

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
BÖLCSÉS ZETTUDOMÁNYI KAR

Pszichológia Doktori Iskola
Személyiség- és Egészségpszichológia Program

Reziliencia a serdülőkori anorexia nervosában

Doktori (PhD) értekezés tézisei

Kövesdi Andrea

Témavezető:

Dr. Nagy László



Pécs, 2017

BEVEZETÉS

A pozitív pszichológia kutatói a személyiség protektív faktorai között írják le a reziliencia képességét, mely segíti a személyt megterhelő élethelyzetben, a spirituális, pszichés és szomatikus egyensúly helyreállításában. A témaválasztás és kutatói kérdések középpontjában a rezilienciára hatást gyakorló pszichés tényezők állnak, olyanok mint, a hangulati dimenziók, a testi tudatosság, valamint az én-fejlődés pszichodinamikai összefüggései, figyelembe véve a pozitív és negatív érzelmi komponenseket. A pszichés egyensúly és az érzelmi működés hatását az egészség és betegség kialakulásában és fenntartásában számos kutatás bizonyította, ahogy a reziliencia összefüggését is a krónikus betegségekkel, és a depresszióval szembeni védőfaktor szerepét. A kutatói kérdések többnyire a klinikai tapasztalat alapján fogalmazódtak meg.

A mintaválasztás aktualitását az adta, hogy a gyermek- és serdülő korosztályban a pszichiátriai kórképek közül az anorexia nervosa (továbbiakban: AN) a harmadik leggyakrabban előforduló betegség, mely súlyos esetben mortalitáshoz is vezethet. A prepubertás kori betegségindulás, ma már nem ritka jelenség. A korai indulású és hosszú időn keresztül fennálló betegség a szomatikus fejlődés maradandó károsodásait (pl.: csontozat) is felveti (Pászthy, 2007). A szomatikus markerek mellett az érzelemszabályozás és az én-fejlődés maradandó károsodásának veszélyét is hordozza a korai kezdetű és hosszú időn keresztül fennálló beteg állapot, a sedülés időszakában. A minta kiválasztásának gyakorlati szempontja volt saját klinikai tapasztalatom az anorexiás serdülők kezelésében. Valamint reméltük, az affektív komponensek és a reziliencia (lelki ellenállás) differenciáltabb összefüggéseinek megértésén keresztül, hogy új szempontokkal gazdagíthatjuk az AN lányok felépülést támogató kezelését.

Az értekezésben az AN serdülő lányok többszemponútú reziliencia vizsgálata kerül bemutatásra. Mindezt a fejlődési pszichopatológia elméleti kerete, evolúciós megközelítése és integráló jellege, valamint a pszichodinamikus elméletek teszik lehetővé. Jelen kutatás a rezilienciára hatást gyakorló tényezőkkel és a moderáló és mediáló hatások vizsgálatával új aspektusként egészíti ki a korábbi reziliencia vizsgálatokat, valamint a korábban leírt pszichoszomatikus tünetképzés összefüggéseit AN-ban. A vizsgálat célja a reziliencia szempontjából releváns hatások feltárása, melyek a betegségre hajlamosítanak, vagy az anorexiás állapot fenntartásában játszanak szerepet. Valamint olyan tényezők azonosítása, melyek a serdülőkorú anorexiások reziliencia képességét befolyásolják és hatnak a felépülés módjára.

A tézisfüzetben összefoglaló jelleggel bemutatásra kerülnek a kutatást meghatározó elméletek, melyek a vizsgálati hipotéziseket megalapozták, a vizsgálat jelentősebb eredményei és azok összegzése. Végül megfogalmazzuk a serdülőkori anorexiások kezelésének kiegészítéseként azokat az új szempontokat, melyek hozzájárulhatnak a reziliencia - rugalmas ellenállás - változásához és támogatják pszichoterápiás keretek között a rugalmas felépülést.

ELMÉLETI HÁTTÉR

Affektív pszichológia

A következő részben röviden áttekintjük először az affektív pszichológus jelentősebb megállapításait és a reziliencia egészségmegőrző szerepét. Tárgyaljuk az egészséges érzelmi fejlődés főbb aspektusait, az érzelemszabályozást, a kötődést, és a szelf fejlődést, valamint a patológiás irányokat, különös tekintettel a serdülőkorú anorexia nervosára.

A vizsgálat sokszempontú elméleti keretre támaszkodik, szem előtt tartva a multidimenzionális megközelítést és törekedtünk az elméleti megközelítések integrációra a lehetőségekhez mérten. Az affektív forradalom mellett elkötelezett kutatók az érzelmelek jelentőségét hangsúlyozták (Zajonc, 1998, Pataki, 2004). Az érzelmelekkel kapcsolatos empirikus vizsgálatok többek között megállapították, hogy a negatív érzések hiánya nem egyenlő a pozitív érzések megjelenésével, illetve, hogy a pozitív és negatív érzelmelek két egymástól független rendszerhez tartoznak (Bradburn, 1969). Az pozitív pszichológia feladatának tartja a patológia, a gyengeség, és a károsodás tudományos vizsgálataival mellett az erő és a kiválóság tanulmányozását (Seligman, Csíkszentmihályi, 2000), a jóllétre (Diner, 1984, Ryff, Keyes, 1995) a pozitív élményekre helyezve a hangsúlyt (Nagy, Oláh, 2013). Ennek értelmében a személyiség protektív faktorainak elemzése számos tudományos vizsgálat középpontjába került (Rotter, 1966, Rosenbaum, 1990, Kobasa, 1985, Festinger, 1979, Bandura, 1982, Block, 1980, Masten, 1990, Werner, Smith, 2001, Antonovsky, 1987, Scheier, Carver, 1987, Epstein, Meier, 1989, Mayer, Salovey, 1997, Zohar, Marshal, 2000), melyek közül a jelen kutatásban a reziliencia jelenségét vizsgáljuk.

A reziliencia a személyiség protektív faktora (Kiss és mtsai, 2012), meghatározása hosszú időn keresztül formálódott, melyről a következő értelemben gondolkodunk: az egyén képessége arra, hogy sikeresen alkalmazkodjon (adaptáció), és kompetensen működjön (kompetencia) a kedvezőtlen hatások ellenére, illetve a tartós vagy súlyos traumatizációt követően (Chicetti, Cohen, 2006). A rezilienciát olyan személyiségváltozónak tartják, mely lehetővé teszi a nehéz/stresszel teli élethelyzetben a rugalmas ellenállást és adekvát alkalmazkodást. A pszichológia tudományán belül az egészségpszichológia és a klinikai pszichológia vizsgálja a reziliens folyamatokat és eredményeit az alkalmazott pozitív pszichológia alkalmazza (Szondy, 2007). A reziliencia jelenségének longitudinális vizsgálatai a klinikai pszichológiai területén paradigmaváltáshoz vezettek. A patogenetikus megközelítés helyett a személyiség protektív faktoraira helyeződött a figyelem valamint az alkalmazkodás szerepére és a személy belső erőforrásainak mozgósítására a felépülési folyamatban (Kiss, Sz. Makó, 2015).

Reziliencia a felépülésben és az egészségmegőrzésben

Az egészségpszichológia az egészségmagatartás fejlesztésére, a személyes pozitív érzelmi bázisra és az erőforrásokra fókuszál a jóllét és az életminőség javítása, vagy a betegséggel való megküzdés felépülését segítő folyamatainak szempontjából. Összefüggést találtak a reziliencia és az életminőség, a reziliencia és az egészségmegőrző magatartás – mint az egészséges étkezés, a stressz csökkentés, az önmagvalósítás, a megfelelő sport – között (Rutten, 2006, 2013, Wagnild, 2009). Az egészségpszichológia, kutatja többek között a krónikus betegségek okozta pszichés jelenségek és a reziliencia kapcsolatát. Krónikus betegségek gyakran járnak együtt szorongással, depresszióval, melyek csökkentik az életszínvonalat és a

jóllétet (Edward, 2013; Zautra, Johnson, Davis, 2005). A személyiség protektív faktorai a neuroendokrin- és immunrendszeren keresztül fejtik ki hatásukat a szervezet egészséges működésére (Chida, Steptoe, 2008; Grey és mtsai, 1998; Howell, Kern, Lyubomirsky, 2007; Rasmussen, Scheier, Greenhouse, 2009). A reziliencia negatív összefüggését több krónikus betegség esetében igazolták, mint 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). Zautra és mtsai (2005) úgy találta, hogy a pozitív affektus, protektív faktor a nagymértékű fájdalommal és stresszel szemben (Zautra és mtsai 2005). A szerzők összességében arra következtetésre jutottak, hogy a reziliencia hatással van a betegségek lefolyására. Az alacsony reziliencia értékkel rendelkező betegek kevésbé képesek megküzdeni a stresszel és a kihívásokkal, melyek a betegségből fakadnak (DeNisco és mtsai, 2011, Erim és mtsai, 2010, Wingo és mtsai, 2010). A hazai kutatók közül Gyöngyösiné Kiss, és munkatársai (2008, 2009, 2010, 2012) autoimmun betegek csoportjának elemzésével az önirányítottság és az együttműködés pozitívan együttjárását igazolta a rezilienciával összefüggésben. A reziliencia és az evészavarok összefüggését elemző vizsgálatokról a későbbiekben ejtünk szót. A reziliencia kutatások eredményeképpen a reziliencia jelenségéről napjainkban aktív folyamatként gondolkodunk, ami a pszichoterápia folyamatában a protektív faktorok fejlesztése által változtatható, (Bolier és mtsai, 2013, Feder, Nestler, Charney, 2009, Girtler és mtsai, 2010).

