, 885-892.
- Wong, S. S. & Lim, T. (2009). Hope versus optimism in Singaporean adolescents: Contributions to depression and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 46. 648–652.
- Woodgate, R.L.(1999). Conceptual Understanding of Resilience in the Adolescent With Cancer: Part I. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 16; 35-43.
- Yi-Frazier, J.P., Vitaliano, P.P. & Smith R.E. (2008) The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *British Journal of Health Psychology* 13: 311-325.
- Yi-Frazier, J.P. Hilliard, M. & Cochrane, C. (2012) The impact of positive psychology on diabetes outcomes: A review. *Psychology* 3: 1116–1124.
- Yi-Frazier, J.P., Yaptangco, M., Semana, S., Buscaino, E., Thompson, V., Cochrane, K., Tabile, M., Alving, E. & Rosenberg, A.R.(2015). The association of personal resilience with stress, coping, and diabetes outcomes in adolescents with type 1 diabetes: Variable- and person-focused approaches. *Journal of Health Psychology*, 20(9) 1196-1206.
- Zackheim, L. (2007). Alexithymia: The expanding realm of research. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 345-347.
- Zajonc, R.B.(1998). Emotion. In Gilbert, D.T., Fiske, S.T. & Lindzey, G.(szerk.).*The handbook of social psychology (4.ed.)*. Boston: McGraw-Hill.
- Zautra, A. J., Johnson, L. M., & Davis, M. C. (2005). Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 212-220.
- Zebrack, B. J., & Chesler, M. A. (2002). Quality of life in childhood cancer survivors. *Psycho-oncology*, 11(2), 132-141.
- Zigler, E. & Glick, M. (1986). *A developmental approach to adult psychopathology*. New York: Wiley.

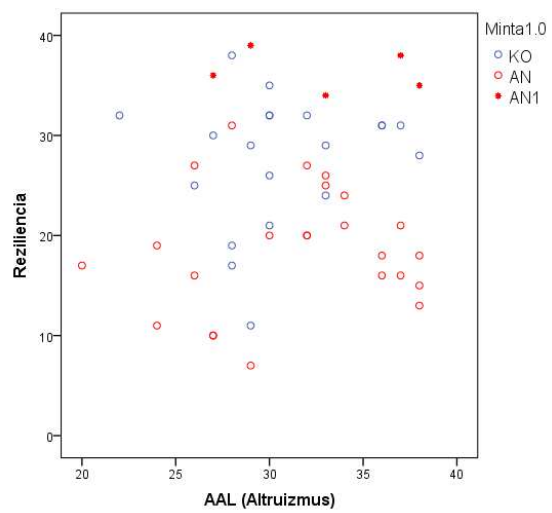
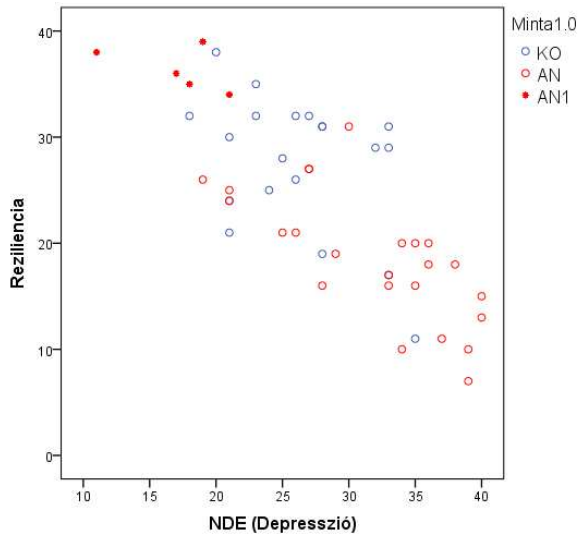
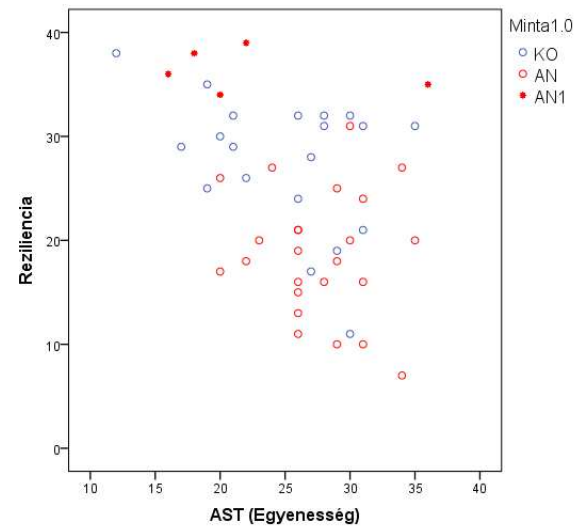
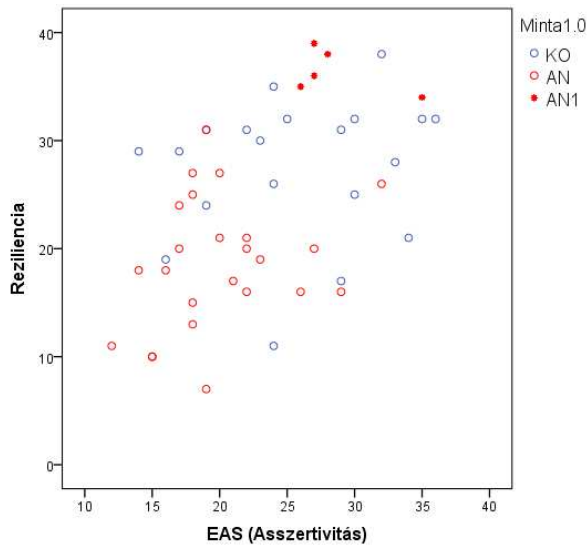
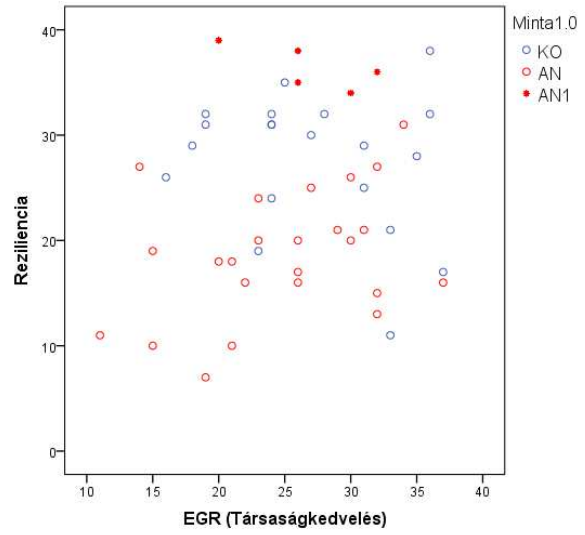
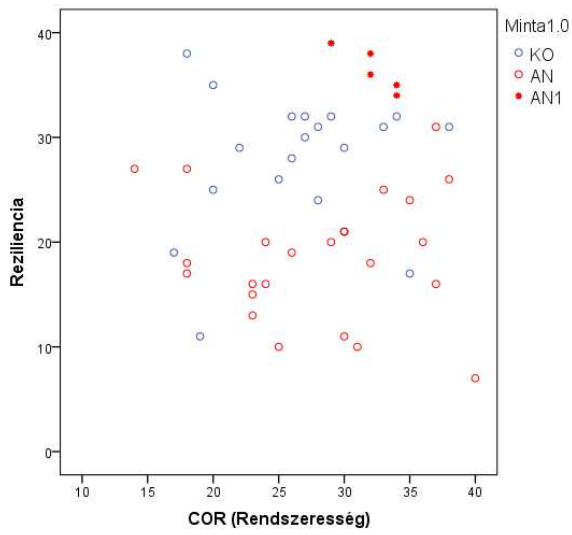
Az APA hivatkozási rendje szerint.

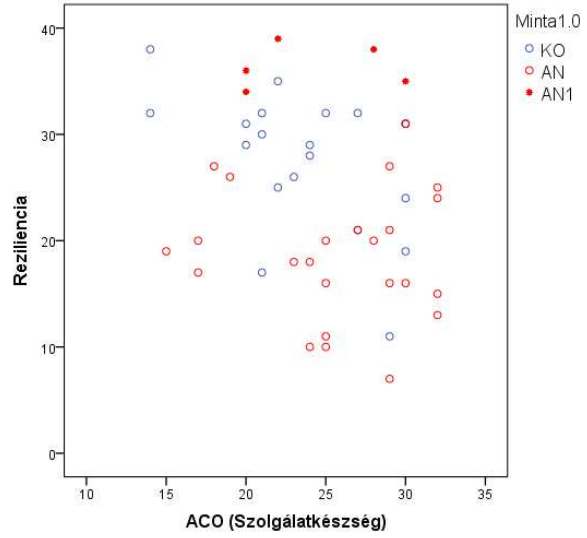
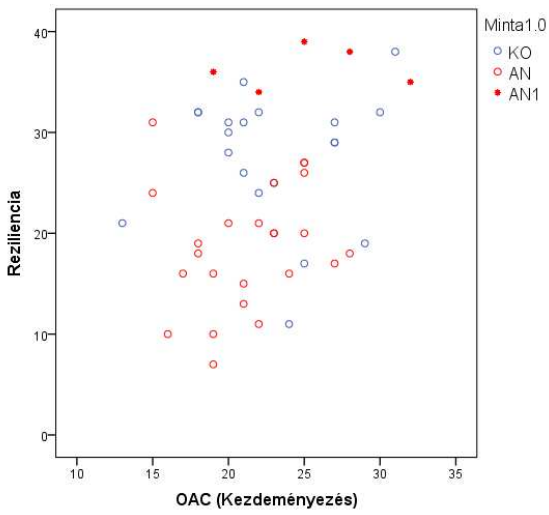
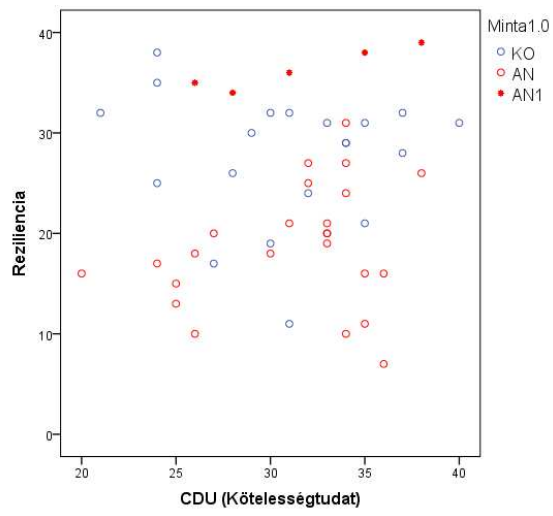
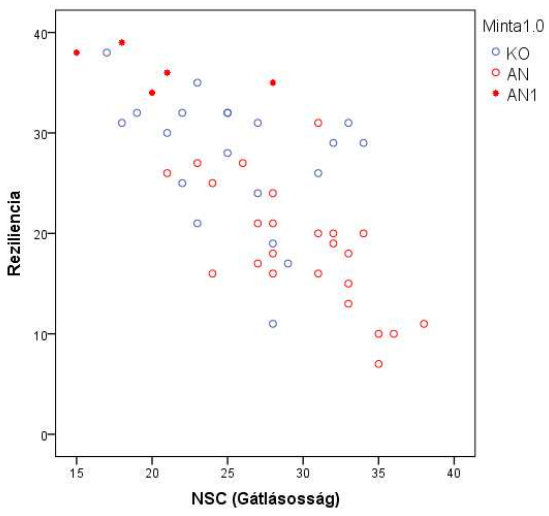
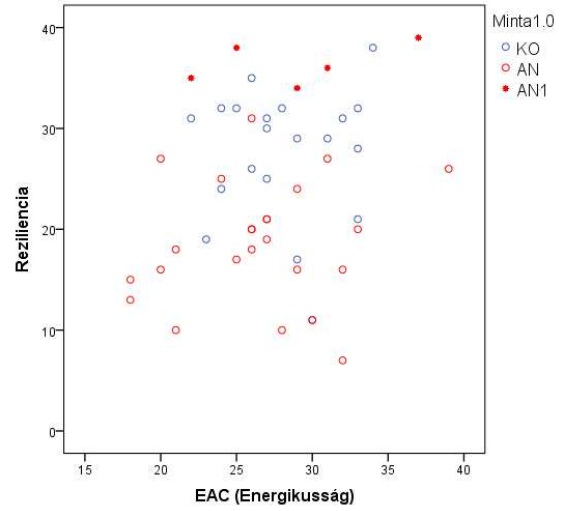
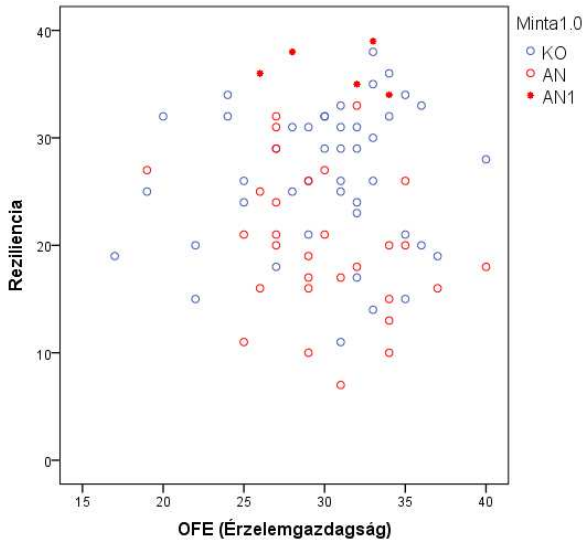
- Zimmerman, B.,J. (2000). Attaining self-regulation: A social cognitive perspective. In Boekaerts, M., Pintrich, P.R. & Zeidnes, M. (Eds). *Handbook of self-regulation*. (pp. 13-39).San Diego, CA: Academic Press.
- Zimmerman, B.,J. (2002). Becoming a self-regulated learn: An overview. *Theory into Practice*, 41, 64-70.
- Zohar, D. & Marshal I. (2000). *SQ - Spirituális intelligencia*. Budapest: Csöndes Társ Kiadó.
- Zonnevjlle-Bender, M.J.S., van Goozen, S.H.M., Cohen-Kettenis, P.T., van Elburg, A. & van Engeland, H. (2002). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functionig? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 38-42.

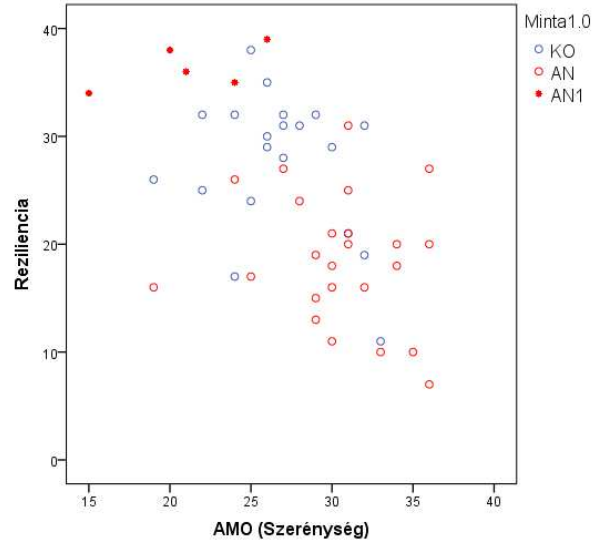
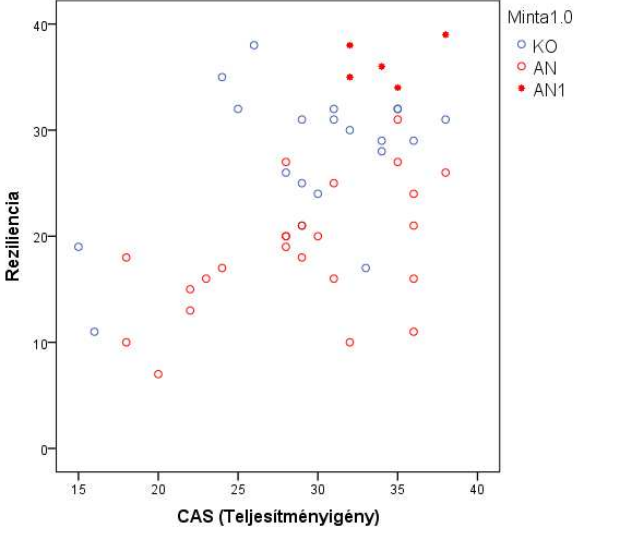
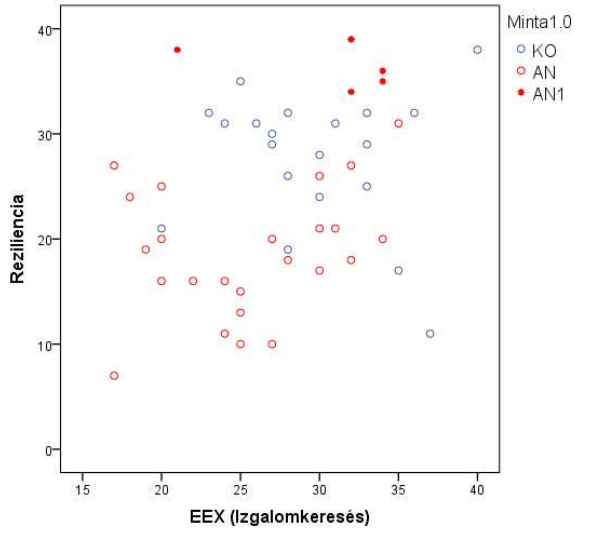
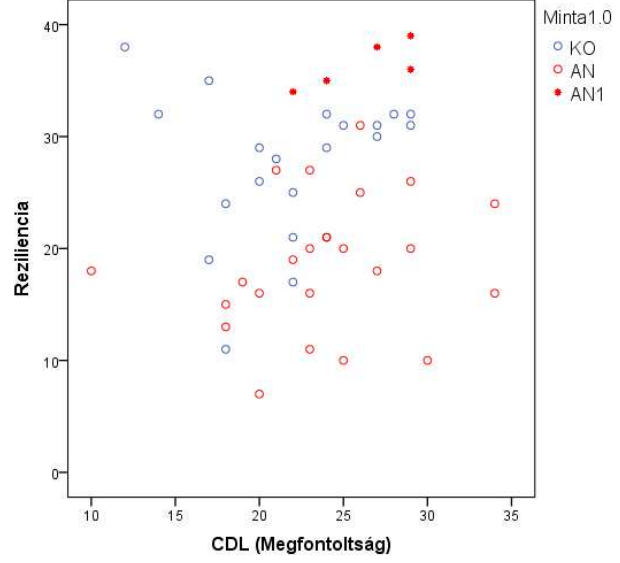
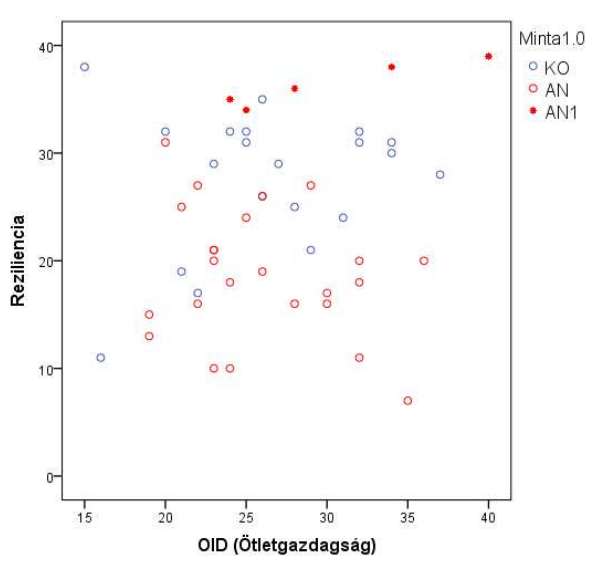
7. sz. melléklet

