

PSYCHOLOGIA
HUNGARICA
Caroliensis

2022, 10. ÉVFOLYAM, 1. SZÁM

A Károli Gáspár Református Egyetem és a L'Harmattan Kiadó közös kiadása

Cím: 1088 Budapest, Reviczky u. 4.

Felelős kiadó: Gyenes Ádám és Dr. Sepsi Enikő

Felelős szerkesztő: Dr. Vargha András

© Károli Gáspár Református Egyetem, 2023

© A kötetben publikáló szerzők, 2023

SSN 2064-2504 (Nyomtatott)

ISSN 2064-2504

Megjelenik

A L'HARMATTAN KIADÓ GONDOZÁSÁBAN

Kiadványterv

KASEK ROLAND | www.kasek.com

A nyomdai előkészítést

Csernák Krisztina, a nyomdai munkákat a Könyvpont Nyomda Kft. végezte

Kiadó

KÁROLI GÁSPÁR REFORMÁTUS EGYETEM PSZICHOLOGIAI INTÉZETE

A kiadásért felel: Sepsi Enikő

Levélcím: KRE Pszichológiai Intézet, H-1037 Budapest, Bécsi út 324

telefon: +36 1 430 2349

www.kre.hu

TARTALOM

- Barta Gábor, Dr. Smohai Máté, Dr. Takács Szabolcs:
Az önreguláció vizsgálata sportolók körében kevert módszerrel 5
- Fehér Pálma Virág:
A mentális egészség és a digitális pszichoterápia jövőjét érintő kérdések társadalomkritikai megközelítésben 19
- Koltói Lilla, Borsfai Dzszenifer, Zábó Szabolcs:
A Lyons-féle Munkaérték Skála adaptációja magyar mintán 34
- Nyitrai Erika, Takács Szabolcs:
A Hét Érintés Skálával szerzett hazai tapasztalatok 52
- Andrea Kövesdi, Sándor Rózsa, Dóra Krikovszky, Dezsőfi Antal,
Kovács Lajos, Szabó Attila:
Study of transplanted adolescents with a focus on resilience 75
- Kövesdi Andrea, Rózsa Sándor, Krikovszky Dóra, Kovács Lajos,
Dezsőfi Antal, Szabó Attila:
Transzplantált serdülők reziliencia fókuszú vizsgálata 95

SZERKESZTŐSÉG

A LAP ALAPÍTÓJA VASS ZOLTÁN
SZUMMER CSABA | főszerkesztő

ROVATVEZETŐK

FERENCZI ANDREA | könyvszemle, interjú
MIRNICS ZSUZSANNA | személyiséglélektan
PÁLI JUDIT | fejlődés- és neveléslélektan, iskola- és fejlődésneuropszichológia
KÖVI ZSUZSANNA | pszichometria
KISS PASZKÁL | szociálpszichológia

SZERKESZTŐSÉGI TITKÁR

SÜLE ZSUZSA

TUDOMÁNYOS TANÁCSADÓ TESTÜLET

BAGDY EMŐKE, Károli Gáspár Református Egyetem, Magyarország
BERECZKEI TAMÁS, Pécsi Tudományegyetem, Magyarország
BERGMAN, LARS. R., University of Stockholm, Svédország
BUDA BÉLA †
CSABAI MÁRTA, Szegedi Tudományegyetem, Magyarország
DELANEY, HAROLD, University of New Mexico, USA
DEMETROVICS ZSOLT, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Magyarország
DÜLL ANDREA, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Magyarország
FRECSKA EDE, Debreceni Tudományegyetem, Magyarország
GREZSA FERENC, Károli Gáspár Református Egyetem, Magyarország
HOYER MÁRIA, Semmelweis Egyetem, Magyarország
KISS ENIKŐ CSILLA, Károli Gáspár Református Egyetem, Magyarország
PATAKY ILONA, Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Magyarország
PÉLEY BERNADETT, Pécsi Tudományegyetem, Magyarország
RÁCZ JÓZSEF, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Magyarország
RÓZSA SÁNDOR, Károli Gáspár Református Egyetem, Magyarország
SZABÓ ATTILA, University of Oslo, Norway
SZOKOLSZKY AGNES, Szegedi Tudományegyetem, Magyarország
TAMÁS FAZEKAS, Universitäts Wien, Ausztria
TÚRY FERENC, Semmelweis Egyetem, Magyarország
VARGHA ANDRÁS, Károli Gáspár Református Egyetem, Magyarország

AZ ÖNREGULÁCIÓ VIZSGÁLATA SPORTOLÓK KÖRÉBEN KEVERT MÓDSZERREL

BARTA Gábor, Dr. SMOHAI Máté, Dr. TAKÁCS Szabolcs

Károli Gáspár Református Egyetem, Pszichológia Intézet
bartagabor23@gmail.com

Absztrakt

Kutatásunkban kevert módszertannal (mixed method), azaz kvantitatív és kvalitatív adatgyűjtési módszereket egyaránt használva, az egyéni, illetve csapatsportolók önregulációs szintjét kívántuk összehasonlítani nagyszámú mintán. A kevert módszertani kutatások típusai közül a magyarázó, egymásra épülő felépítés módszertanát követve, előbb egy kérdőívcsomagot vettünk fel (kvantitatív módszer) 18. életévüket betöltött, heti rendszerességgel sportoló felnőttekkel (N=762), majd az adatok elemzése után félig strukturált egyéni interjúkat (kvalitatív módszer) készítettünk 11 fővel. A vizsgálati mintánk mind az életkor, mind a sportolási szint, mind maguk a különböző sportágak tekintetében is igen heterogénnek, széleskörűnek mondható. A kérdőíveket 2019 tavaszán, míg az interjúkat 2020 őszén vettük fel. A kérdőívek felvétele „offline” és online térben egyaránt zajlott, míg a kutatási interjúkat eredetileg személyesen terveztük felvenni, azonban a Covid19 világjárvány miatt valamennyi interjút online vettünk fel. A kitöltők bevonása hozzáférési alapon történt, illetve „hólabda”-módszerrel, a vizsgálatunk során keresztmetszeti eljárást alkalmaztunk. A csapat-, illetve egyéni sportolók önregulációs szintje a Mentális Egészség Teszt (MET) (Vargha és mtsai, 2020) segítségével került összehasonlításra, a kapott eredmények alapján pedig tendenciaszintű különbség mutatkozott a két csoport között, az egyéni sportolóknak volt magasabb az önregulációja, mely eredményt az interjú tapasztalatok is alátámasztják Kirschenbaum (1987) ötlépcsős modellje mentén. Eredményeink a hazai sportolók általános önregulációs szintjéről adnak egy tájékoztató képet, további kutatásoknak adhat lehetőséget az önreguláció sportág-specifikus mérésére, illetve annak sportteljesítménnyel való kapcsolatának széleskörű vizsgálata.

Kulcsszavak: önreguláció ▪ önregulációs szint ▪ Mentális Egészség Teszt ▪ kevert módszertan

Abstract

Examination of self-regulation among athletes using mixed method

In our research, we wanted to compare the level of self-regulation of individual and team athletes on a large sample using mixed method, i.e. using both quantitative and qualitative data collection methods. Among the types of mixed methodological research, following the methodology of the explanatory sequential design, we first completed questionnaires (quantitative method) with adults aged 18 and over, who perform sports on a weekly basis (N = 762), and then made semi-structured individual interviews (qualitative method) with 11 people. Our study sample can be said to be very heterogeneous and wide in terms of age, level of sport and the various sports themselves. The questionnaires were completed in the spring of 2019 and the interviews in the fall of 2020. The questionnaires were completed both “offline” and online, while the research interviews were originally planned to be held in person, however, due to the Covid-19 pandemic, all the interviews

were online. Participants were involved on an access basis and using a “snowball” method, during our study we used a cross-sectional procedure. The level of self-regulation of team and individual athletes was compared using the Mental Health Test (MET) (Vargha et al., 2020), and based on the results, there was a trend level difference between the two groups, individual athletes had a higher level of self-regulation and this result is also supported by the interview experiences interpreted along Kirschenbaum’s (1987) five-step model. Our results provide an informative picture of the general level of self-regulation of Hungarian athletes. Sport-specific measurement of self-regulation and its extensive relationship with sports performance may provide opportunities for further research.

Keywords: self-regulation ▪ self-regulation level ▪ Mental Health Test ▪ mixed method

ELMÉLETI HÁTTER

Az önreguláció meghatározásánál hamar akadályokba ütközünk. Az angol nyelvű szakirodalomban gyakran használt „self-regulation” kifejezés (lásd pl.: Baumeister és mtsai, 1998; Baumeister & Vohs, 2004) magyarul egyaránt jelenthet önszabályozást és önregulációt is. A hazai szakirodalom pedig egyelőre nem fordított hangsúlyt a két kifejezés pontos definíciójának alapos megkülönböztetésére, noha bizonyos kutatásokban valamilyen szinten meg lettek különböztetve (lásd pl.: Réthy, 2002).

Az önregulációt vizsgáló kutatások igen széles spektrumot ölelnek fel: viselkedéslélektani (Gilbert és mtsai., 1988), tanuláselméleti (Réthy, 2002), fejlődéslélektani (Montroy és mtsai., 2016), valamint szociális kognitív (Zimmerman, 1989) irányzatok egyaránt foglalkoznak a témával, így az önszabályozást is többféleképpen definiálják.

Shapiro és munkatársai (2006) szerint az önszabályozás azokra a folyamatokra utal, amelyek fenntartják a működés stabilitását és a változásokhoz való alkalmazkodást, továbbá hangsúlyozzák, hogy az önszabályozás nem egyenlő a kognitív vagy érzelmi rugalmassággal. Zimmerman (1998) tanulmányában az önszabályozás alatt a valamilyen cél elérése érdekében, önmagunk által generált gondolatokat, érzéseket és cselekvéseket érti. Ennél a definíciónál érezhető a belső dinamika, mely szerint az érzések, gondolatok tudatos alárendelődése történik egy vágyott cél érdekében. Fejlődéslélektani megközelítésben az önszabályozás azokra a viselkedésekre vonatkozik, amelyeket az egyén viselkedésbeli és érzelmi reakcióinak ellenőrzésére használ, mind a pozitív, mind a negatív ingerforrások esetében (Henderson és Wachs, 2007), míg egy inkább neuropszichológiai-fejlődéslélektani perspektíva szerint az önszabályozás azokra a folyamatokra utal, melyek révén a psziché kontrollt gyakorol belső folyamataira, funkcióira és állapotára (Rueda és mtsai, 2005).

A felsorolt definíciókat olvasva az rajzolódik ki, hogy az önszabályozás, illetve az önszabályozó folyamatok révén ellenőrizzük a bennünk zajló kognitív és affektív folyamatokat, azokat akarunk szerint változtatjuk, igazítjuk, ez pedig

a viselkedésen keresztül meg is nyilvánulhat. Ez az önerő ugyanannyira képes befolyásolni a viselkedést, akárcsak a motiváció, ugyanis az önszabályozás magában foglalja a kísértésnek való ellenállást és ezáltal a motivált válaszok felülbírálását (Baumeister és mtsai, 1998).

Önszabályozási készségeink a korai évektől egészen felnőttkorig fejlődnek (Eisenberg és Sulik, 2012). Már a csecsemők is képesek szabályozni a distressz mértékét az ujjuk szopásával, vagy azzal, hogy elterelik a figyelmüket a félelmet kiváltó tárgyról (Henderson és Wachs, 2007), míg felnőttkorban a társasági, szociális élet nyújt platformot cselekvéseink önszabályozásának gyakorlására (Gilbert és mtsai, 1988). A csecsemők esetében az önszabályozás akaratinak, de nem feltétlenül tudatosnak tekinthető (Eisenberg és Spinrad, 2004), a tudatos kontroll azonban az életkor előrehaladtával egyre nő (Posner és Rothbart, 1998).

Az önszabályozás egy véges erőforrás, hasonlóan az (izom)erőhöz vagy az energiához (Muraven és mtsai, 1998). Az önszabályozás folyamata ugyanis felemészt valamilyen erőforrást, mely erőforrás használat után kimerül. Az önreguláció természetével kapcsolatos modellek tesztelésekor (Baumeister és mtsai, 1998) pedig sikerült is azt a modellt alátámasztani, mely szerint az önszabályozás valamilyen, erőhöz vagy energiához hasonló, korlátozott erőforrásra épül (Muraven és mtsai, 1998). Ráadásul az önszabályozás sikere ennek az erőforrásnak a rendelkezésre állásától függ. Tehát önszabályozó képességünk, akárcsak izmaink, erőfeszítés hatására elfárad, és némi idő kell regenerációjához. Valójában az izomerőhöz hasonlóan lehetséges, hogy ismételt megterhelések után az önszabályozás teljesítőképessége növekedhet. Az így „feledett” önreguláció által pedig könnyebb felülemelkedni aktuális emocionális állapotunkon (Réthy, 2002).

Daniel S. Kirchenbaum (1987) a sportolók önszabályozási folyamatának 5 szakaszát különböztette meg ötlépcsős modelljében (lásd: 1. ábra a következő oldalon), ezek: a probléma azonosítása (problem identification), az elköteleződés (commitment), a végrehajtás (execution), a környezet kezelése (environmental management) és az általánosítás (generalization).

Az önreguláció és a sport kapcsolatát tekintve a kutatási eredmények azt mutatják, hogy az olyan önszabályozási készségekben, mint az énhatékonyság, az önmonitorozás és tervezés, a rendszeresen sportolók magasabb pontszámot értek el, mint a nem rendszeresen („rendszeretlenül”) testmozgók (Karoly és mtsai, 2005). Kosárlabdázók körében pedig azt is sikerült kimutatni, hogy a gyakorlottabbaknál az önszabályozás magasabb szinten jelenik meg, ami betudható a nagyobb rutinnak, illetve a több tapasztalatnak (Cleary és Zimmerman, 2001). Egy Amerikában végzett vizsgálatban (Lakes és Hoyt, 2004) az iskolai keretek közt végzett taekwondo edzések, illetve annak önszabályozásra gyakorolt hatását vizsgálták 5. osztályos, általános iskolás gyerekek (N=193) körében. Azt az eredményt kapták, hogy a heti rendszerességgel 2-3 edzést végző gyerekeknek magasabb a kognitív, illetve az érzelmi önszabályozása, mint a kontroll

A probléma azonosítása	<ul style="list-style-type: none"> •A sportoló érzékeli a problémát •A felelősségvállalás, illetve annak felismerése, hogy javíthat a teljesítményén
Elköteleződés	<ul style="list-style-type: none"> •Elköteleződik a változtatás mellett •Azzal, hogy szeretne változtatni, növeli annak esélyét, hogy elérje célját
Végrehajtás	<ul style="list-style-type: none"> •A sportoló aktívan változtat viselkedésén - pl.: önellenőrzés (self-monitoring), önutasítások (self-instructions), figyelmének fókuszálása, vagy biofeedback segítségével
A környezet kezelése	<ul style="list-style-type: none"> •A fizikai, illetve szociális környezeti hatások (edző, csapattársak reakciói) kezelése a teljesítmény javításának érdekében
Általánosítás	<ul style="list-style-type: none"> •Az önszabályozó viselkedés kiterjesztése •Tartós erőfeszítést, figyelmet igényel

1. ábra. Az önreguláció ötlépcsős modellje Kirschenbaum (1987) alapján

csoportnak, akiknek hagyományos testnevelésórái voltak. Azonban az ilyen korai életkorban mért alacsony önszabályozási érték nem feltétlenül jelent problémát, ugyanis az az életkor előrehaladtával nő (Vargha és mtsai, 2020).

Egy litván kutatásban (Akelaitis és Malinauskas, 2018) 15 és 18 év közötti egyéni, illetve csapatsportolók önregulációját vizsgálták, és azt az eredményt kapták, hogy a csapatsportolóknak fejlettebbek az érzelmi képességeik, köztük magasabb az önregulációjuk. Korábbi kutatások (Durlak és mtsai, 2011; Laborde és mtsai, 2016, idézi Akelaitis és Malinauskas, 2018) feltételezéseire építkeztek, melyek szerint a csapatsportok több lehetőséget kínálnak a sportolóknak a másokkal való interakcióra (kommunikáció, együttműködés), mely segíti a sportoló társadalmi és érzelmi fejlődését.

Ezzel ellentétes eredmény született Jonker és munkatársainak (2010) vizsgálatában, melyben 12-16 éves, versenyszinten sportoló fiatalok önregulációs készségeit (tervezés, önmonitorozás, kiértékelés, reflexió, erőfeszítés, énhatékonyság) vizsgálták. A nemzetközi szinten versenyző egyéni sportolók, a kiértékelés és a reflexió kivételével, valamennyi készség tekintetében magasabb pontszámot értek el a csapatsportolóknál. Eredményeik alapján a holland kutatók arra következtettek, hogy a különböző típusú sportot űzők azon önszabályozási készségeik tekintetében különböznek leginkább, amelyeket az adott sportág a saját sportágspecifikus jellemzői révén megkövetel. Tehát a jobb teljesítmény a különböző sportágaknál az önregulációs képességek más-más arányait igényli.

HIPOTÉZIS

I.: Magasabb az önreguláció szintje az egyéni sportot űzőknél, mint a csapat-sportot űzőknél.

A Mentális Egészség Teszt segítségével kapott pontszám megmutatja az azt kitöltő sportolók általános önregulációs szintjét, melyet nagyszámú mintán összehasonlítva, képet kaphatunk a magyar sportolók „önregulációs helyzetéről”.

Jonker és munkatársainak (2010) kutatásában az egyéni sportolók magasabb pontszámot értek el egyes önszabályozási készségek terén. Kutatási eredményeikből kiindulva azt feltételezzük, hogy az egyéni sportolóknál magasabb az önreguláció szintje, mint a csapatsportolóknál. De ellentétben az ő kutatásukkal, mi nem az egyes önszabályozási készségeket mérjük, hanem egy általános önregulációs szintet, ráadásul nem kizárólag versenysportolóknál, hanem átfogóan, valamennyi sportolói szinten.

MÓDSZER

Kevert módszer (mixed method)

A kevert módszer (mixed method) egy olyan kutatási módszer, mely során mind kvantitatív, mind kvalitatív adatgyűjtési módszereket használnak, illetve elemznek egy kutatáson belül (Greene és mtsai, 1989; Sandelowski, 2000). Kvantitatív kutatás során jellemzően numerikus információkat gyűjtenek különböző mérőeszközökön keresztül, míg a kvalitatív kutatási módszerek közé tartozik a szöveggyűjtés (interjúk, illetve terepen végzett feljegyzések formájában), valamint a vizuális információk (fényképek, videokazetták, festmények) gyűjtése a helyszínen vagy a helyszínen résztvevőktől (Creswell, 1999). A kevert módszertani kutatások egyik nagy előnye, hogy a kutatók a módszer használatának segítségével kibővíthetik a tanulmányaikat, mélyebb betekintést engedhetnek azokba (Sandelowski, 2000), ezáltal pedig értelemszerűen nem egy, hanem több perspektívából szemlélhetik a problémát (Creswell és mtsai, 2011).

Vizsgálati személyek

Kvantitatív adatgyűjtés során bevont személyek

Kutatásunk kvantitatív részének két bevonási kritériuma volt: betöltött 18. életév, illetve heti rendszerességgel végzett sporttevékenység.

Mintánk elemszáma 762 fő, ebből 363 férfi (47,64%) és 399 nő (52,36%). Az átlagéletkor 28,31 év, a szórás 11,33 év volt, a legfiatalabb kitöltő 18, míg

a legidősebb 69 éves volt, tehát, noha voltak idősebb kitöltők is, a mintánk zömét a 18-40 éves korosztály képezte. A vizsgálati személyek átlagosan 13,49 éve sportoltak, versenyszerűen pedig 9,9 éve. 468 fő egyéni sportoló (61,42%), 294-en pedig csapatsportolók (38,58%). A sportolás szintjét tekintve 301-en nem versenyszerűen sportolók (39,50%), 132-en helyi szinten (17,32%), 234-en országos szinten (30,71%), 92-en pedig nemzetközi szinten (12,07%) versenyeznek, míg 3 fő nem válaszolt erre a kérdésre (0,4%).

Kvalitatív adatgyűjtés során bevont személyek

Kutatási interjút 11 fővel készítettünk, közülük hatan férfiak (54,55%), öten pedig nők (45,45%). 7 fő csapatsportoló (63,64%), míg 4 fő egyéni sportoló (36,36%). Az átlagéletkor 25,27 év, a szórás 6,62 év volt, a legfiatalabb interjúalany 18, míg a legidősebb 38 éves volt, átlagosan 16,86 éve sportoltak, versenyszerűen pedig 10 éve. Egyikőjük kivételével (9,09%) valamennyien versenysportolók, heten országos szinten (63,64%), hárman pedig nemzetközi szinten (27,27%). A sportolók megkeresésekor tudatosan törekedtünk arra, hogy kutatásunkban minél több sportág legyen képviselve, ezáltal minél heterogénebb legyen a mintánk, így összesen 9 sportág képviselője osztotta meg velünk tapasztalatait.

ESZKÖZÖK

Kvantitatív adatgyűjtési eszközök

A kutatásunkhoz használt kérdőívcsomag 6 kérdőívet foglalt magába, ugyanakkor jelen dolgozat szempontjából csupán a szociodemográfiai adatok, illetve a Mentális Egészség Teszt számít relevánsnak.