Klinikai pszichológia

A klinikai pszichológia, a fejlődési pszichopatológia komplex megközelítésében megjelennek neurális, emocionális és kognitív folyamatok (Izard és mtsai, 2006). A fejlődési pszichopatológia fókuszában az érzelemelméletek, az érzelemszabályozás fejlődésének kutatásai, és a klinikai kutatások állnak (Cole, Michel, Teti, 1994). A fejlődési pszichopatológia integráltan kezeli a fejlődési mintázatok kedvező és kedvezőtlen alakulásának koncepcióját, a fejlődési vonalak és feladatok, valamint a komplex fejlődési kölcsönhatások modelljeit (Masten, Obradovic, 2006; Péley, 2010, Hámori, 2013). Az egyes pszichopatológiai kórképek háttérében álló vulnerabilis és protektív faktorok tudományos megalapozottságú megismerése kiemelt jelentőséget kapott az utóbbi évtizedek kutatásai során (Hámori, 2013). Az anya-gyerek interakció milyensége (kötődés, érzelemszabályozás) egyaránt lehet protektív- és rizikófaktor a csecsemő fejlődését illetően. Jelen kutatásban ugyan nem vizsgáljuk ezeket, azonban a kutatási kérdések és az eredmények magyarázata nagymértékben támaszkodik a kötődéselméleti alapokra, az érzelemszabályozás kutatási eredményeire, valamint a szelf fejlődés motivációs elméletének megállapításaira, ezért röviden összefoglaljuk a következő részben.

Érzelemszabályozási és kötődési sajátosságok

Az érzelmi fejlődést, érzelemszabályozást alapvetően befolyásolja a kötődés minősége. A kötődéselméleti nézőpontból az érzelemszabályozást a csecsemő a kötődési rendszer működésén keresztül tanulja meg, és a kötődést érzelmi kapcsolatként fogja fel. Az érzelmelek vizsgálatát központi jelentőségűnek tartja, úgy gondolkodik az érzelmekről, mint a kötődési rendszer változásának következményeiről (Fonagy, 2002). 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). A csecsemő kialakuló kötődése minden esetben a kapcsolathoz való alkalmazkodásnak tekinthető (Láng, Nagy, 2013). A korai környezettel való interaktív tapasztalatok a pozitív érzelmek generálásában is fontos szerepet játszanak, ami például a játék tevékenységén keresztül észlelhető (Schore, 2001, Bóna és mtsai, 2013).

Fonagy és mtsai szerint az érzelmi szabályozás legvégső formája a mentalizált érzelmek, mely képesség annyira fontos nézetük szerint evolúciós szempontból, mint a beszéd, és célja, hogy hatással tudjunk lenni mások érzelmeire, miközben meg is értjük azokat (Fonagy és mtsai, 2002, Southam-Gerow, Kendall, 2002). Az érzelmi kapcsolódás lehetőségét teremti meg a külvilág irányába és a belső valóság felé, valamint a gyermek személyiségfejlődésének jelentős tényezője.

A Szelf fejlődés affektív aspektusai

Ahogy a kötődési stílus meghatározza az érzelemszabályozás milyenségét, úgy az érzelemszabályozás központi szerepet tölt be a korai fejlődésben, a szelf kiemelkedésében és szabályozásában (Fonagy, 2008). A szelf, szelfreprezentációk integrációja és hatóerő, ami állandóan változik, és az „én”-be ágyazott (Kernberg, 1982). A szelffejlődés motivációs elmélete hangsúlyozza az érzelmi tényezők fejlődéslélektani összefüggéseit. Az érzelemszabályozást biztosító anya-gyerek kapcsolatot számos szerző a szelf szabályozás alapvető tényezőjének tartja (Péley, 2010, Hámori, 2013, Bányai, 2013). Amennyiben az anya képes „elég jó” anyaként reagálni gyermeke igényeire, a kreatív gesztusok, az „én”-magok integrációja megvalósul, melybe már a tartás képessége is bele tartozik (Winnicott, 2004).

A szelf motivációja szempontjából négy aspektus emelkedik ki: 1) az önmeghatározás, aminek az energetizálásban van szerepe; 2) a szelf társadalommal való kapcsolata, ami az identitás alakulását befolyásolja; 3) a személyes potenciál, ami a személyes lehetőségek felfedezését és kibontakoztatását teszi lehetővé és az ágenciát tükrözi és 4) az önszabályozás, ami a kompetens működést teszi lehetővé (Baumeister 1987, Bányai, 2013). A szelf fejlődése a differenciálódás és a komplexitás irányában egyszerre halad. Nem egyszerűen passzív elszenvetője a társas világ visszajelzéseinek és identitásainak, hanem inherens ágenciája révén aktívan fejlődik. A szelf egyik része az autonómia irányába, míg a másik része a kapcsolatok által motivált irányba fejlődik (Bányai 2013).

A szelf természete erősen befolyásolja az affektív folyamatokat. A szelfrendszer mediálja az érzelmi élmények jellegét és kialakulását (Markus, Kitayama, 1991, Forgas, Williams, 2001/2006). A hamis szelf kialakulásának alapja az ütközés, amikor a szülő nehezen érti meg gyermeke érzéseit, szándékait, gondolatait, és saját intencionális állapotait tulajdonítja gyermekének. Ezzel gátolja gyermeke kreatív gesztusait és az onnipotencia illúzióját. A spontaneitás és az originalitás hiánya jellemzi ezt az állapotot (Winnicott, 2004). Kernberg és Fonagy egyetért abban, hogy az intencionális szelf reprezentáció hiányában a szelf képe hamissá válik (Kernberg, 1982, Fonagy, 2008).

Miután röviden áttekintettük az érzellem-és szelf fejlődés vizsgálat szempontjából lényeges aspektusait, rátérünk a serdülőkori anorexia nervosa bemutatására.

Pszichopatológia, Gyermek-és serdülőkori anorexia nervosa

A gyermek-és serdülőkorban kezdődő anorexia nervosa (AN) súlyos, életveszélyes pszichiátriai betegség, mely krónikus formára válhat és egyéb szomatikus megbetegedésekhez vezethet, végső esetben pedig halálhoz. 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). Az elmúlt évtizedben a teljes incidencia stabil maradt, azonban a 15-19 évesek magas kockázatú csoportjában nőtt az előfordulása a betegségnek (Smink, Hoeken, Hoek, 2012). A serdülő lányok körében a harmadik leggyakrabban előforduló betegség (Pászthy, 2007). A betegség krónikussá válása igen nagyarányú. A betegek 45-50%-a meggyógyul, bár az evésre vonatkozó kóros viselkedés, gondolat megmaradhat (Steinhausen, 2002). 30-35%-az a betegeknek a kezelés mellett mérsékelt javulást mutat, és 20%-ok krónikus anorexiás marad (Steinhausen és mtsai, 2003). Az elhalálozás 10 éves utánkövetéssel 6-10%, azonban 20 év elteltével a 20%-ot is eléri (Túry, Pászthy, 2008).

Freud az étkezést szexuális színezetűnek tartotta és az étel elutasítását a libidó elvesztésével tette egyenértékűvé (Freud 1926, Farrel, 1995). Klasszikus analitikus megközelítésben az AN központi konfliktusa a megoldatlan Ödipális konfliktus. Később az elfojtott szexualitást és agressziót valóban az ödipális korhoz kötötték, azonban az okot a korai az anya-gyerek kapcsolatban látják és pregenitális szintű fixációról gondolkodnak (Dévald, 1993; Farrel, 1995). A tárgykapcsolat elmélet a szeparációhoz és az autonóm self kialakulásának fázisához köti a betegséget kiváltó konfliktust (Dévald, 1993). Hamburg (1999) szerint az étel elutasítása valójában egy autonómia harc az AN serdülő részéről, a regresszív folyamat végén. Az AN lányok édesanyját Hamburg elárasztóak tartja, akiket saját szorongásuk megakadályoz abban, hogy gyermekük igényeire érzékenyen reagáljanak mind csecsmőkorban, mind később az individuáció folyamatában. Ebben a kapcsolatban a korai szájon keresztüli élményhez a teljes bekebelezés – kannibalizmus – az abszolút veszteség társul, ami a tulajdon self elvesztésének félelmét implikálja (Hamburg, 1999). Központi konfliktus a self, vagy a tárgy elvesztésének félelme (Hamburg, 1999). A test és self fejlődése közötti szoros kölcsönhatás kihat a későbbiekben a saját test feletti tulajdonjog birtokbavételére, mely az anorexiás serdülő esetében értelemszerűen zavart szenved (Laufer, 1976).

Kötődéseméleti megközelítésben az anorexiás serdülő nem tanul meg különbséget tenni a saját és másik érzései, vágyai között, valamint a reflektív funkció nem alakul ki (Fonagy, 1999). Fonagy - hasonlóan Hamburghoz (ld. fent) - az anorexiás lányok anyját szorongónak írja le, akik saját szorongásukkal és félelmeivel színezett tartalmakkal árasztják el gyermeküket. A nem adekvát szülői gondozás miatt a self-, az érzelem-, és a feszültség szabályozás nem működik megfelelően, létrehozva egyfajta hasadás a psziché és a szoma között, (Chassler, 1994, id.: Csenki, 2012).