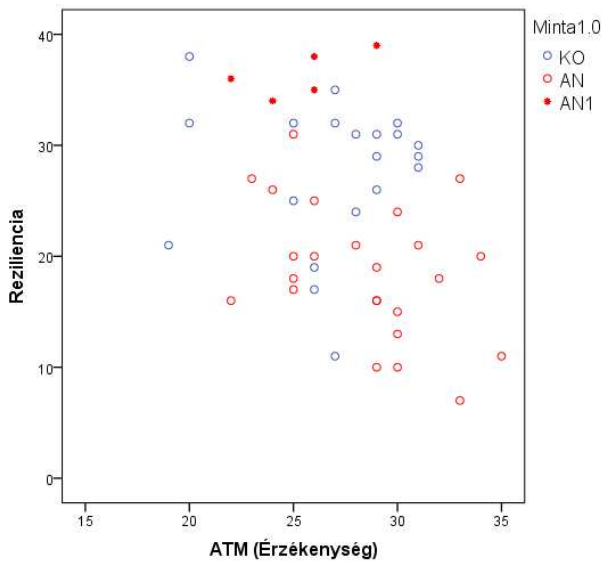
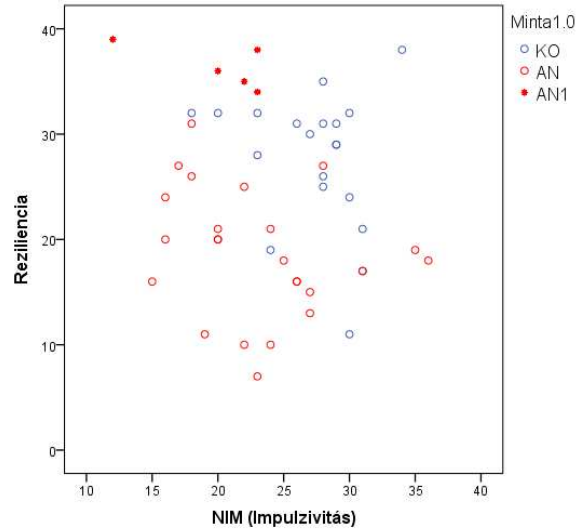
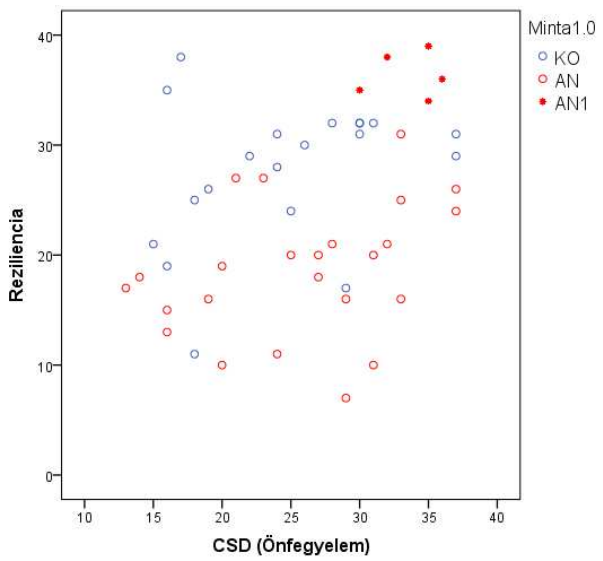
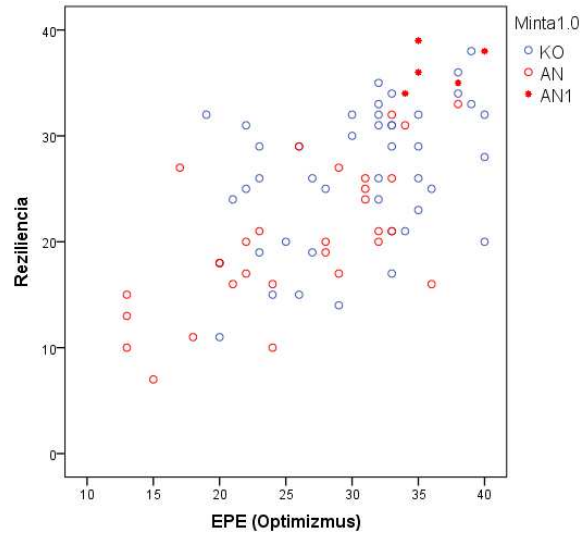
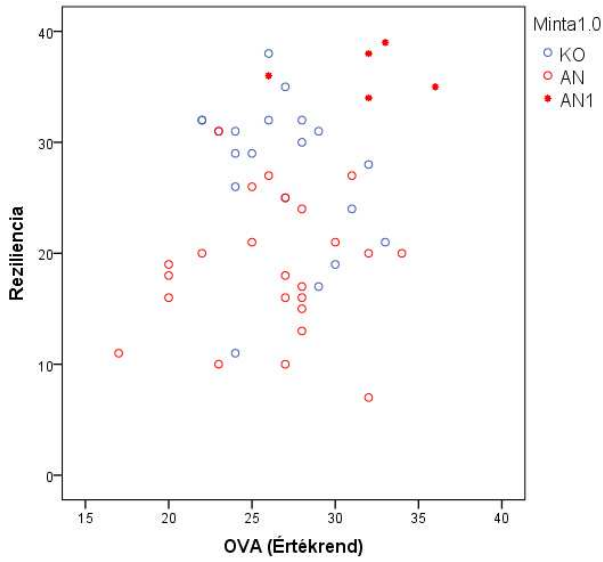












N Neuroticizmus (Neuroticism)

N1: Szorongás (Anxiety)

A magas pontszámúak aggodalmaskodók, félénkek, idegesek, lámpalázások, néha egészen fóbi- ássá válhatnak. Az alacsony pontszámúak nyugodtak és relaxáltak, többnyire nem gondolkodnak és rágódnak az elszomorító dolgokon.

N2: Ellenségesség (Angry Hostility)

Akik magas pontszámot érnek el, bizonyos helyzetekben hajlamosak nyugtalanul, támadóan vi- selkedni, elzárkóznak a tapasztalatoktól.

N3: Depresszió (Depression)

Az aldimenzió nem a patológiás depressziót tárja fel, hanem a normális egyének depressziós periódusaikkal való tapasztalatát. A magas pontszámúak hajlamosabbak büntudatot, csüggedtsé- get, reménytelenséget, szomorúságot megélni. Azok, akik alacsony pontszámot kapnak, keve- sebb ilyen jellegű tapasztalatot élnek át, ami azonban nem feltétlenül jelenti, hogy vidámabbak lennének.

N4: Feszélyezetttség (Self-Consciousness)

A mutató a személy társas helyzetekben saját magára irányuló attitűdjeit méri fel. A magas pont- számúak leginkább kényelmetlenül érzik magukat mások társaságában, érzékenyen veszik, ha kinevetik őket, és sokszor élik meg saját alárendelődésüket. Ebből mégsem következik az, hogy az alacsony pontszámúak viselkedése adaptívabb – inkább csak jobban titkolják negatív ér- zéseiket.

N5: Impulzivitás (Impulsiveness)

A magas pontszámúak nehezen tudják fékezni a vágyaikat, frusztrációs toleranciájuk csekély, az alacsony pontszámúak pedig ellenállóbbak a kísértéssel szemben, és toleránsabbak is. Habár az impulzív viselkedési formákat vissza lehet szorítani, az impulzív késztetéseket nem lehet el- nyomni.

N6: Sebezhetőség (Vulnerability)

A sebezhető személyek stresszkezelése gyengébb, és szegényesek a megküzdési mechanizmusa- ik; ez különféle módokon fejeződik ki a függővé válástól a depresszióba esésig. Az alacsony pontszám jelzi a fogékonyságot a stresszkeltő helyzetekkel való megküzdésre (akár van elég megküzdési mechanizmus, akár nincs).

E Extraverzió (Extraversion)

E1: Melegszívűség (Warmth)

A magas értékeket elérők könnyen, gyorsan kötnek barátságokat és egyéb kapcsolatokat, részben azért is, mert alapvetően emberszeretőek. Alacsony értékek esetén viszont gondot okozhat a kapcsolatteremtés, miután e személyek viselkedési stílusa inkább formális és távolságtartó.

E2: Társaságkedvelés (Gregariousness)

A szempont értékei megadják, hogy a személynek mekkora igénye van a társas helyzetekben való részvételre, azaz a szociális, társas ingerlésre.

E3: Asszertivitás (Assertivity)

Az asszertív egyének általában dominánsak, határozottak, erélyesek, és társas helyzetekben hatékonyan befolyásolnak másokat. Esetenként másokban az erőszakosság benyomását kelthetik. E jegyeiket nyilvánvalóan befolyásolja az a természetes igényük, hogy irányítsák a társas szituációkat. Az alacsony pontszám viszont azt jelzi, hogy az egyén társas helyzetekben hajlamosabb passzív vagy visszahúzó szerepre.

E4: Aktivitás (Activity)

Annak mércéje, hogy az egyén viselkedésére jellemző-e az állandó mozgás, cselekvés, vagy sem. Az aktív életvitelűek többnyire gyorsan élnek, nem tudnak, vagy nem szeretnek relaxálni, szabad idejükben sem képesek nyugodtan maradni. Az alacsony pontszámúak élete viszont inkább lassú sodrású, és cselekvéseik kevésbé intenzívek.

E5: Izgalomkeresés (Excitement seeking)

Az izgalomkereső személyek szívesen művelnek bármely olyan tevékenységet, amely újdonsággal, kellemes feszültségállapottal jár számukra. Ha nincs meg életükben a kellő ingergazdagság, könnyen elunják magukat. Az alacsony pontszámúaknál viszont az ingerszegénység kevésbé jelent negatívumot, és az új helyzeteket hajlamosabbak félelemkeltőként megélni, mint az izgalomkeresők.

E6: Pozitív érzelmi viszonyulás (Positive emotions)

A magas értékűek döntően optimista és vidám személyek, örömmel és lelkesedéssel reagálnak hétköznapi helyzetekben, az alacsony pontszámot elérők pedig nehezebben élik át és nehezebben is mutatják ki ezeket a kellemes érzéseket.

O Nyitottság (Openness)

O1: Fantázia (Fantasy)

A fantázia iránti nyitottság aktív fantáziatevékenységre utal, és e tartalmak kreatív felhasználását valószínűsíti. Az ilyen személyek munkamódját azonban nemcsak a sokoldalúság, a gazdag belső világ jellemzi, hanem akár a fantáziába való menekülésre is fogékonyak lehetnek.

O2: Esztétika (Esthetics)

Az esztétikai jellegű nyitottság művészet iránti érdeklődésre utal, illetve a világ szép dolgaira való rácsodálkozást, azok iránti érdeklődést mutatja. Nemcsak a művészeti élményekre, hanem a természeti szépségekre való fogékonyság is jellemzi őket. Ez a nyitottság egyik legjelentősebb alskálája.

O3: Érzelmek (Emotions)

A nyitottság e szempontja azokra jellemző leginkább, akik érzékenyek saját belső érzésvilágukra, és könnyen észlelik annak belső jelzéseit. A magas pontszámúak mély érzésűek, érzésviláguk differenciált, valamint az érzelmeket életük fontos részeként élik meg.

O4: Cselekvések (Actions)

Ez a jellemző arra utal, hogy a személy mennyire hajlamos újszerű tevékenységeket kipróbálni a változatosság vágyától és újdonságkereséstől ösztönzötten. A magas értékűek azon helyzeteket is kedvelik, amelyekben a korábbiaktól eltérő megoldásokat alkalmazhatnak.

O5: Gondolatok (Thoughts)

A magas értékűek egyfajta intellektuális érdeklődéssel, fogékonysággal viszonyulnak a világ dolgaihoz. Intellektuális kíváncsiságuk erős, kedvelik az új, sokoldalúan mérlegelhető problémákat, elsősorban az elmélet síkján. A nyitottság szempontjai közül ez a másik legfontosabb.

O6: Értékek (Values)

Az értékek terén való nyitottság fogékonyságot jelent arra, hogy az egyén képes újragvizsgálni és újragondolni magában a különböző politikai, társadalmi és vallási értékeket. Míg a kevésbé nyitott embereknél az autoritás és a hagyomány nehezen megkérdőjelezhető, a magas pontszámúak esetében egyfajta „pszichológiai liberalizmusról” beszélhetünk.

A Barátságosság (Agreeableness)

A1: Bizalom (Trust)

A másokban bízó személyeknek alapvető meggyőződése, hogy embertársaikat (is) őszinte jó szándék vezérel. Ennek megfelelően megbocsátóak, szívesen elfelejtik a másoktól kapott sebeket, mások által okozott problémákat. A negatív végpontra kerülők szkeptikusabbak, mások iránti viszonyulásuk kevésbé elnéző.

A2: Egyenesség (Straightforwardness)

A magas pontszámúak magatartása őszinte, direkt; az alacsonyabb pontszámúak társas kapcsolataikban viszont inkább jó benyomás keltésére törekednek, s ennek érdekében másokat manipulálnak, hízlegnek, sőt akár ügyeskedhetnek, megtévesztéshez folyamodhatnak.

A3: Altruizmus (Altruism)

A másokon való aktív segítséget mutató szempont, a magas értékű személyek aktívan törekednek embertársaikról gondoskodni. Önzetlen segítő szándékuk forrása, hogy a másokért való cselekvést személyiségük kiteljesedéseként, és nem áldozatként élik meg. Az alacsony pontértékűek érdeklődésének középpontjában viszont saját énjük áll, és meggyőződésük, hogy mindenkinek a saját problémájával kell törődnie.

A4: Alkalmazkodás (Compliance)

A szempont a konfliktushelyzetekre való reagálás módját mutatja meg. A magas pontszámúak nézeteltérés esetén inkább alkalmazkodnak, vagy elsimító, ellentéteket feloldó technikákhoz folyamodnak. Kerülik a konfrontálódást, sőt a nyílt ellentétek kerülése érdekében akár saját szükségleteikről is hajlamosak lemondani. Ezzel ellentétben, az alacsony pontértékűek asszertív, sőt akár agresszív viselkedést vehetnek fel, ez nem jelent számukra megterhelést vagy feszültséget.

A5: Szerénység (Modesty)

A magas pontszámúaktól idegen a hivalkodás, a dicsekvés bármiféle formája, visszafogottságuk, szerénységük igénytelenségnek is tűnhet mások számára. Mindezek ellenére önértékelésük akár magas is lehet. Az alacsony pontszámúak másokkal szemben felsőbbrendűséget érezhetnek, és arrogáns viselkedésűnek tűnhetnek.