Szociodemográfiai kérdőívünk a kitöltő nemére, életkorára, sportágára, sportéletkorára, sportúzásának szintjére, annak rendszerességére és heti időtartamára, a sportsérüléseire, közvetlen környezetének támogatásának mértékére, edzőkörülményeire, illetve a sport általi anyagi megterheltségre kérdezett rá.

A *Mentális Egészség Tesztben* (MET) (Vargha és mtsai, 2020) 20 állítás mentén (a kérdőívek felvételekor még 20 itemből állt a MET, azóta előbb 18 itemre, majd a javított verziója 17 itemre rövidült) kellett jellemezniük magukat a kitöltőknek, egy 6-fokú Likert-skálán. Az itemek a mindennapok jellemző tulajdonságát, általános életérzését, életfelfogását hivatottak felmérni a kitöltő saját szemszögéből. A kérdőív 5 alskálával rendelkezik, ezek a globális jólét, a savoring, az alkotó-végrehajtó individuális és szociális hatékonyság, a reziliencia és az önreguláció. Utóbbit a kérdőív 2., 8., illetve a 18. iteme méri. Az önreguláció alskála átlagpontszámára jelen dolgozatban *önregulációs szintként* hivatkozunk.

A MET egyik készítője, Vargha András professzor úr említette, hogy a kérdőív 13-as kérdése az addigi eredmények alapján nem tartozik az önreguláció alskálájához, azonban annak „jóságát” egy nagyobb mintán kellene tesztelni, majd igazolni vagy pedig cáfolni (prof. Vargha András, személyes közlés, 2018.11.28.). Kutatásunkba sikerült egy relatíve nagyszámú mintát (N=762) bevonni, így megvizsgáltuk ezt a kérdést itemanalízis segítségével. A Cronbach-alfa értéke a 13-as kérdéssel együtt 0,578 volt, a 13-as kérdés nélkül pedig 0,682. Az eredmények alapján alátámasztást nyert, hogy a 13-as kérdés nem tartozik szervesen a MET önregulációs alskálájához. Ezt azóta a szerzőknek is sikerült alátámasztaniuk (Vargha és mtsai, 2020).

Kvalitatív adatgyűjtési eszközök

A kvalitatív adatgyűjtés félig strukturált egyéni interjúk révén valósult meg, melyeket hangfelvétellel rögzítettünk, az interjúalanyok előzetes tájékoztatásával és beleegyezésével. Interjúkérdéseink felépítésénél a Conway és Peneno (1999) tanulmányában leírt, strukturált interjúk kérdéstípusokat használtuk, ugyanis azok kutatásunk szempontjából célravezetőbbnek tűntek, mert lehetőséget adtak az interjúalanyok direktívebb vezetésére, ugyanakkor a válaszadásnál hagytuk, hogy interjúalanyaink megfogalmazhassák a kérdésekkel kapcsolatos szubjektív élményeiket, érzéseiket. Az alábbi kérdésekre szerettünk volna válaszokat kapni:

Sportolás közben meg szoktad-e figyelni a felmerülő érzéseidet?

Melyek azok a tényezők, amelyek sportolás közben leginkább kikököntettek, és türelmetlenné, idegessé tettek?

Amikor sportolás közben valamilyen negatív érzés (harag, düh, félelem, türelmetlenség) fogott el, hogyan reagáltál rá?

Meg tudnád-e osztani egy olyan élményedet, amikor sikerült uralkodni az érzéseiden?

Mit csináltál, amikor izgultál egy verseny vagy más megmérettetés előtt?

Merült-e fel benned valaha olyan igény, hogy megpróbáld szabályozni az érzelmeidet? Ha igen, mi váltotta ki ezt benned?

Eljárás

Kutatásunkban a magyarázó, egymásra épülő felépítés módszertanát követtük (Creswell és mtsai, 2011 alapján Király és mtsai, 2014) – a kvantitatív adatgyűjtést, illetve az így kapott adatok elemzését a kvalitatív adatgyűjtés, illetve annak elemzése követte. Azért választottuk ezt a módszert, mert így a kutatás elején kapott kvantitatív adatokat a kvalitatív adatgyűjtés után mélyebben megérthettük, és alátámaszthattuk a kapott eredményeket (Hanson és mtsai, 2005; Creswell és mtsai, 2011).

Kvantitatív adatgyűjtési eljárás

A vizsgálat keresztmetszeti eljárással zajlott, a mintavétel módszere hozzáférés alapú és „hólabda”-módszer volt, a kezdeti megkérdezettek révén jutottunk újabb vizsgálati személyekhez, tehát tulajdonképpen az ismerősök ismerősei kerültek a mintába. A tesztfelvételek online, illetve offline térben zajlottak. Mind az offline, mind az online kitöltőknek el kellett fogadniuk a kérdőívek kitöltése előtt egy beleegyező nyilatkozatot. A vizsgálatban résztvevők utólag nem beazonosíthatóak, hiszen a beleegyező nyilatkozatok a kitöltött kérdőívekkel nem párosíthatóak össze, valamint beazonosításra alkalmas személyes adatok nem is kerültek felvételre.

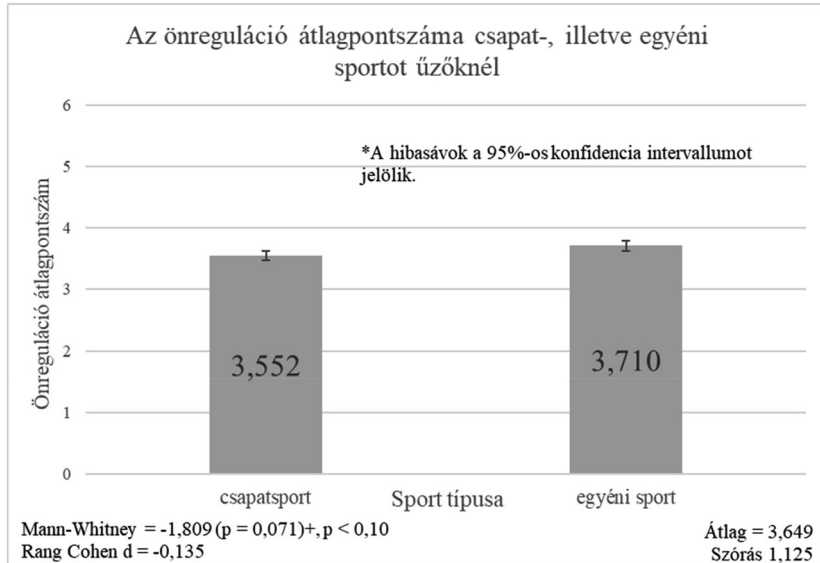
Kvalitatív adatgyűjtési eljárás

Az interjúk felvételére 2020 őszén került sor, a Covid-19-világjárvány miatt online formában. A 20-25 perces interjúkról hangfelvételt készítettünk, erről az interjúalanyoknak előzőleg ki kellett tölteniük egy hozzájáruló nyilatkozatot annak elkészítéséhez, illetve felhasználásához. Az interjúalanyok utólag nem beazonosíthatóak, az interjúk során személyes információk nem hangzottak el, illetve a kitöltött hozzájárulási nyilatkozatok visszamenőleg sem párosíthatóak össze a hangfelvételekkel.

EREDMÉNYEK

Kvantitatív adatok

A statisztikai próbák futtatását a ROPstat 2.0 statisztikai program segítségével (Vargha, 2008) hajtottuk végre. Hipotézisünk vizsgálatánál a Mentális Egészség Tesztre (Vargha és mtsai, 2020) adott válaszok alapján kiszámított önregulációs szintet vetettük össze két csoportnál. A teljes minta önregulációs szintjének átlaga 3,649, a szórás 1,125, a legkisebb adott válasz 1, a legnagyobb pedig 6 volt. A vizsgálatához független minták egyszempontos összehasonlítását használtuk. Elsőként a normalitást vizsgáltuk, mely mind a csapat, (ferdeség: -0,232, csúcosság: -0,570* ($p < 0,05$)), mind az egyéni sportolók esetében szignifikánsan sérült (ferdeség: -0,148, csúcosság: -0,638** ($p < 0,01$)), így a normalitás hiánya miatt sztochasztikus összehasonlításokat végeztünk. A szóráshomogenitást Levene-próbával vizsgáltuk, amely tendenciaszintű kapcsolatot jelzett (3,576 ($p = 0,0590$)+, $p < 0,10$), így az adatokra Mann-Whitney próbát alkalmaztunk ($Z = -1,809$ ($p = 0,071$)+, $p < 0,10$), amely alapján megállapíthattuk, hogy tendenciaszintű különbség van a két csoport között, mégpedig az egyéni sportolóknak magasabb az önregulációs szintje a csapatsportot űzőknél. A két csoport önregulációs szintje közötti különbség a 2. ábrán jól látható.



2. ábra. Az önregulációs átlagpontszámok ábrázolása diagramon

Mind a csapatsportolók (3,552), mind az egyéni sportolók (3,710) önregulációs szintje a MET önreguláció alskálájának „átlagos” övezetén belül mozog - 2,6-tól 4,9-ig tart az „átlagos” övezet (Vargha mtsai, 2020).

Kvalitatív adatok

Valamennyi interjúalanyuk voltak önregulációval kapcsolatos tapasztalatai. Mindannyian fel tudtak idézni olyan helyzetet, amikor felmerülő negatív érzelmeiket észlelték, és felül tudták írni egy cél érdekében, ami lehetett az, hogy ne kapjon az illető büntetést, ne bántsa meg egy csapattársát, vagy az, hogy ne rontsa le a saját teljesítményét. Ezen cél elérését volt, hogy egy odaszólás (bírónak, csapattársnak) ki nem mondása és elengedése, volt, akinek a kulacsa nem földhöz vágása, volt, akinek egy éppen vesztesre álló mérkőzésen való kiegyensúlyozott állapot megőrzése jelentette.

„Amikor joggatlanul leszidnak (...) és tudom, hogy nincs igazuk, akkor nem robbanok, hanem kontrollálom az érzéseimet (...) és így magamban rakom helyre.” – 2. számú interjúalany

Egyetlen interjúalany kivételével az összes sportoló azt válaszolta, hogy meg szokta figyelni a sportolás közben felmerülő érzéseit, azonban az említett sportoló válaszából is kitűnt, hogy figyelmének fókuszálása mögött felfedezhető a tudatos önszabályozó munka.

Nem volt felfedezhető különbség a sportolókat zavaró tényezők tekintetében a csapat-, illetve az egyéni sportolóknál. Sportolás közbeni zavaró, kizökkentő tényezőként nevezték meg többek között a magánéleti problémák edzésre, illetve „versenyre vitelét”, a saját, illetve társaik gyenge teljesítményét, hibázásait, a szülőket, a betegségek okozta fizikai korlátokat, a csapattársak közötti kimondatlan feszültségeket, illetve, ha vesztesre álltak a mérkőzés közben.

Ezekből a „kizökkentett” állapotokból a megkérdezett sportolók minél hamarabb ki akartak törni. A csapatsportolók közül többen is azt válaszolták, hogy ilyenkor önállóan megpróbálják magukat mentálisan „helyrerakni”, vagy üvöltéssel adják ki a bennük felgyülemelő feszültséget. Az egyéni sportolóknál megfigyelhető volt, hogy a negatív állapotokkal való megküzdésre konkrét technikákat, légzőgyakorlatokat, mantrákat, vizualizációt alkalmaznak. A légzőgyakorlatok használatát néhány csapatsportoló is említette.

A sportolók elmondása alapján önregulációs képességeik, önregulációs stratégiáik az idő előrehaladtával, a rutin, illetve tapasztalatok szerzésével egyre javultak. Ráadásul az idő múlásával az erre történő tudatos figyelmük is kialakult, vagy épp erősödött. Ennek hatására egyre kevésbé sikerült kizökkenteni őket sportolás közben, illetve ingerküszöbük is kitolódott (például néhány mérkőzés múlva már nem húzta fel magát egy esetlegesen hibás bírói döntésen, amin korábban igen).

„...úgy voltam vele, hogy stresszes vagyok (...) így meccs előtt, és akkor ezt betudtam annak (hogy a mérkőzés miatt vagyok stresszes), és így nem foglalkoztam vele, most már azért igyekszem olvasni a saját reakcióimat, tehát azt, hogy mit érzek, miért vagyok ideges, hogy tudom ezt csökkenteni...” – 10. számú interjúalany

A csapat-, és az egyéni sportolók közötti különbséget a kutatási interjúk alapján az önregulációjuk „mélysége” jelentette.

DISZKUSSZIÓ

Jelen kutatásban az egyéni, illetve csapatsportolók önregulációs szintjét hasonlítottuk össze kevert módszerrel. Hipotézisünkben az egyéni sportolók magasabb önregulációs szintjét feltételeztük a csapatsportolókkal szemben, azonban ez nem nyert alátámasztást, csupán tendenciaszintű volt a különbség, mely szerint az egyéni sportolók önregulációs szintje magasabb, mint a csapatsportolóké.

Akelaitis és Malinauskas (2018) kutatási eredményeinek némileg ellentmondanak eredményeink. Noha esetükben a vizsgált csoportok (egyéni/csapatsportoló) közötti különbség az önszabályozás tekintetében szintén nem volt nagy (az ő esetükben a csapatsportolók javára), eredményeiket befolyásolhatta, hogy ők 18 év alatti sportolókat vizsgáltak, emellett pedig a miénktől eltérő (sport)kulturális háttér is hatással lehetett kutatási eredményeikre. A litván kutatók sze-

rint az egyéni sportolóknak magasabb kontroll lehetőségük van az edzéseken és a versenyeken, illetve sokkalta nagyobb a felelősség rajtuk az elért eredményükért – ezen meglátásukat meghatározónak találtuk.

Nem sikerült megismételni Jonker és munkatársainak (2010) kutatási eredményeit, azonban míg ők kutatásukban 12 és 16 év közötti versenysportolókat vizsgáltak, addig mi egy felnőtt mintával dolgoztunk, ahol 18 éves kortól, egészen 69 éves korig egyaránt előfordultak vizsgálati személyek. Emellett pedig több különböző szinten sportoló vizsgálati személy (hobbisportoló és nemzetközi szinten versenyző egyaránt) képviseltette magát, ez a sokszínűség pedig, a kapott eredményekkel együtt, igen heterogén, sokszínű betekintést jelent a magyar sportolók önregulációval kapcsolatos világába.

Mintánk sokszínűségének negatív velejárója, hogy ezáltal nem mondható reprezentatívnak, így nem célszerű általános igazságként elkönyvelni a kapott eredményeket. Nem tudhatjuk, hogy mely tényezők erősítik, vagy gyengítik a sportolók önregulációját, illetve önszabályozási készségeit, és azt sem tudhatjuk, hogy a versenysportban az önreguláció mely szintje az, amely ideálisan hat a sportoló teljesítményre (lásd: Wagstaff, 2014), illetve, hogy ez a szint egy nemzetközi szinten, illetve egy helyi szinten sportolónál is ugyanazt jelenti-e.

Korlátnak éreztük továbbá, hogy ha több, kifejezetten az önregulációra fókuszáló mérőeszközt használtunk volna, akkor minden bizonnyal egy sokkal mélyrehatóbb, szemléletesebb képet kaphattunk volna a témáról.

Noha valamennyi interjúalany arról számolt be, hogy voltak korábbi tapasztalatai, személyes élményei az önregulációval kapcsolatosan, Kirschenbaum (1987) ötlépcsős önregulációs modelljének perspektívájából jól rá lehet látni a különbségekre. A *végrehajtás* szakaszában az egyéni sportolók jellemzően magasabb minőségű technikákat, stratégiákat (légzőgyakorlatok, vizualizáció, mantrák) alkalmaztak, míg hasonló jellegű technikákra a csapatsportolók esetében csak elvétve volt példa. Továbbá az *általánosítás* szakasza az egyéni sportolóknál kiterjedtebben jelent meg, ugyanis közülük többen arról számoltak be, hogy a sporton kívül, a hétköznapi életben is tudatosan használják önregulációs képességeiket.

Egyetértünk Jonker és munkatársainak (2010) azon következtetésével, mely szerint más sportágak, az önszabályozás, illetve az önszabályozási képességek más-más fokát, illetve arányát követelik meg, így az önreguláció sportágspecifikus összehasonlítása nagyszámú mintán rejthet még izgalmas válaszokat erre a kérdésre.

ÖSSZEGZÉS, KITEKINTÉS

A kevert módszer alkalmazása mindenképp erősítette a dolgozatot, nagyszerű tapasztalatként szolgált az interjúk előzetes felépítése és lebonyolítása, melyek által sikerült még mélyebb betekintést nyernünk különböző típusú sportolók

különböző sporttapszalataiba. Többen visszajelezték, hogy még sosem gondolkodtak el ezeken a kérdéseken, vagy hogy érdekesnek tartották a kérdéseket. Megfigyeltük, hogy sportolás közben elsősorban a negatív érzéseiket vették észre és azonosították magukon, a pozitívakat kevésbé.

Eredményeink a vizsgált minta heterogenitása révén betekint nyújthatnak a hazai sportolók önregulációs viszonyaiba, azonban ugyanezen sokszínűség miatt mintánk nem tekinthető reprezentatívnak. További kutatásokra adhat lehetőséget egy sportspecifikus önregulációs kérdőív megalkotása, mellyel megállapíthatóvá válik, ha túl alacsony, illetve, ha túl magas az egyén önregulációs szintje. Ez nemcsak a sportban való fejlesztés miatt lehet hasznos, hanem az esetlegesen szélsőséges, klinikai értékek diagnosztizálására is.

IRODALOMJEGYZÉK

- Akelaitis, A. V., & Malinauskas, R. K. (2018). The expression of emotional skills among individual and team sports male athletes. *Pedagogy of Physical Culture and Sports*, 22(2), 62-67. <https://doi.org/10.15561/18189172.2018.0201>
- Baumeister, R. F. & Vohs, K. D. (Eds.). (2004). *Handbook of self-regulation*. Guilford.
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Muraven, M., & Tice, D. M. (1998). Ego depletion: Is the active self a limited resource?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1252-1265. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1252>
- Cleary, T. J., & Zimmerman, B. J. (2001). Self-regulation differences during athletic practice by experts, non-experts, and novices. *Journal of Applied Sport Psychology*, 13(2), 185-206. <https://doi.org/10.1080/104132001753149883>
- Conway, J. M., & Peneno, G. M. (1999). Comparing structured interview question types: Construct validity and applicant reactions. *Journal of Business and Psychology*, 13(4), 485-506. <https://doi.org/10.1023/A:1022914803347>
- Creswell, J. W. (1999). Mixed-method research: Introduction and application. In G. J. Cizek (Ed.), *Handbook of educational policy* (pp. 455-472). Academic Press.
- Creswell, J. W., Klassen, A. C., Plano Clark, V. L., & Smith, K. C. (2011). *Best Practices for Mixed Methods Research in the Health Sciences*. Bethesda, MD: Office of Behavioral and Social Sciences Research (OBSSR), National Institutes of Health (NIH). Letöltve: https://www.csun.edu/sites/default/files/best_prac_mixed_methods.pdf (2022.05.19.)
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child Development*, 75(2), 334-339. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00674.x>
- Eisenberg, N., & Sulik, M. J. (2012). Emotion-related self-regulation in children. *Teaching of Psychology*, 39(1), 77-83. <https://doi.org/10.1177/0098628311430172>

- Gilbert, D. T., Krull, D. S., & Pelham, B. W. (1988). Of thoughts unspoken: Social inference and the self-regulation of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, *55*(5), 685-694. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.55.5.685>
- Greene, J. C., Caracelli, V. J., & Graham, W. F. (1989). Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, *11*(3), 255-274. <https://doi.org/10.3102/01623737011003255>
- Hanson, W. E., Creswell, J. W., Plano Clark, V. L., Petska, K. S., & Creswell, J. D. (2005). Mixed methods research designs in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, *52*(2), 224-235. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.224>
- Henderson, H. A., & Wachs, T. D. (2007). Temperament theory and the study of cognition- emotion interactions across development. *Developmental Review*, *27*(3), 396-427. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.06.004>
- Jonker, L., Elferink-Gemser, M. T., & Visscher, C. (2010). Differences in self-regulatory skills among talented athletes: The significance of competitive level and type of sport. *Journal of Sports Sciences*, *28*(8), 901-908. <https://doi.org/10.1080/02640411003797157>
- Karoly, P., Ruehlman, L. S., Okun, M. A., Lutz, R. S., Newton, C., & Fairholme, C. (2005). Perceived self-regulation of exercise goals and interfering goals among regular and irregular exercisers: A life space analysis. *Psychology of Sport and Exercise*, *6*(4), 427-442. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2004.03.004>
- Király G., Dén-Nagy I., Géring Z., & Nagy B. (2014). Kevert módszertani megközelítések. Elméletek és módszertani alapok. *Kultúra és közösség*, *5*(2), 95-104.
- Kirschenbaum, D. S. (1987). Self-regulation of sport performance. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, *19*(5), 106-113. <https://doi.org/10.1249/00005768-198710001-00003>
- Laborde, S., Dosseville, F., & Allen, M. S. (2016). Emotional intelligence in sport and exercise: A systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, *26*(8), 862-874. <https://doi.org/10.1111/sms.12510>
- Lakes, K. D., & Hoyt, W. T. (2004). Promoting self-regulation through school-based martial arts training. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *25*(3), 283-302. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2004.04.002>
- Montroy, J. J., Bowles, R. P., Skibbe, L. E., McClelland, M. M., & Morrison, F. J. (2016). The development of self-regulation across early childhood. *Developmental Psychology*, *52*(11), 1744-1762. <https://doi.org/10.1037/dev0000159>
- Muraven, M., Tice, D. M., & Baumeister, R. F. (1998). Self-control as a limited resource: Regulatory depletion patterns. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*(3), 774-789. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.3.774>
- Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (1998). Attention, self-regulation and consciousness. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, *353*(1377), 1915-1927. <https://doi.org/10.1098/rstb.1998.0344>
- Réthy E. (2002). A kognitív és motivációs önszabályozást kialakító oktatás. *Iskolakultúra*, *12*(2), 3-12. https://epa.oszk.hu/00000/00011/00057/pdf/iskolakultura_EPA00011_2002_02_003-012.pdf