A serdülő anorexiások személyiségvizsgálata szerint a személyiségvonások sérülékenységet jelentenek a későbbi tünetek kialakulásához, amikor gyermekkorban szorongásos, obszesszív tünetek már jelen vannak (Halmi és mtsai, 2003, Joó, Kövesdi, 2008). A multidimenzionális modellben elkülönítünk prediszponáló (hajlamosító), precipitáló (kiváltó) és fenntartó tényezőket (Túry, Szabó, 2000). A hajlamosító tényezők alatt az egyéni,

családi és szociális környezetet értjük. Vizsgálatunk a hajlamosító és fenntartó (percipiáló) egyéni tényezőkre fókuszál.

Pszichoszomatikus affektív sajátosságok, anorexia nervosában

Az egészséges affektus fejlődés szempontjából lényeges a negatív affektív állapotok „halkítása”, lefelé modulálása, illetve cél a magas intenzitású pozitív állapotok elérése, megosztása és átélése (Laible, Thompson, 2000). A kötődés hat a saját testünk és a környezetből jövő információk feldolgozási módján keresztül az érzelmek szabályozására. A sikeres szabályozáshoz az agynak, mind a testből érkező, mind a környezeti információkkal tisztába kell lenni (Damasio, 1996). Az elkerülő kötődők a viszceralis, testi, az ambivalensen kötődők pedig a környezeti információkat hagyják figyelmen kívül. A dezorganizált kötődésű személyek nem rendelkeznek koherens információfeldolgozó stratégiával (Schore, 2001, id.: Láng, Nagy, 2013). A kognitív megközelítés szerint az érzelemszabályozás adaptív és maladaptív kialakulása mellett az érzelmek átélésének képessége is fejlődéshez kötött (Lane és mtsai, 1990).

Az érzelemszabályozási deficitről korábban már több szerző ír a pszichoszomatikus betegségek kialakulásával összefüggésben (Alexander, 1950, Stoudemire, 1988). Damasio „szomatikus markerek” fogalmának bevezetésével leírja a gondolkodási folyamatok szerepét a zsigeri érzetek keltésében, melyeken keresztül inspirálják a helyzethez illeszkedő érzés és viselkedés aktiválását (Damasio, 1996). Az anorexiát a pszichoszomatikus betegségek között tartják számon (Túry, 2000, Túry, Pászthy, 2008), a felnőtt és serdülőkori anorexiában az alexitímia és az érzelemszabályozási deficit egyaránt megjelenik (Zonnevillle- Bender és mtsai, 2002). Quinton az érzelmek kifejezéséhez kapcsolódó ambivalenciára helyezi a hangsúlyt, meglátása szerint az alexitim személy számára érzelmek közül csupán a düh és a félelem képvisel jelentést (Quinton, Wagner, 2005). Csenki (2012) hazai mintán az éretlen érzelemszabályozás sajátosságait: az érzelmek azonosításának és kifejezésének problémáját (alexitim sajátosság), és a negatív érzések hosszabb idejű fennállását igazolta. Szintén hazai kutatásban az evési patológiás magatartást a negatív affektusoktól való megszabadulásként értelmezik és az önnyugtató módjának tartják (Bóna és mtsai, 2013).

A betegséget predisponáló és fenntartó tényezőinek teljesebb áttekintésének céljával utalunk a családi működésre, ahol az evészavar tünetei között családi maladaptív érzelemszabályozási formák mediálnak (Laliberte, Boland, Leichner, 1999, Wei, és mtsai 2005, Tasca és mtsai, 2009).

CÉLKITŰZÉSEK ÉS HIPOTÉZISEK

A következő részben bemutatjuk a hipotéziseket és a vizsgálat jelentősebb eredményeit. A kutatási célkitűzésünk a rezilienciával összefüggésben álló tudatos és a nem tudatos (tudattalan) aspektusok azonosítása a serdülőkori anorexiások körében. A reziliencia betegségből való felépülést támogató szerepét helyezzük vizsgálatunk fókuszába. Több kutatás bizonyította az optimizmus és a reziliencia együttjárását (Scheier és Carver, 1987, Gy. Kiss és mtsai, 2012). A reziliencia érzelmi komponenseinek vizsgálatát indokolja az anorexiás mintán korábban azonosított negatív érzelmek túlsúlya. Vizsgálatokkal alátámasztható, hogy a serdülőkori anorexiások száma növekszik és nagy arányú a betegség krónikussá válása, valamint a betegség velejárója a kognitív beszűkülés, ezért fontosnak tartjuk a felépülési

folyamatban a reziliens szempontok azonosítását és figyelembevételét a pszichoterápiás munkában Feltételezzük, hogy az AN csoport reziliencia értéke alacsonyabb mint a KO csoport értéke. Az affektív dimenziókat, a testi tudatosságot és az “én jelentésteliségét” összefüggésbe hozzuk a rezilienciával.

A reziliencia szempontjából releváns hipotézisek

Az AN csoport Rezilienciája szignifikánsan eltér a KO csoport Rezilienciájától.

Az Optimizmusban magas pontszámot elérő személyek Reziliencia értéke magasabb.

A SAFA Depresszió skála Szomorúság alskálája összefüggést mutat a Reménytelenség alskálával.

A Biztonságérzet hiánya befolyásolja a Szomorúságot és a Reménytelenséget.

A Bűntudat alskála összefüggésben van a Biztonságérzet hiányával és negatívan hatnak a Rezilienciára.

A Depresszió alskálán magas pontszámot elérő személyek az Interoceptív tudatosságban szintén magas pontszámot érnek el, alacsony Reziliencia érték mellett.

Az Inadekvátság érzés az Interoceptív tudatosságon keresztül hat a Rezilienciára.

Az Interoceptív tudatosság összefüggésben van az Én-érzéssel.

Az AN és KO csoport eltérő személyiség profilt mutat.

Az AN csoport kevésbé agresszív.

A 10 profilos Szondi teszt mennyiségi mutatói eltérnek az AN és KO csoport között.

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

Az AN csoport Szexuál-indexe dúr hangulódású a KO csoport moll hangulódásával szemben.

Az AN csoport Szociál-indexe szociál pozitív, míg a KO csoport szociál negatív.

Az AN csoport kielégíthetetlen, elfojtott agresszív tendenciája erősebb.

A hipotézisek részletes bemutatása az értekezésben olvasható.

Módszerek

Az AN jellegzetes tünetegyüttese, és a betegség dinamikája indokoltá teszi az önkitöltős kérdőív és a projektív eljárások együttes használatát. Az első eljárás a tudatos tartalmak elemzését teszi lehetővé, míg a második a nem tudatos összefüggésekre világít rá. Az önkitöltős kérdőívek alkalmazása során a betegségre jellemző kognitív beszűkülés a torzítás veszélyével jár. A projektív eljárások lehetőséget adnak a nem tudatos, de a viselkedést befolyásoló tényezők azonosítására és összejátékára a pszichodinamikus működés feltárásával. Mint például, az anya-gyerek kapcsolat dependens jellege, az agresszív és a szexuális impulzusok éretlen, szabályozatlan megjelenése, vagy a nagymértékű megfelelési szorongás.

Önkitöltős kérdőívvel vizsgáljuk a rezilienciát (CD-RISK), melynek 10 ítemes változata a reziliencia mérésére alkalmas, hazai adaptációját Járai és mtsai végezték (Járai és mtsai, 2015). A személyiség dimenziókat a Zuckerman-Kuhlman-Aluja Személyiség kérdőívvel (ZKA-PQ; Zuckerman-Kuhlman-Aluja, 2010; Surányi, 2014), és a Neo Personality Inventory (NEO_PI-R) személyiségkérdőívvel mértük (Costa és McCrae, 1989). Az affektív tényezőket a Pszichiátriai Tünetlisat (SAFA), Depresszió és Szorongás skálákkal mértük, hazai

adaptációját Kő Natasa végezte (Kő, 2005). A táplálkozási attitűdöket a SAFA, Táplálkozás alszála (SAFA) és az *Eating Disorder Inventory* (EDI) kérdőív, hazai mintán adaptált kérdéssorával mértük (Túry és mtsai, 1997) mértük. A projektív 10 profilos Szondi teszt a személyiség pszichodinamikus működését a mennyiségi mutatók, a szél-közép módszer és az ösztönosztályok azonosításán keresztül teszi lehetővé (Szondi, 2002).

Vizsgálati személyek

Az AN csoport serdülői az Semmelweis Egyetem, I.sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek-és Ifjúságpszichiátriai Osztályának bentfekvő betegek voltak. Az adatfelvétel a felvételt követő 2 hétben, a diagnosztikai időszakban történt. A csoport tagjai súlyos anorexia nervosa diagnózist kaptak. A kontroll (továbbiakban: KO) csoport korban három Budapesti és egy vidéki középiskola tanulói. A vizsgálat körülményeinek megteremtésében az osztályfőnökök, együttműködésének köszönhetően a tesztsomag az osztályfőnöki órán került kiosztásra és beszedésre. Azokkal a tanulókkal, akik vállalták a Szondi teszt 10 profiljának az felvételét szintén az iskolában került sor előre egyeztetett időpontokban a találkozóra és a tesztfelvételre. A vizsgálatban résztvevő személyek csoportos adatai az adattisztítást követően a 1.táblázatban láthatók.