A6: Lágyszívűség (Tender-mindedness)

A szempont lényege a másokkal való együttérzés és törődés. Az alacsony pontszámúaknak logikus, racionális, érzelmektől mentes mérlegelési stílusuk van döntéseik meghozásánál, ritkán tudnak odafigyelni a személyes vagy érzelmi szempontokra.

C Lelkiismeretesség (Conscientiousness)

C1: Kompetencia (Competence)

A magas pontszámúak kompetensnek, hatékonyak érzik magukat életük sok területén. Úgy találják, hogy érzékenyek és hatékonyak, kellőképpen kontroll alatt tartják az életüket. Az alacsony pontszámúak viszont inkább saját tehetetlenségük, „haszontalanságuk” tudatában vergődnek.

C2: Rendezettség (Order)

A magas pontszámot elérők tiszták, rendesek és szervezett életvitelűek, az alacsony pontszámúak gyakran rendezetlenek és következtelenek. Az erős rendezettség nem mindig jelent pozitívumot – extrém értéke akár a kényszerbetegség velejárója is.

C3: Kötelességtudat (Dutifulness)

A magas pontszámú egyének hűségesek a családi háttérük, környezetük által előírt értékrendhez, általában beváltják mások hozzájuk fűzött reményeit, az alacsony pontszámúak viszont nem annyira megbízhatók, másoktól függetlenebbek.

C4: Teljesítményre törekvés (Achievement Striving)

A szempont szerint magas pontszámú személyeknek magas aspirációik vannak, és keményen dolgoznak is azért, hogy sikeresek legyenek. Határozott elképzeléseik vannak arról, hogyan irányítják és élik az életüket. A nagyon magas pontszámúak munkamániások lehetnek. Ezzel ellentétben, az alacsony pontszámúak gyenge ambíciókat valószínűsít, környezetében a céltalanság, sodródás benyomását keltheti. A nagyon alacsony pontszám egyszerűen lustaságra utalhat.

C5: Önfegyelmű/önkontroll (Self-Discipline)

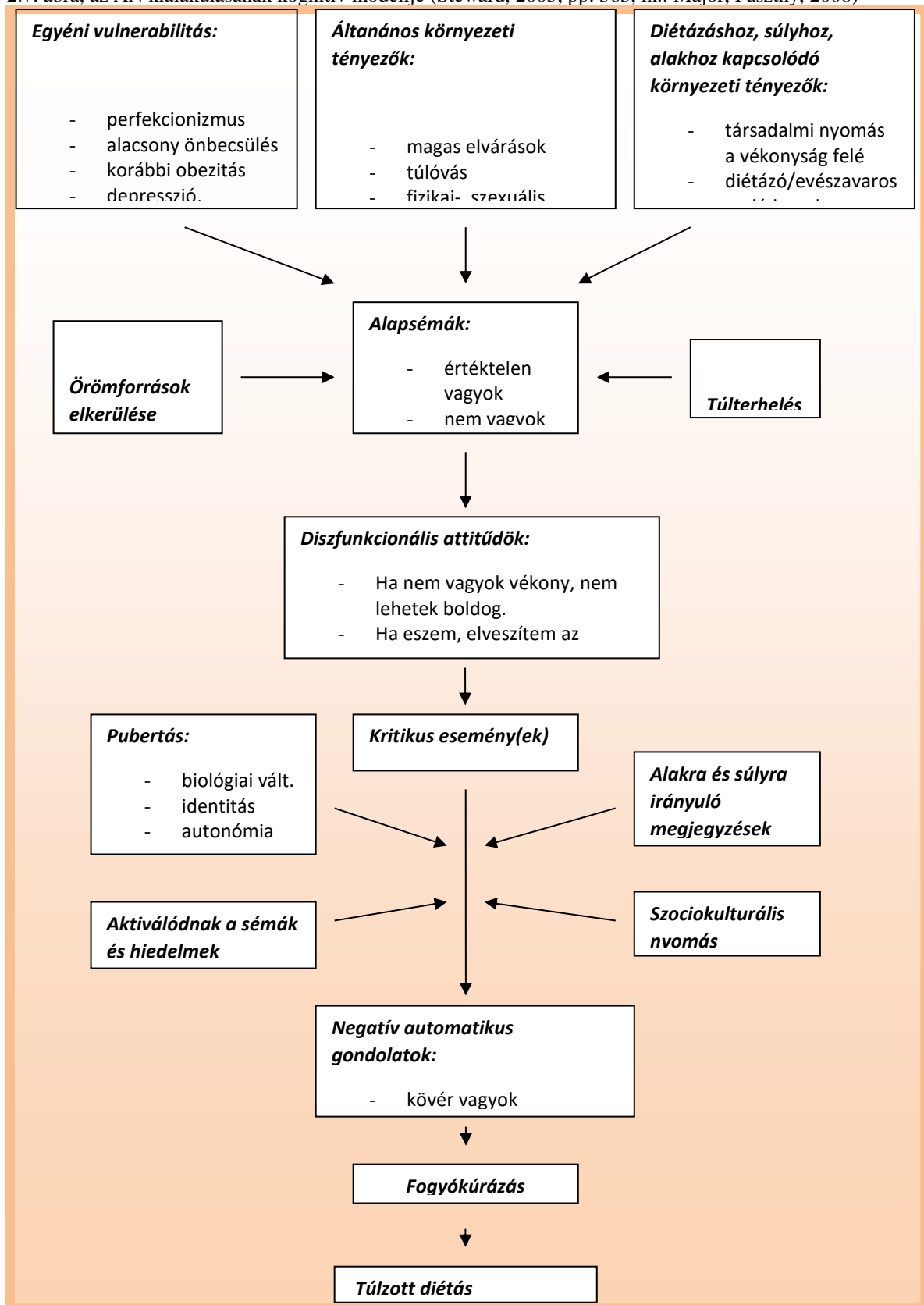
Az erős önfegyelmű személy esetében fel sem merül a kérdés, hogy befejezi-e, amit elkezdett – ez belső szükséglete, és egyértelmű számára. A magas pontszám arra utal, hogy a személy be is fejezi, amit elkezdett. Ezzel szemben az alacsony pontszámú személy könnyen kizökkenhet, sokszor már menet közben megunja a tevékenységet. Az alacsony pontszám azonban nem jelent automatikusan motivációhiányt.

C6: Megfontoltság (Deliberation)

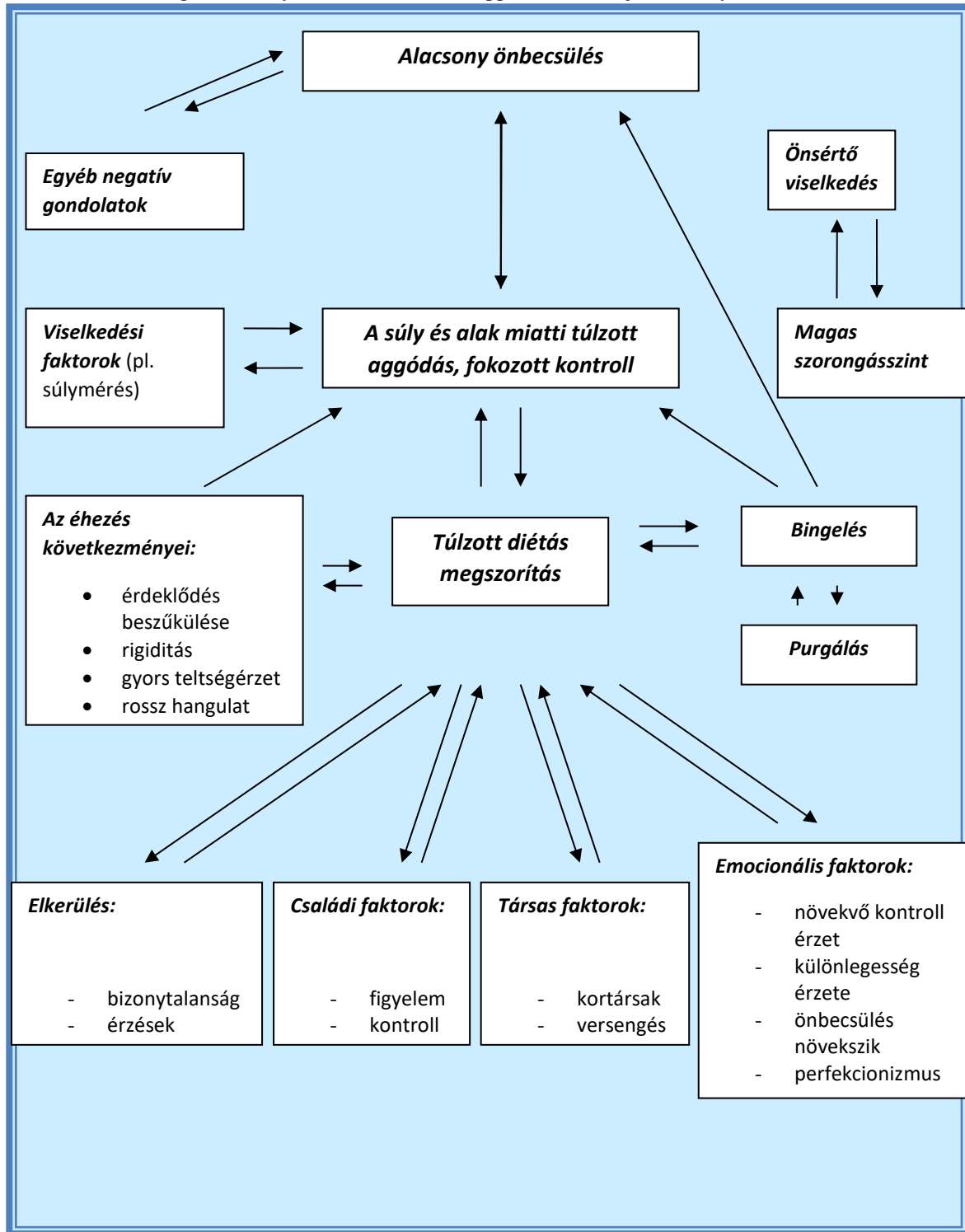
A magas pontszámú személy szeret megfontoltan gondolkodni, ezért gyakran sok időbe telhet, amíg meghoz egy-egy döntést. Az alacsony pontszám spontaneitást és gyors döntéseket jelenthet, rosszabb esetben elhamarkodottságot. Utóbbi csoport tagjai gyakran beszélnek, vagy cselekszenek anélkül, hogy figyelembe vennék a következményeket.

MELLÉKLET

2.7. ábra, az AN kialakulásának kognitív modellje (Steward, 2005, pp: 363, in.: Major, Pászthy, 2008)



2.8.ábra, az AN megerősítő tényezői, (Steward, 2005, pp: 364, in.: Major, Pászthy, 2008)



2. sz. melléklet, NEO-PI-R Személyiség Kérdőív bemutatása

3.0. táblázat, NEO-PI-R skálák és alskálák ((Mirnics, 2006)

| Az egyes Big Five-dimenziók harminc alskálája (facets) a NEO-PI®-ben | | | | |
|--|----------------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------------------|
| Neuroticizmus/Érzelmi stabilitás (N) | Extraverzió (E) | Nyitottság (O) | Barátságosság (A) | Lelkiismeretesség (C) |
| (N1) Szorongás | (E1) Melegség | (O1) Fantázia | (A1) Bizalom | (C1) Kompetencia |
| (N2) Ellenségesség | (E2) Társaság kedvelés | (O2) Esztétika | (A2) Egyenesség | (C2) Rendezettség |
| (N3) Depresszió | (E3) Asszertivitás | (O3) Érzelmek | (A3) Altruizmus | (C3) Kötelességtudat |
| (N4) Feszélyezettség | (E4) Aktivitás | (O4) Cselekvések | (A4) Alkalmazkodás | (C4) Teljesítményre törekvés |
| (N5) Impulzivitás | (E5) Izgalom keresés | (O5) Gondolatok | (A5) Szerénység | (C5) Önfegyelem/önkontroll |
| (N6) Sebezhetőség | (E6) Pozitív érzelmi viszonyulás | (O6) Értékek | (A6) Lágyszívűség | (C6) Megfontoltság |

3.0.1. táblázat, Neuroticizmus skála értelmezése (Mirnics, 2006)

| Dimenzió | (Nagyon) Alacsony | Átlagos | Nagyon Magas |
|--------------------------|---|---|---|
| Neuroticizmus (N) | Óvatos, szívós. Alapvetően nyugodt még nagyobb stressz esetén is. | Általában nyugodt, s képes megbírkózni a stresszel. Néha érezhet dühöt, szomorúságot. | Érzékeny, érzelmes. Gyakran megy keresztül felkavaró érzéseken. |
| | ellenálló személyek | válaszkészek (reponsive) | reagensek |

3.0.2.táblázat, Extraverzió skála értelmezése (Mirnics, 2006)

| Dimenzió | (Nagyon) Alacsony | Átlagos | Nagyon Magas |
|------------------------|--|---|---|
| Extraverzió (E) | Introvertált, hallgatag, tartózkodó, komoly. Egyedül vagy néhány közeli barát társaságában érzi jól magát. | Aktivásban és lelkesedésben többnyire visszafogott. Szereti a társaságot, de időnként az egyedüllétet is. | Nagyon élénk, aktív, társaságkedvelő. Az emberek társaságát legtöbbször előnyben részesíti. |
| | introvertált | ambivertált | extravertált |

3.0.3.táblázat, Nyitottság skála értelmezése (Mirnics, 2006)

| Dimenzió | (Nagyon) Alacsony | Átlagos | Nagyon Magas |
|-----------------------|---|--|--|
| Nyitottság (O) | Földön járó, praktikus, hagyománykövető. Ragaszkodik az elhatározásaihoz. | Praktikus, de hajlandó kipróbálni új megoldásokat is. Keresi az egyensúlyt az új és régi között. | Nyitott az új tapasztalatokra. Széles érdeklődés jellemzi, és nagy képzelőereje van. |
| | megőrzők | | felfedezők |

3.0.4.táblázat, Barátságosság skála értelmezése (Mirnics, 2006)

| Dimenzió | (Nagyon) Alacsony | Átlagos | Nagyon Magas |
|--------------------------|---|--|---|
| Barátságosság (A) | Keményfejű, szkeptikus, büszke és versengő. Hajlamos a dühét nyíltan kifejezni. | Alapvetően kedves, megbízható, elfogadható, de lehet néha makacs, merev és versengő. | Jószívú, jó természetű, szívesen kooperál, és kerüli a konfliktust. |
| | kihívók | tárgyalók | alkalmazkodók |

3.0.5. táblázat, Lelkiismeretesség skála értelmezése (Mirnics, 2006)

| Dimenzió | (Nagyon) Alacsony | Átlagos | Nagyon Magas |
|------------------------------|--|--|--|
| Lelkiismeretesség (C) | Könnyelmű, nem jól szervezi a dolgait. Előnyben részesíti, ha nem kell tervekkel alkoltni. | Megbízható, világos célokkal rendelkező ember, aki alkalmanként képes félretenni a munkát. | Lelkiismeretes és „rendszeres”. Magas a mércéje, és mindig igyekszik elérni a kitűzött célt. |
| | flexibilis | kiegyensúlyozott | összpontosító |

N Neuroticizmus (Neuroticism)

N1: Szorongás (Anxiety)

A magas pontszámúak aggodalmaskodók, félénkek, idegesek, lámpalázások, néha egészen fóbiássá válhatnak. Az alacsony pontszámúak nyugodtak és relaxáltak, többnyire nem gondolkodnak és rágódnak az elszomorító dolgokon.

N2: Ellenségesség (Angry Hostility)

Akik magas pontszámot érnek el, bizonyos helyzetekben hajlamosak nyugtalanul, támadóan viselkedni, elzárkóznak a tapasztalatoktól.

N3: Depresszió (Depression)

Az aldimenzió nem a patológiás depressziót tárja fel, hanem a normális egyének depressziós periódusaikkal való tapasztalatát. A magas pontszámúak hajlamosabbak büntudatot, csüggedtséget, reménytelenséget, szomorúságot megélni. Azok, akik alacsony pontszámot kapnak, kevesebb ilyen jellegű tapasztalatot élnek át, ami azonban nem feltétlenül jelenti, hogy vidámabbak lennének.

N4: Feszélyezettség (Self-Consciousness)

A mutató a személy társas helyzetekben saját magára irányuló attitűdjeit méri fel. A magas pontszámúak leginkább kényelmetlenül érzik magukat mások társaságában, érzékenyen veszik, ha kinevetik őket, és sokszor élik meg saját alárendelődésüket. Ebből mégsem következik az, hogy az alacsony pontszámúak viselkedése adaptívabb – inkább csak jobban titkolják negatív érzéseiket.

N5: Impulzivitás (Impulsiveness)

A magas pontszámúak nehezen tudják fékezni a vágyaikat, frusztrációs toleranciájuk csekély, az alacsony pontszámúak pedig ellenállóbbak a kísértéssel szemben, és toleránsabbak is. Habár az impulzív viselkedési formákat vissza lehet szorítani, az impulzív késztetéseket nem lehet elnyomni.