- Rueda, M. R., Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2005). The development of executive attention: Contributions to the emergence of self-regulation. *Developmental Neuropsychology*, 28(2), 573-594. https://doi.org/10.1207/s15326942dn2802_2
- Sandelowski, M. (2000). Combining qualitative and quantitative sampling, data collection, and analysis techniques in mixed-method studies. *Research in Nursing & Health*, 23(3), 246-255. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200006\)23:3<246::AID-NUR9>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200006)23:3<246::AID-NUR9>3.0.CO;2-H)
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Vargha A. (2008). Új statisztikai módszerekkel új lehetőségek: a ROPstat a pszichológiai kutatások szolgálatában. *Pszichológia* 28(1), 81-103. <https://doi.org/10.1556/pszi.28.2008.1.5>
- Vargha A., Zábó V., Török R., & Oláh A. (2020). A jóllét és a mentális egészség mérése: a Mentális Egészség Teszt. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 21(3), 281-322. <https://doi.org/10.1556/0406.21.2020.014>
- Wagstaff, C. R. (2014). Emotion regulation and sport performance. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 36(4), 401-412. <https://doi.org/10.1123/jsep.2013-0257>
- Zimmerman, B. J. (1989). A social cognitive view of self-regulated academic learning. *Journal of Educational Psychology*, 81(3), 329-339. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.81.3.329>
- Zimmerman, B. J. (1998). Academic studying and the development of personal skill: A self-regulatory perspective. *Educational Psychologist*, 33(2-3), 73-86. <https://doi.org/10.1080/00461520.1998.9653292>

A MENTÁLIS EGÉSZSÉG ÉS A DIGITÁLIS PSZICHOTERÁPIA JÖVŐJÉT ÉRINTŐ KÉRDÉSEK TÁRSADALOMKRITIKAI MEGKÖZELÍTÉSBEN

FEHÉR Pálma Virág

Absztrakt

A tanulmány az egészség komplex fogalmának kibontása mellett a mentális egészség jövőjét érintő kérdésekkel foglalkozik, mert a jövő trendjei – fokozott körültekintés mellett – arra figyelmeztetnek, hogy szükség lesz az élet eddigiektől eltérő társadalomtechnikájára. Az ember testi-lelki-szellemi harmóniájának megőrzése, ápolása, alakítása nem nélkülözheti a globális és makrotársadalmi folyamatok értelmezését és integrálását. A tanulmány második része a digitális pszichoterápia jövőjét érintő kérdéseket tárgyalja, amely Hannah Zeavin „The Distance Cure: The History of Teletherapy” című munkájának kiinduló gondolataira épül, valamint a digitális tér pszichoterápiát is érintő piaco-sodásának egyes szempontjaira kívánja felhívni a figyelmet.

Kulcsszavak: egészségfogalom komplexitása ▪ holisztikus szemlélet ▪ mentális egészség ▪ digitalizáció ▪ társadalmi folyamatok ▪ távterápia ▪ digitális pszichoterápia ▪ pszichoanalízis

EGÉSZSÉGTRENDEK

Amennyiben az egészségre úgy tekintünk, mint megatrendre, amely meghatározza a mai életstílusunkat és egyúttal az egész életünket áthatja, akkor azt is láthatjuk, hogy az egészséggel való szüntelen foglalkozás egyrészt a társadalom egészségismereteinek gyarapodását hozza, másrészt az egészséggel kapcsolatos legújabb ismereteket újabb szorongásokkal bővítik. Különösen a világjárvány óta tapasztaljuk, hogy a fizikai egészség, a testi épség mindenki számára kulcsfontosságú erőforrássá vált.

Mai ismereteink alapján elmondhatjuk, hogy a Covid-19 pszichés jólétre gyakorolt hatása új hangsúlyt helyez az egészségre, mint „optimalizálandó feladatra”. Az egészség védelme érdekében történő új környezet kialakítása szintén új feladatokat ró a világ lakosságára.

Úgy tűnik, a jövőben kevésbé az egyén és a betegség részleges mérlegelésén és megértésén múlik majd az egészség. Holisztikusan szemlélve ez azt jelenti, hogy a tünet nem vizsgálható külön a testtől, az egyéni érzelmi és viselkedési mintázattól, szokásoktól, életmódtól, a szűkebb szociális környezettől vagy a társadalmi beilleszkedéstől.

Az egészségünket befolyásoló tényezők idővel egyre összetettebbé válnak és ennek az értelmezésnek a komplexitása okán nem csak az egyéni felelősség

hangsúlyozásáról lesz szó a jövőben, hanem az egyes hatások egymásra gyakorolt komplex szerkezetének megértéséről és lereagálásáról. Ez azt sugallja, hogy sok befolyással bíró szempont és tényező, és azok hatása kívül esik majd az egyén befolyásán vagy egyre távolabb kerül az egyéni ráhatástól, mint azt a járványügyi intézkedések nyomán meg is tapasztalhattuk.

A „holisztikus egészség” fogalomról elmondhatjuk, hogy mára a test és az elme után a környezetet is, azaz a szűkebb és tágabb élővilágot foglalja magába, azzal a mottóval, hogy az egyén egészsége a bolygó egészségétől is függ. Az egészség, mint megatrend mára rendkívül összetett dologgá vált és a mindennapi életünk különböző területein tapasztalhatjuk az összetettségét. Például az egészség és táplálkozás összefüggésében látjuk, hogy a táplálkozás már nem csupán evésről szól. A táplálkozás elválaszthatatlanul összefügg az életmóddal és a kialakított szokásokkal, az egyéni értékrenddel.

Amennyiben az egészségről, mint az önoptimalizálás trendjéről beszélünk: a tökéletes étrend mellett a sport egy kiemelten meghatározó faktor az önoptimalizálás folyamatában. A fittebb test és az optimalizált teljesítményre törekvés azt eredményezi, hogy az egészség és az önoptimalizálás témája még inkább összemosódik. Megkérdezhetjük továbbá: hogyan lehetséges, hogy a fittebb test, az önoptimalizálás és az egészség mégis összemosódik? Történhet ez olyan módon, hogy a folyamat digitális önkövetéssel történik? Nagy valószínűséggel, igen. Újabb és újabb játékszerekkel megörvendeztetve magunkat képessé válunk az alvást, a testmozgást és a táplálkozást, mint alapvető testi funkciókat kontroll alá vonni. Az új és jobb mérőeszközök folyamatosan mérik és rögzítik a szokásainkat annak ígéretében, hogy azokat megváltoztathassuk. A sport, mint egészség-trend egy jóval szűkebb és speciálisabb trend az egészségpiacon, amely teljesen egybeolvad az egészségügyi rendszerrel. Ezen a területen a sport egyre inkább a szellemi munka ellensúlyaként jelenik meg, amely mára az identitásformálás természetes részét képezi. Amennyiben a sportruházat szociális üzenetére nézünk rá, azt látjuk, hogy akadálymentesen beépült a mindennapi életbe a leggings és a jógafelszerelés, amely által az egyén könnyen beazonosíthatóvá válik az életmódját tekintve, csupán a sportöltözéke alapján. Ha az egészség fogalmát a prevencióval kapcsoljuk össze azt látjuk, hogy bizonyos betegségek megelőzésére szolgáló szűrésekre, proaktív életmódra ösztönző workshopokra és bizonyos stresszkezelési technikák elsajátítására összpontosít az egészségnek ez a trendje. A jövőkutató intézetek szociológiai felmérései szerint a jövőben a prevenciós trend a megelőző intézkedések és a már kialakított szokások átfogó keveréke lesz. Ebben a komplex térben az egészségbiztosítók, a munkahelyek és az individuális környezetet érintő életmódbeli döntések egy zökkenőmentes illeszkedési folyamatba lesznek kénytelenek belesimulni (Mühlhausen, 2022).

A digitális egészség-trend jelenleg azt mutatja, hogy a digitális egészségügyi termékek értékesítése erőteljesen növekedni fog. Az okosórák és az egészségügyi appok emlékeztetnek a menstruációs ciklus alatt használt táplálékkiegészítőkre

szedésére, gondos figyelemmel követve a testi-lelki egyensúlyt. Fogyasztói felmérések alapján látható, hogy az elkényeztetett és fájdalomcsillapításra szoktatott társadalom ebben is szabványokat és átláthatóságot vár a fogyasztók védelmében. Ezzel párhuzamosan azonban megnövekednek az elvárások a lokális orvoslás és az alternatív gyógyászat alternatíváival szemben és továbbra is nyitott kérdés marad például, hogy miként oldható meg az orvoshiány egyes szakmákban.

Vessünk egy pillantást a női egészségre, mint egy további hangsúlyos trendre. A digitális szolgáltatások fejlesztésének egyik fő mozgatórugója a női egészség, azaz a nők számára előkészített és kifejlesztett egészségügyi szolgáltatások. Az ilyen szolgáltatások gyors elterjedését az magyarázhatja, hogy segítenek áttörni a tabut a menstruáció, a terhesség és a szoptatással kapcsolatos kérdésekben. A digitális egészségtrend ezen területe vélhetően tovább fog bővülni, mert ahol a diagnosztika, a terápia és a kutatás a nemi torzításokat eddig nem vette figyelembe, a jövőben ezt korrigálni fogja. A diagnosztikában eddig a férfi test volt a norma, ezért a várható élettartamra vonatkozóan konkrét következményei vannak a diagnosztikai torzításoknak. Például az infarktus tüneteinek megállapításánál az orvosok gyakran a férfiakra jellemző tüneteket veszik alapul, ezért a halálozás valószínűsége sajnos még mindig nagyobb a nőknél az infarktusokat illetően.

MENTÁLIS EGÉSZSÉGTREND

A fenti egészségtrendek mellett a mentális egészségtrend az egészség megatrend-térképén szintén gyors ütemben fejlődő trend. Olyan mentális betegségek, mint a depresszió vagy a szorongás, sokkal inkább betegségként tudatosulnak a lakosság körében, mint korábban, akár pár évtizeddel ezelőtt, és komolyabban veszik azok kezelését. A fiatalok egyre jobban képesek érzékelni és megfogalmazni az állapotaikat, ezért szívesebben kezdenek terápiát, mint korábban. Az információs túlterheltség, a túlzott stimuláció, az állandó teljesítménykényszer és az optimalizálás következménye, hogy a mentális betegségek az élre törtek. Lehet, hogy a 21. század első harmadában a megbetegedéseket a baktériumok és a vírusok mellett a neuronok hálózatai határozzák meg? A vezető mentális betegségek, mint a depresszió és a szorongás vagy a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar (ADHD), a borderline személyiségzavar (BPD), a burnout-szindróma (BS) nem fertőzést, hanem olyan összeomlást jeleznek, amelyeket a társadalmi jelenségek túltengése vált ki. Ehrenberg az én ökonómiája felől közelítve, a depresszió kiváltó okát a fegyelmező társadalomból a teljesítményelvű társadalomba való átmenetben látja: „a depresszió karrierje abban a pillanatban kezdődik, amikor a viselkedés irányításának fegyelmező modelljét, mely a társadalmi osztályok és mindkét nem helyét autoriter szabályaival és a tabuk betartásával kijelölte, feladják egy másik norma kedvéért, ami mindenkitől egyéni kezdeményezést kíván

meg, arra kötelezve őt, hogy legyen önmaga¹. Másfelől Ehrenberg úgy fogalmaz, hogy ma a végtelen lehetőségek korában a depresszió a megfékezhetlent szimbolizálja (Ehrenberg, 2004). A teljesítményelvű társadalom szinte önkizsákmányolóvá teszi az egyént. Han (2019) szerint a ma teljesítő alanyának depressziós megbetegedései nem vezethetők le a Máshoz való viszonyának konfliktusos viszonyából, mert a Más egyetlen dimenziójának sincs szerepe benne. A depresszióért, amely a kiégés vezető tünete, sokkal inkább a túlfeszített és nárcisztikus önrányulás felel, amely destruktív vonásokat ölt. A kimerült, depresszíven teljesítő alany saját magát felőrölve önmaga miatt fárad el: önmagába kapaszkodik, ami viszont paradox módon az én kimerítéséhez vezet. Az új médiumok és kommunikációs formák fölerősítik a Mással való kapcsolatok leépítését. A digitális világ másságban és ellenállásban szegény. „A virtualizálás és a digitalizálás fokozatosan eltünteti az ellenálló valóságot”² (Han, 2019). E jelenség diszkussziója mellett a mentális egészség kérdése elkerülhetetlenül jelentősebbé válik a jövőben, ezért a megelőzése is kulcsfontosságú lesz. Jelentősége egyaránt érinteni fogja a munkáltatókat, a betegbiztosítókat, az egészségpénztárakat és az oktatási intézményeket. A mentális dimenzió magától értetődően épül be fokozatosan az egészség komplexen értelmezett fogalmába.

Természetesen a munka világára is kihat az egészség holisztikus felfogása, hiszen az ergonómiai szempontok kezelése mára messze túlmutat a menza színvonalán és a jó munkahelyi atmoszférán. A növekvő munkaterhelés új időbeosztást és figyelemtechnikát igényel, mert a figyelem szerkezete átalakult, az észlelés, különösen a világjárvány óta töredezetté és szétszórttá vált. A multitasking kifejezésként ismert idő és környezet összeolvadása inkább visszalépésnek tűnik és nem fejlődésnek, mert a multitasking inkább a vadon élő állatok túléléséhez szükséges figyelmi technika. A számítógépes játékok szintén egy széles sávú, ám lapos figyelmet hoznak létre, ami hasonlít egy vadállat éberségéhez. A kontraszt szemléltetéséhez vegyünk ide például a „60-30-10” életvezetési időmenedzsment-technikát, amelyre első pillanatban, mint kivitelezhetetlen feladatra tekintenek a páciensek. Egyet kell értenünk Han megfogalmazásával, miszerint a figyelem szerkezetének az átalakulása az emberi társadalmat egyre közelebb viszi a vadvilághoz (Han, 2019). A nyugalom eltűnésével érezhetően elvész az odafigyelés képessége és lassan eltűnik a „jól” meghallgatók közössége is. Elvész a kapcsolatokból az „emberi”. A jelenben tapasztalható folyamatosan növekvő munkaterhelés és a megnövekedett terheléshez kapcsolódó szükséges új időbeosztás miatt, a konfliktusok és a válságok kezelése központi elemmé válik a jövőben a munkapszichológia és a vállalati menedzsment területén. A vállalatban belüli speciális feltételek megteremtése a tehetségekért folytatott küzdelemben pedig egy kiemelt szempont lesz. Ennek ellensúlyaként új és kreatív szempon-

¹ Ehrenberg, A. (2004): Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 273. o.

² Han, B-CH. (2019): A kiégés társadalmá, Típotex, Budapest, 81.o.

tokat kezdett el beemelni a gyógyító építészeti irányzata, amely több fényt, levegőt, természetes anyagokat hoz be a munka terébe. Ez a trend egyelőre továbbra is zömében csak a kórházak tervezésében valósul meg. Ha az egészség jövőjét érintő gondolatokat a megatrendelemzések alapján négy téziskérdésben foglaljuk össze, akkor a következőket kapjuk (Mühlhausen, 2022):

Az egészségismereteink folyamatosan bővülnek, ennek következménye, hogy önoptimalizáló és mindfulness projektként éljük meg az egészséggel való törődést. A fogalom differenciálódása okán az egészségünket értékesítési érvként éljük meg a tehetségekért folytatott küzdelemben.

A női egészség digitális szolgáltatásai lebonthatják a nemi elfogultságot. Ezzel kapcsolatban felmerül azonban a kérdés: hogyan válaszol erre a tudomány?

A világjárvány tapasztalataiból kiindulva a csíramentesség utáni vágy lesz az új piacok mozgatórugója. Az antibiotikum-rezisztenciával kapcsolatos kutatások további kapukat nyitnak.

A holisztikus fogalom értelmezésében a kint és a bent határa összemosódik és feloldódik, vagyis eltűnik a környezet és a „bent”, a saját biológia határa. Meddig oldódhat fel a test határa, ha a bolygónk egészsége és a saját egészség elválaszthatatlan?

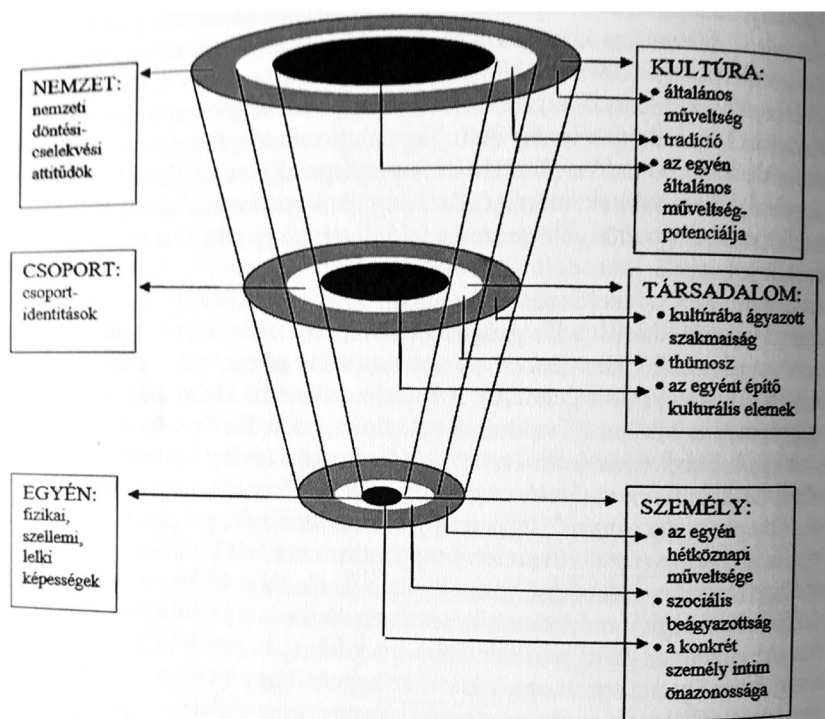
Ugyanakkor időszerűnek tűnik a mentális egészségre vonatkozó kérdés: mi lesz a mentális egészséggel az egészség folyamatosan formálódó megatrendrendszerén belül? Az egészségtrendek láthatóan szorosan hatnak egymásra, befolyásolják egymást. Mivel az egészség az individualizáció megatrendjéhez kapcsolódik, amit az élet és a munka egybeolvadása jellemez a „new work” fogalom megerősödésével, és amely a „work-life blending”-ben tapasztalható, már közvetlen módon érezzük, hogy a társadalom elmagányosodása kölcsönhatásban van az egészséggel, ezen belül a mentális egészséggel és az urbanizációt érintő kérdésekkel. Példa erre, hogy a biztonsághoz és az egészséghez kapcsolt trendek megatrenddé fejlődtek, és a világjárvány idején fonódtak össze szorosabban csakúgy, mint az egészségügy és a konnektivitás a digitalizáció megerősödésével és ezek egymásra hatásával. Az egészség komplexitásához társított holisztikus szemléletet megtartva tehát elmondhatjuk, hogy mára a test és az elme után a környezet azt a szűkebb és tágabb életvilágot foglalja magába, amelyben az egyéni jóllét a szűkebb és a tágabb környezet bio-pszicho-szociális és spirituális értelemben vett egészségétől is függ. Ennek jelentőségét, amennyiben csak a viktoriánus filozófiáig nyúlunk vissza, John Stuart Mill, a gépi és organikus ellentétpár toposzát idézve így látta: „még ha lennének is olyan gépek, emberformájú automaták, amelyek tudnának házat építeni, gabonát vetni, pereskedni, sőt templomokat építeni és imádkozni, képzeljük el, micsoda veszteség lenne ezekre kicserélni azokat a férfiakat és nőket, akik ma benépesítik földünk legcivilizáltabb részeit, noha e férfiak és nők, minden bizonnyal csak tökéletlen mintapéldányai azoknak, akiket a természet létre tud és létre is fog hozni. Az ember nem minta után készült gép, amelyet úgy lehet működtetni, ahogy elő-

írják neki, hanem olyan fa, amely az őt élővé tevő belső ösztönérzéseknek megfelelően akarja koronáját minden irányban növelni és fejleszteni”³