1.táblázat, vizsgálati minta, az adattisztítást követően

	<i>Csop.</i>	<i>Elem.sz.</i>	<i>Átlag</i>	<i>Szórás</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</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

VIZSGÁLATI EREDMÉNYEK BEMUTATÁSA

Itt most “sűrítve”, öt vizsgálatban mutatjuk be a kutatás gondolatmenetét és a hipotézisek elemzését. Az legfontosabb vizsgálati eredményeket összevetjük a korábbi kutatásokkal és jelöljük az újszerű eredményeket.

Első vizsgálat: a Reziliencia és az Optimizmus vizsgálata

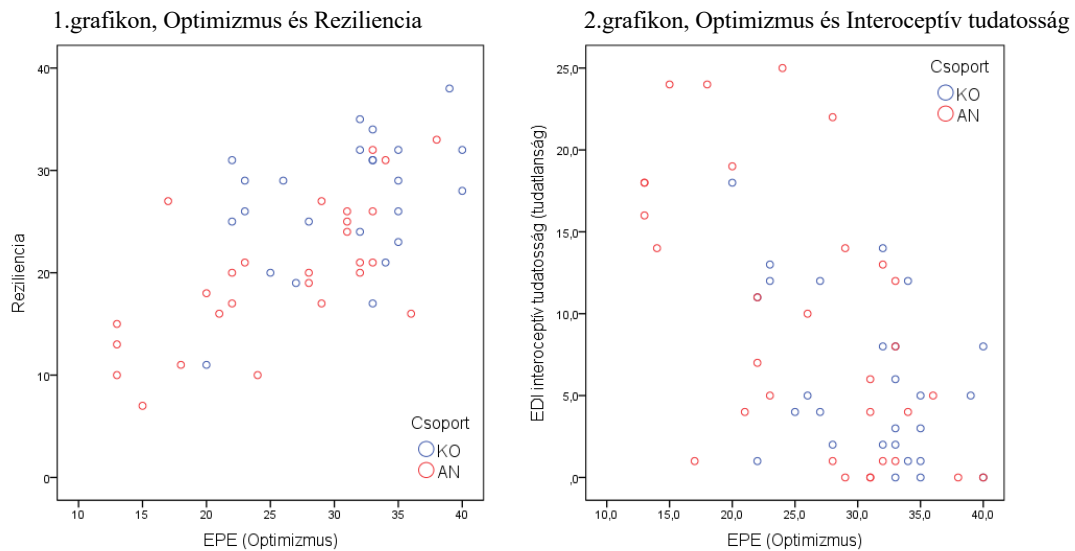
Vizsgálati eszközök

Connor-Davidson Reziliencia (CD-RISK) kérdőív (Connors, Davidson, 2003; Járai és mtsai, 2015), Pszichopatológiai tünetlista gyermekek és serdülők számára (SAFA), Szorongás, Depresszió, Táplálkozás alszála (Cianchetti, Fancello, 2001; Kő, 2005), Neo Personality Inventory (NEO-PI-R) személyiségkérdőív, Optimizmus alszála (Costa és McCrae, 1989).

Eredmények

A két csoport összehasonlításban a Reziliencia szignifikáns különbséget mutat, a KO csoport *Rezilienciája* magasabb $t(53)=4.174$ $p<.001$ $r=.497$, mely hatásnagyság közepesen erős mértékűnek tekinthető.

A teljes mintán (továbbiakban: TM) 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: $r=.682$ $p<.001$ (1.grafikon)



Az *Optimizmus* és az *Interoceptív tudatosság* összefüggése hasonló dinamikát mutat mindkét csoportban: szignifikáns, közepes erősségű negatív összefüggés látható a két dimenzió között, KO: $r=-.456$ $p=.017$, AN: $r=-.596$ $p<.001$ (2.grafikon).

A *Depresszió*, *Szorongás*, *Táplálkozás* alskálán szignifikáns különbség van a csoportok között: *Depresszió*; $t(61)=-3.140$, $p=.003$, $r=.373$, *Szorongás*; $t(60)=-2.49$ $p=.005$ $r=.356$, *Táplálkozás*; $t(59)=-3.024$, $p=.004$ $r=.366$. Mindhárom alskálán a AN csoport mutat magasabb értékeket. Az AN csoportban mindhárom vizsgált alskálával szignifikáns negatív összefüggést mutat a *Reziliencia*, míg a KO csoportban csak a *Depresszió* alskálával mutat negatív összefüggést (2.táblázat).

2.táblázat, Reziliencia (rövidítve: Rez.) és SAFA alskálák (Depresszió, Szorongás, Táplálkozás), korrelációs táblázat.

	TM	KO	AN
Rez. - Depresszió	$r=-.639$ $p<.001$	$r=-.455$ $p=.019$	$r=-.645$ $p<.001$
Rez. - Szorongás	$r=-.558$ $p<.001$	$r=-.297$ $p=.140$	$r=-.616$ $p<.001$
Rez. - Táplálkozás	$r=-.510$ $p<.001$	$r=-.236$ $p=.267$	$r=-.561$ $p=.002$

Korábbi hazai és nemzetközi kutatási eredmények

Scheier és Carver kutatásai igazolták, hogy a hatékony megküzdés egyik tényezője az optimista hajlam (Scheier és Carver, 1987, Gy. Kiss és mtsai, 2012). Az alacsony rezilienciát mutató betegek kevésbé képesek megküzdenni a a betegségükből fakadó stresszel és kihívásokkal (DeNisco és mtsai, 2011, Erim és mtsai, 2010, Wingo és mtsai, 2010). Yi-Frazier (2015) vizsgálata szerint az alacsony reziliencia cukorbeteg serdülőknél összefüggésben volt a magas distresszel, rossz életminőséggel, és a maladaptív copinggal. Hayes és mtsai (2014)

spanyol felnőtt mintán szignifikáns különbséget találtak a reziliencia szempontjából a kontroll és az evészavaros csoport között. A személyes kompetencia, szelf- és az élet elfogadása faktorokban az evészavaros csoport alacsonyabb értéket ért el. A magasabb reziliencia jelentős protektív tényező volt a depresszióval szemben (Birmahe, 1996).

Második vizsgálat: Moderáló hatás elemzése a Depresszió és Reziliencia skálán

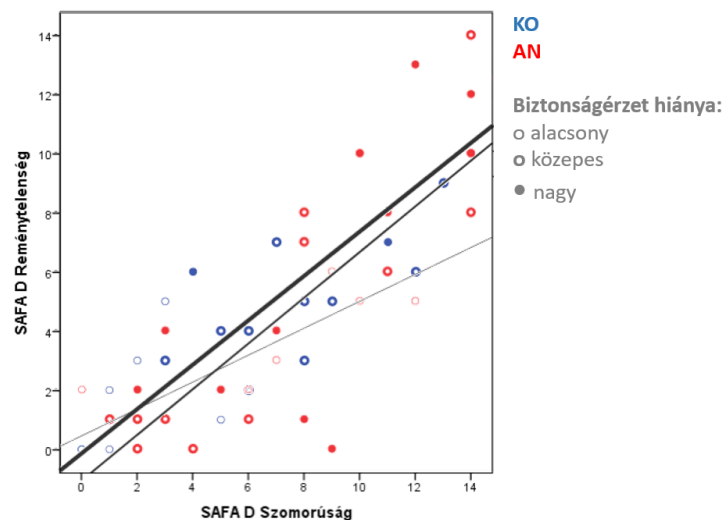
Vizsgálati eszközök:

A második vizsgálatban az első vizsgálattal azonos mérőeszközöket alkalmaztuk, és tovább vizsgáltuk részleteiben a moderáló hatást a hangulati tényezők és a reziliencia kapcsolatában.

Eredmények

A Depresszió skála összefüggéseit tovább vizsgálva, a *Reménytelenséget* befolyásoló tényezőket elemeztük. A regresszió elemzés eredményei alapján a *Reménytelenség* kialakulásában a *Szomorúság* önmagában szignifikáns magyarázó tényező. 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 a moderáló elemzés eredményei alapján a *Biztonságérzet hiánya* befolyásolja a *Szomorúság Reménytelenségre* tett hatását. 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. Ebből arra következtetünk, hogy a *Biztonságérzet hiánya* a sérülékenységet növeli a *Reménytelenség* szempontjából (3.grafikon). A *Reziliencia* szempontjából kiemelten fontos tényező a *Reménytelenség*, mert mint később tárgyalásra kerül, az *Introceptív tudatosság hiányának* mediálásával fejt ki negatív hatását a *Rezilienciára*.