N6: Sebezhetőség (Vulnerability)

A sebezhető személyek stresszkezelése gyengébb, és szegényesek a megküzdési mechanizmusaik; ez különféle módokon fejeződik ki a függővé válástól a depresszióba esésig. Az alacsony pontszám jelzi a fogékonyságot a stresszkeltő helyzetekkel való megküzdésre (akár van elég megküzdési mechanizmus, akár nincs).

E Extraverzió (Extraversion)

E1: Melegszívűség (Warmth)

A magas értékeket elérik könnyen, gyorsan kötnek barátságokat és egyéb kapcsolatokat, részben azért is, mert alapvetően emberszeretőek. Alacsony értékek esetén viszont gondot okozhat a kapcsolatteremtés, miután e személyek viselkedési stílusa inkább formális és távolságtartó.

E2: Társaságkedvelés (Gregariousness)

A szempont értékei megadják, hogy a személynek mekkora igénye van a társas helyzetekben való részvételre, azaz a szociális, társas ingerlésre.

E3: Asszertivitás (Assertivity)

Az asszertív egyének általában dominánsak, határozottak, erélyesek, és társas helyzetekben hatékonyan befolyásolnak másokat. Esetenként másokban az erőszakosság benyomását kelthetik. E jegyeiket nyilvánvalóan befolyásolja az a természetes igényük, hogy irányítsák a társas szituációkat. Az alacsony pontszám viszont azt jelzi, hogy az egyén társas helyzetekben hajlamosabb passzív vagy visszahúzódó szerepre.

E4: Aktivitás (Activity)

Annak mércéje, hogy az egyén viselkedésére jellemző-e az állandó mozgás, cselekvés, vagy sem. Az aktív életvitelűek többnyire gyorsan élnek, nem tudnak, vagy nem szeretnek relaxálni, szabad idejükben sem képesek nyugodtan maradni. Az alacsony pontszámúak élete viszont inkább lassú sodrású, és cselekvéseik kevésbé intenzívek.

E5: Izgalomkeresés (Excitement seeking)

Az izgalomkereső személyek szívesen művelnek bármely olyan tevékenységet, amely újdonsággal, kellemes feszültségállapottal jár számukra. Ha nincs meg életükben a kellő ingergazdagság, könnyen elunják magukat. Az alacsony pontszámúaknál viszont az ingerszegénység kevésbé jelent negatívumot, és az új helyzeteket hajlamosabbak félelemkeltőként megélni, mint az izgalomkeresők.

E6: Pozitív érzelmi viszonyulás (Positive emotions)

A magas értékűek döntően optimista és vidám személyek, örömmel és lelkesedéssel reagálnak hétköznapi helyzetekben, az alacsony pontszámot elérik pedig nehezebben élik át és nehezebben is mutatják ki ezeket a kellemes érzéseket.

O Nyitottság (Openness)

O1: Fantázia (Fantasy)

A fantázia iránti nyitottság aktív fantáziatevékenységre utal, és e tartalmak kreatív felhasználását valószínűsíti. Az ilyen személyek munkamódját azonban nemcsak a sokoldalúság, a gazdag belső világ jellemzi, hanem akár a fantáziába való menekülésre is fogékonyak lehetnek.

O2: Esztétika (Esthetics)

Az esztétikai jellegű nyitottság művészet iránti érdeklődésre utal, illetve a világ szép dolgaira való rácsodálkozást, azok iránti érdeklődést mutatja. Nemcsak a művészeti élményekre, hanem a természeti szépségekre való fogékonyság is jellemzi őket. Ez a nyitottság egyik legjelentősebb alskálája.

O3: Érzelmek (Emotions)

A nyitottság e szempontja azokra jellemző leginkább, akik érzékenyek saját belső érzelmvilágukra, és könnyen észlelik annak belső jelzéseit. A magas pontszámúak mély érzésűek, érzelmviláguk differenciált, valamint az érzelmeket életük fontos részeként élik meg.

O4: Cselekvések (Actions)

Ez a jellemző arra utal, hogy a személy mennyire hajlamos újszerű tevékenységeket kipróbálni a változatosság vágyától és újdonságkereséstől ösztönzötten. A magas értékűek azon helyzeteket is kedvelik, amelyekben a korábbiaktól eltérő megoldásokat alkalmazhatnak.

O5: Gondolatok (Thoughts)

A magas értékűek egyfajta intellektuális érdeklődéssel, fogékonysággal viszonyulnak a világ dolgaihoz. Intellektuális kíváncsiságuk erős, kedvelik az új, sokoldalúan mérlegelhető problémákat, elsősorban az elmélet síkján. A nyitottság szempontjai közül ez a másik legfontosabb.

O6: Értékek (Values)

Az értékek terén való nyitottság fogékonyságot jelent arra, hogy az egyén képes újravizsgálni és újragondolni magában a különböző politikai, társadalmi és vallási értékeket. Míg a kevésbé nyitott embereknél az autoritás és a hagyomány nehezen megkérdőjelezhető, a magas pontszámúak esetében egyfajta „pszichológiai liberalizmusról” beszélhetünk.

A Barátságosság (Agreeableness)

A1: Bizalom (Trust)

A másokban bízó személyeknek alapvető meggyőződése, hogy embertársaikat (is) őszinte jó szándék vezérel. Ennek megfelelően megbocsátóak, szívesen elfelejtik a másoktól kapott sebeket, mások által okozott problémákat. A negatív végpontra kerülők szkeptikusabbak, mások iránti viszonyulásuk kevésbé elnéző.

A2: Egyenesség (Straightforwardness)

A magas pontszámúak magatartása őszinte, direkt; az alacsonyabb pontszámúak társas kapcsolataikban viszont inkább jó benyomás keltésére törekednek, s ennek érdekében másokat manipulálnak, hízelegnek, sőt akár ügyeskedhetnek, megtévesztéshez folyamodhatnak.

A3: Altruizmus (Altruism)

A másokon való aktív segítséget mutató szempont, a magas értékű személyek aktívan törekednek embertársaikról gondoskodni. Önzetlen segítő szándékuk forrása, hogy a másokért való cselekvést személyiségük kiteljesedéseként, és nem áldozatként élik meg. Az alacsony pontértékűek érdeklődésének középpontjában viszont saját énjük áll, és meggyőződésük, hogy mindenkinek a saját problémájával kell törődnie.

A4: Alkalmazkodás (Compliance)

A szempont a konfliktushelyzetekre való reagálás módját mutatja meg. A magas pontszámúak nézeteltérés esetén inkább alkalmazkodnak, vagy elsimító, ellentéteket feloldó technikákhoz folyamodnak. Kerülik a konfrontálódást, sőt a nyílt ellentétek kerülése érdekében akár saját szükségleteikről is hajlamosak lemondani. Ezzel ellentétben, az alacsony pontértékűek asszertív, sőt akár agresszív viselkedést vehetnek fel, ez nem jelent számukra megterhelést vagy feszültséget.

A5: Szerénység (Modesty)

A magas pontszámúaktól idegen a hivalkodás, a dicsekvés bármiféle formája, visszafogottságuk, szerénységük igénytelenségnek is tűnhet mások számára. Mindezek ellenére önértékelésük akár magas is lehet. Az alacsony pontszámúak másokkal szemben felsőbbrendűséget érezhetnek, és arrogáns viselkedésűnek tűnhetnek.

A6: Lágyszívűség (Tender-mindedness)

A szempont lényege a másokkal való együttérzés és törődés. Az alacsony pontszámúaknak logikus, racionális, érzelmektől mentes mérlegelési stílusuk van döntéseik meghozásánál, ritkán tudnak odafigyelni a személyes vagy érzelmi szempontokra.

C Lelkiismeretesség (Conscientiousness)

C1: Kompetencia (Competence)

A magas pontszámúak kompetensnek, hatékonyak érzik magukat életük sok területén. Úgy találják, hogy érzékenyek és hatékonyak, kellőképpen kontroll alatt tartják az életüket. Az alacsony pontszámúak viszont inkább saját tehetetlenségük, „haszontalanságuk” tudatában vergődnek.

C2: Rendezettség (Order)

A magas pontszámot elérők tiszták, rendesek és szervezett életvitelűek, az alacsony pontszámúak gyakran rendezetlenek és következtelenek. Az erős rendezettség nem mindig jelent pozitívumot – extrém értéke akár a kényszerbetegség velejáráója is.

C3: Kötelességtudat (Dutifulness)

A magas pontszámú egyének hűségesek a családi háttérük, környezetük által előírt értékrendhez, általában beváltják mások hozzájuk fűzött reményeit, az alacsony pontszámúak viszont nem annyira megbízhatók, másoktól függetlenebbek.

C4: Teljesítményre törekvés (Achievement Striving)

A szempont szerint magas pontszámú személyeknek magas aspirációik vannak, és keményen dolgoznak is azért, hogy sikeresek legyenek. Határozott elképzeléseik vannak arról, hogyan irányítják és élik az életüket. A nagyon magas pontszámúak munkamániások lehetnek. Ezzel ellentétben, az alacsony pontszám gyenge ambíciókat valószínűsít, környezetében a céltalanság, sodródás benyomását keltheti. A nagyon alacsony pontszám egyszerűen lustaságra utalhat.

C5: Önfegyelm/önkontroll (Self-Discipline)

Az erős önfegyelmű személy esetében fel sem merül a kérdés, hogy befejezi-e, amit elkezdett – ez belső szükséglete, és egyértelmű számára. A magas pontszám arra utal, hogy a személy be is fejezi, amit elkezdett. Ezzel szemben az alacsony pontszámú személy könnyen kizökkenhető, sokszor már menet közben megunja a tevékenységet. Az alacsony pontszám azonban nem jelent automatikusan motivációhiányt.

C6: Megfontoltság (Deliberation)

A magas pontszámú személy szeret megfontoltan gondolkodni, ezért gyakran sok időbe telhet, amíg meghoz egy-egy döntést. Az alacsony pontszám spontaneitást és gyors döntéseket jelenthet, rosszabb esetben elhamarkodottságot. Utóbbi csoport tagjai gyakran beszélnek, vagy cselekszenek anélkül, hogy figyelembe vennék a következményeket.

3.sz. melléklet, Statisztikai adatok

TM

Correlations

| | | Rezilienca | SAFA D Szomorúság | SAFA D Anhedónia | SAFA D Irritabilitás | SAFA D Inadekváltság érzés | SAFA D Biztonságérzet hiánya | SAFA D Büntudat | SAFA D Reménytelenség |
|------------------------------|---------------------|------------|-------------------|------------------|----------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------|-----------------------|
| Rezilienca | Pearson Correlation | 1 | -,610** | -,522** | -,126 | -,524** | -,551** | -,414** | -,572** |
| | Sig. (2-tailed) | | ,000 | ,000 | ,365 | ,000 | ,000 | ,002 | ,000 |
| | N | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 |
| SAFA D Szomorúság | Pearson Correlation | -,610** | 1 | ,820** | ,311* | ,799** | ,493** | ,560** | ,822** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | | ,000 | ,014 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 54 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 |
| SAFA D Anhedónia | Pearson Correlation | -,522** | ,820** | 1 | ,342** | ,727** | ,408** | ,612** | ,866** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | | ,006 | ,000 | ,001 | ,000 | ,000 |
| | N | 54 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 |
| SAFA D Irritabilitás | Pearson Correlation | -,126 | ,311* | ,342** | 1 | ,335** | ,111 | ,401** | ,470** |
| | Sig. (2-tailed) | ,365 | ,014 | ,006 | | ,008 | ,391 | ,001 | ,000 |
| | N | 54 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 |
| SAFA D Inadekváltság érzés | Pearson Correlation | -,524** | ,799** | ,727** | ,335** | 1 | ,600** | ,717** | ,803** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 | ,008 | | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 54 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 |
| SAFA D Biztonságérzet hiánya | Pearson Correlation | -,551** | ,493** | ,408** | ,111 | ,600** | 1 | ,448** | ,439** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,001 | ,391 | ,000 | | ,000 | ,000 |
| | N | 54 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 |
| SAFA D Büntudat | Pearson Correlation | -,414** | ,560** | ,612** | ,401** | ,717** | ,448** | 1 | ,683** |
| | Sig. (2-tailed) | ,002 | ,000 | ,000 | ,001 | ,000 | ,000 | | ,000 |
| | N | 54 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 |
| SAFA D Reménytelenség | Pearson Correlation | -,572** | ,822** | ,866** | ,470** | ,803** | ,439** | ,683** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | |
| | N | 54 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 |

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

KO csoport

Correlations^a

| | | Rezilienca | SAFA D Szomorúság | SAFA D Anhedónia | SAFA D Irritabilitás | SAFA D Inadekváltság érzés | SAFA D Biztonságérzet hiánya | SAFA D Büntudat | SAFA D Reménytelenség |
|------------------------------|---------------------|------------|-------------------|------------------|----------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------|-----------------------|
| Rezilienca | Pearson Correlation | 1 | -,509** | -,479* | -,016 | -,289 | -,503* | ,170 | -,464* |
| | Sig. (2-tailed) | | ,009 | ,016 | ,939 | ,161 | ,010 | ,415 | ,020 |
| | N | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| SAFA D Szomorúság | Pearson Correlation | -,509** | 1 | ,730** | ,274 | ,792** | ,599** | ,339 | ,756** |
| | Sig. (2-tailed) | ,009 | | ,000 | ,158 | ,000 | ,001 | ,077 | ,000 |
| | N | 25 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 |
| SAFA D Anhedónia | Pearson Correlation | -,479* | ,730** | 1 | ,362 | ,649** | ,524** | ,387* | ,666** |
| | Sig. (2-tailed) | ,016 | ,000 | | ,058 | ,000 | ,004 | ,042 | ,000 |
| | N | 25 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 |
| SAFA D Irritabilitás | Pearson Correlation | -,016 | ,274 | ,362 | 1 | ,366 | ,338 | ,418* | ,493** |
| | Sig. (2-tailed) | ,939 | ,158 | ,058 | | ,055 | ,078 | ,027 | ,008 |
| | N | 25 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 |
| SAFA D Inadekváltság érzés | Pearson Correlation | -,289 | ,792** | ,649** | ,366 | 1 | ,660** | ,575** | ,771** |
| | Sig. (2-tailed) | ,161 | ,000 | ,000 | ,055 | | ,000 | ,001 | ,000 |
| | N | 25 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 |
| SAFA D Biztonságérzet hiánya | Pearson Correlation | -,503* | ,599** | ,524** | ,338 | ,660** | 1 | ,267 | ,559** |
| | Sig. (2-tailed) | ,010 | ,001 | ,004 | ,078 | ,000 | | ,169 | ,002 |
| | N | 25 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 |
| SAFA D Büntudat | Pearson Correlation | ,170 | ,339 | ,387* | ,418* | ,575** | ,267 | 1 | ,512** |
| | Sig. (2-tailed) | ,415 | ,077 | ,042 | ,027 | ,001 | ,169 | | ,005 |
| | N | 25 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 |
| SAFA D Reménytelenség | Pearson Correlation | -,464* | ,756** | ,666** | ,493** | ,771** | ,559** | ,512** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,020 | ,000 | ,000 | ,008 | ,000 | ,002 | ,005 | |
| | N | 25 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 |

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. Csoport = KO

AN csoport

Correlations^a

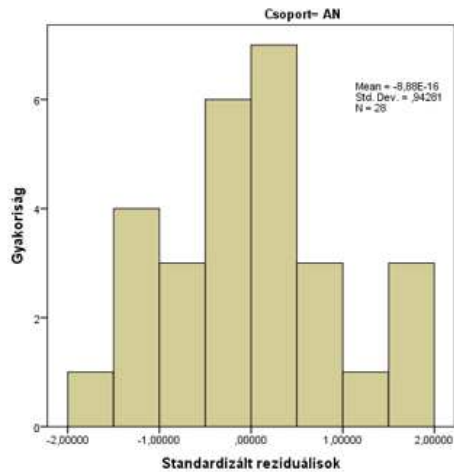
| | | Reziliencia | SAFAD Szomorúság | SAFAD Anhedónia | SAFAD Irritabilitás | SAFAD Inadekváltság érzés | SAFAD Biztonságérzet hiánya | SAFAD Büntudat | SAFAD Reménytelenség |
|-----------------------------|---------------------|-------------|------------------|-----------------|---------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------|----------------------|
| Reziliencia | Pearson Correlation | 1 | -,543** | -,453* | -,305 | -,584** | -,474** | -,627** | -,563** |
| | Sig. (2-tailed) | | ,002 | ,013 | ,108 | ,001 | ,009 | ,000 | ,001 |
| | N | 29 | 29 | 29 | 29 | 29 | 29 | 29 | 29 |
| SAFAD Szomorúság | Pearson Correlation | -,543** | 1 | ,840** | ,399 | ,774** | ,302 | ,599** | ,826** |
| | Sig. (2-tailed) | ,002 | | ,000 | ,019 | ,000 | ,082 | ,000 | ,000 |
| | N | 29 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 |
| SAFAD Anhedónia | Pearson Correlation | -,453* | ,840** | 1 | ,410* | ,767** | ,293 | ,663** | ,900** |
| | Sig. (2-tailed) | ,013 | ,000 | | ,016 | ,000 | ,092 | ,000 | ,000 |
| | N | 29 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 |
| SAFAD Irritabilitás | Pearson Correlation | -,305 | ,399 | ,410* | 1 | ,379 | -,009 | ,473** | ,528** |
| | Sig. (2-tailed) | ,108 | ,019 | ,016 | | ,027 | ,960 | ,005 | ,001 |
| | N | 29 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 |
| SAFAD Inadekváltság érzés | Pearson Correlation | -,584** | ,774** | ,767** | ,379 | 1 | ,458** | ,767** | ,816** |
| | Sig. (2-tailed) | ,001 | ,000 | ,000 | ,027 | ,006 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 29 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 |
| SAFAD Biztonságérzet hiánya | Pearson Correlation | -,474** | ,302 | ,293 | -,009 | ,458** | 1 | ,476** | ,298 |
| | Sig. (2-tailed) | ,009 | ,082 | ,092 | ,960 | ,006 | | ,004 | ,087 |
| | N | 29 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 |
| SAFAD Büntudat | Pearson Correlation | -,627** | ,599** | ,663** | ,473** | ,767** | ,476** | 1 | ,731** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 | ,005 | ,000 | ,004 | | ,000 |
| | N | 29 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 |
| SAFAD Reménytelenség | Pearson Correlation | -,563** | ,826** | ,900** | ,528** | ,816** | ,298 | ,731** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,001 | ,000 | ,000 | ,001 | ,000 | ,087 | ,000 | |
| | N | 29 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

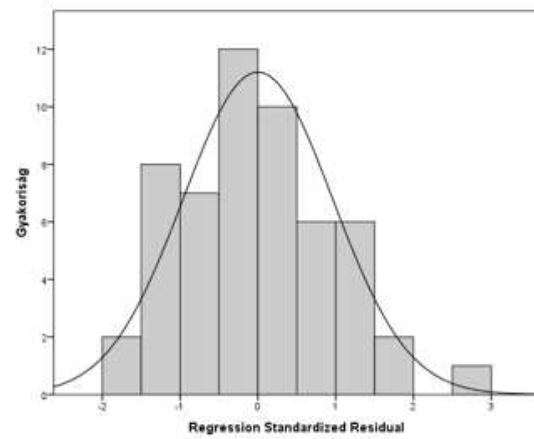
* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. Csoport = AN

4. sz. melléklet



Shapiro-Wilk: $W(28)=0.970$ $p=.586$



Shapiro-Wilk: $W(54) = 0.977$ $p = .376$

Tájékoztató

Tisztelt Hölgyem / Uram!