Ahogy fentebb megfogalmaztuk, korunk társadalmára jellemző az információs túlterheltség, a túlzott stimuláció, az állandó teljesítménykényszer és a szüntelen önoptimalizálás. Ennek következménye, hogy a vezető mentális betegségek nem fertőzést, hanem társadalmi összeomlást jeleznek, és a jövő trendjei fokozott körültekintés mellett, de folyamatosan arra figyelmeztetnek, hogy szükség lesz az élet eddigiektől eltérő társadalomtechnikájára. A világjárvánnyal folytatott küzdelemből nyert tapasztalataink szerint a világjárványt követő lelki stressz drámai formákat ölt. Nyugati szomszédunknál egy országos felmérés szerint, amely vizsgálatot a Wiener Städtische Versicherung megbízásából 1000 16 és 70 év közötti lakos bevonásával végeztek el, a megkérdezett osztrák polgárok többsége (62 százalék) jónak értékelte saját jelenlegi mentális állapotát, de minden negyedik ember mentális egészségi állapotának a romlását észlelte az elmúlt tizenkét hónapban. Ennek oka elsősorban a mindennapi élet különböző stresszhelyzetei, mint egészségügyi problémák, egzisztenciális szorongás, magánéleti és szakmai válságok, és a jelenleg is zajló Covid-járvány, valamint annak általános következményei. Nyilvánvalóak az olyan konkrét panaszok és tünetek, mint a depressziós hangulat, a stressz, a kedvetlenség vagy ingerlékenység. A pszichés megterhelés rendkívül erős, különösen a 14-18 éves korosztály számára. 43 százaléka a 18 éven aluli gyermeket nevelő válaszadónak azt állítja, hogy jelenleg is mentálisan stresszes állapotban van. A szülők egyötöde arról számolt be, hogy az elmúlt tizenkét hónapban egyértelműen romlott gyermekei mentális egészsége, és az alacsonyabb iskolai végzettségűek is (24%) általános romlást tapasztaltak a mentális állapotukban. Az osztrákok körülbelül 40 százalékanak van tapasztalata olyan mentális betegségről, mint depresszió, szorongásos zavarok vagy kiégés: csaknem ötödük szenvedett már korábban mentális betegségben és jelenleg 20 százalékuk mondja magát pszichés zavarban szenvedőnek. Az egyetemi hallgatók mentális állapotát pedig jól tükrözi, hogy a hallgatók többsége alig vizsgálzik vagy ad le dolgozatot. Ez olyan kihívást jelent az oktatásban, amellyel a politikusok és az egyetemek évek óta nem szembesültek és nem is számoltak. Az osztrák kutatási adatokkal egybeeseng a hazai tanulmány kutatási eredménye, miszerint Magyarországon a 8-29 éves korosztály és a legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező személyek éltek át leginkább magas stresszt a járvány időszakában. A kutatást végzők kiemelik, hogy a reziliencia, mint protektív faktor jelentős szerepet kap az egészség helyreállításában, mert a járvány alapvetően az egészséges életmód körülményeit kérdőjelezi meg. (Kövesdi, Hadházi, Törő, 2022). A „Krise und Katharse, der kranke Körper der Gesellschaft” (Krisis és társadalom, a társadalom beteg teste) tanulmányban arra hívjuk fel a figyelmet, hogy az ember testi-lelki-szel-

³ Mill, John Stuart: A szabadságról. Haszonelvűség. Ford. Pap Mária, Budapest, Magyar Helikon, 1980, 117.)

lemi harmóniájának megőrzése, ápolása, alakítása nem nélkülözheti a globális és makrotársadalmi folyamatok értelmezését és integrálását, mikroszinten az életvilág és az életmód újra értelmezését. Azaz szükségessé válik személyes képességeink és tehetségünk másféle önrányítása: szükség lesz az élet eddigiektől eltérő társadalomtechnikájára (Fehér, 2009). Annál is inkább, mert a gazdaság, a politika és az életvilág szférájában zajló események pusztán az individuuum világának külső kereteit adják. Ettől ígéretesebbnek tűnhet, ha az individuuum gyakorlati és teoretikus világát vetítjük a társadalomra és vice versa. A társadalomnak is megvan a fizikai teste intézmények és infrastruktúra vagy tárgyi kultúra formájában, és mindenkor megvan az adott korban és régióban élő emberek individuális és kollektív képességpotenciálja, mindenekelőtt morális, érzelmi intelligenciája és szakmai tudása. Az individuális és a társadalmi szint egy összetett élő rendszer alrendszeréiként számos ponton párhuzamba állítható, és arra is érdemes emlékeztetni magunkat, hogy az individuuum és a társadalom testi-lelki-szellemi-morális harmóniája inter-és intrastrukturális vonatkozásban olyan idea, amely lehetőségeket kínál a hiteles diagnózisra és terápiára (Fehér, Somogyi, Lantos, 2022).



1. ábra. A kultúra, a társadalom és a személy interakció-rendszere⁴

⁴ Somogyi F. (2022): A hitványság kora, Kairosz, Budapest, 252. o.

Az 1. ábra az életvilág és az emberitőke-állomány egységének összefüggéseit ábrázolja. Az életvilág három szinten közelíthető meg: a kultúra, a társadalom és a személyiség szintjén. I. A kultúra szintje tartalmazza 1. a kultúra újratermelési szintjén tapasztalható általános értékkiüresedést, 2. szocializációs szinten az egyre aggasztóbb csoportidentitási zavarokat, és 3. az egyén szintjén az előrehaladott tradícióvesztést. II. A társadalom szintjén megjelenik 1. kulturális vonatkozásban a politikai és a gazdasági szféra legitimációjának a megvonása, 2. szociális integráció szinten a közösségi élet anómiája, 3. egyéni szinten pedig a motiváció elapadása. III. A személyiség szintjén a 1. kulturális újratermelés vonatkozásában tapasztalható egy orientációs és nevelési válság, 2. szociális integráció szintjén az elidegenedés tapasztalható az életközösségekben, 3. az individuum szintjén a pszichopatológia körébe sorolható betegségek elterjedése.

A DIGITÁLIS PSZICHOTERÁPIA ÉS A PSZICHOANALÍZIS JÖVŐJÉT ÉRINTŐ KÉRDÉSEK

A mentális egészségtrend formálódását tekintve a digitális pszichoterápia és a pszichoanalízis jövőjét érintő kérdésekkel időszerűnek tűnik, hogy foglalkozzunk. Miért is? A pszichoterápiához a mai napig egyértelműen az az asszociáció kapcsolódik, amikor a páciens egy heverőn fekszik vagy a terapeutával szemben ül és beszél. A terapeuta igyekszik serkenteni a beszéd folyamatot és nem ítélkező módon osztályozni az elhangzott tartalmat. A pszichoterápia jelenlétben, védett térben, távol a külvilág zajától történik. Freud ragaszkodott hozzá, hogy a páciens a kanapén feküdjön. A szabad asszociációnak ezt az intim keretét mindig is nagyon különbözőképpen értelmezték. Egyesek a modern pszichoterápia alapító színterének tekintik, amely a civilizáció ártalmait által sújtott embereket kíséri végig a lelki szenvedéseik kezelésében a kulturális és technológiai fejlődés bonyolult konfliktushelyzeteiben. A pszichoanalízis kritikusai főként a távolság hiányának és a terapeuta önkényének veszélyét látják a pszichoanalitikus környezetben. Mégis úgy tűnik, hogy a pszichoanalízisben egy dolog mindig azonos volt: ez volt az érzések és a gondolatok kibontásának a helye, távol a felgyorsult világ zajától. Hannah Zeavin 2021-es *The Distance Cure*⁵ című munkája a mai pszichoterápia és pszichoanalízis kérdéseivel foglalkozik, mi több globális társadalomkritikaként értelmezhető. Zeavin történeti időkeretben helyezi el médiaelméleti tapasztalatai alapján a digitális pszichoterápia történetét. Pontosan azt a digitális kor előtti időszakot idézi fel, amikor még a hétköznapijainkban sem a személyi számítógépek széles körű használata, sem a digitális adatok algoritmikus kezelése nem jelent meg. Azt is leírja, miként indult el az SMS-ezés és a terapeutákkal való online csevegés alkalmazása, miközben be-

⁵ Zeavin, H. ((2021): *The Distance Cure: The History of Teletherapy*, The MIT Press

építették a tényleges hangot a videóval működő technikába. Különösen azon terápiás helyzetek körülményeit mutatja be, amelyek a térbeli távolság, és az időkésés feltételei mellett zajlanak. A hangsúly mindvégig a pszichoanalízisen, mint a modern pszichoterápia archaikus és egyik legfontosabb irányzatán marad. Emellett foglalkozik a technikai médiumok viselkedésterápiában betöltött jelentőségével és a digitalizálás hatásával a különféle pszichoterápiás attitűdök között. Foglalkozik Freud levelezéseivel, a telefonos tanácsadás megjelenésével, és a pszichoterápiás tartalmak szórakoztató célú médiaterjesztésével. Azonban elsősorban azt kutatja, hogy a pszichoterápia és a pszichoanalízis milyen helyet foglal el egy teljes mértékben technológiai és posztkapitalista társadalomban. Érveinek átfogó jellegű bemutatása és gondolati fejtegetése célja a digitális átalakulás egészével való elfogultság és megítélés nélküli pszichológiai reflexió alkotása. Zeavin könyve egyrészt a felgyorsult technológiai fejlődés és a pszichoterápia kapcsolatának történetéről szóló írásként értelmezhető, másrészt a digitális folyamat analitikusan differenciált szemléletének jellemzőiről szóló reflexióként. Ennek egyik jelentős témája, a terapeuta és a páciens fizikai jelenlétében rejlő pszichoterápiás kötelék, amelyben tekintettel a technológia és a média hangsúlyossá váló szerepére a jelenlét megértésének újragondolását szorgalmazza. Zeavin itt nem csak Freud beszéd kúrájára, hanem arra is utal, hogy a távolság nem csupán egy technikai absztinencia jellemzője, hanem az affektív érintkezés pillanataként is értelmezhető. Ennek megfelelően lehetővé válik a távolság kezelése a testi jelenlétben, mint ahogyan a közelség is a távkommunikáció segítségével. Ismert, hogy Freud térbeli, időbeli és anyagi feltételeket támasztott a pszichoanalízis felé, hogy eredményes módszerré váljon. A pszichoanalízisben rendszeres és időben határolt találkozásokra van szükség, valamint olyan megegyezett terápiás díjazásra, amely a pszichoanalízis értékét anyagilag is láthatóvá teszi. Módszerének lényegét a Grundregeln (alapszabályok) megtartásával erősítette, amelyet ma analitikus munkamódként említünk. Ebbe megegyezés szerint beleértjük, hogy a páciens a szokványos szűrőt igyekszik felfüggeszteni, és mindent verbalizál, „szabadon asszociál”, amit és ahogyan érez és gondol. Mindeközben az analitikus a fókuszálás helyett igyekszik mindent szűrés nélkül befogadni, magában tartani és reflektálni az egyenletesen lebegő figyelmével (mit gleichschwebenden Aufmerksamkeiten) és a technikai neutralitás hozzáállásával. Ráadásul a pszichoanalízis az analitikus, vagyis az elemző és az analizált, azaz elemzett fizikai jelenlétén alapszik, amelynek jelentőségét Freud Jean-Martin Charcot mellett érezhette át a párizsi látogatásai során. Zeavin megrázó példaként említi a lacani Gerard Pommier-t, aki az analitikus fizikai közelségét arra ajánlotta a páciensnek, „hogy a beteg féljen és képzelődhessen, hogy megerőszkolják”. De még ezen az elrettentő példán túl is vannak olyan vélemények, miszerint a fizikai jelenlét lehetővé teszi a közelség olyan formáját, amely döntő a terápia sikere szempontjából. Zeavin szerint a „jelenlét-hiány” paradoxonból kiindulva különösen a távolság

teremt egyfajta teret a fantáziának és a vágyak, valamint a közelség és a kapcsolódás bizonyos formáinak. Felidézve a klasszikus pszichoanalitikus környezetet: tudjuk, hogy a páciens nem látja az analitikust. Éppen ez nyitja meg a szükséges teret a projekció számára, amely jelentős impulzusokat ad a terápiának. Ebből következhet a kérdés: a fizikai jelenléthez hasonlóan miért ne fejlődhetne ilyen dinamikus egy levélben történő kommunikáció? Zeavin által említett példák azt mutatják, hogy a pszichoanalitikus kezelés akkor is folytatható, ha az általános feltételek nem felelnek meg a Freud általi pszichoanalitikus környezettel szemben támasztott követelményeknek. Mivel kezdetben Freud is foglalkozott a távterápia ötletével, ám azt mégsem fejlesztette tovább, a fizikai jelenlét szükségességének fogalma inkább a 19. századi pszichiátria öröksége marad. Zeavin érvelésével egy másik feltevés is megkérdőjelezhető. Az, hogy a fizikai közelség a pszichoanalízis és a pszichoterápia kötelező feltétele lenne? Amíg a sikeres pszichoterápia a fizikai jelenlétre épülő diádikus interakciók helyzetéhez kötődik, addig a technikai fejlődés és a média lehetőségei által támogatott terápiás eljárások nem tűnnek kielégítőnek. Zeavin szerint az a nézet, miszerint az állítólagos „klasszikus” verbális terápiákat lehetetlen technikával és médiával helyettesíteni, mára teljesen elavult. A távterápia története ma már sokkal inkább a technikailag támogatott pszichoterápiás eljárások sokféleségét mutatja, amelyeket a gyakorlatban már régóta alkalmaznak.

A TECHNIKAALAPÚ ÉS A MÉDIA ÁLTAL TÁMOGATOTT TERÁPIÁK

Zeavin alapvetően a technikaalapú és a média által támogatott terápiák két formáját különbözteti meg: a „teleterápia” a terapeuta és a páciens közötti interakción alapul, amelyet telefonos, videós vagy levél útján történő kommunikáció tesz lehetővé. Az „automatizált terápiát” viszont olyan pszichoterápiás helyzetnek írja le, amelyben a terapeuta valamilyen okból a háttérbe szorul. A kettő közötti különbség, hogy az előbbi nem kérdőjelezi meg a terapeuta szerepét, míg az utóbbi elavulttá teszi. Mindkettő kombinálható és keverhető egymással. Egy viselkedésterápiás kontextusban a gyakorlatok és feladatok tartalmazzák az automatizált önségítés pillanatait, valamint a terapeuta és a páciens közötti távterápiás beszélgetés szempontjait is.

A levelek és üzenetek a terápia késleltetett és térben távoli formáját teszik lehetővé, és nem helyettesítik a terapeutát. Azonban egy olyan példa, amely automatizált pillanatokot tartalmaz, amikor a másik személy címzettként, és már nem beszélgetőpartnerként lép fel, már képes a terapeuta személyét magával a médiummal helyettesíteni. Mindkét változatra további példákat hoz Zeavin és ezen túlmenően, történeti vonalra felhelyezve a telefonos segélyvonalakon keresztüli tanácsadást (50-es évek) egy olyan társadalmi fejlődésre adott reakcióként értelmezi, amelyben kompenzálni kellett a megfogyatkozott

családi köteléket, illetve a vallási közösségekhez való kapcsolódás elvesztését. Szerinte a telefonnak és a televíziónak is meg kell hosszabbítania és javítania ezeket a kapcsolatokat. Hangsúlyozza továbbá, hogy a távterápia teret teremt a fantázia és vágy pillanatainak, és a technikai médiát projekciós felületként használja a tudattalan érzések és elvárások terapeuta felé irányuló áttételében. Az automatizált és távterápiás eljárások hasznosságát illetően természetesen felmerülhetnek kétségek, azonban tény, hogy nem helyettesíthetik a „klasszikus” verbális terápiát.

Áttekintve a távterápia korlátait kiemelhetjük, hogy a vizuális és hangkapcsolatban is hiányoznak a kommunikációt kísérő mozgások és a testtartás. Továbbá tény az is, hogy a távterápiába csak a módszerek egy része vonható be. Tudjuk, hogy nehezen alkalmazható csoportban, ahol az érintés és mozgás lényegi eleme bizonyos módszereknek. Ezért a módszerek jelentős részében, jóllehet fontos érzékelni a nem verbális üzeneteket, a hangsúly mégis a szavakkal történő kifejezésen marad. Bár jellemzi a távterápiát a metakommunikáció behatároltsága, mégis elmondhatjuk, hogy a verbális hangsúlyú egyéni távterápia továbbra is megvalósítható. Segítséget jelenthetnek krízishelyzetekben és kísérhetik a rendszeres üléseket, a terápia folyamatát, de önmagukban nem válthatják ki a pszichoanalitikus „beszédkúrát.” A pszichoanalízis jövőjét érintő fókuszkérdés lehet tehát: a távterápiás eljárások mennyire versenyeznek jelenlétben a klasszikus beszédterápiával? El kell utasítanunk a technikalapú távterápia minden formáját? Foglalkozunk intenzívebben a távterápiák által hozzáadott pszichoterápiás szempontokkal?

A TÁVTERÁPIÁK ELŐNYEI

Az előnyök között említi Zeavin az úgynevezett „Online Disinhibition Effect”-et, ami azt a tényt írja le, hogy egyes páciensek a digitális térben úgy érzik, hogy jobban tudnak beszélni az érzéseikről és a gondolataikról. Ez a hatás jól összefoglalja azt, ami számos távterápia hatásmechanizmusát jellemzi: a pszichoterápiás helyzetet tehermentesítené a fizikai jelenlét benyomásaitól. Ezáltal egy olyan kommunikációs tér teremthető, amely nincs túlterhelve új és a páciens számára nehéz ingerekkel, hanem lehetővé válhat az aktuális problémahelyzetre való koncentráció. Az a vád tehát, hogy a pszichoterápia technikailag támogatott formái nem helyettesíthetik a hagyományos pszichoterápiát, kevésbé tűnik súlyosnak, ha azt vesszük figyelembe, hogy a kérdést olyan technikai és anyagi szempontokra redukálja, amelyek vakok a pszichoterápia eszményi, kulturális és társadalmi jellemzőire.

A ZAVARTALAN VÉDETT TÉR

Abban biztosak lehetünk, hogy a pszichoterápiás helyzet olyan kommunikációs forma, amelyben csak a terapeuta és a páciens vesz részt. A nem oktatáscélú pszichoterápiás helyzetnek nincsenek nézői. A fentebb említett pszichoanalitikus ülés alapkonstellációja, hogy időben korlátozott, anyagilag támogatott, és fizikai jelenlétben, hallgatóság nélkül történik a titoktartás kötelezettsége mellett. Zeavin azonban olyan példákat hoz, amelyekkel megkérdőjelezi a pszichoterápia efféle leszűkítését. Rekonstruálja a nyilvános terápiás kultúra kialakulását az 1920-as évektől kezdve, amely pszichoanalitikus gondolatokat emel be különböző rádió- vagy tv-műsorokba és írott sajtóba. A pszichoanalízisnek ez a popkulturális adaptációja a „tömeges intimitás” egy formájához vezet, amely a pszichiátria és a pszichoanalízis hagyományos keretének radikális felborulását vonja maga után (Stetten, 2022). Stetten a pszichoterápiás ellátás digitális átalakulásának vizsgálatával foglalkozva kifejti, hogy egyrészt bővül a terapeuta és a páciens kétszemélyes tere a közönség bevonásával, másrészt a terápiás szakértelemből fakadó aszimmetria kevésbé lesz fontos, mivel a terapeuta szerepét a rovatvezető újságírók, rádióbemondók és televíziós műsorvezetők nyilvános megnyilatkozásai váltják fel (Stetten, 2022). Itt gondolhatunk az online önszolgáltató fórumokra, amelyek hasonló hatással bírnak. Zeavin történeti keretben összefogja, hogyan keletkeztek és alakulnak a kommunikációs terek a nyilvános csoportos csevegésekben. Hogyan nyílnak meg az emberek a társak által támogatott önszolgáltató fórumokon, ahol a terapeuta és a páciens közötti kétirányú kapcsolat kevésbé jelentős. Ezek a példák következképpen provokálják azt az elképzelést, miszerint a pszichoterápia szükségszerűen a terapeuta és a páciens között kialakuló védett és személyes kommunikációról szól. Ez annyiban megkérdőjelezhető, hogy egy professzionális terápiás helyzet világosan kiosztott szerepekkel nem értelmezhető a valódi értelemben vett személyes térben. Zeavin azt is leírja, hogy az 1920-as évek óta a pszichoterápiás praxis nyilvános térben is megvalósult: a szórakoztatás és a terápia elemeit ezidőben már régen összemosták a nagyobb hallgatóság reményében. Az ilyen adaptációk révén mozdult el a pszichoterápia a fogyasztási javak felé. A pszichoterápia feltételezett eltolódása a terapeuta és a páciens kétszemélyes kapcsolatának védett kereteiből a fogyasztói közönség nyilvános tere felé felveti a kérdést, hogy alapvetően helyes-e a védett kötelék fellazulásáról szóló narratíva?

Mindemellett fontos megemlíteni, hogy Zeavin tanulmánya nem foglalkozik azzal a kérdéssel, hogy a pszichoterápia kiterjesztése a nyilvános szférára a posztmodern tömegtársadalmak jellemző problémájának a részét képezné. Azzal sem, hogy a nem lokális háborúk segíthetnek-e olyan fejlődést szolgáló folyamatokat, mint az iparosodás és az urbanizáció, végleg elpusztítani. Ezzel együtt a traumák nyilvános meghallgatásával szembeni kétségeink jogosak lehetnek, amely a pszichoterápia eredeti tisztaságával hozható összefüggésbe. Zeavin se-

gítségével megtanulhatjuk, hogy a modern pszichoanalízist és pszichoterápiát a kezdetektől fogva olyan területeken alkalmazták és fejlesztették, amelyek a személyes, a szakmai és a nyilvános kommunikáció terei között helyezkednek el.