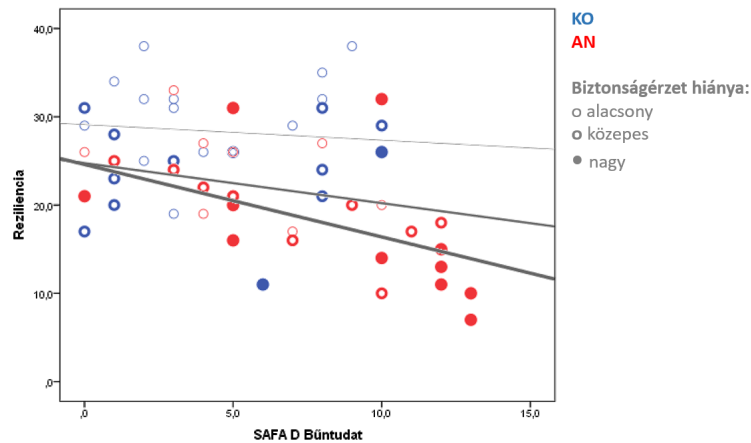
3.grafikon, *Biztonságérzet hiányának* moderáló hatása a *Szomorúság* és *Reménytelenség* kapcsolatára



A moderáló hatások vizsgálatának következő lépésében elemeztük a *Biztonságérzet hiányának* hatását a *Bűntudat* és *Reziliencia* összefüggésére. A *Biztonságérzet hiánya* moderáló hatás fejt

ki a *Bűntudat és Reziliencia* kapcsolatára: alacsony *Biztonságérzet hiányában (biztonságérzés)* a *Bűntudat* nincs hatással a *Rezilienciára*, míg a közepes és magas *Biztonságérzet hiánya* esetén a *Bűntudat* csökkenti a *Rezilienciát* (4.grafikon).

4.grafikon, Biztonságérzet hiányának moderáló hatása a Bűntudat és Reziliencia kapcsolatára



Korábbi hazai-és nemzetközi kutatási eredmények

Számos kutatásban fordított kapcsolatot találtak a szerzők a reziliencia, a szorongás és a depresszió között (Aspinwall, Tedeschi, 2010; Schiavone és mtsai, 2013; Vuitton, de Wazières, Dupond, 1999; Kiss és mtsai, 2012). Haase (2004) rákbeteg serdülők reziliencia vizsgálatában megállapítja, hogy a bizonytalanság negatívan hat a reményre, szociális támogatásra, pszichés jóllétre és a rezilienciára (Haase és mtsai, 2004). Az érzelem- és kognitív szabályozás szerepét meghatározónak találják a kutatók a rezilienciával összefüggésben (Zautra, 2005, Karoly, Reuhlman, 2006, Erim és mtsai, 2010, DeNisco és mtsai, 2011, Gyöngyösiné Kiss és mtsai, 2012).

A vizsgálat újszerű eredményei

Igazoltuk a *Biztonságérzet hiányának* moderáló hatását a *Szomorúság és Reménytelenség* kapcsolatát illetően, mely negatívan befolyásolja a *Rezilienciát*. Továbbá igazoltuk a *Biztonságérzet hiányának* moderáló hatását a *Bűntudat és Reziliencia* kapcsolatára. A *Bűntudat* hatása az alacsony *Biztonságérzet hiánya* mellett (*biztonságérzet*) nem érvényesül a *Rezilienciára*. A moderáló hatások igazolása a hangulati elemek és *Reziliencia* kapcsolatában újszerű eredménye a vizsgálatnak.

Harmadik vizsgálat: Mediáló hatások a Rezilienciára

Vizsgálati eszközök

Connor-Davidson Reziliencia (CD-RISK) Kérdőív (Connors, Davidson, 2003; Járai és mtsai, 2015), Pszichopatológiai tünetlista gyermekek és serdülők számára (SAFA), Szorongás, Depresszió, Táplálkozás alskálák (Cianchetti, Fancello, 2001; Kő, 2005), Eating Disorder Inventory (EDI) kérdőív (Garner és mtsai, 1983; Túry és mtsai, 1997).

Eredmények

Az *Interoceptív tudatosság* csoportos összehasonlításában, az AN csoportot kevésbé találtuk tudatosnak a testi élményeire, azonban ez a különbség kis mértékű. Az *Interoceptív tudatosság* *Rezilienciával* való kapcsolatát elemezve, a KO csoport *Interoceptív tudatosságának* mértéke nincs hatással a *Rezilienciára* ($r=-.258$ $p=.224$), azonban az AN csoportban szignifikáns erős negatív korrelációt találtunk ($r=-.766$ $p<.001$).

A legnagyobb hatással bíró hangulati elemeket vizsgáltuk a *Reziliencia* és a testi tudatosság összefüggésében. Az *Interoceptív tudatosság* hiánya mediáló hatásának elemzéséhez a *Reménytelenség* és *Reziliencia* összefüggését vizsgáltuk, mivel az említett dimenzióknak volt a legnagyobb súlya a korábban tárgyalt regressziós modellben (3.táblázat).

3.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***

• $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

A *Reménytelenség* pozitív szignifikáns kapcsolatot mutat az *Interoceptív tudatosság* hiányával, továbbá az *Interoceptív tudatosság* hiánya negatívan befolyásolja a *Rezilienciát*. Az *Reménytelenség*, *Rezilienciára* tett *Interoceptív tudatosságon* keresztüli indirekt hatása $\beta=.485$, mely szignifikáns. A *Reménytelenség* *Rezilienciára* tett hatása részben az *Interoceptív tudatosságon* keresztül valósul meg.

A hangulati dimenzió mellett feltételezzük az *Inadekvátság érzés* és *Reziliencia* kapcsolatát mediáló *Interoceptív tudatosság* hatását. Az *Inadekvátság érzés* alsókála kiemelkedik a többi alsókála közül, mivel itemei túlmutatnak a hangulati dimenziókon, és az “én”-re vonatkozó 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.).

Az *Inadekvátság érzés*, *Rezilienciára* tett *Interoceptív tudatosságon* keresztüli indirekt hatása $\beta= -.736$, mely szignifikáns, $p<.05$. Az *Inadekvátság érzés*, az *Interoceptív tudatosság* modellbe emelésével elveszti *Rezilienciára* tett önálló hatását, tehát az “én”-hez kapcsolódó tartalmak a testi tudatosság hiányán keresztül fejtik ki hatásukat a *Rezilienciára*. Az *Interoceptív tudatosság* hiányának mediáló hatása érvényesül (4.táblázat).

4. 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

A pszichoszomatikus tünetképzésben a test feszültséget “kommunikáló” szerepe mellett felmerül a kérdés, hogy a személy “én”-ről való vélekedése, milyen kapcsolatban van a *Rezilienciával* és az *Interoceptív tudatossággal*. Az elemzéshez az EDI kérdőív “én”-re vonatkozó itemei közül főkomponens elemzéssel azonosítottuk az “üres és ismeretlen-én” dimenzióit, mely spektrumban a személy “én”-re vonatkozó tudása kerül mérésre. A dimenzióban szignifikánsan különbözik egymástól $t(59.37)=-2.29$ $p=.026$ $r=.29$ a két csoport, az AN csoport magasabb értéket mutat, mint a kontroll. Az “üres és ismeretlen-én” dimenziója a *Rezilienciával* közepesen erős negatív korrelációt mutat a TM-n $r=-.676$ $p<.001$. 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: $r=.729$ $p<.001$. Az “én”-ről való negatív vélekedés együttjár a testi tudatosság hiányával és negatív hatást fejt ki a *Rezilienciára* a TM-ban.

Korábbi hazai-és nemzetközi kutatási eredmények

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). Pszichiátriai betegségből felépülő serdülőkkel végzett vizsgálatok szerint három jellemző faktor azonosítottak: 1, személyes befolyás/ágencia érzés, hogy képesek befolyásolni a helyzetüket 2, a belső fókusz, annak képessége, hogy „elbíráják” saját érzelmeiket és gondolataikat 3, támogató kapcsolatok kialakításának képessége (Hauser, 2006). Felnőtt autoimmun betegeknél az önirányítottság és az együttműködés pozitívan együttjárását találták a rezilienciával (Gyöngyösiné Kiss és mtsai, 2008, 2009, 2010, 2012). Anorexiás serdülőknél kutatók felvetik, hogy a személyes kompetencia érzés hiánya esetleg már a megbetegedés előtt is jellemezte az evészavaros

személyeket és nem a betegség velejárója (Hayes és mtsai, 2014), inkább hajlamosító tényezőként fogható fel.

A vizsgálat újszerű eredménye

A Reménytelenség Rezilienciára tett hatása részben az *Interoceptív tudatosság*on keresztül valósul meg, mediáló tényező a modellben. Az Inadekvátság érzés Rezilienciára tett hatása teljes egészében az *Interoceptív tudatosság* mediáló hatásán keresztül érvényesül. Az személy “én”-re vonatkozó negatív észlelése, vélekedése, a Rezilienciára a testi tudatosság hiányán keresztül érvényesíti negatív hatását.

Az “üres és ismeretlen-én” dominanciájának azonosítása az AN mintában szintén újszerű eredmény, mely negatív összefüggésben van a *Rezilienciával* és pozitív együttjárásban az *Interoceptív tudatosság hiányával*.

Negyedik vizsgálat: Reziliencia és a Személyiségdimenziók vizsgálata

Vizsgálati eszközök

Pszichopatológiai tünetlista gyermekek és serdülők számára (SAFA), Szorongás, Depresszió, Táplálkozás alszkálák (Cianchetti, Fancello, 2001; Kő, 2005), Zuckerman-Kuhlman-Aluja (ZKP-PQ) Személyiség Kérdőív (Aluja, Kuhlman és Zuckerman, 2010; Surányi, 2014).

Eredmények

A ZKA-PQ személyiségkérdőív alszkálái közötti különbségeket találtunk a csoportok közötti összehasonlításban, az *Agresszió* dimenziójában ($F(2.434, 75.437)=2.951$ $p=.023$ $part.eta^2=.087$). Az AN csoport passzívabb a KO csoporthoz képest.