Kövesdi Andrea vagyok, klinikai és mentálhigiéniai gyermek- és ifjúsági szakpszichológus, szimbólumterapeuta, családterapeuta, a Semmelweis Egyetem, I.Sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály dolgozója. A Pécsi Egyetem, Pszichológia Doktori Iskola, Személyiség- és Egészségpszichológiai Doktori programjának doktorandusz hallgatója. A kutatás vezetője témavezetőm, Dr. Nagy László.

Ezúton szeretném segítségét kérni a PhD kutatásomhoz, amelynek célja a reziliencia (érzelmi rugalmasság) és az evészavarok lehetséges kapcsolatának vizsgálata. A kutatásban való részvétel önkéntes, abból bármikor kiléphet következmény nélkül. Mellékelve egy kérdőívcsomagot talál. E kérdőívcsomag evészavarral küzdő, és nem evészavaros személyek rezilienciára való képességét, evészavar tüneteit és néhány pszichológiai jellemzőjét szeretné felmérni. A kérdések kizárólag Önre és élményeire vonatkoznak. Nincsenek jó vagy rossz válaszok. Kérem, válaszoljon őszintén. Szigorúan bizalmasan kezelek minden, a kutatás keretén belül összegyűjtött információt. A kutatás során nyert adatokat kóddal ellátva biztonságos számítógépen őrzöm. Az adatokat összegzem, statisztikai elemzéseket végzek, amelyekből egyetlen résztvevő azonossága sem állapítható meg. A nyert adatokat a doktori disszertációhoz és szakmai publikációkhoz szeretném felhasználni. Sem a dolgozatom, sem pedig a későbbi közlések során nem teremődik lehetőség az Ön azonosítására.

Ha kérdése merülne fel, illetve a kutatással kapcsolatosan bármiben tájékoztathatom, forduljon hozzám bizalommal. **A kérdőív kitöltése 40-60 percet vesz igénybe.**

Hozzájárulok, hogy a Pécsi Egyetem, Pszichológia Doktori Iskolájának „Reziliencia a serdülő anorexia nervosában” vizsgálatában, az általam kitöltött kérdőív adatai tudományos felhasználásra kerüljenek.

Szülői hozzájárulás:

.....

szülői aláírás

Együttműködését hálásan köszönjük!

B E L E E G Y E Z Ő N Y I L A T K O Z A T
Pécsi Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Doktori Iskola

Kutatás címe: Reziliencia vizsgálata evészavaros kamaszlányokkal

Köszönjük, hogy részt vesz a kutatásban.

A kutatás során az adatok felhasználása a vonatkozó adatvédelmi törvény és vonatkozó jogszabályok szigorú betartásával történik.

Ennek értelmében az Ön beleegyezése szükséges ahhoz, hogy a kitöltött kérdőív adatait tudományosan elemezhessek. Ezért kérjük, olvassa el és töltsse ki az alábbi nyilatkozatot.

Résztevő 18 éves elmúlt.

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Igen, mint résztvevő nyilatkozom. |
| <input type="checkbox"/> | Nem, mint Résztvevő törvényes képviselője nyilatkozom |
| <input type="checkbox"/> | Nem, mint résztvevő nyilatkozom* <small>(*a válasz esetén kutatásban részvétel törvényes képviselő hozzájárulása esetén lehetséges)</small> |

A résztvevői tájékoztatót elolvastam, tisztában vagyok a kutatás céljaival és menetével.

- | | |
|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Igen |
| <input type="checkbox"/> | Nem |

Hozzájárulok, hogy a kérdőív kitöltésével szerzett személyes adatok anonim módon, az adatvédelmi törvényeként, a kutatás keretében felhasználásra kerüljenek.

- | | |
|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Igen |
| <input type="checkbox"/> | Nem |

Tisztában vagyok azzal, hogy bármikor megszakítható a kutatásban való részvétel

- | | |
|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Igen |
| <input type="checkbox"/> | Nem |

Hozzájárulok, hogy az általam törvényesen képviselt személy/gyermek kérdőív kitöltésével a tájékoztatóban foglaltak szerint kutatásban részt vegyen*
(*Amennyiben Ön, mint a Résztvevő törvényes képviselője nyilatkozik)

- | | |
|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Igen |
| <input type="checkbox"/> | Nem |

További kérdést kíván-e föltenni?

| | |
|--|------|
| | Igen |
| | Nem |

Igen válasz esetén:

.....

.....

.....

Dátum:

.....

Résztevő / Résztevő törvényes képviselőjének aláírása*
(*megfelelő megjelölés aláhúzendó)

Ha bármilyen további kérdése vagy a kutatással kapcsolatos észrevétele van, kérem, forduljon hozzánk bizalommal:

Felelős kutató:
Kövesdi Andrea
klinikai és mentálhigiéniai gyermek- és ifjúsági
szakpszichológus, szimbólumterapeuta,
családterapeuta, PhD hallgató
Semmelweis Egyetem, I.Sz. Gyermekgyógyászati
Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály cím:
Semmelweis Egyetem, Budapest 1083, Bókay János
u. 53-54
Tel.:0630/9312 327.....
E-mail:andikovesdi@gmail.com....

Témavezető:
Dr. Nagy László
témavezető
Pécsi Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet,
Doktori Iskola
cím: PTE-BTK Pécs 7624, Ifjúság útja 6. B. ép. 220.
terem

A



Carlo Cianchetti és Giuseppina Sannio Fancello

SAFA

- | | | | | | |
|--------------|--------------------------|---------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| SAFA-Sz/8-10 | <input type="checkbox"/> | SAFA-Sz/11-13 | <input type="checkbox"/> | SAFA-Sz/14-18 | <input type="checkbox"/> |
| SAFA-D/8-10 | <input type="checkbox"/> | SAFA-D/11-18 | <input type="checkbox"/> | SAFA-K/8-10 | <input type="checkbox"/> |
| SAFA-K/11-18 | <input type="checkbox"/> | SAFA-T/8-10 | <input type="checkbox"/> | SAFA-T/11-18 | <input type="checkbox"/> |

| |
|--|
| Név _____ |
| Cím _____ |
| Születési idő _____ A kitöltés dátuma: _____ Osztály _____ |

Súly: Hozzáérték:

A következő kérdőívben különböző állításokat találsz. Kérjük, hogy minden kijelentés mellett jelöld a megfelelő válaszod egy X-szel.

Íme egy példa:

A. Mindig szívesen eszem fagyaltot

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| igaz | Kettő között | hamis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ha rád nézve ez a megállapítás igaz, akkor tegyél egy X-et az „igaz” alá, ha hamis, akkor tegyél egy X-et a „hamis”-hoz, és ha nem vagy biztos benne, akkor tegyél egy X-et a „kettő között”-hez.

Egy másik példa

B. Szomorú leszek, ha nem kaphatom meg amire vágyom

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| igaz | Kettő között | hamis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Éppúgy, mint az előző megállapításoknál, a következő oldalakon szereplő kijelentések megítélésénél is ez a feladatod: ha igaznak talárod az állítást, tégy egy X-et az „igaz” alá, ha hamisnak, akkor a „hamis” alá, ha nem vagy benne biztos, akkor a „kettő között” kifejezést válaszd.

Fontos megjegyezned, hogy nincsenek „helyes” és „helytelen” válaszok. Próbáld meg a lehető legpontosabban bejelölni azt, amit gondolsz vagy érzel.



SAFA-D/11-18

- | | 100% | Közép | 0% |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Általában boldog és vidám vagyok | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Semmi sem érdekkel, még a játék sem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ha felbosszantanak, rögtön dühbe gurulok | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Elégedett vagyok magammal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sokszor nem vagyok biztos magamban | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sokszor megérdemlem, hogy megbüntessenek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Úgy gondolom, hogy az élet szép | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Még soha nem hazudtam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Gyakran boldogtalannak érzem magam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Nehezemre esik bármit is tenni, minden fáradtságba kerül | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Szinte soha nem szoktam mérges lenni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. A többiek nem sokra becsülnek engem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Amikor egy feladatot csinálok, nagyon félek, hogy hibázom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Sok örömet szerzek szüleimnek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Úgy gondolom, hogy a jövőben rosszul fognak menni a dolgom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Soha nem voltam uővariatlan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Sokszor ok nélkül érzem magam szomorúnak | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Sok minden szórakoztat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Sokszor ok nélkül vagyok mérges | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Úgy gondolom, hogy nem érek túl sokat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Biztos vagyok magamban | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Sok baj az én hibámból történik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Úgy gondolom, hogy rajtam senki nem tud segíteni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Soha nem tettem tönkre, vagy rongáltam meg más tulajdonát | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Boldog vagyok | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Már azokhoz a dolgokhoz sincs kedvem, amik korábban szórakoztattak | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Könnyen mérges leszek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Úgy gondolom, hogy a többiek kedvelnek engem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Mindig szükségem van bátorításra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



- | | igaz | Kettő között | hamis |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 30. Sokszor úgy viselkedem, hogy nem érdelek szeretetet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Örülök, hogy megszülettem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Szüleimnek mindig szót fogadtam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Napközben többször is szomorúnak érzem magam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Semmi sem szórakoztat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Meg tudom őrizni a nyugalمامat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Nem tetszem magamnak | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Soha aggódom amiatt, hogy mások vajon mit gondolnak rólam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Majdnem mindig jól viselkedem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Úgy érzem, hogy az életem boldogtalan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Soha nem vádoltam senkit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Sokszor ok nélkül is sírhatnékam támad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Könnyen találok magamnak szórakozást | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Gyakran olyan mérges vagyok, hogy legszívesebben összetörnék valamit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Nem tudok olyan jó lenni, mint a többiek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Nem félek attól, hogy hibázhatok | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. A viselkedésem gyakran nem tetszik a szüleimnek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Úgy gondolom, hogy soha nem leszek boldog | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Soha nem fordult elő olyan, hogy nem tanultam meg a leckét | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Általában szomorú vagyok | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Nincsenek olyan tevékenységek, vagy dolgok, amelyek igazán érdekelnének | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. Könnyen felizgatom magam, és utána nem tudok magamon uralkodni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Gyakran érzem magam tehetetlennek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. Elvesztem az önbizalmamat, ha a többiek kritizálnak | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54. Úgy érzem, nem tudok megfelelni a szüleim elvárásainak | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55. Úgy gondolom, hogy a gondjaim és problémáim egyre csak nőnek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 56. Soha nem vettem el más tulajdonát | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



SAFA-Sz/14-18

| | igaz | Kettő között | hamis |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Elég nyugodnak és ellazultnak érzem magam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nem szeretem a társaságot..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Rosszul érzem magam, amikor a szüleim nincsenek velem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Amikor iskolába kell mennem, gyakran nagyon ideges vagyok | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Aggasztanak azok a dolgok, amiket csinálnom kell | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Nem aggódom, ha az egész osztály előtt kell beszélnem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Amikor a szüleim veszekednek, félek attól, hogy el fognak válni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. El félek, hogy mielőtt iskolába indulnék, megfájdul a fejem, a gyomrom, vagy hányok | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Gyakran olyan izgatott és nyugtalan vagyok, hogy nem tudok gondolkodni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Nem szeretek a társaimmal együtt lenni..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Nem szoktam aggódní, amikor távol vagyok a szüleimtől | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Nehezen alszom el, ha gondok vannak az iskolában | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Gyakran olyan izgatottnak érzem magam, hogy nem tudok egyedül megnyugodni.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Amikor másokkal vagyok, attól félek, hogy valamit rosszul fogok mondani | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Gyakran attól félek, hogy a szüleim elhagynak engem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Nem aggódom az iskola miatt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Gyakran ok nélkül aggódom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Gondot okoz, ha sok ember előtt kell beszélnem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Nem szeretek a szüleim nélkül nyaralni, vagy kirándulni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Gyakran kifogásokat találok ki, és mindent megteszek, hogy ne kelljen iskolába mennem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Alkalmanként olyan izgatott vagyok, hogy nem tudok hosszú ideig egy helyben maradni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Általában keveset beszélek, mert attól félek, hogy a többiek kinevetnek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Nagyon aggaszt az a gondolat, hogy előbb-utóbb el kell válnom a szüleimtől | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Nagyon félek a tanári dorgálástól, szidalmazástól | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Akkor is elég nyugodt vagyok, ha nehéz feladatokat kell megoldanom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Nehezen kötök barátságokat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Amikor édesanyám, vagy édesapám késik otthonról, attól félek, hogy történt velük valami | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



| | igaz | kevésbé igaz | hamis |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 28. Félek, hogy kellemetlen helyzetbe kerülök az iskolában | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Izgatott leszek, amikor valami nehéz feladatra gondolok | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Olyan idegekkel is jól érzem magam, akiket nem nagyon ismerek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Gyakran aggaszt az a gondolat, hogy elveszíthetem a szüleimet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Alighogy felébredek, megrémiszt a gondolat, hogy iskolába kell mennem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Sok dolog miatt aggódom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Az iskolai szünetekben inkább egyedül szeretek lenni, mintsem az osztálytársakkal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Úgy gondolom, hogy semmi rossz nem fog történni a szüleimmel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Nagyon félek a szüleim szemrehányásaitól, ha nem teljesítek jól az iskolában | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Félek attól, hogy valami rossz fog történni velem (pl. baleset) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Nem szeretek rendezvényekre, összejövetelekre járni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Éjszakánként rémálmaim vannak, hogy elhagynak a szüleim | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Az iskolában általában nyugodtnak érzem magam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Aggodalmaskodónak érzem magam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. A társaim előtt túlságosan zavarban vagyok | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Félek attól, hogy valami szörnyűség történik a szüleimmel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Ha tudom, hogy feleltetni fognak vagy dolgotat kell írnom akkor kezeznél..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Feszültnek érzem magam..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Félnék vagyok | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Gyakran attól félek, hogy történik valami, ami miatt nem láthatom többé a szüleimet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Az órák közben gyakran fáj a fejem és a gyomrom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Nehezen hozok döntéseket | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Mielőtt bármilyen döntést hoznék, újra és újra hosszan átgondolom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



SAFA-T/11-18

| | ✓ | ✗ | ✗ |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | igaz | kétsé- géses | hamis |
| 1. Az iskolában mindig a legjobb eredményeket akarom elérni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ha túl sokat eszem büntudatot érzek miatta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Gyakran féktelenül eszem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Nem vagyok elégedett a kinézetemmel..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Gyerek akarok maradni, vagy szeretnék újra gyerek lenni..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sokszor kihagyom az étkezést | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Folyamatosan eszem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Túlságos... 'kövér vagyok' | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Nem vagyok olyan ügyes, mint amilyennek lennem kellene | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Rettegek attól, hogy nőni fog a testsúlyom..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Előfordul, hogy titokban eszem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Nem tetszik a testem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Mindent megteszek, hogy ne okozzak csalódást a szüleimnek és tanárainak..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Szigorú diétát tartok..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Gyakran lesújtva érzem magam a zabálásaim, lakmározásaim miatt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. A testem néhány része túl kövér | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Sajnálom, hogy nem vagyok már kisgyerek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Pontos ellenőrzöm az étel mennyiségét, amit megeszek, hogy ne hízzak meg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Ha elkezdek enni, nem bírom abbahagyni..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. A testem túl sovány | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Nem tudom jól csinálni azokat a dolgokat, amiket meg kell tennem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Ha a testsúlyom akár egy kicsit is nő, attól félek, hogy nem tudom többé megállítani | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Néha olyan zabálásokat rendezek, amelyeket nem tudok megfékezni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Nehezen hozok döntéseket | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Nagyon lehangol, ha valarniben nem én vagyok a legjobb..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Hushajtókat szedek, hogy lefogyjak | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Gyakran hánytatom magam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Mielőtt bármilyen döntést hoznék, újra és újra hosszan átgondolom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Kiskoromban boldogabb voltam, mint most | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Nem vagyok elégedett magammal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ZKA-PQ teszt

A következő állítások személyek cselekedeteit és gondolkodási módjait írják le. Kérjük jelöld minden egyes állításnál, hogy általában mennyire értesz egyet az adott állítással. Abban az esetben, ha az adott helyzetet még nem tapasztaltad, kérünk, az alapján válaszolj, hogy hogyan cselekednél az adott szituációban vagy mit gondolsz az adott helyzetről.