ZÁRÓ GONDOLATOK

Záró gondolatként nézzük meg Zeavin alapfelvetését, miszerint az automatizált terápiás eljárásokban a médium és a terapeuta összeolvad, és amely nem a médium, hanem a terapeuta elvesztéséhez vezethet. Arra a következtetésre jut, hogy a távterápia történetében a páciens, a terapeuta és a médium interakcióját tekintve a legeldobhatóbb elem nem a terápia, hanem maga a terapeuta. Ha a záró gondolatokhoz illeszthetjük Shoshana Zuboffnak a megfigyelő kapitalizmussal foglalkozó írásaiból származó gondolatait, akkor láthatjuk, hogy a megfigyelhetőség olyan formát ölt a nyomkövetéssel, amely az új algoritmusok által a covid járvány óta másként árnyalja a digitális kommunikációt. Tény, hogy a technológia és a média szerepe a 90-es évek vége óta jelentősen megváltozott. Zuboff tanulmányaiban erőteljes kritikát fogalmaz meg a személyes adatok kezelésével kapcsolatban, amely tágabb nyilvánosságot kapott olyan felületeken, mint pl. a BusinessWeek.com vagy a Fast Company. Ezzel összefüggésben alkotta meg a nyomkövető kapitalizmus fogalmát és összehasonlítást végzett az ipari kapitalizmus és a tömegtermelés fejlődésének mérhetőségében. Szerinte a tömegtermelést mára felváltotta a felbecsülhetetlen méretű adatgyűjtés, amelyet „Big Data” néven ismerünk. Zuboff hangsúlyozza, hogy a személyes adatok kiaknázása révén végbemenő óriási tudásfelhalmozás ellenére egyetlen egzisztenciális problémánk sem oldódik meg, amit ő „gigantikus piaci kudarcnak” tekint. Véleménye abban a kijelentésben csúcsondik ki, hogy „a megfigyelő kapitalizmus lerombolja az ember belső természetét” (Zuboff, 2019). Előfordul, hogy Zuboffot ma olyan kritikával illetik, hogy gyakran idéz olyan „filozófiai anyától”, mint Hannah Arendt, és hogy továbbra is gyenge a társadalomelméleti megközelítésekben. Azonban írásai határozottan azt közvetítik, és ez valóban kiábrándítóan hat, hogy egyáltalán nincs kilátás a jelenség politizálására, nem is beszélve a társadalmilag hatékony ellenállásról. Mindenesetre tényként kezelendő, hogy a felhasználói adatok értékelése és kereskedelmi forgalomba hozatala olyan vállalkozói lehetőségeket nyitott meg, amelyek az állami ellenőrzés és a jogvédelem szürke övezetében mozognak. Ebben az olvasatban az automatizált terápiás eljárások is egy kapitalista ipar médiumává válnak, amely a diagnosztikus felállítását és a kezelési javaslatokat digitális kontextusban, gyakran szakmai támogatás nélkül értékesíti. (Fontos megjegyezni, hogy az adathasznosítás fenti gyakorlata az amerikai profitalapú platform modell alapján történik, amelyben az ügyfeleket a digitális ikertestvérük révén valóban kizsákmányolják, és ennek köszönhető az amerikai technológiai óriásoknak mérhe-

tetlen a nyeresége és vagyona. Ugyanakkor Európa nem követi ezt a modellt, és a létrejövő szabályozás, pl. az Adatkormányzási rendelet (Data Governance Act) révén más utat nyit meg.)

Felismeréseinkben arra a következtetésre juthatunk, hogy a pszichoterápia demokratizálódásának a hatása általában kevés kapcsolatot mutat ehhez az üzleti modellhez. Mi több, Zeavin írásával kapcsolatban felvetődik a kérdés: lehet, hogy nem kezeljük értékén a digitális tér piacosításának a túlkapasait? Zeavin könyvével párhuzamba tudjuk állítani a korona-időszámítás témájában és a pszichoterápiás ellátásban bekövetkezett változásokat feldolgozó tanulmányok hosszú sorát, és azokat is, amelyek a járvány hatásának és a pszichés jóllét összefüggéseit vizsgálták és amelyre fentebb utaltunk. A pszichoterápiás ellátást érintő változásokkal kapcsolatban Zeavin aláhúzza a pszichoterápia kiemelkedő jelentőségét a mindent és mindenkit átható távolság idején és ezáltal a távterápiás beavatkozások alkalmazásának a szükségességét. Ezek mellett megemlíti azon pszichoterápiás ajánlatok lehetséges következményeit, amelyekből hiányzik a testiség, az empátia és a közelség. Mindezek alapján érdemes átgondolnunk, hogyan nézzünk szembe ezekkel a digitális pszichoterápia és a pszichoanalízis jövőjét firtató kérdésekkel? A témát érintő kutatások nem tudnak egyértelmű választ adni ezekre a kérdésekre, mivel a távterápia története egyben az ambivalenciák története is, amennyiben a távterápiák előnyeit és hátrányait idézzük fel magunkban, és ez nagy valószínűséggel még az is marad egy bizonyos ideig. Miközben a szakadék felé haladás veszélyeire hívjuk fel a figyelmet, „a kutya ugat, a karaván halad” alapon lényegi szempont marad, hogy nem szabad figyelmen kívül hagyni a pszichológiai segítségnyújtás digitális átalakításával kapcsolatos jövőbeli kérdéseket.

IRODALOM

- BRAUDEL, Fernand (1979): *Anyagi kultúra, gazdaság és kapitalizmus. XV - XVIII. század. A mindennapi élet struktúrái: a lehetséges és a lehetetlen.* Budapest, Gondolat Kiadó, 1985.
- BOKOR, László (2015): *A technikaalapú távterápiák.* In: *A pszichoterápia tankönyve (szerk.) Szőnyi Gábor, Medicina*
- BUBER, Martin. (1957): *Én és Te.* Európa Könyvkiadó, Budapest, 1991
- BROOK, P. (1999). *Az üres tér.* Európa Kiadó, Budapest.
- BUCCI, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science.* New York, The Guilford Press.
- BROOK, P. (1999). *Az üres tér.* Európa Kiadó, Budapest.
- EHRENBERG, A. (2004): *Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart.* Suhrkamp, Frankfurt am Main, 273. o.
- FEHÉR, Pálma Virág (2009): *Selfness. A tudatos önépítés trendje.* Budapest, Retromédia, 2009.
- FEHÉR P.-SOMOGYI F.-LANTOS, Z. (2022): *Krise und Katharsis. Der kranke Körper der Gesellschaft.* Psychoanalyse und Körper. Nr.40. 21. Jahrgang, Psychosozia Verlag, Gießen

- GROTOWSKI, J. (1999). *Színház és rituálé*. Kalligram, Pozsony, Budapest.
- HABERMAS, Jürgen (1981): *A kommunikatív cselekvés elmélete*. Budapest, Gondolat Kiadó, 2011.
- HAN, Byung-Chul (2019): *A kiégés társadalma*, Tipotex, Budapest
- HAN, Byung-Chul. (2019): *Csillapító társadalom*, Tipotex, Budapest
- HAN, Byung-Chul. (2019): *Pszichopolitika* Tipotex, Budapest
- KÖVESDI A.-SOLTÉSZ-VÁRHELYI K.-TÖRŐ K., CSIKÓS G., HADHÁZI É., TAKÁCS SZ., RÓZSA S., FÖLDI R., (2022): *Reziliencia változtatása és támogató szerepe a szülő gyermek kapcsolatban. Longitudinális vizsgálat Covid-19*. In: *Psychologia Hungarica VIII/3*. 7-29. o.
- LÁBADI, B. (2011). *A megérzett másik – Kapcsolat a pszichoanalízis és az idegtudomány között*. In: *Imágó Budapest 1.évf. 3. szám*, 39-50.
- MILL, John Stuart: *A szabadságról. Haszonelvűség*. Ford. Pap Mária, Budapest, Magyar Helikon, 1980, 117.)
- MILL, John Stuart (1848): *Political Economy*. London, New York, The Colonial Press, 1900.
- Mühlhausen, Corinna (2022): *Health Report 2022* In: <https://www.zukunftsinstitut.de/artikel/gesundheits-trends-health-trend-map/>
- PAPP, Zsolt (1987): *A racionalitástól a kommunikatív racionalitásig*. Jürgen Habermas társadalomelméleti szintéziséről. Megjelent: CSEPELI, György – PAPP, Zsolt – POKOL, Béla (1987): *Modern polgári társadalomelméletek*. Budapest, Gondolat Kiadó, 1987.
- POLÁNYI, Károly (1935): *A fasizmus lényege*. Megjelent: Polányi Károly (1986): *Fasizmus, demokrácia, ipari társadalom*. Budapest, Gondolat Kiadó, 1986.
- SOMOGYI, Ferenc (2005): *Tigrislovaglás, avagy a globalitás áfuma ellen való orvosság*. Budapest, Kairosz Kiadó, 2005.
- STETTEN von Moritz (2022): *Digitalisierung des Psychotherapeutischen und digitale Therapiepraktiken*. In: Block, Katharina, Deremetz, Anne, Henkel, Anna, Rehbein, Malte (Hrsg.): *10 Minuten Soziologie: Digitalisierung*. Bielefeld: Transcript (erscheint 2022).
- STETTEN Von Moritz (2022): *Lassen sich psychische Krankheiten anthropologisch bestimmen? Eine Auseinandersetzung mit Helmuth Plessners politisch-historischer Anthropologie*. In: *Allgemeine Zeitschrift für Philosophie* (erscheint 2022)
- ZEAVIN, H. (2021): *The Distance Cure: The History of Teletherapy*, The MIT Press
- ZUBOFF, S. (2018): *Das Zeitalter des Überwachungskapitalismus*. Campus Verlag, Frankfurt / New York
- ZUBOFF, S. (2019): *Ist das Private wirklich Privatsache?* In: *Die Zeit*. 16. Dez. 2019.

A LYONS-FÉLE MUNKAÉRTÉK SKÁLA ADAPTÁCIÓJA MAGYAR MINTÁN

KOLTÓI Lilla, BORSFAI Dzszenifer, ZÁBÓ Szabolcs
koltoi.lilla@kre.hu

Absztrakt

Az egyéni döntéshozás vizsgálatában a meghatározó tényezők közé sorolják az értékeket, amelyek vizsgálata a szociálpszichológia klasszikus témái közé tartozik. A 20. század közepétől egyre nagyobb lett az érdeklődés az értékek szerepe iránt munkahelyi, illetve szervezeti kontextusban (Dose, 1997; Posner és Schmidt, 1993). A munkaértékeknek többféle tipológiája létezik, mérésekre leggyakrabban a Super (1973), illetve a Schwartz által kifejlesztett skálákat (Schwartz, 1992) használják. Tanulmányunkban egy manapság népszerű, széleskörben használt eszköz, a Lyons-féle Munkaérték Skála magyar nyelvű adaptációját mutatjuk be. Az adatokat online vizsgálatban gyűjtöttük, állandó munkaviszonnyal rendelkező és valamilyen munkahelyi szervezetben dolgozó felnőttek alkották a mintát (N=1172). A skála megbízhatónak bizonyult, feltáró faktorelemzéssel két modellt, egy négyfaktorost, illetve egy hatfaktorost kaptunk. A konfirmatív faktorelemzés ez utóbbit támasztotta alá.

Kulcsszavak: értékek ■ munkaértékek ■ munkaérték skála ■ faktorelemzés

Abstract

One of the classical social psychological research areas is the study of human values, which play an important role in decision making. Since the middle of the 20th century the study of values in the context of work or organisation has become more and more popular (Dose, 1997; Posner & Schmidt, 1993). Different typologies and models of work values have been generated, the two, often used measures are Super Work Values Inventory (Super, 1973) and Schwartz Work Values Survey (Schwartz, 1992). In our study we present the Hungarian adaptation of the popular and widely used measure, the Lyons Work Values Survey. The sample of the online study consisted of Hungarian adults with regular work who work in an organisation (N=1172). The scale is reliable, according to the exploratory factor analysis, two models (four-factor and six-factor models) can be set up, however, the confirmative factor analysis supports the six-factor model.

Keywords: values ■ work values ■ work values scale ■ factor analysis

BEVEZETŐ

Különböző társadalom- és humán tudományok kitüntetett módon foglalkoznak az értékek vizsgálatával. Ennek oka az a széles körben elfogadott nézet, miszerint az értékek motiváló erővel bírnak, és megmagyarázzák a személyes döntés-

hozatalát. Ez predestinálja azt, hogy az értékekre kulcsfontosságú bejósoló-, valamint magyarázófaktorokként tekintünk az emberi, valamint emberek közötti dinamikák kapcsán. A pszichológia területén az értékek a különböző személyiségtípusokkal mutatnak összefüggéseket (Allport és mtai, 1960), a szervezeti viselkedésben pedig befolyásolják a stratégiai döntéseket és a szervezeti kötelezettségvállalást is (Posner és Schmidt, 1993).

A 20. század közepétől egyre nagyobb érdeklődés irányult azon folyamatok és egyéni különbségek megismerésére, amelyek a munka eredményességéhez, a munkavégzés hatékonyságához kapcsolódnak. A munkaértékek szerepének vizsgálata már a '60-as években a kutatások fókuszába került, különösen miután Donald Super 1964-ben először publikálta a modelljét (Super, 1964 idézi Kiss, 2015). A hazai vizsgálatokban, pálya- és karriertanácsadásban leginkább a Super-féle Munkaérték Skálát használják (Super, 1973). Tanulmányunk egy rövidebb, de hasonló koncepcióra épülő mérőeszköz, a Lyons-féle Munkaérték Skála validálását célozza meg.

ÉRTÉKEK MÉRÉSÉRŐL RÖVIDEN

Az értékek kutatása fontos és klasszikus témája a szociálpszichológiai kutatásoknak. Az elmúlt évtizedekben többféle elméleti koncepciója és mérőeszköze született az értékeknek. Az értékek egyik első tudományos vizsgálata a Gordon Allport és munkatársai nevéhez fűződő 1931-es *Allport-Vernon Study of Values*, amely az általános értékeket, azok szerepét, illetve típusait volt hivatott feltérképezni a viselkedési preferenciák alapján (Allport, 1961). A mérőeszközt Allport és munkatársai 1970-ben átdolgozták (Allport és mtai, 1970). A mérőeszköz hat értéktípus (elméleti, gazdasági, esztétikai, társas, politikai és vallási) egyéni preferenciáit méri.

Az érték kutatás egyre növekvő népszerűségét mutatta a különböző érték-meghatározások sokasodása. Ezt az elméleti kuszaságot először Milton Rokeach (1973) igyekezett feloldani. Definíciója szerint egy érték az a szilárd meggyőződés, hogy egy bizonyos cselekvésmód/cselekvés személyesen (vagy társadalmilag) elfogadottabb, mint egy másik. Erre a meggyőződésre épülő értékskálája 18 terminális és 18 instrumentális értéket tartalmaz, amelyeket a vizsgálati személyeknek sorba kell rendezni.

Schwartz 1994-ben hasonló megállapításra jutott, mint Rokeach. Véleménye szerint az érték egy meggyőződés, mely egy kívánt végállapotra, vagy speciális szituációkat meghaladó cselekvésmódokra vonatkozik, vezeti a viselkedést, az emberek és események kiválasztását. Az általa létrehozott mérőeszköz (Schwartz Values Survey) az egyik legnépszerűbb, leggyakrabban használt értékskála (Lindeman és Verkasalo, 2005). Schwartz elméletében az értékek szituációkon átívelő, kívánatos, de eltérő fontosságú célok, vélekedések, amelyek

az emberi életet univerzálisan irányítják, standardként szolgálnak (Schwartz és mtsai, 2012). Circumplex modellje az értékeket tíz, különböző motivációs erővel bíró típusba sorolta, megállapítva és integrálva a kategória tagjai között fennálló dinamikus kapcsolatokat is. Schwartz értékstruktúráját olyan minták támogatják, melyeket egymástól különböző kultúrákban vettek fel (Schwartz, 2005), illetve amelyekben különböző foglalkozásúak voltak a válaszadók (Koi-vula és Verkasalo, 2006).

Rescher (1969) hat alapelvet javasol az értékek osztályozásának kritériumaként. A teljesség igénye nélkül, egyik ilyen szempont a (1) vonatkoztatott objektumok szerinti beosztás, ahol az értékek a nekik megfelelő objektumcsoportok alapján vannak megkülönböztetve. Például tárgyi értékek, környezeti értékek, egyéni/személyes értékek. A másik alapelv a (2) vonatkoztatott haszon minősége szerinti beosztás. Eszerint az értékek kivetíthetők olyan más osztályozásokra, mint például fizikai, gazdasági, társas, politikai, erkölcsi. Ezek szerint besorolva az értékeket azok más-más csoportokat alkotnak. Ez a fajta megközelítés jól bemutatja, hogy az értékek sokféleképpen megközelíthetők, szerepük árnyaltabb annál, mint amilyennek elsőre gondolhatjuk. Ebből következik, hogy osztályozásuk korántsem könnyű feladat, ami megmagyarázza a különböző kutatók közötti különbségeket is.

Fontos emellett, hogy lássuk a különbséget az értékek, valamint az attitűdök között. Ellentétben az attitűdökkel, az értékekről elmondható, hogy nem állnak kapcsolatban konkrét helyzetekkel, objektumokkal, illetve értékeink sokkal inkább központi helyet foglalnak el a személyiségünkben, befolyásolják a bizonyos tárgyakhoz kötődő attitűdjeinket is (Dose, 1997). Továbbá a két konstruktum egymáshoz való viszonyáról elmondható, hogy a személyek kevesebb értékkel rendelkeznek, mint attitűddel (Rokeach, 1968).

MUNKAÉRTÉKEK

Az értékek határozatlan természete lehetővé teszi, hogy az emberi élet számos, különböző területén alkalmazhatóak legyenek, így azokra az értékekre, melyek az egyén munkahelyi, munkával kapcsolatos életére vonatkoznak, úgy hivatkozhatunk, mint munkaértékekre (Lyons és mtsai, 2010). A munkaértékek meghatározhatóak úgy, mint az a relatív jelentőség, amelyet az egyének a munka különböző szempontjaira helyeznek, ideértve például a kellemes munkahelyi körülményeket és a munkával kapcsolatos haszonszerzést (Dose, 1997; Ros és mtsai, 1999).

A munkaértékek specifikus értékek. Ahogy az általános értékekre, úgy a munkaértékekre sincs egységes, széleskörben elfogadott definíció. Jennifer J. Dose (1997) a korábbi elméletekből kiindulva a következő meghatározást szorgalmazza: a munkaértékek a munkára vagy a munkakörnyezetre vonatkozó

értékelő normák, melyek segítségével az egyén meghatározza, hogy mi az, ami számára „jó”, vagy kifejezi általános preferenciáit. Emellett kijelenthető még, hogy az általános értékekhez hasonlóan a munkaértékek azok a kritériumok, melyek mentén az egyén kiválasztja a számára megfelelő, munkával kapcsolatos viselkedéseket és célokat (Sagie és mtsai, 1996).

Rounds és munkatársai (1987) az elsők között voltak, akik az értékek tanulmányozását kiterjesztették a munkaértékekre is. Munkaalkalmazkozás-elméletükben (Theory of Work Adjustment, Rounds és mtsai, 1987) úgy határozták meg a munkaértékeket, mint „másodfokú szükségletek” (second-order needs). Hat érték kategóriát javasoltak. Ezek három olyan osztályba sorolhatók, melyek a munka különböző aspektusaival vonhatók párhuzamba: ezek az (1) énré (sikeresség és autonómia) vonatkozó, a (2) társas szükségletekre (altruizmus és státusz) és a (3) környezetre (biztonság és kényelem) vonatkozó osztályok. Az öndeterminációs elmélet (Self-determination Theory [SDT]) megkülönbözteti az extrinzik és az intrinzik munkaértékeket (Kasser és Ryan, 1996; Deci és Ryan, 2000). Az intrinzik munkaértékek sokkal közvetlenebb módon hivatottak elősegíteni a belső pszichológiai szükségletek kielégítését, mint például az autonómiaszükségletet és kompetenciaszükségletet. Az extrinzik munkaértékek pedig leginkább a munka anyagi vonatkozásaihoz kapcsolódnak, mint például a jövedelem, juttatások és a biztos állás garanciája.

Az általános értékekhez hasonlóan a munkaértékek hierarchikusan rendeződnek a személy elméjében azok fontosságának megfelelően. Amikor egy személy fontos, munkával és karrierrel kapcsolatos döntéseket hoz, ezt a hierarchiát alkalmazza (Ros és mtsai, 1999). A munkához kapcsolódó döntésekben játszott központi szerepének köszönhetően a munkaértékek kulcsszerepet játszanak a munkához való alkalmazkodásra (work adjustment) és a szakmai fejlődésre vonatkozó elméletekben (Super és Šverko, 1995).