A neuroticizmus skálán ugyan nem mértünk eltérés a csoportok között, a pszichopatológiai tünetbecslő skála (SAFA) alapján mégis szignifikáns eltérés mérhető a Szorongás dimenziójában ($F(3, 88)=5.104$ $p=.026$ $part.eta^2=.055$). Az AN csoport minden szorongás típusban magasabb értéket vesz fel, mint a KO csoport. Szeparációs szorongás különbözik a másik három szorongás típustól, melynek értéke szignifikánsan alacsonyabb.

Korábbi hazai-és nemzetközi kutatási eredmények

Több vizsgálat megerősítette, hogy a személyiségvonások sérülékenységet jelentenek a későbbi evészavaros tünetek kialakulásához, amikor gyermekkorban szorongásos, obszesszív tünetek már jelen vannak (Halmi, 2009, Joó, Kövesdi, 2008). A személyiség jellemzőire predisponáló tényezőként tekintünk az evészavarokban, mely a betegségre hajlamosít és komplikálhatja azt (Steiger, Bruce, 2004, Westen és mtsai, 2006).

A vizsgálat újszerű eredménye

Agresszió dimenzióban mért szignifikáns eltérés, ahol az AN csoport passzívabb. A csoportra jellemző passzív attitűd a magas szorongás értékkel együttjárva, anorexiára hajamosító tényező.

Ötödik Vizsgálat: Mennyiségi és pszichodinamikai sajátosságok a 10 profilos Szondi teszt eredményeinek tükrében

Vizsgálati eszközök:

10 profilis Szondi-teszt (2002), Zuckerman-Kuhlman-Aluja (ZKP-PQ) Személyiség Kérdőív (Aluja, Kuhlman és Zuckerman, 2010; Surányi, 2014).

Eredmények

Az AN csoport tagjai a „megkapaszkodók” (Cm+) ösztönosztályába tartoznak, telített reakciók a C-vektorban látható, míg KO csoport tagjai dominánsan az „én-tágítók” (Schp+) ösztönosztályának tagjai. Irányfeszültségben (IFH) csekély különbséget találtunk a csoportok között AN csoport irányfeszültsége (IFH)=2,23 (SD=1.83), a KO csoport irányfeszültsége (IFH)=2.07 (SD=1.07). A tüneti százalék (Sy%) értéke a csoportos összehasonlításban különbséget mutat, az AN csoport Sy%=39.99% (SD=11.40), a KO csoport Sy%=36.04 (SD=9.56). Az AN csoportban a Szexuál-index az S-vektorban és az Sch-vektorban Dúr (férfias) hangolódású. A KO csoportban egységes Moll (nőies) tendencia érvényesül (5.táblázat).

5.táblázat, Szexuál-index vektor értékei az AN és a KO csoportban

	S-vektor	P-vektor	Sch-vektor	C-vektor
AN	56.3%	48.5%	65%	50%
KO	46.5%	31.5%	47.7%	45.8%

Az AN csoportban a Szociál-index vektoronkénti elemzése egyenetlen képet mutat jelentős eltérés a KO csoporthoz képest az „én”-es (Sch) vektorban találtunk, ahol az AN csoport extrém magas értékkel szociál pozitív (6.táblázat). A KO csoport Szociál-indexének vektoronkénti elemzése szintén egyenetlen képet mutat az Sch tengelyen szociál pozitív, azonban az értéke nem extrém (6.táblázat).

6.táblázat, Szociál-index vektor értékei az AN és a KO csoportban

	S-vektor	P-vektor	Sch-vektor	C-vektor
AN	42.2%	31.8%	74.2%	45.4%
KO	39.4%	41%	65.5%	45%

A Szociál-index, magas értéke az Sch-vektoron, igen magas megfelelési szükségletet jelez, ami nagy szorongással jár. Az AN csoportban a nagy mértékű szorongás a SAFA, Szorongás alskála eredményei is alátámasztják, a Szondi-teszt azonban a extrém mértékű megfelelési igény azonosításával az állásfoglaló-„én” problematikájára hívja fel a figyelmet.

Korábbi hazai-és nemzetközi kutatási eredmények

A pozitív affektus, protektív faktor, emelkedése gyengítette stressz hatását (Zautra, 2005). Dependencia-autonómia személyiségvonások együttesen vannak jelen az evészavarokban és a két különböző törekvés egyidejű jelenléte okozza a belső konfliktust

(Kernberg, 1985, Rogers, Petrie, 2001). Az érzékeny gondozói környezet mentén kialakuló biztonságos kötődés megteremti az adaptív szelf- szabályozási képességet, valamint a stresszel való optimális megküzdést tesz lehetővé a későbbi fejlődés során (Láng, Nagy, 2013). Erősen kontrolláló környezetben a növekedés során a szelf nem veszi figyelembe a veleszületett szükségleteit, hanem a külső értékrendszert elfogadó szelfrészeket fejleszti ki (Hodgins, Kne 2002).

A vizsgálat újszerű eredménye

Az Agresszió eltérő iránya az önbevallós (ZKA-PQ) és a projektív teszten (Szondi-teszt). Felveti az agresszív szükségletek éréseinek intrapszichés konfliktusát. Az AN csoportban a Szociál-index, Sch-vektorban mért extrém magas értéke, mely magas megfelelési szorongással jár.

A teszteredmény pszichodinamikai értelmezése alapján a Cm+ ösztönosztályban a telített reakciók a kapaszkodás tendenciáját jelzik az AN csoportban. Az erős kapaszkodás (Cm+!!), megfelelni vágyás (Sch-vektor szociál negatív) és az agresszív tendencia dominanciája (S- +), dependens tendenciát igazol az AN csoportban. Az autonóm törekvések az orális tünetek mentén manifesztálódnak.

Hatodik vizsgálat: ANI csoport szűrése

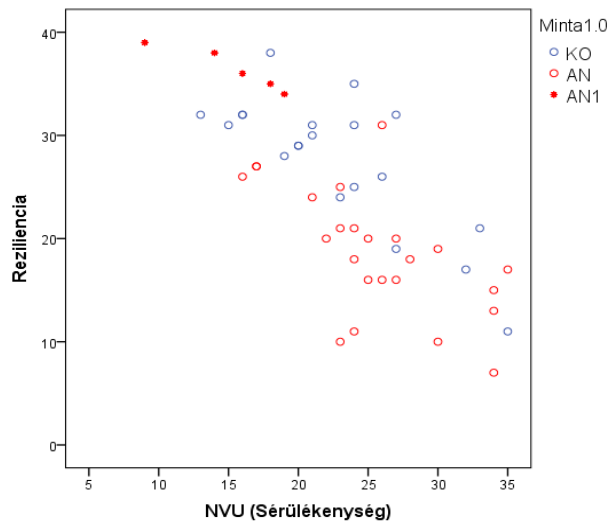
Vizsgálati eszközök:

Connor-Davidson Reziliencia (CD-RISK) Kérdőív (Connors, Davidson, 2003; Járai és mtsai, 2015), Pszichopatológiai tünetlista gyermekek és serdülők számára (SAFA), Szorongás, Depresszió, Táplálkozás alskálák (Cianchetti, Fancello, 2001; Kő, 2005), Eating Disorder Inventory (EDI) kérdőív (Garner és mtsai, 1983; Túry és mtsai, 1997). Zuckerman-Kuhlman-Aluja (ZKP-PQ) Személyiség Kérdőív (Aluja, Kuhlman és Zuckerman, 2010; Surányi, 2014).

Eredmények:

Az adatok rögzítése és tisztítása közben felfigyeltünk extrém magas Reziliencia értékű személyekre, akiknél alacsony SAFA Szociális kívánatosság értéket találtunk, ami a teszt validitását megkérdőjelezte. Több skálán elemztük az értékeiket és végül validitási probléma miatt kizártuk őket a vizsgálatból. Azonban a teszt értékeik igen hasonlóak voltak, egy csoportok alkottak, elneveztük őket ANI csoportnak. A csoport tagjai én- és helyzet észlelésben is jelentős torzítással élnek, például a reziliencia skála extrém magas értéke mellett sérülékenynek tartják magukat (5.grafikon). Több skálán hasonlóan ellentmondó eredményeket találtunk (pl.: *Kompetencia, Szorongás, Depresszió, Optimizmus, Fantázisgazdagság skálákon*). Esetükben felmerül a monoszimptomás pszichózis lehetősége. Egy éves utánkövetés szerint megszakították az egyéni és a családterápiás kezelést is. Különösen veszélyeztetettnek tartjuk a krónikussá válásra a csoport tagjait!

5.grafikon, AN1 csoport *Reziliencia és Vulnerabilitás*



Korábbi hazai-és nemzetközi kutatási eredmények

Az anorexiás serdülők perfekcionizmusból adódóan nem adhatnak olyan véleményt, ami megkérdőjelezi a tökéletességüket. Nem utolsó sorban szociokulturálisan a vékonyságot pozitívan értékelik, ettől megélhetik szubjektív, pszichológiai jólétüket (Tomba és mtsai, 2014).

A vizsgálat újszerű eredménye

Az AN1 csoport – krónikus állapot kialakulására veszélyeztetett csoport – azonosítása és szűrési lehetősége. A veszélyeztetett csoport azonosításának egyszerű módja a reziliencia kérdőív (CD- RISK) magas és SAFA/Depresszió skála, Szociális kíváncsiság alszálájának alacsony értéke.