Ha nagyon nem értesz egyet az állítással, írd 1-et, ha inkább nem értesz vele egyet, írd 2-est, ha valamennyire egyetértesz vele, írd 3-ast, ha nagyon egyetértesz vele, írd 4-est. Figyelj arra, hogy minden állításnál jelezd az egyetértésed/ egyet nem értésed.

1= Nagyon nem értek vele egyet, 2= Inkább nem értek vele egyet,
3= Valamennyire egyetértek, 4= Nagyon egyetértek

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Ha erőszakhoz kell folyamodnom azért, hogy megvédjem a jogaimat, megteszem. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Élvezem az autós száguldást. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Arról vagyok ismeretes, hogy mindig sokáig benn vagyok a munkahelyemen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Általában boldog vagyok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Gyakran érzem magam minden látható ok nélkül nyughatatlannak. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Ha nem értek egyet a barátaimmal, nyíltan vitába szállok velük. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Szeretnék úgy utazni, hogy nincs előre megtervezett útirány vagy időbeosztás. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Szeretek állandóan elfoglalt lenni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Mások azt gondolják, hogy én egy szeretetteljes ember vagyok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Gyakran van sírhatnékóm. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Néhány barátom úgy gondolja, hirtelen haragú vagyok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Egyszer bármit hajlandó vagyok megpróbálni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Lassabban eszem, mint a legtöbb ember. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Szeretek másokat szórafoztatni társasági összejöveteleken. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Hajlamos vagyok túlérzékeny lenni, és könnyen megbántódni mások meggondolatlan kijelentésein és cselekedetein. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Egyáltalán nem vagyok egy keserű ember. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Jobban szeretem az olyan barátokat, akik izgalmasan kiszámíthatatlanok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Ha el kell végezni valamilyen munkát, akkor minden energiámat annak szentelem, hogy elkészüljön. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Nagyon társaságkedvelő ember vagyok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Néha félek attól, hogy nem tudok elég jól megfelelni az élet kihívásainak. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Ha eléggé provokálnak, képes lennék megütni valakit. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Kedvelek pár kissé kockázatos sportot. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. A kollégáim tudják, hogy már kora reggel benn vagyok az irodában és mindig későn távozom. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Általában jó a hangulatom. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Gyakran érzem magam kellemetlenül. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Nem szoktam vitatkozni, inkább engedek a másoknak. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Szeretek olyan új szituációkba kerülni, ahol nem lehet megjósolni, hogyan alakulnak a dolgok. | 1 | 2 | 3 | 4 |

1= Nagyon nem értek vele egyet, 2= Inkább nem értek vele egyet,
3= Valamennyire egyetértek, 4= Nagyon egyetértek

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 28. Nem szeretem egy helyben üldögélő lazítással vesztegetni az időm. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Mások azt mondják rólam, hogy melegszívű ember vagyok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Néha letörtnek érzem magam. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Szelíd természetű vagyok, egyáltalán nem az az impulzívan agresszív típus. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Szeretem a vad, gátlások nélküli bulikat. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Gyakran csinállok több dolgot egyszerre (eszem, olvasok, írok, zenét hallgatok, tévét nézek). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Szeretek nyilvánosság előtt beszélni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Miután megveszek valamit, gyakran aggódom, nem választottam-e rosszul. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. El szoktam gondolkodni azon, hogy miért érzek néha ellenségesen a körülöttem lévő emberek iránt. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Nyugtalan leszek, ha túl sok időt töltök otthon. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Mindent beleadok, ha dolgoznom kell. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Nagy társasági életet élek. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Nem bírom jól tartani magamban vagy a képességeimben. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. Ha valaki megüt, visszaütök. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. Jobban kedvelem a gyors fizikai tevékenységeket vagy sportokat. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. A munkám fontos számomra. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. Életem számos eseményét kellemesen izgalmasnak találom. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. Nagyon ideges ember vagyok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. Ha emberek idegesítenek, megmondom nekik, hogy mit gondolok róluk. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. Szeretnék sok gyakori utazással, sok érdekességgel, változással és izgalommal teli életet élni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. Élvezni tudom, hogy csak fekszem és semmit sem teszek. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. Nyitott és kellemes személy vagyok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. Néha hatalmukba kerítenek a negatív gondolatok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. Jól tudom kontrollálni az indulataimat. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. Szeretem magamat elengedni és hirtelen döntésből született dolgokat csinálni, pusztán a szórakozás kedvéért. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. Ha étteremben, boltban vagy bankban sorban állnom kell, nyugodt maradok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54. Mások úgy gondolják, kellemes társaság vagyok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55. Mások segítsége nélkül néha nehéznek találom, hogy kivitelezsem a terveimet. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56. Ha bosszantanak, eléggé cinikus tudok lenni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57. Szeretek időt tölteni az otthonom/ lakásom nyújtotta ismerős környezetben. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58. Teljes erőmmel arra törekszem, hogy sikeres legyek a munkámban. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 59. Összejöveleteken én szoktam a beszélgetéseket kezdeményezni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60. Gyakran gondolom azt, hogy akikkel találkozom, jobbak nálam. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 61. Ha szükséges, akkor erőteljesen védem meg a jogaimat. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 62. Szeretnék megtanulni repülőgépet vezetni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 63. Gyakran viszek haza magammal munkát, hogy a szabadidőmben be tudjam fejezni. | 1 | 2 | 3 | 4 |

1= Nagyon nem értek vele egyet, 2= Inkább nem értek vele egyet,
3= Valamennyire egyetértek, 4= Nagyon egyetértek

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 64. Élvezem a hétköznapi feladataimat. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 65. Gyakran aggódom olyan dolgok miatt, amiket mások jelentéktelennek tartanak. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 66. Jól tudom kontrollálni a hanghordozásom, még akkor is, ha kiabálnak velem. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 67. Szeretnék olyan helyekre/külföldi országokba utazni, ahol az emberek különböznek az én országomban élőtől. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 68. Nem érzem szükségét, hogy folyamatosan csináljak valamit. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 69. Nem viselkedem melegszívűen a kapcsolataimban. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 70. Néha úgy tűnik, hogy semmi energiám sincs. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 71. Ha frusztrált vagyok, általában kimutatom a bosszúságom. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 72. Azért járok bulizni, hogy izgalmas és ösztönző embereket ismerjek meg. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 73. Hajlamos vagyok lassan és nyugodtan csinálni a dolgaimat. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 74. Összejöveleteken szeretek a figyelem középpontjában lenni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 75. Mindig tanácsot kérek a közeli barátaimtól, mielőtt fontos döntést hoznék meg. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 76. Azok közé tartozom, akik ha visszanéznek az életükre, akkor szerencésnek látják magukat. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 77. Udvarias és figyelmes vagyok, akkor is, ha nem találok érdekesnek amit mondanak. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 78. Mindent megteszek azért, hogy elérjem a munkában kitűzött céljaimat. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 79. Szeretek a barátaim által szervezett programokhoz csatlakozni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 80. Gyakran bizonytalan vagyok magamban. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 81. Még amikor provokálnak is, hajlamos vagyok alázatos maradni, és egyáltalán nem leszek agresszív. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 82. Úgy gondolom, szívesen lennék tűzoltó. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 83. Nem bánom, ha tovább kell a munkahelyemen maradnom, hogy valami fontosat befejezzek. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 84. Általában egy élettel teli ember vagyok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 85. Nehéz a figyelmemet egy feladatra vagy munkára összpontosítsam. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 86. Számomra természetes, hogy káromkodok, ha dühös vagyok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 87. Kedvelem azokat az embereket, akik különlegesen vagy különböznek a többségtől. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 88. Ha van egy szabadnapom, akkor szívesebben sportolok, mint sem csak semmittevéssel töltsem az időt. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 89. Másokkal szemben meglehetősen hűvösen viselkedem. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 90. Néha nehezemre esik koncentrálni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 91. Hirtelen lobbanékony vagyok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 92. Nem próbálok ellenállni a kísértéseknek, mert így izgalmas élményeim vannak. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 93. Azt mondják, hogy mindig össze-vissza rohangálok | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 94. Szeretek viccelődni és humoros történeteket mesélni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 95. Tehetetlennek érzem magam, ha nincs senki, aki tanácsot tudna nekem adni. | 1 | 2 | 3 | 4 |

1= Nagyon nem értek vele egyet, 2= Inkább nem értek vele egyet,
3= Valamennyire egyetértek, 4= Nagyon egyetértek

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 96. Nem állhatom meg, hogy ne legyek goromba azokkal szemben, akiket nem kedvelek. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 97. Az élethez való hozzáállásom visszafogott és óvatos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 98. Nem teszek túl nagy erőfeszítéseket a munkámban. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 99. Az időm nagyrésztében barátokkal szeretek lenni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 100. Kicsit csalódott vagyok, amikor visszanézek az erőfeszítéseimre. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 101. Be kell vallanom, hogy néhány alkalommal fizikai erőszakkal is éltem. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 102. Ha a hadsereg tagja lennék, talán vállalkoznék izgalmas, de egyben veszélyes feladatokra. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 103. Valószínűleg sohasem fogok nyugdíjba menni a munkámból. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 104. Szerencsétlen embernek tartom magam, | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 105. Nem aggódom jelentéktelen dolgok miatt. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 106. Nagyon óvatos vagyok abban, hogy mit mondok, és sohasem vágok vissza, ha megsértenek. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 107. Sokféle hangos, intenzív rockzenét kedvelek. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 108. Szeretek aktív lenni attól a pillanattól kezdve, hogy reggel felébredek. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 109. Hajlamos vagyok tartózkodni és távolságtartó lenni másokkal. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 110. Semmi különösebb dolog miatt nem érzek büntudatot. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 111. Sosem vesztetem el a nyugalmam, bár nagyon dühös tudok lenni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 112. Jobban kedvelem a csendes partikat, ahol jól lehet beszélgetni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 113. Ha fejembe veszek egy ötletet, akkor nem adom fel addig, amíg nem váltom valóra. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 114. Mások élvezik a szellemes beszélgetéseimet. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 115. A saját sorsom kovácsának tartom magam. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 116. Mindig türelmes vagyok másokkal, még akkor is, ha bosszantóak. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 117. Általában elővigyázatosan és ésszerűen gondolkodom. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 118. Ha senki sem figyel, amikor dolgozom, akkor hajlamos vagyok lazítani a munkatempómon. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 119. Szeretek csapatjátékosként dolgozni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 120. Általában meglehetősen büszke vagyok magamra. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 121. Jobb, ha nem provokálnak, mert megeshet, hogy fizikai agresszióval válaszolok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 122. Nem szeretek olyan sportokat vagy tevékenységeket végezni, melyeknél jelentős a sérülés veszélye. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 123. Ha nem dolgozhatnék, depressziós lennék. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 124. Sok minden nem érdekel. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 125. Nem hagyom, hogy jelentéktelen ügyek felzaklassanak. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 126. Ha rámkiabálnak, visszakibálok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 127. Nem szeretnék olyan munkát, ami sok utazással jár. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 128. Nem érzem szükségét, hogy mindig elfoglalt legyek. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 129. Hajlamos vagyok elérhetetlennek lenni, még a hozzám legközelebb állókkal is. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 130. Nem szoktam az átmeneti kudarcokon túl sokat aggódni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 131. Nem vagyok nagyon türelmes, ha valaki feldühít. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 132. Pusztán új izgalmas meg tapasztalásért nem fontos számomra, hogy új élményeket szerezzek. | 1 | 2 | 3 | 4 |

1= Nagyon nem értek vele egyet, 2= Inkább nem értek vele egyet,
3= Valamennyire egyetértek, 4= Nagyon egyetértek

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 133. Az emberek szerint lassan járok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 134. Gátlásos ember vagyok, és nem szeretek kitűnni egy csoportban. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 135. Még akkor sem okoz problémát számomra jelentős döntések meghozatala, ha nincs senki aki tanácsot tudna adni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 136. Ritkán viselkedem ellenségesen másokkal. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 137. Nem szeretek belekezdeni egy feladatba anélkül, hogy pontosan tudnám, hogyan tovább. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 138. Munkában annyit csinállok csak még, hogy elkerüljem a kritikát. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 139. Hajlamos vagyok kényelmetlenül érezni magam nagy bulikon. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 140. Pozitívan állok önmagamhoz. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 141. Ha valaki megsért engem, hajlamos vagyok agresszivitásra, és akár erőszak alkalmazására. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 142. Nem hiszem, hogy szeretnék kisrepülőgépen utazni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 143. A munka olyan számomra, mint egy kábítószer. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 144. Nem tölt el különösebb élvezettel az, ha másokkal vagyok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 145. Összességében nyugodt vagyok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 146. Általában megtartom magamnak a másokról alkotott rossz véleményemet. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 147. Nem szeretem azokat az embereket, akik gátlástalanul és szokatlan módon viselkednek. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 148. Szeretem ha folyamatosan elfoglalt vagyok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 149. Komoly embernek tartom magam és nehezen tudom kifejezni az érzéseimet. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 150. Még sosem akartam meghalni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 151. Ha úgy érzem, hogy támadnak, zaklatottá válok és elvesztem az önuralmam. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 152. A csempés, dallamos pop vagy klasszikus zenét szeretem. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 153. Általában nyughatatlan és mindig elfoglalt vagyok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 154. Ha magamról kell beszélnem egy találkozáson, kényszerben érzem magam. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 155. Ahhoz, hogy értékesnek érezzem magam, éreznem kell, hogy szeretnek. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 156. Örülök, ha azt látom, hogy néhány ember nehezen boldogul az életben. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 157. Általában a dolgok racionális és visszafogott megközelítésének híve vagyok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 158. Amikor dolgozom, azt valóban teljes erőfeszítéssel teszem. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 159. Mások egy magának való embernek tartanak. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 160. Elégedett vagyok azzal, aki vagyok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 161. Nem hiszem, hogy valaha testi üsszetűzésbe kerülnék valakivel, aki provokált engem. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 162. Nem vállalkoznék önként semmilyen olyan tevékenységre ami fizikailag kockázatos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 163. A munkám a legfőbb örömforrás az életemben. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 164. Legtöbb dolog nem hoz lázba. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 165. Nem vagyok egy aggódó típus. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 166. Ha úgy gondolom, hogy valakinek nincs igaza, nem állhatom meg, hogy ne mondjam meg. | 1 | 2 | 3 | 4 |

1= Nagyon nem értek vele egyet, 2= Inkább nem értek vele egyet,
3= Valamennyire egyetértek, 4= Nagyon egyetértek

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 167. Akkor érzem kényelmesen magam, ha fix napi rutinom van. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 168. A fiatalság titka, hogy mindig aktívak maradjunk. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 169. Problémát okoz számomra a szeretet kimutatása. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 170. Bárcsak olyan boldog lehetnék, mint amilyenek mások tünnek. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 171. Szorult helyzetekben általában nyugodt tudok maradni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 172. Nem ajánlatos túl közeli testi kapcsolatba kerülni valakivel, amíg még nem ismeri az ember az illetőt. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 173. Nem tudok sokáig egy helyben ülve vagy ugyanabban a pozícióban maradni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 174. Néha túl sokat beszélek magamról. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 175. Elveszik az önbizalmam amikor valaki, akit szeretek, kritizál engem. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 176. Hajlamos vagyok másokat kritizálni, habár ezt néha észre sem veszem. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 177. Fontos döntéseket általában alapos átgondolás után hozok csak meg. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 178. Úgy érzem, maximálisan kiteljesíthetem magam a munkámban, és nagyon elhivatott vagyok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 179. Nem zavar, ha egyedül megyek el kikapcsolódni, és jobban is preferálom, mint a nagy / csoportos összejöveteleket. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 180. Kevés önbizalmam van. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 181. Ha valaki súlyosan provokál engem, akkor valószínű, hogy összetűzünk a végén. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 182. Sosem utaznék olyan országba, ahol fennáll a nyugtalanság és erőszak veszélye. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 183. Azt hiszem hiányozni fog a munkám a nyugdíjba vonulásom után. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 184. Az időm nagy részében sokat unatkozom. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 185. Sokszor olyan lényegtelen gondolatok nyugtalanítanak, amelyek csak úgy eszembe jutnak. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 186. Sosem káromkodom, még ha dühös vagyok, akkor sem. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 187. Szívesebben utazom olyan helyekre, ahol a nyelvemen beszélnek és ugyanolyan szokások vannak. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 188. Folyamatosan elfoglalt vagyok, felkeléstől lefekvésig. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 189. Nehéz kimutatnom a szeretetemet, még a barátaimnak és rokonaimnak is. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 190. Alkalmanként irritál és zavar, ha másokkal kell lennem. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 191. Hirtelen haragú vagyok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 192. Életem egyik fő célja, hogy intenzív és élvezetes érzéseket, élményeket éljek át. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 193. A barátaim nyughatatlan és hiperaktív személynek tartanak. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 194. Nem szeretek magamról beszélni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 195. Nem érdekel, hogy mások mit gondolnak rólam. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 196. Könnyen dühbe jövök, ha a dolgok rosszul alakulnak. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 197. Mielőtt új helyzetbe kerülök, szeretem kideríteni, mit várhatok tőle. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 198. Csak szükségből dolgozom, egyébként nem motivál a munkám. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 199. Általában egyedül szeretem a dolgokat csinálni. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 200. Szeretném jobban tisztelni magam. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Évési Zavar Kérdőív

(Eating Disorder Inventory, EDI, Garner, D. M., Olmsted, M. P., Polivy, J., 1983;
Ford.: Túry F., Sáfrán Zs., Wildmann M. és László Zs.)