MUNKAÉRTÉKEK MODELLJEI ÉS MÉRÉSE

Hoppock és Super (1950) kutatásukban azt állapították meg, hogy az általános munkaelégedettség kifejeződése azzal függ össze, hogy a munka bizonyos tényezőjével elégedettek-e a vizsgálati személyek. Ilyen tényezőként azonosították például a bevételt, a munkaórák számát, a juttatásokat, a lehetőséget arra, hogy másokat segítsen a személy, a függetlenséget, a változatosságot. Ezen tényezőket Super munkaértékeknek nevezte el 1957-ben, és megállapította, hogy ezek fontossága eltér a vizsgált személyek között, vagyis az általános munkaelégedettségben nagy szerep jut a személyes, szubjektív faktoroknak (Super és mtsai, 1957). 1962-ben jelent meg először a Super-féle Munkaérték Skála (Work Values Inventory), mely 15 munkaértéket különböztetett meg. Ezek az altruizmus, anyagiak, játékoság, esztétikum, függetlenség, hierarchia, irányítás, kreativitás,

humán értékek, munkateljesítmény, önérvényesítés, presztízs, szellemi ösztönzés, társas kapcsolatok, változatosság (Super, 1970 idézi Kiss, 2015).

Ros és munkatársai voltak az elsők, akik a Schwartz-féle értékeket összekapcsolták a munkaértékekkel. Szerintük a munkaértékek „az általános értékek munkakörnyezetben való specifikus kifejeződése” (Ros és mtsai, 1999, 54. o.). A munkaértékek négy típusát (intrinzik, extrinzik, társas és presztízs értékek) négy magasabb rendű általános értékkel kötötték össze (nyitottság, konzerváció, énátalakulás, énfelnagyítás). A Schwartz-féle alapértékek elméleti keretére építve azóta több munkaértékskála született (Consiglio és mtsai, 2017; Arciniega és Gonzalez, 2000; Avallone és mtsai, 2010; Krumm és mtsai, 2013).

MUNKAÉRTÉKEK FAKTORAI

Különböző kutatók más-más faktorokat azonosítottak be a munkaértékekre vonatkozóan, számos kategorizáció jött létre faktoranalízissel (lásd Ros és mtsai, 1999), valamint klaszteranalízissel (lásd Pryor, 1987). Ennek ellenére jelenleg úgy tűnik, viszonylag nagy egyetértés van a kutatók között két faktor esetében.

Az első az intrinzik munkaértékek faktora, mely a munkavégzés során érzett inherens pszichológiai elégedettségre vonatkozik. Ennek alfaktorai például az érdekes munka, a kihívások, a változatosság, az intellektuális ösztönzés. A másik faktor, mely körül viszonylag nagy az egyetértés, az extrinzik munkaértékek faktora. Ez klasszikusan a munka materiális szempontjait foglalja magába (pl. fizetés, juttatások, a biztos állás garanciája) (Ros és mtsai, 1999). Bizonyos szakirodalmak ezekről kognitív (intrinzik), valamint gyakorlati (extrinzik) munkaértékeként írnak (Elizur, 1984).

Ros és munkatársai (1999) világitottak rá arra, hogy Schwartz (1992) osztályozását további négy magasabb rendű univerzális értékdimenzióba sorolhatjuk. Ezek az intrinzik vagy önmegvalósító értékek, az extrinzik vagy anyagi-/biztonságértékek, a szociális vagy kapcsolati értékek, és a státusz vagy hatalomértékek.

A további faktorokat tekintve meglehetősen kicsi az összhang a különböző vizsgálatok között. A legtöbb kutatás igazolja a szociális munkaértékek faktor meglétét, mely a munkatársakkal, felettesekkel, más emberekkel való kapcsolatot foglalja magába (Elizur, 1984; Pryor, 1987; Ros és mtsai, 1999; Schwartz, 1999). Emellett többen leírták már az altruisztikus („humánus”) munkaértékeket is, melyek közé tartozik más emberek segítségének a vágya, valamint a társadalomhoz való hozzájárulás (lásd Super, 1970). Rendre előkerül még a presztízs, mint főfaktor. Ezen terület alfaktorai a státuszra, a befolyásra, a hatalom akarására vonatkoznak (Ros és mtsai, 1999; Schwartz, 1999; Super, 1970).

Egészen más nézőpontból közelítette meg a témát Harding és Hikspoors (1995). A munkaértékek funkcionális kategorizálását írták le, vagyis szerintük a munkaértékek azokkal a célokkal vonhatók párhuzamba, amelyeket a mun-

ka kielégít. Ezek a személyes jelentés (a), miszerint a munka olyan forrás, mely lehetővé teszi a képességek kamatoztatását, fejlesztését, énünk fejlődését és az önmegvalósítást; a csereüzlet: (b) az emberek a biztonságért, pénzért és más kompenzációs formákért dolgoznak; a társas kontaktusok: (c) az emberek a munkahelyükön más emberekkel kapcsolatokat alakítanak ki, és státusz: (d) a munka bizonyos szintje presztízzsel, hatalommal és tekintéllyel jár.

Elizur és munkatársainak strukturális modelljére (lásd Elizur, 1984; Sagie és mtsai, 1996) alapozva Lyons és munkatársai (2010) egy frissített tipológiát alkottak meg, amely hasonló szempontok szerint csoportosítja a munkaértékeket. Elizur (1984) munkaértékeit 37 aspektusra bővítették munkaértékeket elemző kutatásokból kiindulva, valamint arra jutottak, hogy több kategória szükséges a munkaértékek struktúrájának megfelelő leírásához. Ezért az Elizur (1984) által meghatározott faktorok mellett olyan területeket is bevontak, amelyek a presztízs, vezetés, szabadság, autonómia, altruizmus munkaértékeit is magukban foglalják. Ennek nyomán a Lyons és munkatársai (2010?) által leírt faktorok a következők: kognitív, instrumentális, társas/altruisztikus és presztízs értékek.

KUTATÁSOK A LYONS-FÉLE MUNKAÉRTÉK SKÁLÁVAL

Napjainkban az egyik legnépszerűbb mérőeszköz a munkaértékek vizsgálatára a Lyons-féle Munkaérték Skála (Lyons és mtsai, 2010). A kérdőív létrehozásakor végzett 2004-es kutatás során a korábbi eredményekkel ellentétben 5 faktoros megoldást hozott az elemzés 31 ítemes skálával (Lyons, 2004). Ezek az extrinzik, intrinzik, presztízs, altruizmus és társas dimenziók. Az eredmények alapján az extrinzik faktor magába foglalja a munka anyagi vonatkozásait (fizetés, juttatások), valamint a munkahely állandóságát. Az intrinzik faktor a pszichológiai elégedettségére vonatkozik. Ide tartozik a munka értékesége, változatossága, a kihívást jelentő feladatok, valamint a kognitív képességek használata. A presztízshez sorolják a státuszt, és a befolyást. Az altruizmus faktor ítemeinek lényege, hogy a társadalom szempontjából előnyös legyen a munka, másokon segíthessen a munkavállaló. A társas faktor a munkahelyen belüli kapcsolatokról szól. Ebből a szempontból fontos a jó kapcsolat a munkatársakkal, és a támogató főnök szerepe. A későbbiekben Lyons és munkatársai (2010) rövidebb, átdolgozott 25 ítemes verziót használtak, ahol a munkaértékek hat- és négyfaktoros modelljét elemezték (kognitív, instrumentális, társas, altruisztikus, presztízs és függetlenség vs. kognitív, instrumentális, társas/altruisztikus és presztízs értékek).

KÜLÖNBSÉGEK A MUNKAÉRTÉKEKBEN

Világszerte általános álláspont a munkaértékekkel kapcsolatban, hogy az emberek olyan munkát keresnek maguknak, mely a személyes értékeikkel összeegyeztethető (Judge és Bretz, 1992). Ez megelőlegezi azt a feltételezést, mely szerint az állami szférában dolgozók olyan értékekkel rendelkeznek, amik egybeesnek az állami intézmények értékrendszerével. Ez magában hordozza azt is, hogy a különböző szektorokban (pl. magánszektor) mások lesznek a domináns értékek. Azonban Lyons és munkatársai (2006) eredményei szerint nincs szignifikáns különbség az eltérő szektorokban dolgozó személyek értékei között.

ORSZÁGOK SZERINT

Érdekes összehasonlítani a különböző országokban detektált faktorokat, illetve azok fontosságát. Ezek jól rámutatnak arra, hogy az adott országban melyek a vezető munkaértékek. Kanadai populációt vizsgálva 4 dimenziót különböztettek meg: kognitív, instrumentális, társas/altruisztikus és presztízs értékek. 2013-ban szlovén mintán is ugyanezen szempontok szerint csoportosították az itemeket (Zupan és mtsai, 2013). Ennek némileg ellentmondanak a belga populáció eredményei, ahol 8 faktor rajzolódott ki: munka tartalma, kollegialitás, kompetencia, szervezeti támogatás, munkafeltételek, jelentéstartó munka, szabadság, státusz (De Cooman és Dries, 2012). Norvégiában ugyanezen kérdőív alapján 5 faktort különböztettek el: intrinzik, extrinzik, társas, függetlenség és altruisztikus (Sillerud, 2011). Papavasileiou és Lyons (2015) görög mintán validált skálájukkal szintén négy dimenziót találtak: intrinzik, extrinzik, státusz/presztízs és társas értékek. Láthatjuk, hogy különböző országokban eltérőek a faktorok, továbbá az eredmények részletesebb vizsgálata alapján az is egyértelmű, hogy más típusú értékek a hangsúlyosabbak. A kutatások eredményeiből igazán pontos kulturális különbségeket nem tudunk megállapítani, hisz a vizsgálatok máshogy voltak felépítve a különböző országokban.

GENERÁCIÓS KÜLÖNBSÉGEK

A munkaértékek vizsgálatában népszerű téma a generációk közötti különbség. Ezúttal a Lyons-féle skálával végzett vizsgálatokból említünk néhányat. Lyons és mtsai (2007) generációk értékpreferenciáit vizsgálva azt találták, hogy a millenniumi generációnak fontosabbak a társas, illetve a presztízs értékek, mint az idősebb korosztályoknak. A X generáció tagjainak szignifikánsan fontosabbak az intrinzik értékek, mint a fiatalabb és az idősebb generációknak. A legidősebbek az altruista értékekre helyezték a legnagyobb hangsúlyt. Lyons és

mtsai (2007) kutatásában az extrinzik értékek fontosságában nem mutattak eltérést a generációk.

Cennamo és Gardner 2008-ban 504 fős mintán végzett kutatása szignifikáns különbséget talált a generációk között a státusz/presztízs és a függetlenség dimenziójában, de a többiben nem. A fiatalabb korosztályok (Y és X) nagyobb hangsúlyt fektettek a státuszra az idősebbekhez képest. Értelmezésük szerint ennek az oka, hogy az idősebbek olyan pontján tartanak a karrierjüknek, amikor már birtokolják a kívánt pozíciót, míg a fiataloknak ez aktuálisan prioritás lehet, melynek révén előrébb juthatnak, illetve jobb pozíciót szerezhetnek a munkaerőpiacon. Az Y generáció a függetlenség értékeit sokkal fontosabbnak tartja, mint az idősebbek. A baby boomerekre tradicionális pályamodell jellemző, amely magában foglalja az elköteleződést és a kemény munkát mint fontos értékeket. Ezzel szemben az Y generációra az autonómia és a munka-magánélet egyensúly értékeinek magas pontszámai jellemzőek, amelynek velejárója, hogy ha ezek nem teljesülnek az adott szervezetben, a munkavállalók valószínűleg kilépnek, és olyan munkát keresnek, ahol ezeket az igényeiket ki tudják elégíteni (Cennamo és Gardner, 2008).

Kuron és munkatársai (2015) az ezredforduló idején munkába lépő kanadai fiatalok (Millennials) munkaértékeit vizsgálták. A 906 fős minta elemzése alapján azt állapították meg, hogy ezen generáció számára leginkább az extrinzik értékek fontosak, szemben az idősebbekkel, ezután az intrinzik, társas/altruista és presztízs értékek következnek függetlenül attól, hogy tanulók voltak vagy már munkába álltak. Egyedül a fizetés jelentősége emelkedett egy kicsit, míg az immateriális értékek közül néhányé csökkent valamelyest. Tehát a munkába lépés nem hozott változást a munkaértékekben szemben a korábbi generációkkal, ahol a munkába állás jelentős változást gyakorolt az értékpreferenciákra.

MÓDSZEREK

Az elsődleges célunk a kutatással a Lyons-féle Munkaérték Skála kipróbálása és adaptációja volt magyar mintán. Először a szerző engedélyével oda-vissza fordítással elkészítettük a skála magyar verzióját, amelyet műhelymunka keretében egy kisebb mintán kipróbáltunk, majd a fordításokat finomítottuk.

A Lyons-féle Munkaérték Skálát egy online adatfelvétel során használtuk szakmai és munkahelyi sikeresség tényezőit vizsgáló kutatásunk keretében. Az adatfelvételre 2018 novembere és 2019 januárja között került sor. A skála 25 ítemes változatát használtuk, a válaszokat ötfokú Likert-skálán jelölték a válaszadók.

A kutatásba bevont további mérőeszközök:

Alapvető Pszichológiai Szükségletek Kielégülése a Munkahelyen Skála (Deci és Ryan, 2000): a három alapvető szükséglet (kompetencia, autonómia és valahova tartozás) munkahelyi környezetben való kielégülését vizsgálja 21 itemben hétfokú Likert-skálával.

Utrecht Munkába Való Bevonódás Skála (Schaufeli és Bakker, 2004): a munkába való belefeledkezést, a flow állapot átélését, az energikusság érzését vizsgálja a mérőeszköz 17 itemmel ötfokú Likert-skálán.

Szubjektív Pályasikeresség Skála (Turban és Dougherty, 1994): négy itemmel ötfokú Likert-skálán méri, hogy az egyén különböző szempontok szerint mennyire látja sikeresnek a karrierjét.

Pálya Iránti Elköteleződés Skála (Blau, 1985): hétitemes ötfokú Likert-skálával a választott pálya iránti elköteleződést mértük.

Minta bemutatása

A mintába azok a felnőttek kerültek, akik állandó munkával rendelkeztek akár teljes, akár részmunkaidőben. Az adattisztítás után 1172 fő válaszait elemeztük. A legfiatalabb kitöltő 18 éves, a legidősebb 65 éves volt. A minta átlagéletkora 37,4 év (sd=10,68). A nemek arányát tekintve nem kiegyensúlyozott a mintánk, 68,3%-át alkotják a nők (800 fő), 31,7% férfi (372 fő). A válaszadók nagy része fővárosi, illetve városi (84,3%), és mintegy 60%-a felsőfokú végzettséggel rendelkezik. A munkahely jellegét tekintve a legtöbben hazai nagyvállalatnál (25,7%) és egyházi intézményeknél (22,6%) dolgoznak. A szakmában eltöltött évek száma is változatos képet mutat: van, aki az első évét tölti a szakmájában, míg a legmagasabb érték a 45 év volt, az átlag 11,06 (sd=10,39). A munkahelyek számának átlaga 3,9 (sd=2,53), a legalacsonyabb érték 1, míg a legmagasabb 30. A minta több mint harmada (72,2%) a képzettségének megfelelő munkakörben dolgozik.

EREDMÉNYEK

A skála megbízható (Cronbach alfa=0,87). Mivel a minta nem reprezentatív, ezért megvizsgáltuk a munkaértékeket almintáként is. A teljes mintán kapott átlagokhoz képest nem találtunk jelentős eltérést a nem, a legmagasabb iskolai végzettség és a lakhely alminták esetében. A nők és férfiak között szignifikáns különbséget találtunk a másoknak segíteni, visszajelzés, hatalom és munkatársak munkaértékeknél ($p=0,00$). A legmagasabb iskolai végzettséget tekintve a biztos állás és a kihívás munkaértékek mutattak szignifikáns eltérést ($p=0,00$), a lakóhely esetében nem volt szignifikáns különbség egyik munkaérték esetében sem.

Az értékpreferenciák elemzése azt mutatja, hogy a teljes mintában és az almintákban is a legfontosabb munkaérték az információk és a legkevésbé fontos a hatalom. A legfontosabb értékek között mindegyik almintában ugyanazokat a munkaértékeket találjuk, de eltérő a sorrenddel: egyensúly, vidám munkakörnyezet, visszajelzés, elismerés. A legkevésbé preferált értékek a teljes mintában és az almintákban is: befolyás, társas interakció, jelentős hatás, nagy presztízs. Ha a legfontosabb és a legkevésbé fontos munkaértékek átlagait és szórásait összehasonlítjuk (1. táblázat), akkor látható, hogy csak a hatalom mondható nem igazán fontos értéknek, de a szórás itt a legnagyobb, ennek a munkaértéknek az esetében nagyobb a minta heterogenitása. Ez megfigyelhető az almintákon is.

1. táblázat. A legfontosabb és a legkevésbé fontos munkaértékek átlagai és szórásai a teljes mintában

Munkaértékek	Átlag és szórás
Információk	4,58 (0,65)
Egyensúly	4,49 (0,72)
Vidám munkakörnyezet	4,47 (0,71)
Visszajelzés	4,42 (0,78)
Elismerés	4,34 (0,75)
...	
21. Befolyás	3,55 (0,92)
22. Társas interakció	3,48 (0,96)
23. Jelentős hatás	3,47 (0,98)
24. Nagy presztízs	3,41 (1,01)
25. Hatalom	2,37 (1,05)

FAKTORELEMZÉS

Az adatokon először feltáró faktorelemzést végeztünk. Ehhez az SPSS 24-es verzióját használtuk. A Maximum likelihood és Varimax rotációval kétféle, jól értelmezhető faktorstruktúrát kaptunk, egy négy- és egy hatfaktorosat.

Négyfaktoros modell

A négyfaktoros modell esetében a faktorok a variancia 38,65%-át magyarázzák, ebből az első mintegy 14%-ot (2. táblázat).

2. táblázat. A faktorok által magyarázott variancia

Faktor	Total	Variancia %	Kumulatív %	Cronbach alfa
1	3,356	13,982	13,982	0,77
2	2,273	9,471	23,452	0,73
3	2,237	9,322	32,774	0,71
4	1,410	5,877	38,651	0,70

A faktorstruktúra (3. táblázat) a Lyons-féle négyfaktoros megoldáshoz csak részben hasonlít (Lyons és mtsai, 2010). Az első faktor az eredetinek megfelelően a kognitív - intrinzik munkaértékeket foglalja magában, kivéve az információ munkaértéket, amely ott az instrumentális értékekhez tartozik. A második faktor az extrinzik értékeket takarja, az eredeti instrumentális és presztízs értékei együtt jelennek meg benne. A harmadik faktor az eredetiben is megjelenő társas faktor. A negyedik faktorhoz három munkaérték tartozik: munkaidő, egyensúly és szabadság, azaz a rugalmas munkaidő, a munka-magánélet egyensúlya, a döntési szabadság a munka területén – ezek olyan értékek, amelyek az egyén függetlenségére vonatkoznak. Ez a faktor Lyons és munkatársai (2010) hatfaktoros modelljének hatodik faktora.

3. táblázat. Négyfaktoros modell

Itemek	1	2	3	4
Érdekes	,678			,270
Kihívás	,661	,102	-,106	
Változatos	,654	,130	,123	,207
Folyamatos tanulás	,537	,122	,181	
Teljesítmény	,510	,214	,239	
Befolyás	,484	,160	,159	
Képességeinek használata	,382	,123	,125	
Információk	,310	,153	,150	,151
Nagy presztízs	,292	,528		,103
Jó fizetés		,521	,123	,251
Előrelépés	,254	,517		
Juttatások		,479	,112	,102
Hatalom	,227	,470	-,130	
Jelentős hatás	,202	,432		
Elismerés	,199	,400	,197	

Biztos állás	-,124	,328		,135
Vidám munkakörnyezet	,126		,730	,195
Munkatársak			,676	,132
Támogató főnök	,212	,117	,515	,115
Társas interakció	,111	,145	,419	
Másoknak segíteni	,174		,389	
Visszajelzés	,109		,324	
Munkaidő			,123	,670
Egyensúly	,138	,104	,291	,585
Szabadság	,266			,526

Konfirmatív faktorelemzést is végeztünk az adatokon Amos 22 program segítségével. Az RMSEA érték jó illeszkedést mutat, de a több érték arra utal, hogy ez a modell nem megfelelő (RMSEA=0,056; CFI=0,824; TLI=0,898).

Hatfaktoros modell

A hatfaktoros megoldás esetében a teljes variancia 43%-át magyarázzák a faktorok, és ebben az esetben nincs kiugró magyarázó erejű faktor (4. táblázat).

4. táblázat. A faktorok által magyarázott variancia

Faktor	Total	Variancia %	Kumulatív %	Cronbach alfa
1	2,400	10,001	10,001	0,75
2	2,281	9,504	19,506	0,73
3	1,515	6,313	25,818	0,71
4	1,441	6,003	31,822	0,70
5	1,385	5,770	37,592	0,71
6	1,350	5,627	43,219	0,70

A feltáró faktorelemzés (Maximum likelihood, Varmimax rotáció) hat, viszonylag jól értelmezhető faktorból álló struktúrát adott (5. táblázat). Ez sokban hasonlít az előbbi négyfaktoros modellhez, illetve Lyons hatfaktoros struktúrájához is. Az első faktor a teljesítmény társas aspektusát ragadja meg: támogató főnök, másoktól kapott elismerés, visszajelzések, valamint az információk adása-kapása mind szorosan összefüggnek az egyén munkahelyi teljesítményével. A második faktor az eredetiben is megtalálható kognitív munkakértékek faktora. A harmadik faktor a hatalom, a negyedik az extrinzik, míg az ötödik a társas

munkaértékek faktora, a Lyons-féle struktúrának nagyjából megfelelően. A hatodik faktor a függetlenség faktora, ugyanazok az itemek tartoznak ide, amelyek a négyfaktoros modell ugyanezen faktorába tartoznak.