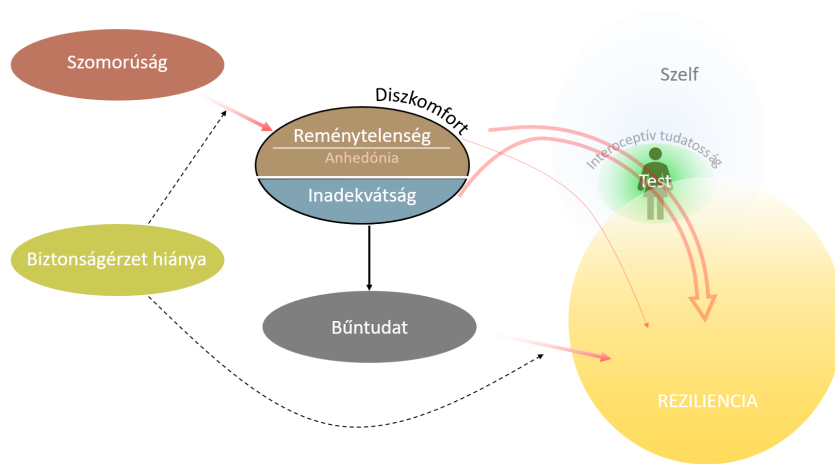
MEGBESZÉLÉS

A *Szorongás* és a *Depresszió* negatív hatását igazoltuk a rezilienciára, együttjárásban számos korábbi kutatással (Aspinwall, Tedeschi, 2010; Schiavone és mtsai, 2013; Vuitton, de Wazières, Dupond, 1999, Kiss és mtsai, 2012). A hangulati tényezők közül a *Szomorúság*, *Reménytelenség* és *Inadekváttság érzést* azonosítottuk, mely a legjelentősebb hatást fejtik ki a modellben. Az eredmény összhangban van korábbi kutatással, ahol a remény és reziliencia pozitív együttjárását igazolták (Haase és mtsai, 2004). Újszerű eredmény a *Biztonságérzet hiányának* moderáló szerepe, mely a *Szomorúság* és a *Reménytelenség* kapcsolatára, valamint a *Bűntudat-Reziliencia* kapcsolatán keresztül érvényesíti hatását. Több kutatással összhangban az optimizmust pozitív kapcsolatban találtuk a rezilienciával (Scheier és Carver, 1987, Kiss és mtsai, 2012), mely kapcsolat erősebben érvényesül az AN csoportban.

Az *Interoceptív tudatosság* (testi tudatosság) hiányának mediáló szerepe a *Reziliencia* összefüggésében a pszichoszomatikus tünetképzés differenciáltabb megértésére ad lehetőséget, és rámutatva a felépülés szempontjából jelentős dimenziókra. A testi tudatosság hiánya egyértelműen együtt jár az alacsony *Rezilienciával* a TM-ban, azonban az AN csoportban ez a hatás kifejezettebb. Az *Inadekváttság érzés* („én”-re vonatkozó vélekedések) önálló hatásának megszűnése az *Interoceptív tudatosság* modellbe emelésével, igazolja, hogy az *Inadekváttság*

érzés az *Interoceptív tudatosságon* hiányán keresztül hat a Rezilienciára. A vizsgálat újszerű eredménye az „üres és ismeretlen-én” azonosítása és dominanciája az anorexiás mintában. Az „üres és ismeretlen-én” együtt járása testi tudatosság hiányával, negatív hatást fejt ki a *Rezilienciára*, mely összefüggés a teljes mintában érvényesül, azonban az AN mintán erősebb a hatás. Vagyis a pszichoszomatikus tünetképzést hangulati dimenzió mellett az „üres és ismeretlen-én” befolyásolja az AN mintában dominánsan. A leírt moderáló és mediáló tényezők hatásmechanizmusát és a pszichoszomatikus tünetképzést támogató tényezőket a 1. ábrán szemléltetjük.

1. ábra, a moderáló és mediáló tényezők a reziliencia összefüggésében, pszichoszomatikus tünetképzés



A pszichodinamikai összefüggések megértését a 10 profilos Szondi teszt mutatói teszik lehetővé. A Cm+ ösztönosztályban a telített reakciók a kapaszkodás tendenciáját jelzik az AN csoportban. Az erős kapaszkodás (Cm+!!), megfelelni vágyás (Sch-vektor szociál negatív) és az agresszív tendencia dominanciája (S- +), dependens kapcsolódási módot igazol az AN csoportban. Az autonóm törekvések az orális tünetek mentén manifesztálódnak. A 10 profil bemutatott eredményei alátámasztják a preödipális anya-gyermek autonómia-dependencia konfliktus és az ezzel összefüggésben álló agresszió-aktivitás-vitalitás fejlődési vonalon látható éretlenséget. Az első tényező az érzékeny gondozói környezet hiányát veti fel, mely az érzelemszabályozást befolyásolja, mint például az agresszív tendenciák érése. E két tényező befolyásolja az szelf és az „én” fejlődését. A nem kielégítő anyai gondozás az „üres és ismeretlen-én” kialakulását implikálja. Az eredmények felhívják a figyelmet a súlyos anorexiás serdülők körében az én-fejlődési deficitre. Az „üres és ismeretlen-én” a serdülési folyamat több szempontból konfliktusos (identitás, nemi érés, leválás) időszakában nem képes a reziliens viszonyulásra.

Az AN1 csoport azonosításával a serdülőkorú anorexiások közül krónikus állapotra veszélyeztetett csoportot különítettünk el. Szűrésükre javasoljuk a CD-RISK kérdőív és a SAFA/D *Szociális kívánatoság* alskála használatát.

A vizsgálat újszerű eredményeinek összegzése

A vizsgálatban célunk volt a serdülőkori anorexiára hajlamosító és fenntartó tényezők dinamikus összefüggéseinek elemzése és kapcsolatuk vizsgálata a *Rezilienciával*. A *Biztonságérzet hiányának* moderáló hatását a *Szomorúság* és *Reménytelenség* kapcsolatában igazoltuk. Valamint a *Biztonságérzet hiányának* szintén moderáló hatását a *Bűntudat* és *Reziliencia* kapcsolatára.

A modellben mediáló tényező az *Interoceptív tudatosság*. A *Reménytelenség* *Rezilienciára* tett hatása részben az *Interoceptív tudatosságon* hiányán keresztül valósul meg. Az *Inadekvátság* érzés *Rezilienciára* tett hatása teljes egészében az *Interoceptív tudatosság* mediáló hatásán keresztül érvényesül. Az „*üres és ismeretlen-én*” dominanciájának azonosítása az AN mintában szintén újszerű eredmény, mely negatív összefüggésben van a *Rezilienciával* és pozitív együttjárásban az *Interoceptív tudatosság* hiányával.

Az *Agresszió* dimenzióban eltérést mértünk a csoportok között, az AN csoport passzívabb. Az *Agresszív* tendencia eltérő irányát azonosítottunk az önbevallós (ZKA-PQ) és a projektív teszten (Szondi-teszt, S-vektor), az első passzivitást, míg a második agresszió, aktivitást jelez, mely jelenség intrapszichés konfliktust igazol az AN mintában.

Az AN1 csoport szűrése szintén újszerű eredmény. A veszélyeztetett csoport azonosítása fontos a diagnosztika időszakában, mivel a csoport betegségének krónikussá válása valószínűsíthető. Javasoljuk a reziliencia kérdőív (CD- RISK) és SAFA/*Depresszió* skála, *Szociális kívánatosság* alskála alkalmazását a csoport szűrésére.

A vizsgálati eredmények gyakorlati alkalmazása

A serdülőkori anorexia kezelésben hatékony és elsődleges a családterápiás kezelési forma. A családterápiás kezelés mellett az egyéni terápia szükségessége is felmerül számtalan esetben. A kutatás az egyéni reziliencia képességet támogató kezelési szempontok megvilágítására vállalkozott. A kutatás eredményei szerint a betegséget befolyásoló és fenntartó egyéni tényezők a következők; a biztonságérzet hiánya, a testi tudatosság hiánya, az agresszív szükséglet megnyilvánulásának ambivalenciája és a szexuális érésben mutatkozó deficit, az érzelemszabályozás pszichoszomatikus tendenciája és a negatív érzelmek túlsúlya (agresszió, pozitív érzelmek hiánya), valamint dependens viszonyulás a kapcsolatban. Az említett tartományok negatív hatást fejtenek ki a *Rezilienciára*.

A lélektani munkában a biztonságérzetet, a terapeuta érzékeny, hiteles és reflektáló érzelmi jelenléte mellett a pszichoterápia keretei teremtik meg. A biztonságérzés a személyek interakciói mentén tud tapasztalati élménnyé válni. A negatív érzelmek megjelenése az „itt és most”-ban, és az érzelmi állapot (terapeuta általi) jelöltsége biztosítja az „érzelmi hatás elviselését”, felismerését és differenciálását, hozzájárulva az optimális érzelm szabályozáshoz, s így a pozitív érzelmek megjelenéséhez. Az érzelmek differenciált felismerése elvezet a saját testhez kapcsolódó érzetek, érzések azonosításához. A differenciált érzelmfelismerés mellett a pszichoszomatikus tünetképzés elveszti kommunikatív szerepét, valamint az érzelmi-és testi élmények azonosítása az „én”-élmények, „én”-magok bontakozásához majd integrációjához vezet. Személyes módszerspecifikus képzettségem szerint relaxációs- és szimbólumterápiás, illetve családterápiás eszköztárat alkalmazok a pszichoterápiás munkában, azonban a leírt eredmények nem kötődnek módszerhez. A terápiás munka részletes bemutatása az értekezésben olvasható egy esetrészleten keresztül.