Ez a kérdőív különböző véleményeket, érzéseket és viselkedéseket mér. A tételek némelyike étellekkel és evéssel kapcsolatos. Más tételek az Ön saját magával kapcsolatos érzéseire vonatkoznak. Nincs jó vagy rossz válasz, próbáljon meg tehát őszintén válaszolni. Az eredményeket szigorúan bizalmasan kezeljük. Olvassa el mindegyik tételt és jelölje kereszttel a megfelelő négyzetet. Kérjük, hogy minden kérdésre nagyon gondosan válaszoljon. *Köszönjük!*

mindig:6 rendszerint:5 gyakran: 4 néha:3 ritkán:2 soha:1

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Édességeket és szénhidrátokat anélkül eszem, hogy idegessé válnék. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. Azt hiszem, gyomrom túl nagy. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. Szívesen visszaférnék a gyermekkor biztonságához. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Eszem, ha nyugtalan vagyok. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Teletömöm magam étellel. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. Szívesen lennék fiatalabb. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. Diétázásra gondolok. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. Aggódom, ha érzelmeim nagyon erősek. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. Azt hiszem, combjaim túl vastagok. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. Tehetetlen embernek érzem magam. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. Nagyon dühösnek érzem magam túlevés után. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. Azt hiszem, gyomrom éppen jó méretű. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. Csak a kiemelkedő teljesítmény elég jó, megfelelő a családomban. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. A legboldogabb időszak az életemben a gyermekkor. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. Nyíltan kimutatom érzelmeimet. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. Szorongok a hízástól. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. Megbízom másokban. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18. Egyedül érzem magam a világban. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19. Elégedett vagyok az alkalommal. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20. Általában úgy érzem, hogy a dolgokat ellenőrzés alatt tartom. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 21. Megzavar az, hogy milyen érzelmet is érzek néha. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 22. Inkább felnőtt lennék, mint gyermek. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 23. Könnyen kapcsolatba tudok kerülni másokkal. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 24. Bárcsak valaki más lennék. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 25. Eltűnzöm vagy felnagyítom a testsúly fontosságát. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 26. Világosan meg tudom állapítani, milyen érzelmet érzek. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 27. Elégtelesen érzem magam. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 28. Voltak evési, falási rohamaim, amikor úgy éreztem, hogy nem tudom abbahagyni. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 29. Gyermekként nagyon erősen megpróbáltam elkerülni, hogy a nagyszüleim vagy a tanárain csalódjanak bennem. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 30. Közelebbi barátaim vannak. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 31. Tetszik a fenekem formája. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 32. Nagyon foglalkoztat a vágy, hogy soványabb legyek. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 33. Nem tudom, mi zajlik bennem. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 34. Nehezemre esik, hogy másoknak kimutassam érzelmeimet. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 35. A felnőttkor elvárásai túl nagyok. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 36. Gyűlölöm azt, ha nem a legjobbat teljesítem. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 37. Önbizalmam van. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 38. Töprengök a falásrohamokon (túlevésen). | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 39. Boldog vagyok, hogy már nem vagyok gyereke. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 40. Nem tudom, éhes vagyok-e vagy nem. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 41. Rossz véleményem van magamról. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 42. Úgy érzem, el tudom érni céljaimat. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 43. Szüleim kiemelkedőt vártak tőlem. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 44. Aggódok, hogy érzéseim fölött elveszítem az uralmat. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 45. Azt hiszem, csípőm túl nagy. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 46. Mások előtt alig eszem, de teletömöm magam, ha elmennek. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 47. Normális étkezés után is felfúvódottnak érzem magam. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 48. Azt hiszem, az emberek gyermekkorukban a legboldogabbak. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 49. Ha hízom 1 kg-ot, félek, hogy elhízom. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 50. Úgy érzem, értékes személy vagyok. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 51. Ha zaklatott vagyok, nem tudom, hogy szomorú vagyok, szorongok, vagy dühös vagyok. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 52. Úgy érzem, hogy vagy tökéletesen kell csinálnom a dolgokat, vagy sehogy. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 53. Azt gondolom, meg kell próbálnom hányni, hogy fogyni tudjak. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 54. Az embereket bizonyos távolságra kell tartanom (kényelmetlen számomra, ha valaki túl közel próbál jönni). | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 55. Azt hiszem, combjaim éppen megfelelő méretűek. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 56. Belülről (érzelmileg) üresnek érzem magam. | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

57. Tudok személyes gondolatokról,
érzelmeimről beszélni. 6 5 4 3 2 1
58. Az élet legszebb évei azok, amikor az ember
felhőtté válik. 6 5 4 3 2 1
59. Azt hiszem, a fenekem túl nagy. 6 5 4 3 2 1
60. Vannak nehezen meghatározható
érzelmeim. 6 5 4 3 2 1
61. Titokban eszem vagy iszom. 6 5 4 3 2 1
62. Azt hiszem, a csípőm éppen jó méretű. 6 5 4 3 2 1
63. Igen magas céljaim vannak. 6 5 4 3 2 1
64. Ha zaklatott vagyok, félek, hogy enni
kezdek. 6 5 4 3 2 1

A Reziliencia kérdőív 10 ítemes változata:

(A kérdőív magyar nyelvű adaptációja megjelenés alatt áll az Alkalmazott Pszichológia folyóiratban, publikálás előtt kérnénk érdeklődni: Kiss Enikő Csilla, e-mail: kiss.eniko@pte.hu)

Kérjük, jelölje meg minden állításnál, hogy milyen mértékben volt jellemző Önre az adott kijelentés az elmúlt hónapban. Fontos tudnia, hogy itt nincsenek „jó” vagy „rossz” válaszok.

1. Képes vagyok arra, hogy alkalmazkodjak a változásokhoz.
2. Meg tudok birkózni azzal, ami ér.
3. Látom a dolgok humoros oldalát.
4. A stresszel való megküzdés megerősít.
5. Egy megpróbáltatás vagy betegség után hamar helyrejövök.
6. El tudom érni a céljaimat.
7. Tisztán gondolkodom és koncentrálok, amikor nyomás alatt vagyok.
8. A kudarcok nem törnek le könnyen.
9. Erős emelkedésként gondolok magamra.
10. Tudom kezelni a negatív érzéseimet.

Válaszlehetőségek:

- | | |
|-------------------------|--------|
| 0. Egyáltalán nem igaz. | 0 pont |
| 1. Ritkán igaz. | 1 pont |
| 2. Néha igaz. | 2 pont |
| 3. Gyakran igaz. | 3 pont |
| 4. Szinte mindig igaz. | 4 pont |

I. melléklet: A NEO-PI-R személyiség-kérdőív

NEO-PI-R

Form S*

Kitöltési útmutató:

Ez a kérdőív 240 állítást tartalmaz. Kérjük, hogy mindegyik állítást gondosan olvasson el, és a válaszlapon, az állítás sorszáma melletti megfelelő körben X-elje be, milyen mértékben ért egyet a kérdéses állítással.



- Tegyen X-et EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET oszlopba, ha az állítás tökéletesen hamis vagy ön egyáltalán nem ért vele egyet.
1. ○○○○○
- Tegyen X-et NEM ÉRTEK EGYET oszlopba, ha az állítás inkább hamis vagy ön inkább nem ért vele egyet.
2. ○○○○○
- Tegyen X-et NEM TUDOM oszlopba, ha az állítás egyformán igaz és hamis vagy ha nem tud dönteni vagy közömbös az állítás önre nézve.
3. ○○○○○
4. ○○○○○
- Tegyen X-et EGYETÉRTEK oszlopba, ha az állítás inkább igaz vagy ön egyetért vele.
5. ○○○○○
- Tegyen X-et TELJESEN EGYETÉRTEK oszlopba, ha az állítás tökéletesen igaz vagy ön teljesen egyetért vele.

* Magyar változat: Szirmák és Nagy, 1996

Nincsenek jó vagy rossz válaszok, önnek nem kell "szakértőnek" lennie a kérdőív kiegészítéséhez. Kérjük őszintén válaszoljon, és olyan pontosan, amennyire csak lehetséges.

Minden kérdésre válaszoljon. Az állítások a válaszlapon a sorszámukkal szerepelnek. Kérjük, ellenőrizze, hogy válaszát a megfelelő sorszámú helyen adta-e meg. Ha eltévesztette vagy megváltoztatta véleményét, kérjük sátrózza be a rossz választ, és tegyen X-et a megfelelő helyre.

1. Nem vagyok aggódó természetű.
2. A legtöbb ember, akit ismerek, valóban tetszik nekem.
3. Nagyon élénk a képzelőerőm.
4. Mások szándékait illetően inkább cinikus és kételkedő vagyok.
5. Körültekintésemről és józanságomról ismernek.
6. Gyakran feldühít, ahogyan az emberek bánnak velem.
7. Kerülöm a tömeget.
8. Az esztétikai vagy művészi szempont nem igazán fontos nekem.
9. Nem vagyok sem ravasz, sem körmönfont.
10. Inkább nyitva hagyom magam előtt a döntési lehetőségeket, minthogy mindent előre eltervezzek.

11. Ritkán érzem magányosnak vagy szomorúnak magam.
12. Uralkodó, erőteljes és határozott vagyok.
13. Nagy érzelmek nélkül az élet unalmas lenne számomra.
14. Egyesek szerint önző és beképzelt vagyok.
15. A rám bízott feladatokat megpróbálom mindig lelkiismeretesen teljesíteni.
16. Gyakran tartok attól, hogy baklövést követek el az emberekkel való kapcsolataimban.
17. Nyugodt, kényelmes a munka- és játékstílusom.
18. Inkább a bejárat utakat kedvelem.
19. Jobban szeretek együttműködni másokkal, mint versenyezni.
20. Könnyelmű és nemtörődöm vagyok.

21. Ritkán merülök el valamiben túlságosan.
22. Gyakran vágyódom irgalmas dolgok után.
23. Gyakran szeretek eljátszani elméletekkel és elvont gondolatokkal.
24. Szívesen kérkedek tehetséggemmel és sikereimmel.
25. Egészen jól be tudom osztani az időmet úgy, hogy a dolgaimmel időre elkészüljek.
26. Gyakran érzem tehetetlennek magam, s szeretném, ha valaki más oldalára helyeztem a problémáimat.
27. Még sohasem ugráltam igazán örömömben.
28. Azt hiszem, ha megengedjük, hogy a diákok egymásnak ellentmondó előadókat hallgassanak, akkor ezzel csak összezavarjuk és félrevezetjük őket.
29. A politikai vezetőknek sokkal jobban kellene törődniük politikájuk emberi oldalával.
30. Az évek során elkövettem már néhány ostobaságot.

31. Könnyen megijedek.
32. Nem igazán élvezem, ha másokkal társaloghatok.
33. Megpróbálom gondolataimat az ésszerűség határai között tartani, és kerülöm a fantáziálgatást.
34. Azt hiszem, a legtöbb ember alapvetően jóindulatú.
35. Nem veszem túl komolyan állampolgári kötelességeimet, például nem megyek el mindig választani.
36. Kiegyensúlyozott természetű vagyok.
37. Szeretem, ha sok ember vesz körül.
38. Olykor tökéletesen elmerülök abban a zenében, amit hallok.
39. Ha úgy hozza a helyzet, kész vagyok manipulálni az embereket, hogy elérjem, amit akarok.
40. Rendben és tisztán tartom személyes holmimat.
41. Néha tökéletesen értéktelennek érzem magam.
42. Néha nem tudom úgy megállni a helyem, ahogyan kellene.
43. Ritkán élek át erős érzelmeket.
44. Megpróbálok mindenkivel udvarias és előzőkeny lenni.
45. Néha nem vagyok olyan megbízható, mint kellene.
46. Ritkán jövök zavarba, amikor emberek között vagyok.
47. Ha valamibe belefogok, akkor azt teljes erőbedobással csinálom.
48. Szeretek új dolgokat tanulni és új hobbit kezdeni.
49. Maróan gúnyos tudok lenni, amikor arra van szükség.
50. Világos céljaim vannak, és következetesen dolgozom megvalósításukért.
51. Nehezen tálok ellen vágyaimnak.
52. Nem élveznék egy vakációt Las Vegasban, a szerencsejátékok városában.
53. Unalmasnak találom a filozófiai vitákat.
54. Nem szívesen beszélek önmagamról és sikereimről.
55. Sok időt elvesztegetek, mielőtt ténylegesen munkához látok.
56. Úgy érzem, problémáim többségével képes vagyok megbirkózni.
57. Előfordult már néha, hogy erős örömet vagy felszabadultságot éreztem.
58. Véleményem szerint a törvényeket és a szociálpolitikát a változó világ követelményeinek megfelelően kellene megváltoztatni.
59. Makacsul és konokon ragaszkodom nézeteimhez.
60. Átgondolom a dolgokat, mielőtt döntést hozok.

61. Ritkán érzek félelmet vagy szorongást.
62. Melegszívű, barátságos embernek ismernek.
63. Sokat fantáziálok.
64. Azt gondolom, hogy a legtöbb ember kihasználna bennünket, ha hagynánk.
65. Igyekszem minél jobban tájékozódni, és rendszerint értelmes döntéseket hozok.
66. Könnyen felforrtanó, heves vérmérsékletű embernek ismernek.
67. Inkább egyedül szeretem intézni a dolgaimat.
68. A balett vagy a modern táncok untatnak.
69. Akkor sem tudnék becsapni valakit, ha akarnám.
70. Nem vagyok nagyon alapos, módszeres ember.

71. Ritkán vagyok szomorú vagy lehangolt.
72. Gyakran voltam annak a csoportnak a vezető egyénisége, amelyhez tartoztam.
73. Fontos számomra, hogyan érzek a dolgokról.
74. Egyesek hideg és számító emberek tartanak.
75. Tartozásaimat késedelem nélkül és maradéktalanul ki szoktam egyenlíteni.
76. Volt már úgy, hogy legszívesebben elsüllyedtem volna szegyenemben.
77. Lassan, de kitartóan dolgozom.
78. Ha egyszer rájövök, hogyan kell valamit megcsinálni, ragaszkodom az ötletemhez.
79. Még akkor sem fejezem ki haragomat, ha jogos lenne.
80. Amikor elhatározom, hogy jobb életet kezdek, általában pár nap múlva fel is adom.

81. Nem esik nehezemre, hogy ellenálljak a csábításoknak.
82. Néha csak a kockázat és a kaland kedvéért fogtam neki valaminek.
83. Szeretek problémákat és rejtvenyket megoldani.
84. Különb vagyok a legtöbb embernél, s ezt tudom is magamról.
85. Szorgalmas ember vagyok, aki munkáját mindig maradéktalanul elvégzi.
86. Amikor nagy stressznek vagyok kitéve, néha azt érzem, hogy összeomlom.
87. Nem vagyok derűlátó, optimista.
88. Azt gondolom, hogy erkölcsi kérdésekben a vallási tekintélyek véleményét kellene kikérnünk.
89. A szegényekért és az idősekért soha nem tehetünk eleget.
90. Előfordul, hogy előbb cselekszem, s csak aztán gondolkodom.

91. Gyakran érzem magam feszültnek és idegesnek.
92. Sokan kissé hűvösnek és távolságtartónak tartanak.
93. Nem szeretem álmodozásra fecsérelni az időt.
94. Úgy hiszem, hogy a legtöbb ember, akivel dolgom akad, őszinte és megbízható.
95. Gyakran megyek bele helyzetekbe felkészületlenül.
96. Nem tartanak ingerlékeny vagy lobbanékony természetű embernek.
97. Igazán kívánom az emberek társaságát, ha sokáig vagyok egyedül.
98. Lenyűgöznek a művészi és természeti alakzatok.
99. A teljes őszinteség az üzletben nem sokra vezet.
100. Szeretem a dolgaimat a helyén tartani, hogy tudjam, mi, hol található.