5. táblázat. Hatfaktoros modell

Itemek	1	2	3	4	5	6
Támogató főnökök	,639			,207	,269	
Elismerés	,575	,208	,117	,287	,177	
Visszajelzés	,497	,179	,147	,124	,174	
Információk	,452	,191				,143
Másoknak segíteni	,441	,182	,125		,204	,160
Teljesítmény	,433	,104	,207	,158		
Érdekes	,225	,681				,258
Változatos	,273	,610		,100		,178
Kihívás		,594	,343			
Folyamatos tanulás	,179	,530	,151		,203	
Képességeinek használata	,148	,301				,109
Jelentős hatás	,220	,187	,665			
Hatalom		,143	,560	,221		
Befolyás	,207	,230	,468	,145		
Jó fizetés				,646		,141
Előrelépés	,155	,188	,272	,465		
Nagy presztízs	,160	,141	,199	,399		
Biztos állás	,170	-,109		,393	,112	
Juttatások	,147		,164	,375		
Vidám munkakörnyezet	,206	,120		,136	,761	,182
Munkatársak	,134				,671	,128
Társas interakció	,126				,375	
Munkaidő				,205	,124	,635
Egyensúly	,273			,101	,206	,583
Szabadság		,181	,186			,580

Ezúttal is konfirmatív faktorelemzéssel ellenőriztük a modellt. Ebben az esetben a főbb illeszkedési mutatók jók (RMSEA=0.055; CFI=0,961; TLI=0.949), vagyis ez a modell elfogadható.

A MUNKAÉRTÉKEK
ÉS A MUNKA SIKERTÉNYEZŐINEK ÖSSZEFÜGGÉSEI

A Lyons-féle Munkaérték Skála és a munka néhány sikertényezőjének összefüggését is megvizsgáltuk. Elemzésünkben az alapvető munkahelyi szükségletek kielégülése, a munkába való bevonódás, a szubjektív sikerességérzet, valamint a pálya iránti elköteleződés változóit használtuk.

Mivel a Munkaérték Skála esetében sérült a normalitás, Spearman korrelációval vizsgáltuk meg a változók közötti együttjárást. A munkaértékek faktorai közül a kognitív esetében tapasztaltunk leginkább kapcsolatot a sikertényezőkkel. Az alapvető munkahelyi szükségletek skálaátlag, valamint a skála kompetencia és autonómia faktorai, a munkába való bevonódás, a szubjektív pályasiker és a pálya iránti elköteleződés egyaránt gyenge szignifikáns korrelációt mutatott a kognitív faktoral. A társas teljesítmény faktor az alábbi tényezőkkel korrelál: az alapvető szükségletek skálaátlag, a kompetencia és a valahova-tartozás faktorai, a munkába való bevonódás, a szubjektív pályasiker és a pálya iránti elköteleződés. Az egyéni autonómia faktor az alapvető szükségletek autonómia faktorával és a szubjektív pályasikerrel mutat gyenge szignifikáns kapcsolatot. A hatalom faktor az alapvető szükségletek kompetencia faktorával, a szubjektív pályasikerrel és a pálya iránti elköteleződéssel korrelál gyengén. Az extrinzik munkaértékek faktora az alapvető szükségletek autonómia faktorával áll gyenge szignifikáns negatív kapcsolatban, míg a társas faktor ugyanennek a skálának a valahova-tartozási faktorával korrelál gyengén (6. táblázat).

6. táblázat. A Munkaérték Skála faktorainak korrelációi a munka sikertényezőivel

	AMSZ skálaátlag	AMSZ kompetencia	AMSZ autonómia	AMSZ valahovat.	Munkába való bev.	Szuj. p.siker	P. iránti elkötel.
Kognitív munkaértékek	0,184 p=0,00	0,255 p=0,00	0,184 p=0,00		0,312 p=0,00	0,291 p=0,00	0,217 p=0,00
Társas teljesítmény munkaértékek	0,154 p=0,00	0,192 p=0,00		0,193 p=0,00	0,211 p=0,00	0,191 p=0,00	0,144 p=0,00
Autonómia munkaértékek			0,187 p=0,00				
Hatalom munkaértékek		0,157 p=0,00				0,192 p=0,00	0,170 p=0,00
Extrinzik munkaértékek			-0,136 p=0,00				
Társas munkaértékek	0,142 p=0,00		0,274 p=0,00				

ÖSSZEGZÉS

Elemzésünk célja a Lyons-féle Munkakérték Skála magyar változatának bemutatása volt. A skála megbízhatónak bizonyult. Feltáró faktorelemzéssel két modell is elfogadhatónak ígérkezett, akár csak Lyons kutatásaiban (Lyons és mtsai, 2010). A négyfaktoros modell könnyen értelmezhető, Lyons négyfaktoros modelljével sokban hasonlító struktúrájú (Lyons és mtsai, 2010). Érdekes eredmény, hogy Lyons kutatásaiban csak a hatfaktoros modellben jelenik meg a függetlenség, míg a mi elemzésünkben mindkét modellnek faktora lett. A faktor visszatükrözi a fiatal generáció munkavállalási attitűdjeit, új értékek preferenciáját. A fiatalok munkavállalására jellemző a magánélet felértékelődése, a döntési szabadság fókuszba kerülése (Twenge és mtsai, 2010). A konfirmatív faktorelemzésnek csak az egyik mutatója támasztotta alá ezt a modellt, ezért másféle megoldást kerestünk. A hatfaktoros modell szintén jól értelmezhető faktorokat adott, amely közül öt a Lyons-féle hatfaktoros modellben is hasonlóképpen megtalálható (Lyons és mtsai., 2010). Azonban az első faktor jelentése eddig csak részben jelent meg a faktorelemzésekben, hiszen a teljesítménynek a társas aspektusa lett hangsúlyos. Hozzá kell tenni azt is, hogy az értékpreferencia sorrendjében a támogató főnök, az elismerés és a visszajelzés is a nagyon fontos munkaértékek között jelenik meg. A hatodik faktor a négyfaktoros modellben is megjelenő egyéni autonómia. Érdekes kettősséget mutat az első és hatodik faktor, hiszen az első a társas környezet teljesítményt megerősítő hatására vonatkozik, míg a hatodik az egyén szabadságát, függetlenségét hangsúlyozza. A konfirmatív faktorelemzés a hatfaktoros modellt támasztotta alá.

A mérőeszköz validitását más, hasonló területen használt skálákkal való korrelációkkal vizsgáltuk. Összességében annyi elmondható, hogy a gyenge, de szignifikáns együttjárások a munka egyéb sikertényezőivel a mérőeszköz validitását támasztják alá. Ugyanakkor feltételezhető, hogy egyéb változók mediálják a munkaértékek és a sikertényezők közötti kapcsolatot.

Elemzésünk korlátja a mintában keresendő. Bár nagy mintával dolgoztunk, a minta nem reprezentatív, felülreprezentáltak a nők és a felsőfokú végzettséggel rendelkezők. Ugyanakkor a munkaértékek almintánkénti elemzése nem mutatott nagy eltéréseket, így az elemzésünk megbízhatónak tűnik.

BIBLIOGRÁFIA

- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. Oxford, England: Holt, Reinhart & Winston.
- Allport, G. W., Vernon, P. E., Lindzey, G. (1960). *Study of values*. Oxford, England: Houghton Mifflin.
- Allport, G. W., Vernon, P., & Lindzey, (1970). *Study of values (Revised third ed)*. Chicago: The Riverside Publishing Company.
- Arciniega, L. M., González, L. (2000). Development and Validation of the Work Values Scale. EVAT 30. *Revista de Psicología Social, 15*, 281-296.
- Avallone, F., Farnese, M. L., Pepe, S., Vecchione, M. (2010). The Work Values Questionnaire (WVQ): Revisiting Schwartz's Portrait Values Questionnaire (PVQ) for work contexts. *Bollettino Di Psicologia Applicata, 261-262(57)*, 59-76.
- Blau, G. J. (1985). The Measurement and Prediction of Career Commitment. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 58*, 277-288.
- Cennamo, L., Gardner, D. (2008). Generational differences in work values, outcomes and person-organisation values fit. *Journal of Managerial Psychology, 23(8)*, 891-906.
- Consiglio, C., Cenciotti, R., Borgogni, L., Alessandri, G., Schwartz, S. H. (2017). The WVal: A New Measure of Work Values. *Journal of Career Assessment, 25(3)* 405-422.
- De Cooman, R., Dries, N. (2012). Attracting Generation Y: How work values predict organizational attraction in graduating students in Belgium. In Ng, E. S. W. (Ed.), *Managing the new workforce: International perspectives on the millennial generation* (42-63), Edward Elgar Publishing
- Deci, E. L., Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry, 11(4)*, 227-268.
- Dose, J. J. (1997). Work values: An integrative framework and illustrative application to organizational socialization. *Journal of occupational and organizational psychology, 70(3)*, 219-240.
- Elizur, D. (1984). Facets of work values: A structural analysis of work outcomes. *Journal of applied psychology, 69(3)*, 379-389.
- Elizur, D. (1994). Gender and work values: A comparative analysis. *The Journal of Social Psychology, 134(2)*, 201-212.
- Elizur, D., Sagie, A. (1999). Facets of personal values: A structural analysis of life and work values. *Applied Psychology, 48(1)*, 73-87.
- Elizur, D., Borg, I., Hunt, R., Beck, I. M. (1991). The structure of work values: A cross cultural comparison. *Journal of Organizational Behavior, 12(1)*, 21-38.
- Harding, S. Hiksloops, F. (1995). New work values: in theory and in practice. *International Social Science Journal, 47*, 441-455.
- Hoppock, R., Super, D. E. (1950). Vocational and educational satisfaction. *Handbook of applied psychology, 1*, 126-134.
- Judge, T. A., Bretz, R. D. (1992). The Effects of Work Values on Job Choice Decisions. *Journal of Applied Psychology, 77(3)*, 261-271.
- Kasser, T., Ryan, R. M. (1996). Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin, 22(3)*, 280-287.
- Kiss, I. (2015). Felsőoktatási területek és munkaérték-, érdeklődési irány mintázatok. *Életpályatanácsadás, (7)*, 38-50.

- Koivula, N., Verkasalo, M. (2006). Value Structure Among Students and Steelworkers 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 36(5), 1263-1273.
- Krumm, S., Grube, A., Hertel, G. (2013). The Munster Work Value Measure. *Journal of Managerial Psychology*, 28(5), 532-560.
- Kuron, L. K. J., Lyons, S. T., Schweitzer, L., Ng, E. S. W. (2015). Millennials' work values: differences across the school to work transition. *Personnel Review*, 44(6), 991-1009.
- Lindeman, M., Verkasalo, M. (2005). Measuring Values with Short Schwartz Value Survey. *Journal of Personality Assessment*, 82(2) 170-178.
- Lyons, S. (2004). *An exploration of generational values in life and at work*. Dissertation, <https://curve.carleton.ca/c3cc861c-e720-47a1-a33f-e8d570474474>
- Lyons, S. T., Duxbury, L. E., Higgins, C. A. (2006). A comparison of the values and commitment of private sector, public sector, and parapublic sector employees. *Public administration review*, 66(4), 605-618.
- Lyons, S. T., Duxbury, L. E., Higgins, C. A. (2007). An empirical assessment of generational differences in basic human values. *Psychological Reports*, 101(2), 339-352.
- Lyons, S. T., Higgins, C. A., Duxbury, L. (2010). Work values: Development of a new three-dimensional structure based on confirmatory smallest space analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 31(7), 969-1002.
- Papavasileiou, E. F., Lyons, S. T. (2015). A comparative analysis of the work values of Greece's 'Millennial' generation. *The International Journal of Human Resource Management*, 26(17), 2166-2186.
- Posner, B. Z., Schmidt, W. H. (1993). Values congruence and differences between the interplay of personal and organizational value systems. *Journal of Business Ethics*, 12(5), 341-347.
- Pryor, R. G. (1987). Differences among differences: In search of general work preference dimensions. *Journal of applied Psychology*, 72(3), 426-433.
- Rescher, N. (1969). *Introduction To Value Theory*. Prentice Hall
- Rokeach, M. (1968). A Theory of Organization and Change Within Value-Attitude Systems 1. *Journal of Social Issues*, 24(1), 13-33.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York, NY, US: Free Press.
- Ros, M., Schwartz, S. H., Surkiss, S. (1999). Basic individual values, work values, and the meaning of work. *Applied psychology*, 48(1), 49-71.
- Rounds, J. B., Dawis, R., Lofquist, L. H. (1987). Measurement of person-environment fit and prediction of satisfaction in the theory of work adjustment. *Journal of Vocational Behavior*, 31(3), 297-318.
- Sagie, A., Elizur, D., Koslowsky, M. (1996). Work values: A theoretical overview and a model of their effects. *Journal of organizational behavior*, 17(S1), 503-514.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.
- Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. *Advances in experimental social psychology*, Vol. 25, (1-65).
- Schwartz, S. H. (1994). Are there universal aspects in the structure and contents of human values? *Journal of social issues*, 50(4), 19-45.
- Schwartz, S. H. (1999). A theory of cultural values and some implications for work. *Applied psychology*, 48(1), 23-47.

- Schwartz, S. H., & Rubel, T. (2005). Sex differences in value priorities: cross-cultural and multimethod studies. *Journal of personality and social psychology*, *89*(6), 1010-1028.
- Schwartz, S. H., Cieciuch, J., Vecchione, M., Davidov, E., Fischer, R., Beierlein, C., Ramos, A., Verkasalo, M., Lönnqvist, J.-E., Demirutku, K., Dirilen-Gumus, O., & Konty, M. (2012). Refining the theory of basic individual values. *Journal of Personality and Social Psychology*, *103*(4), 663–688.
- Sillerud, H. (2011). *Generational Differences in Employee Work Values: An Explorative Study in a Norwegian Work Context*. Thesis,
<https://pdfs.semanticscholar.org/d90a/dd50081fd2542d6979eec5759bb07472e530.pdf>
- Super, D. E. (1957). *The psychology of careers: an introduction to vocational development*. New York, Harper & Row.
- Super, D. E. (1973). The Work Values Inventory. In D. G. Zytowski, *Contemporary approaches to interest measurement*. U. Minnesota Press.
- Super, D. E., Šverko, B. E. (1995). *Life roles, values, and careers: International findings of the Work Importance Study*. Jossey-Bass.
- Turban, D., Dougherty, T. (1994). Role of protégé personality in receipt of mentoring and career success. *Academy of Management Journal*, *37*, 688-702.
- Twenge, J. M., Campbell, S. M., Hoffman, B. J., Lance, C. E. (2010). Generational differences in work values: Leisure and extrinsic values increasing, social and intrinsic values decreasing. *Journal of management*, *36*(5), 1117-1142.
- Zupan, N., Kaše, R., Raškovic, M., Yao, K., Wang, K. (2013). Getting ready for generation Y joining the workforce: A comparative analysis of work values of Chinese and Slovenian business students. In *Book of proceedings of the 1st China-Central and Eastern Europe (CEE) Conference on Cross-Cultural Dialogue* (4-6), Education & Business, October.

A HÉT ÉRINTÉS SKÁLÁVAL SZERZETT HAZAI TAPASZTALATOK

NYITRAI Erika, TAKÁCS Szabolcs

KRE Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék,

KRE Általános Lélektani és Módszertani Tanszék

nyitraierika@kre.hu

Absztrakt

Cél: A Brennan, Wu és Loev (1998) által kidolgozott Hét Érintés Skála egy 51 tételes önkitöltős kérdőív, mely az érintés iránti attitűdöket hivatott mérni a felnőttkori romantikus kapcsolatok kontextusában. Jelen tanulmány célja a kérdőív pszichometriai mutatóinak bemutatása a magyar mintán nyert adatokon.

Módszer: Keresztmetszeti kérdőíves vizsgálatban 373 főtől (50,4% férfi 49,6% nő, átlagéletkor 33 év (szórás=10,5 év), 63% párkapcsolatban, 22% házasságban, 13% élettársi kapcsolatban él, a kapcsolatban eltöltött idő átlagosan 70,89 hónap (szórás=93,8 hónap) nyertünk adatokat. A kitöltők a demográfiai kérdések és a kötődés felmérését szolgáló kérdőív mellett kitöltötték a Hét Érintés Skálát.

Eredmények: Mintánkon a Hét Érintés Skála magyar változata a megerősítő faktor elemzés (JASP programban, Rosseel, 2012) eredményei alapján az eredeti faktorstruktúrát mutatta. Az érintési attitűdökben különbséget találtunk a kötődés típusok között.

Kulcsszavak: felnőtt kötődés • érintési attitűdök • Hét Érintés Skála

A SZERETETTELJES ÉRINTÉS' JÓTÉKONY HATÁSAI A FELNŐTT PÁRKAPCSOLATBAN

Az érintés jótékony hatásairól számos ismerettel rendelkezünk (pl. Field, 2010; Gallace & Spence, 2011; Nyitrai, 2011), viszonylag kevesebbet tudunk azonban a felnőtt romantikus kapcsolatokban játszott ebbéli szerepéről.

A romantikus partnerek közötti érintés csökkentette a stresszes életeseményekre való reaktivitást azoknál az egyéneknél, akik stresszes helyzet előtt megérint(hett)ék partnereiket: csökkentette a pulzusszámot és a vérnyomást (Grewen, Anderson, Girdler, & Light, 2003), illetve a fájdalom mértékét (Fishman, Turkheimer, & DeGood, 1995).

A romantikus partnerek közti szeretetteli érintés stresszes körülmények között fokozta a biztonság és támogatottság érzését (Jakubiak & Feeney, 2016; Simpson, Rholes & Nelligan, 1992). A szeretetteli érintés hatása a biztonság érzé-

¹ A szeretetteljes érintés (Affectionate Touch, vagyis a vonzalom demonstrálására szánt érintés; Floyd, 2006) külön vizsgálható a szexuális érintéstől (Muise és mtsai, 2014; van Anders és mtsai, 2013), másképp kapcsolódik a jólléthez és a kötődés elkerüléséhez, mint a szexuális érintés. Az agy különbséget tesz az érintés érzelmi aspektusai és az érzelmileg semleges tapintási érzetek között (Gallace & Spence, 2011).

sére inkább alakult ki, ha az érintés a romantikus partnertől, mint ha egy közeli baráttól érkezett (Jakubiak & Feeney, 2016), függetlenül attól, hogy az érintést a partner választásának vagy a kísérletvezető utasításainak tulajdonították az érintést kapó személyek (Coan, Schaefer, & Davidson, 2006). Sőt, ha csak imaginálták egy közeli barát vagy a romantikus partner érintését, az is növelte a biztonság érzését (Jakubiak & Feeney, 2016).

A felnőttkori romantikus kapcsolatokban a szeretetteljes érintés pozitív érzelmi állapotokhoz kapcsolódott (Fisher, Rytting, & Heslin, 1976), az érintéssel kapcsolatos komfort, az étellel való elégedettség és az önbizalom növekedéséhez, és a negatív érzések csökkenéséhez (Fromme, Jaynes, Taylor, Hanold, Daniell, Rountree, & Fromme, 1989). A partnerrel való napi szintű érintéses kapcsolat nem csak rövid távon javította a hangulatot, de az általános pszichés jóllét hosszú távú javulásával is járt (Debrot, Schoebi, Perrez, & Horn, 2013). A felnőttkori romantikus kapcsolatokban a szeretetteljes érintés elősegítette a személyes jóllét érzését (Jakubiak & Feeney, 2017). A gyengéd érintés részben azért fokozta a jóllétet, mert demonstrálta az intimitást, a támogatást és a rendelkezésre állást (Coan, Beckes, Gonzalez, Maresh, Brown, & Hasselmo, 2017; Debrot, Cook, Perrez, & Horn, 2012; Jones & Yarbrough, 1985). A romantikus kapcsolatokban az érintés oxitocin, az ún. kötődési hormon felszabadulásával járt (Gulledge, Hill, Lister, & Sallion, 2007).

A felnőttkori romantikus kapcsolatokban a szeretetteljes érintés elősegítette a kapcsolati jóllétet. Érintéssel számos érzelmet fejezhetünk ki (Hertenstein, Keltner, App, Bulleit, & Jaskolka, 2006). A romantikus kapcsolatokban élő egyének hajlamosak voltak a partnerek érintését úgy érzékelni, mint ami melegséget, szeretetet és elkötelezettséget fejez ki (Johson & Edwards, 1991; Pisano, Wall, & Foster, 1986). A romantikus kapcsolatokban tapasztalható gyakori szeretetteljes érintés nagyobb intimitással, kapcsolati elégedettséggel és elkötelezettséggel, kevesebb kapcsolati szorongással és a kapcsolat minőségének időbeli növekedésével járt (Debrot és mtsai, 2013; Gulledge, Gulledge & Stahmann, 2003). Az érintés elősegítette a párkapcsolat egészségét is (Jakubiak & Feeney, 2017).

Az érintés adása és fogadása az adónak és a fogadónak egyaránt előnyösnek bizonyult (Debrot és mtsai, 2013; Debrot, Stellar, MacDonald, Keltner & Impett, 2020; Field és mtsai, 1998).