Az AN-ok komplex egyéni terápiájának másik fókuszpontja a pszichoszexuális érés. A leírt komplex terápiás intervenciók hatására, az érzelmi-és „én“ éréssel együtt az agresszió - aktivitás - vitalitás kontinuum szükséglet aktiválódik, ami a kíváncsiságra, kezdeményezésre, nyitottságra ad lehetőséget növelve adaptív alkalmazkodást - a serdülő fiatal a kortársak felé fordul nemi vágyait követve, elindítva a leválást a szülőkről - és a rezilienciát. A családterápia reziliens aspektusaira is érdemes figyelmet fordítani (Walsh, 2003, 2016), az egyéni reziliencia mellett, mely kérdéskör egy következő kutatás témája lehet.

Felhasznált Irodalom

- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine - its principles and applications*. New York: Norton and Company.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychology* 44, 1175-1184.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Bradburn, N.M.(1969) *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Cal, S. F., Santiago, M. B. (2013). Resilience in systemic lupus erythematosus. *Psychology, Health and Medicine*, 18, 558-563.
- Cianchetti C, Sannio Fascello G.(2001). SAFA Pszichopatológiai tünetlista gyermekek és serdülők számára. Kézikönyv. Magyar adaptáció: Kő Natasa OS Hungary, Budapest.
- 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.
- Chida, Y., Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741-756.
- Chassler, L. (1994). „In hunger I am king“ – Understanding anorexia nervosa from a psychoanalytic perspective: theoretical and clinical implications. *Clinical Social Work Journal*, 22, 397-415. in.: Csenki, L.(2012). *Érzelemszabályozás a serdülőkori anorexia nervosában*. Pécs Tudományegyetem. Pécs: PhD Disszertáció.
- 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).
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T. (2003): Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC): *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82.
- 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.

- Csenki L.(2012). *Érzelemszabályozás a serdülőkori anorexia nervosában*. Pécs Tudományegyetem. Pécs: PhD Disszertáció.
- Damasio, A. (1996). *Descartes tévedése*. Budapest: AduPrint Kft.
- 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 Gyermekek- és Serdülőterápiás Intézet Kiadványa.
- Diener, E. (1984) Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 93, 542-575.
- Edward, K. (2013). Chronic illness and wellbeing: Using nursing practice to foster resilience as resistance. *British Journal of Nursing*, 22, 741–742, 744, 746.
- 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.
- Fenigstein, A. (1979). Self-consciousness, self-attention, and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1),75-86.
- Feder, A., Nestler, E. J. & Charney, D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 446-457.
- Fisher M. (2006). Treatment of eating disorders in children, adolescents and young adults. *Pediatr. Rev.* 27:119-123.
- Fonagy, 1999 The relation of theory and practice in psychodynamic therapy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 513-520.
- 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.
- 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.
- Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. London: *Hogarth Press*. Standard Edition.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Gyöngyösiné Kiss E., Csókási K., Czirják L., Hargitai R., Járai R., Nagy L. (2009). Relationship of resilience to personality temperament and character factors in systemic autoimmune disorders (SLE, RA, SSC). *Coping and Resilience International Conference, Dubrovnik/Cavtat, Croatia, October 03-06*, 48.
- Gyöngyösiné Kiss E., Csókási K., Czirják L., Hargitai R., Járai R., Nagy L. (2010). Resilience in systemic autoimmune diseases (SLE, RA, SSC). *Review of Psychology*, 17(2). 157.
- Gy. Kiss E., Csókási K., Hargitai R., Káplár M., Nagy L., Czirják L. (2012). Resilience and Personality. In Lisa Di Blas, Andrea Carnaghi, Donatella Ferrante, Valentina Piccoli (Szerk.), 16th European Conference on Personality Psychology. Trieste, Absztrakt- kötet, 189.

- Gy. Kiss E., Csókási K., Hargitai R., Káplár M., Nagy L., Czirják L. (2012). Resilience and protective factors of personality. *Psychology & Health*, 27 sup1., 222.
- 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.
- Halmi, K.A.(2009).Anorexia nervosa: an increasing problem in children and adolescents.*Dialogues in clinical neuroscience*. 11(1): 100–103.
- Hamburg, P. (1999). The lie: Anorexia and the paternal metaphor. *Psychoanalytic Review*, 86, 745-769.
- 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.
- 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.
- 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.
- Joó, M.N., Kövesdi, A.(2008). Joó M.N. & Kövesdi A.(2008). Evészavarok és személyiség. In Túry, F., Pászthy, B. (Szerk.). *Evészavarok és testképzavarok* (pp. 237-249). Budapest: Pro Die.
- Kernberg, O.F.(1982).Self, ego, affects, and drives. *J.Am Psychoanal Assoc* 30:893-917.
- Kiss E., Makó, H.(szerk.). (2015). *A gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pécs: Pro Pannónia Kiadó.
- 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.
- Kó, N. (2005). *SAFA Pszichopatológiai gyerekek és serdülők számára (kézikönyv)*. Budapest, OS Hungary.
- 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., Bolander, F.L., 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.
- Laufer, M. (1976). The Central Masturbation Fantasy, the Final Sexual Organization, and Adolescence. *The Psychoanalytic study of the child*. 31(4):297-316
- Láng A. & Nagy L. (2013). Kötődésemélet és fejlődési pszichopatológia szemlélet közvetítő mechanizmusok. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68. 1. 23-37.
- Markus, H. & Kitayama, S. (1991). Cultura and self. Implications for cognitions, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- 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., Obradovic, J.(2006). Competence and resilience in development.*Annals New York Academy of Sciences*, 1094, 13-27.
- 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.
- 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

- 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.
- Pataki, F.(2004) *Érzelem és identitás*. Budapest: Újmandátum Kiadó.
- Pászthy B. (2007). *A gyermek- és serdülőkori anorexia nervosa pszichoszomatikus jellemzői*. Budapest: Ph.D. értekezés.
- Pászthy B., Major M. (2008). Gyermek- és serdülőkorú evészavarok. In F. Túry, B. Pászthy (Eds.), *Evészavarok és testképzavarok* (pp. 25-40). Budapest: Pro Die.
- Péley B. (2010). Fejlődés és evolúció: evolúciós szemlélet a fejlődésben, a pszichopatológiában és a pszichoterápiákban. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65(1), 65-83.
- Quinton, S., Wagner, H.L. (2005). Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and eating attitudes. *Personality and Individual Differences*, 38, 1163- 1173.
- 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.
- 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.
- Rotter, B.J.(1966). Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*.Vol.80(1)1-28.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.
- Rutter, M.(2013). Annual Research Review: Resilience in child development. *The Journal of child psychology and Psychiatry*. 54(4).474-487.
- 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.
- 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.
- 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. in.: Láng, A., Nagy, L.(2013). Kötődélmélet és fejlődési pszichopatológia szemlélet közvetítő mechanizmusok. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68. 1. 23-37.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000): Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55: 514.
- Smink, F.R.E., von Hoeken, D., Hoek, H.W.(2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*. 14(4).406-414.
- Southam-Gerow, M.A. & Kendall, P.C. (2002). Emotion regulation and understanding. Implications for child psychopathology and therapy. *Clinical Psychology Review*, 22, 189-222.
- Steinhausen, H.C.(2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am. J. Psychiatr*, 159: 1284-1293.
- Steinhausen, H.C., Boyadjieva, S., Griogoroiu-Serbanescu, M.(2003). The outcome of adolescent eating disorders: findings from an inter national collaborative study. *Eur. Child Adolesc Psychiatr, Suppl* 12: 191-198.
- 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.(2013). Catalan and Hungarian Validation of the Zuckerman- Kuhlman-Aluja Personality Questionnaire (ZKA-PQ). *Spanish Journal of Psychology* (2014), 17, e24, 1–9.
- 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.
- Tasca, G. A., Illing, V., Balfour, L., Krysanski, V., Demidenko, N., Nowakowski, J., Bissada, H.

- (2009). Psychometric properties of self-monitoring of eating disorder urges among treatment seeking women: Ecological momentary assessment using a daily diary method. *Eating Behaviors*, 10(1), 59-61.
- 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. (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa*. Budapest: Medicina.
- Túry F. & Pászthy B. (szerk.). (2008). *Evészavarok és testképzavarok*. Budapest: Pro Die Kiadó.
- 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.
- Walsh, F (2003). Family Resilience: A Framework for Clinical Practice. *Family Process;Spring 42.1*.
- Walsh, F.(2015). Family resilience: a developmental systems framework. *European Journal of Developmental Psychology*, Vol.13.(3).313-324.
- 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.
- 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.
- Winnicott D.V (2004): *A kapcsolatban bontakozó lélek*, Budapest: Új Mandátum Kiadó.
- 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.
- Zahn-Waxler, C., Crick, N.R., Shirliff, E.A., Woods, K.E. (2006). The origins and development of psychopathology in females and males. In D. Cicchetti, D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology 2nd edition* (pp. 76-138). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- 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.
- Zohar, D., Marshal I. (2000). *SQ - Spirituális intelligencia*. Budapest: Csöndes Társ Kiadó.
- Zonnevylle-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 functioning? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 38-42.