101. Néha már éreztem mélységes lelkiismeret furdalást vagy büntudatot.
102. Összejöveleteken rendszerint hagyom, hogy mások vigyék a szót.
103. Ritkán fordítok figyelmet pillanatnyi érzéseimre.
104. Általában megpróbálok figyelmes és megértő lenni.
105. Ha egyedül játszom, néha csalok.
106. Nem zavar túlságosan, ha nevetnek rajtam vagy ugratnak valamivel.
107. Gyakran érzem, hogy kirobban belőlem az energia.
108. Gyakran próbálok ki új és idegen ételeket.
109. Ha valaki nem tetszik nekem, azt tudomására is hozom.
110. Keményen dolgozom, hogy elérjem céljaim.

111. A kedvenc ételimből gyakran túl sokat eszem.
112. Lehetőleg elkerülöm a megrázó vagy félelmetes filmeket.
113. Néma elveszttem az érdeklődésemet, amikor valaki nagyon elvont vagy elméleti dologról beszél.
114. Igyekszem szerény maradni.
115. Nehezem veszem rá magam, hogy megcsináljam, amit kell.
116. Veszélyhelyzetben megőrzöm a hidegvérem.
117. Néha repülni tudnék a boldogságtól.
118. Úgy gondolom, hogy a jóról és rosszról alkotott tőlünk eltérő elképzelések, más társadalmakban érvényesek lehetnek.
119. Nem érzek együtt a koldulókkal.
120. Mindig számolok a következményekkel, mielőtt cselekszem.

121. Ritkán aggódom a jövő miatt.
122. Örömet okoz, ha emberekkel beszélgethetek.
123. Szívesen fűzöm tovább fantáziáimat vagy álmaimat, hogy a bennük rejlő lehetőségeket kibontsam.
124. Gyanakszom, ha valaki jót tesz velem.
125. Büszke vagyok józan ítélőképességemre.
126. Gyakran érzek ellenszenvet az emberek iránt, akikkel foglalkoznom kell.
127. Jobban szeretem az olyan állásokat, ahol egyedül dolgozhatok, s nem zavarnak mások.
128. A költészet alig vagy egyáltalán nem hat rám.
129. Gyűlölném, ha képmutatónak tartanának.
130. Úgy látszik, már soha sem leszek rendszerető ember.

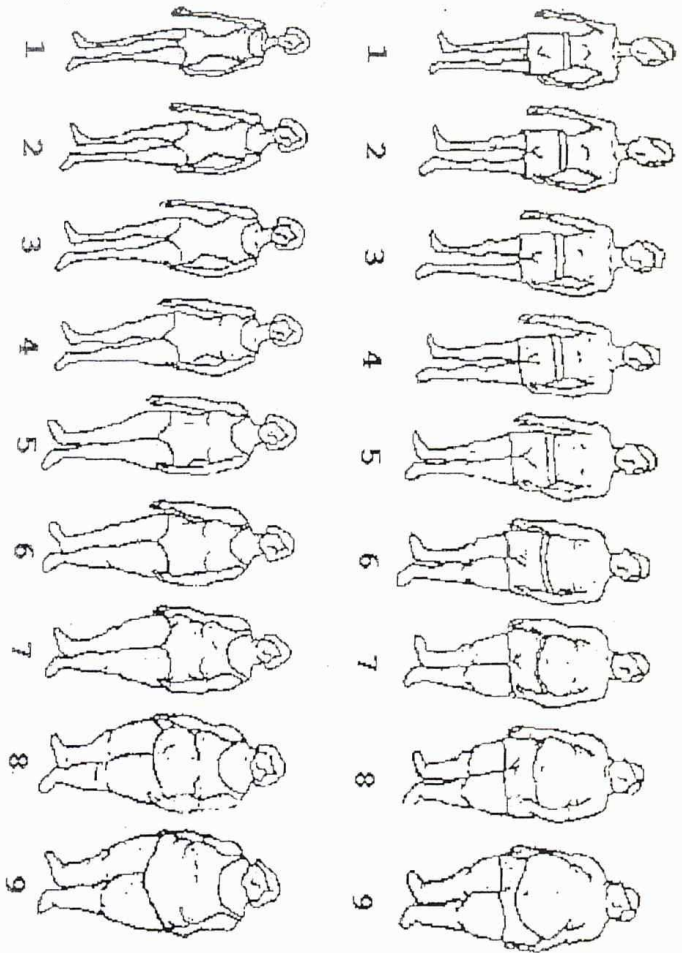
131. Hajlamos vagyok magamat okolni, ha valami nem sikerül.
132. Mások gyakran várják tőlem a döntést.
133. Érzések és érzelmek széles skáláját élem meg.
134. Nem a nagyrizikúságomról vagyok ismert.
135. Ha kötelezettséget vállalok, akkor azt számon is lehet rajtam kérni.
136. Gyakran érzem alacsonyabb rendűnek magam másoknál.
137. Nem vagyok olyan gyors és élénk, mint mások.
138. Szívesebben töltöm az időt számomra ismerős környezetben.
139. Ha megbántanak, megpróbálok megbocsátani és az egészet elfelejteni.
140. Nem érzem, hogy bármi is hajtana előre.

141. Ritkán engedek utat ösztönös késztetéseimnek.
142. Szeretem ott lenni, ahol az események zajlanak.
143. Szeretem szellemi rejtélyfeladatok megoldásán törni a fejem.
144. Nagyon jó véleménnyel vagyok magamról.
145. Ha nekifogok egy tervem megvalósításának, rendszerint végig is csinálom.
146. Gyakran nehezen határozom el magam.
147. Nem tartom magam különösebben jókedvű embernek.
148. Szerintem a szellemi nyitottságnál fontosabb, hogy eszméinkhez és elveinkhez tartsuk magunkat.
149. Az emberi szükségleteknek mindig elsőbbséget kell élvezniük a gazdasági megfontolásokkal szemben.
150. Gyakran cselekszem a pillanat hatása alatt.

151. Gyakran aggódok, hogy valami elromlik.
152. Könnyen mosolygok és felszabadultan viselkedem idegenek társaságában.
153. Ha úgy érzem, hogy álmodozni kezdenék, gyorsan elfoglalom magam, és a munkámra vagy valamilyen más tevékenységre kezdek összpontosítani.
154. Az első pillanatban megbízom az emberekben.
155. Az az érzésem, hogy semmiben sem vagyok tökéletesen sikeres.
156. Nehezen lehet kihozni a sodromból.
157. Szívesebben nyaralok felkapott üdülőhelyen, mint eldugott erdei házikóban.
158. Bizonyos zenék végtelenül lenyűgöznek.
159. Néha csellel élek, hogy az emberek azt tegyék, amit én akarok.
160. Eléggé alapos és igényes vagyok.
161. Nincs jó véleményem magamról.
162. Inkább a magam útját járom, mintsem másokat vezessek.
163. Ritkán veszem észre a különböző helyzetek keltette eltérő hangulatokat és érzéseket.
164. A legtöbb ismétlődő szeret engem.
165. Szigorúan ragaszkodom erkölcsi alapelveimhez.
166. Jól érzem magam főnökeim vagy más tekintélyes személyek jelenlétében is.
167. Úgy tűnik, mintha állandóan sietnék.
168. Néha megváltoztatok valamit otthon csak azért, hogy valami mást is kipróbáljak.
169. Ha valaki verekedést kezdeményez, kész vagyok visszaütni.
170. Arra törekszem, hogy mindent elérjek, amire képes vagyok.
171. Néha betegre eszem magam.
172. Szeretem a hatásvadászt és más hasonló vázaforgató jellegű dolgokat.
173. Kevésbé érdekelnek a világegyetem természetéről és az emberiség létéről szóló eszmefuttatások.
174. Úgy érzem, nem vagyok jobb másoknál, ha eltekintünk a körülményeiktől.
175. Ha egy tervem végrehajtása túl nehéznek bizonyul, akkor hajlok arra, hogy valami újabbra kezdjek.
176. Válsághelyzetben elég jól uralkodom magamon.
177. Vidám, jó hangulatú ember vagyok.
178. Nyitott és türelmes vagyok mások életstílusával szemben.
179. Azt gondolom, minden emberi lény tiszteletet érdemel.
180. Ritkán hozok elhamarkodott döntéseket.

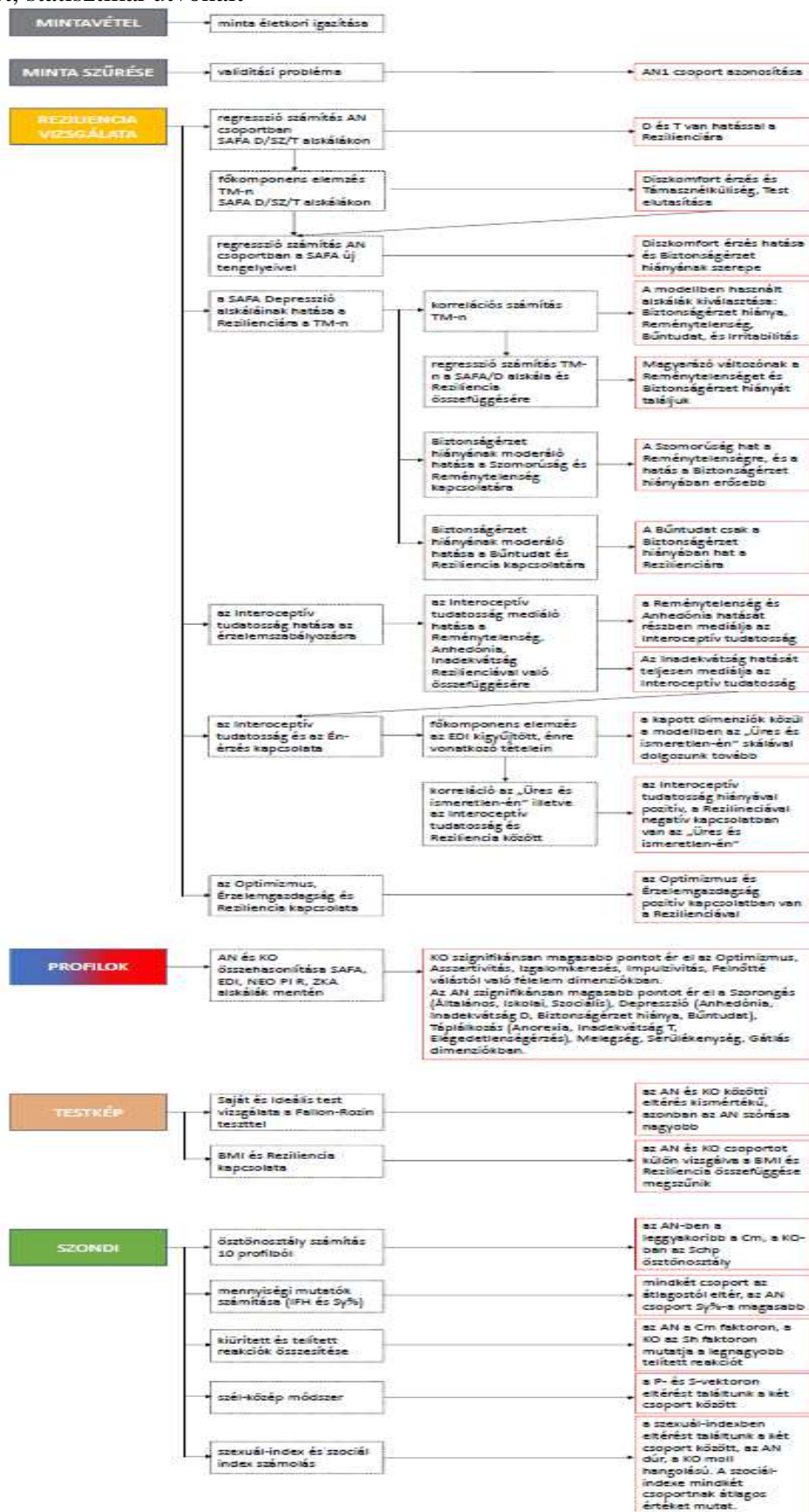
181. Kevesebb dologtól félek, mint a legtöbb ember.
182. Szoros érzelmi szálak fűznek a barátaimhoz.
183. Gyermekkoromban nem nagyon szerettem az olyan játékokat, amelyben színészkedni kellett.
184. Hajlok arra, hogy másokról a legjobbat feltételezzem.
185. Sok mindenben jártas, hatékony ember vagyok.
186. Előfordult már, hogy megsértettek és sokáig tartottam a haragot.
187. A társas összejövetelek rendszerint untatnak.
188. Amikor verset olvasok vagy művészeti alkotást nézek, előfordul, hogy szinte borzongok az izgalmótól.
189. Néha erőszakkal vagy hízelgéssel csikarom ki az emberekből, hogy azt tegyék, amit én akarok.
190. Nem vagyok tisztaságmániás.
191. Néha a dolgok meglehetősen sívárnak és reménytelennek tűnnek a számomra.
192. Ha beszélgetek valakivel, rendszerint én viszem a szót.
193. Könnyen beleélem magam, mások miként éreznek.
194. Jószívű, jótékony embernek tartom magam.
195. Megpróbálok munkámat olyan gondosan végezni, hogy azt ne kelljen senkinek újra csinálni.
196. Ha valakiről rosszat mondtam vagy ellene tettem valamit, akkor nem szívesen kerülök a szeme elé.
197. Mozgalmas az életem.
198. Szabadságomat szívesen töltöm már ismert és kipróbált helyeken.
199. Kéményfejű és makacs vagyok.
200. Mindenben kíváncsi szeretnék lenni.
201. Néha a pillanat hatása alatt cselekszem, amit később megbánok.
202. Az élénk színek és a feltűnő formák vonzanak.
203. Nagy bennem az intellektuális tudásszomj.
204. Inkább én dicsérek másokat, mintsem mások dicsérik engem.
205. Annyi apró dolgot kell elintéznem, hogy olykor egyszerűen tudomást sem veszek róluk.
206. Amikor úgy látszik, hogy minden rosszra fordul, akkor is képes vagyok jó döntéseket hozni.
207. Ritkán használok élményeim leírására olyan szavakat, mint "fantasztikus!" vagy "szenzációs!".
208. Azt gondolom, hogy ha valaki 25 éves korára nem tudja, miben higgyen, azzal valami nincs rendjén.
209. Együtt érzek azokkal, akik kevésbé szerencsések nálam.
210. Mindent gondosan eltervezek, amikor elutazom valahová.

211. Olykor félelmetes gondolatok jutnak az eszembe.
212. Személyesen is érdekelnek azok az emberek, akikkel dolgozom.
213. Nehezen engedem el a gondolataimat; hogy szabadon kalandozzanak minden kontroll vagy irányítás nélkül.
214. Eléggé bízom az emberi természetben.
215. Munkámban hatékony és eredményes vagyok.
216. A legkisebb kellemetlenség is fel tud bosszantani.
217. Élvezem a népes összejöveteleket.
218. Szeretem az olyan verseket, amelyben az érzéseknek vagy képeknek nagyobb a szerepük, mint a történetnek.
219. Büszke vagyok arra, hogy milyen ügyesen bánok az emberekkel.
220. Sok időt töltök elszórt dolgaim keresgélésével.
221. Túl gyakran veszem el a kedvem és akarom feladni, ha a dolgok nem jól alakulnak.
222. Nem könnyen veszem kézbe a helyzetek irányítását.
223. Különös dolgok - bizonyos illatok vagy távoli helyek elnevezései - erős hangulatokat képesek kiváltani bennem.
224. Áldozatot is vállalok, hogy segíthessek másokon.
225. Igazán betegnek kell ahhoz lennem, hogy akár egy napot is kihagyjak munkából.
226. Amikor ismerőseim valami ostobaságot követnek el, helyettük is kényelmetlenül érzem magam.
227. Nagyon tevékeny ember vagyok.
228. Mindíg ugyanazt az utat választom, amikor megyek valahová.
229. Gyakran keveredem vitába családtagjaimmal és a munkatársaimmal.
230. A munka a szenvedélyem.
231. Mindíg uralkodni tudok az érzelmeimen.
232. Szeretek a tömegben lenni egy sporteseményen.
233. Széleskörű a szellemi érdeklődésem.
234. Másoknál különb vagyok.
235. Nagy az önfegyelmem.
236. Érzelmileg eléggé kiegyensúlyozott vagyok.
237. Könnyen nevetem el magamat.
238. Azt hiszem, hogy a szabadosság "új erkölése" egyáltalán nem nevezhető erkölcsnek.
239. Inkább könyörületesen ismerjenek, mint igazságosnak.
240. Kétszer is meggondolom, mielőtt egy kérdésre válaszolnék.



Figure, Kailāsa be an idealis t's an adultis testakatif
 alaralold also edwale!

6.sz.melléklet, statisztikai útvonal



3.8. ábra, BMI csoportok közötti összehasonlítása