Ennyi előny mellett könnyű elfogadni, hogy fontos a fizikai érintés megosztása a partnerek között, a párok ösztönzése arra, hogy a mindennapi életben gyakrabban vegyenek részt szeretetteli érintkezésben, a párok megtanítása az „érintésre hallgatásra” (Carmichael, Goldberg, & Coyle, 2020; Holt-Lunstad, Birmingham, & Light, 2008; Jakubiak & Feeney, 2019). Mégis körütekintést kíván ennek felvetése, hogyanja.

ÉRINTÉSI VISELKEDÉSRE ÉS ATTITÚDRE HATÓ TÉNYEZŐK

Az érintési és a megérintettségi élmény terén mutatkozó egyedi különbségeink egy része az érintés(i viselkedés) társadalmi, kulturális szabályozottsága különbségeit tükrözi (Finnegan, 2005; Jourard, 1966).

Mások az érintési viselkedésben megmutatkozó egyéni különbségeknek (nem, életkor, kapcsolatban eltöltött idő, kapcsolat minősége) tudhatók be (Chopik, Edelstein, van Anders, Wardecker, Shipman, & Samples-Steele, 2014; Gullede és mtsai, 2003; Nguyen, Heslin, & Nguyen, 1975).

A kutatók egy része az egyéni különbségek fejlődéstörténeteinkből fakadó aspektusait veszi górcső alá, és a korai és későbbi kapcsolati élmények hatását vizsgálja. Eredményeik szerint a gyerekkori családban a szülőkkel való testi/fizikai kontaktus mintáit kapcsoljuk össze a családon kívüli személyekkel való testi/fizikai kontaktus keresésének későbbi mintáival (Deethardt & Hines, 1983); a származási családbeli érintési gyakoriság megfelel a felnőttkori aktuális érintési viselkedés gyakoriságának (Schutte, Malouff, & Adams, 1988); sőt a testi/fizikai kontaktussal szembeni idegenkedés generációkon át tartó folyamatosságára vonatkozóan is vannak vizsgálati adataink (Chopik és mtsai, 2014; Main, 1990). A kötődélmélet magyarázatot is kínál. Az érintés a kötődés szempontjából releváns viselkedés, amelynek fontos következményei vannak gyermek és felnőtt korban (Ainsworth, Bell, & Stayton, 1972; Anisfeld, Casper, Noyzce, & Cunningham, 1990; Bowlby, 1982; Brennan, Wu, & Loev, 1998).

AZ ÉRINTÉS SZEREPE A KÖTÖDÉS ALAKULÁSÁBAN

Az érintés szerepe a kötődés alakulásában gyermekkorban

Az érintés nem csak fontos, hanem kritikus a csecsemőkori kötődés kialakulása szempontjából. Bowlby (1973, 1980, 1982) szerint a csecsemők velük született „kötődési tervvel” rendelkeznek, amely azt a célt szolgálja, hogy szoros közelségben legyenek az elsődleges gondozóikkal. Ennek megfelelően, a fizikai/testi kontaktus megteremtése, a „közelség keresése”, a kötődélmélet központi fogalma. Kutatásokkal sikerült igazolni, hogy az első év vége felé a kötődésben egyedi eltéréseket lehet azonosítani mind az otthoni, mind a laboratóriumi környezetben (ún. idegen helyzet teszt). Az egyéves korban meglévő biztonságos kötődés kapcsolatban áll azzal a korábbi megfigyeléssel, miszerint az anya „szertetteljes/gyengéd” módon bánik a gyermekével. Az elkerülő kötődésű gyermekek mamáit sokkal nagyobb valószínűséggel kódolták a megfigyelők úgy, hogy kellemetlen élményt nyújtanak a gyermekeik számára a testi érintkezés kontextusában, így ezek a gyerekek vagy idegenkednek az anyával való testi/fizikai kontaktustól, vagy ambivalensek az ilyen kontaktusokat illetően. A szorongó-el-

lenálló csecsemők mamái nem idegenkednek a szoros testi kontaktustól, ám mégsem képesek szeretetteljes/gyengéd testi/fizikai kontaktust biztosítani, a kézben tartás idejét leginkább rutineljárásokra használják (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978).

A biztonságos kötődés kialakulása szempontjából számít a testi/fizikai kontaktus időtartama (Anisfeld és mtsai, 1990), de még inkább az ilyen kontaktus minősége. Ezek a kutatások az érzékeny gondozást az affektív érintéssel (szerepetkifejező érintés) mutatják be (Bowlby, 1979).

Az érintés szerepe a kötődés alakulásában a felnőtt romantikus párok életében

A kötődélméletet Bowlby (1973, 1980, 1982) és Ainsworth (1978) eredendően a csecsemő és gondozója közötti biológiai alapú, önálló motivációs háttérű viselkedéses és érzelmi kötelék magyarázatára használták. Bowlby azonban már ekkor felvetette, hogy az egyéni fejlődés során a kötődés igénye és megnyilvánulásai sohasem halványulnak el, csak a szerepet betöltő személyek köre változik. Felnőttkorban a szerelmi partner lesz a legfontosabb személy, akire a kötődés igénye irányul. Klinikai megfigyelései alapján feltételezte, hogy a kötődés három funkciója – a közelség keresése a kötődési személlyel stresszhelyzetben; a biztonságos menedék, ahova mindig vissza lehet térni támaszért betegség, fáradtság vagy tanácstalanság esetén; valamint a biztonságos bázis, ahonnan a világ felfedezése és az autonómia bontakozása indulhat – a felnőttkori partnerkapcsolatokban is alapvetően jelen van. Meggyőződése volt, hogy az elsődleges gondozóval kialakult kötődés minősége és ennek reprezentációja (ún. belső munkamodell) meghatározó szerepet játszik felnőttkorban az érzelmi kapcsolatok létrejöttében, fenntartásában és egyéni mintázatának alakításában (Bowlby, 1982).

Bowlby belső munkamodell fogalma és az Ainsworth által leírt kötődésben tapasztalható egyéni különbségek – a biztonságos, a szorongó-elkerülő és a szorongó-ambivalens – a két legtermékenyebb koncepció volt a felnőttkori romantikus kapcsolatok kutatásai számára. A Bowlby által leírt belső modell kapcsolati sémának tekinthető, amely a későbbi életkorokban is alakítja a párkapcsolati elvárásokat, a motivációt és a viselkedést (Fraleigh, Vicary, Brumbaugh, & Roisman, 2011; Zayas, Mischel, Shoda & Aber, 2011).

Az érintés fogadása a felnőttek közeli kapcsolatában elősegíti az érzett biztonságot (a biztonság és a közelség érzése) és a biztonságos kötődés séma aktíválódását; előhívja a biztonságos kapcsolati tapasztalatok emlékeit (Baldwin, 2007; Carnelley & Rowe, 2010). A romantikus partnertől kapott érintéssel növekszik a partnerhez való közelség érzése, a biztonság, gondozva lenni érzése és a partner részéről megértve lenni érzése (Debrot és mtsai, 2012; Debrot és mt-

sai, 2013.) A szeretetteljes érintés egy olyan kiemelkedő kapcsolati tapasztalat lehet, amely elősegíti biztonságos kötődést (Jakubiak & Feeney, 2016).

A kötődéseméleti keretben gondolkodó kutatók számára a felnőttkori szerelembeesés ugyan-azon változók egy részét érinti – köztük az érintést –, mint a csecsemők és az anyák közötti kötődés kialakulása, azzal a kivétellel, hogy a felnőttkori gondoskodás sokkal inkább kölcsönös, és van egy szexuális összetevője is (Shaver, Hazan, & Bradshaw, 1988). Vizsgálataik szerint a párok közötti kötődés kialakulása két lépcsőben zajlik. A szerelembe esés első fázisára a közelség keresése jellemző, majd a kapcsolat fejlődésével a kapcsolat mint biztonságos menedék is egyre fontosabb szerepet kap. Ebben a szakaszban gyakori és intenzív intim együttlétek zajlanak. A kapcsolat második fázisában, a kötődési fázisban, az intim érintkezések gyakorisága és intenzitása csökken, és a kötődés másik két komponense – a szeparáció elleni tiltakozás és a biztonságos bázis – is részévé válik a partnerek kötődésének (Hazan & Zeifman, 1996). A kapcsolaton belüli érintés szempontjából a gondoskodás, az elköteleződés nonverbális jelei (az egymás iránti szeretet jelzése a kívülállók számára a nyilvános megjelenítés útján) és általában a gyengéd érintés kerül előtérbe.

A FELNŐTTKORI KÖTÖDÉSI TÍPUSOK² ÉS AZ ÉRINTÉSI ATTITÚDOK ÉS VISELKEDÉS

A felnőttek romantikus kötődését a kutatók két dimenzió mentén írják le: a szorongás (az elhagyástól való félelem és a szeretet, megnyugtatás túlzott igénye) és az elkerülés (önállóság és a szoros közelséggel járó kellemetlenség) mentén (Shaver & Mikulincer, 2002).

A biztonságos kötődés (alacsony szorongás, alacsony elkerülés) pozitív kapcsolatban áll a párkapcsolat iránti elkötelezettséggel, a párkapcsolattal való elégedettséggel, a kapcsolatokban a nagyobb kölcsönös függőséggel és a kapcsolaton belüli pozitív érzelmekkel (Feeney, 2008; Simpson, 1990). A biztonságos kötődésű személyek úgy gondolják, hogy mások általában reagálóak és megbízhatóak; élvezik a pszichológiai és fizikai közelséget és a másokkal való bensőségességet. Amikor stresszes helyzetekbe keverednek, a biztonságosan kötődő egyének érzelmi támogatást keresnek partnereiknél, és hajlandók érzelmi támogatást nyújtani, ha partnereik stresszes helyzetben vannak (Simpson és mtsai, 1992). A biztonságos kötődésű egyének hajlamosabbak a nem verbális kommunikációra – ideértve az érintést (Guerrero & Bachman, 2006; Tucker & Anders, 1998). Képesek az érintést biztonság keresésre és érzelmek/kötődés kifejezésére használni (Chopik és mtsai, 2014) és részesülni az érintés jótékony hatásaiból (Carmichel és mtsai, 2020).

² A téma szerteágazósága miatt a dimenzionális és a négykategóriás megközelítések keretében kutatásokra hivatkoztunk.

A szorongás dimenzióban magas értékkel jellemezhető egyének hajlamosak arra, hogy méltatlannak tartásák magukat a gondoskodásra és szeretetre, másokat pedig következetlennek és megbízhatatlannak tartanak. Következésképpen több szorongást tapasztalnak a közelség miatt (Shaver & Mikulincer, 2007), gyakran bizalmatlanok, féltékenyek és ragaszkodók (Brennan & Shaver, 1995; Hazan & Shaver, 1987). A szorongó kötődésű felnőttek általában túlzottan függenek partnereiktől, és romantikus kapcsolataikban félnek az elhagyástól (Bartholomew, 1990; Hazan & Shaver, 1987). A szorongó kötődés kevésbé pozitív érzelmekkel és több negatív érzelemmel társul a romantikus kapcsolatokban (Feeney, 2008; Simpson, 1990). Elmondásuk szerint kevésbé hajlamosak az érintésre, attól tartva, hogy a partner elutasíthatja a szeretet iránti ajánlatukat (Hazan & Shaver, 1987), de arra is, hogy több érintésre vágnak, mint amennyit kapnak (Brennan és mtsai, 1998a). A szorongó kötődésű felnőttek hajlamosak az érintést a partnerük vizsgálatására használni, viszont kontrolláló és manipuláló szándékkal is hajlamosak használni (Feeney & Collins, 2001). Szintén a szorongóan kötődő felnőttek számoltak be arról, hogy élvezik a gyengéd és intim aspektusait a szexuális viselkedésnek, de ők azok, akik aggódnak a szexuális partnerként való vonzóságuk és elfogadhatóságuk miatt, és hajlamosak a szexet partnereik irányítási módjaként használni (Brennan és mtsai, 1998a; Davis, Shaver & Vernon, 2004). Ezek az érintéshez kapcsolódó ambivalens érzések abban is tükröződhetnek, hogy nincs kapcsolat a szorongó kötődés és az érintés gyakorisága között a romantikus partnerek közti viselkedéses tanulmányokban (Fraley & Shaver, 1998; Simpson és mtsai, 1992), mint ahogy nincs kapcsolat a (kötődés) szorongás és az ölekezéssel kapcsolatos érzések közt sem (Chopik és mtsai, 2014).

Az elkerülés dimenzióban magas pontszámmal jellemezhető emberek hajlamosak másokat megbízhatatlannak, elérhetetlennek, kevésbé gondoskodónak látni, ezért hajlamosak tagadni kötődési igényeiket, kicsinyítik az intimitás fontosságát, tartanak tőle, arra törekednek, hogy fenntartsák az önállóságot és a függetlenséget (Feeney & Collins, 2001; Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Shaver, 2008).

Az elkerülő kötődésű felnőttek kevésbé vesznek részt a nem verbális kommunikációban – az érintést is ideértve (Tucker & Anders, 1998) –, ha tehetik nagyobb interperszonális távolságot választanak (Guerrero, 1996), kevesebb közelséget akarnak a kapcsolataikban, mint amennyi van (Mashek & Sherman, 2004). A kapcsolatban kerülnek az érintéseket (Ozolsins & Sandberg, 2009), az érintést tolakodónak és a függetlenséget fenyegetőnek érzékelhetik (Carmichael és mtsai, 2020), és negatívabb az öleléshez való hozzáállásuk (Chopik és mtsai, 2014). Még stresszel teli helyzetekben is ellenállóak a romantikus partnerüktől kapott érintéssel szemben, és kevésbé keresik velük a fizikai kontaktust (Simpson és mtsai, 1992). Kevesebb érintésről számolnak be akkor is, amikor partnerük rászorulna arra (Kunce & Shaver, 1994), és általában is partnerüket kevesebb-

szer érintik, mint a biztonságosabb kötődésűek (Chopik és mtsai, 2014; Tucker & Anders, 1998). Az érintés előnyeit kevésbé élvezik, kevésbé váltja ki náluk a biztonság érzését (Jakubiak & Feeney, 2016). Nő azonban azon tanulmányok száma, melyek azt mutatják, a közelséghez való negatív viszonyulás ellenére a kötődéskerülésben magasabb értékeket elérő egyének a közelséghez való negatív viszonyulás ellenére is profitálhatnak partnereik pozitív cselekedeteiből.

Az elkerülők kevesebbet profitáltak az érintésből, ha azt kontrollált kísérleti tervezésben kapták, ahol a partneri érintés nem volt spontán (Jakubiak & Feeney, 2016), de mindennapi életvitelükről készített naplóbeszámolók alapján (itt az érintési viselkedés gyakoriságára kérdeztek rá) a szeretetkifejező érintés a kötődés elkerülése mértékétől függetlenül társult a jóléthez (Debrot és mtsai, 2020). Bár az érintés hatása mérsékelt volt, de az apró változásokkal a jólét idővel felhalmozódhat, hogy elősegítse az elkerülők jóllétének hosszú távú javulását. Még az elkerülőbb kötődésű emberek is profitálnak az érintésből (Stanton, Campbell, & Pink, 2017), ők is fontosnak tartják az érintést a romantikus párok kapcsolatban (Johansson, 2013), a mindennapi élethelyzetben pozitívan érzékeltek az érintést, és gyakrabban kezdeményezték azt (Carmichael és mtsai, 2020).

Három olyan kutatást találtunk, amely összetettebb képet ad arról, hogy mire is használják az érintést a különböző kötődésű emberek.

MIRE HASZNÁLJÁK A KÜLÖNBÖZŐ KÖTÖDÉSŰ SZEMÉLYEK AZ ÉRINTÉST A FELNÖTT ROMANTIKUS KAPCSOLATOKBAN – A HÉT ÉRINTÉS SKÁLÁVAL NYERT TAPASZTALATOK

Brennan, Wu és Loev (1998) Brennan, Clark és Shaver (1998), valamint Samples-Steele (2011) kimondottan az érintést és az érintésnek a kötődési kötelek létrejöttét és megőrzését/fenntartását mérő eszközt, az ún. Hét Érintés Skálát használták a különböző kötődésű személyek érintési attitűdjének feltárására (a kötődés mérésére az ECR-t – Brennan és mtsai, 1998). A szorongás és elkerülés pontok alapján a vizsgálatban résztvevőket négy kategóriába sorolták (vö. Bartholomew és Horowitz (1991) kategóriái).

A következőket találták:

A „Több érintésre vágyik” skálán magasabb pontot értek el a szorongás skálán magasabb pontot elérők (félelemteli: átlag=3,34, aggódó: átlag=4,93), mint az alacsony szorongás pontot elérők (elutasító: átlag=2,43, biztonságos: átlag=2,07);

Az „Érzelmi közelség” skálán magasabb pontot értek el az elkerülés skálán alacsonyabb pontot elérők (biztonságos: átlag= 6,10, aggódó: átlag=6,05), közülük alacsonyabbat az elkerülés skálán magasabb pontot elérők (félelemteli: átlag=5,14, elutasító: átlag=4,93);

Az „Idegenkedés az érintéstől” skálán magasabb pontot értek el az elkerülés skálán magasabb pontot elérők (félelemteli: átlag=2,86, elutasító: átlag=2,78),

tőlük alacsonyabbat az elkerülés skálán alacsonyabb pontot elérők (aggódó: átlag= 2,17, biztonságos: átlag=1,80);

A „Biztonságos menedék” skálán magasabb pontot adtak az elkerülés skálán alacsonyabb pontot elérők (aggódó: átlag= 5,00, biztonságos: átlag=4,67), alacsonyabbat az elkerülés skálán magasabb pontot elérők (félelemteli: átlag= 4,22, elutasító: átlag=3,72).

A további skálákról csak sorrendet közölnek. Eszerint:

A „Szexuális érintés” skálán magasabb pontot értek el az elkerülés skálán alacsony pontot elérők (biztonságos és aggódó csoport, és köztük nem volt eltérés), alacsonyabb pontot értek el az elkerülés skálán magas pontot elérők (elutasító és félelemteli, köztük nem volt eltérés);

„A nyilvánosság előtti érintéssel kapcsolatos kényelmetlenség érzése” skálán hasonlóan alacsonyabb pontot értek el az elkerülés skálán alacsony pontot elérők (biztonságos és aggódó csoport), mint az elkerülés skálán magas pontot elérők (elutasító és félelemteli csoport), akik között nem volt különbség;

A „Kontroll” skálán magasabb pontot értek el az elkerülés skálán magasabb pontot elérők (elutasító és félelemteli csoport), mint az elkerülés skálán alacsonyabb pontot elérők (biztonságos és aggódó csoport) (Brennan és mtsai, 1998a,b – ennyi adatot adtak meg).

További elemzésekkel azt találták, hogy az „Érzelmi közelség” és a „Biztonságos menedék” skálákon elért alacsony, illetve az „Idegenkedés az érintéstől” skála magas pontszámai különválasztották a félelemteli és az elutasító kötődésű embereket a biztonságos és az aggódó kötődésűektől – az elkerülés magas pontjaikat elérőket az alacsonyabb pontokat elérőktől. A „Több érintésre vágyik” és a „Kontroll” skálákon elért magas pontok különválasztották a félelemteli és az aggódó, illetve a biztonságos és az elutasító kötődésű embereket – a szorongás skálán magas, illetve alacsony pontot elérő emberket. „A nyilvánosság előtti érintéssel kapcsolatos kényelmetlenség érzése” és a „Szexuális érintés” képezte a harmadik függvényt, ezek nem járultak hozzá szignifikánsan a kötődési kategóriabeli tagság megjósolásához/kiszámításához (Brennan és mtsai, 1998a, b).

A kapcsolati státusz alapján is különbségeket találtak.³ Eredményeik szerint azok a válaszadók, akik elkötelezettségükről és szerelmükről számoltak be (4. csoport), magasabb pontszámot értek el az „Érzelmi közelség” (átlag=4,47) és a „Biztonságos menedék” (átlag=3,76) skálákon, és alacsonyabbat a „Több érintésre vágyik” (átlag=2,11) skálán, szemben az elkötelezett, de nem szerelmeikkel (3. csoport) (átlagok ebben a sorrendben: 4,24; 3,38 és 2,52), és a nem szerelmes és nem is elkötelezettekkel (1. csoport) (átlagok: 4,06; 3,40 és 2,53).

³ Négy csoportot alakítottak ki. Az 1. csoportba nyertek besorolást azok, akik nem voltak sem szerelmesek, sem elkötelezettek; 2. csoportba azok, akik szerelmesek voltak, de nem kötelezték el magukat; 3. csoportba azok, akik elkötelezettek voltak, de nem voltak szerelmesek; és a 4. csoportba azok, akik egyszerre voltak szerelmesek és elkötelezettek.

Az „Idegenkedés az érintéstől” skálán a 4. csoport érte el a legalacsonyabb pontot (átlag=1,80) (többiek: 3: 2,03; 2: 2,17; 1: 2,23). A „Szexuális érintés skála” megkülönböztette az 1. (átlag= 3,50) és a 4. csoportot (átlag= 3,74), az utóbbi csoport magasabb tendenciáról számolt be. Érdekes módon úgy tűnt, hogy „A nyilvánosság előtti érintéssel kapcsolatos kényelmetlenség érzése” és az „Idegenkedés az érintéstől” nem kapcsolódik a kapcsolati szakaszhoz, ami azt jelzi, hogy ennek a konstrukciónak nem sok köze lehet az elkötelezettség nyilvános megjelenítéséhez (Brennan és mtsai, 1998a, b).

A férfiak és a nők közötti különbségeket vizsgálva azt találták, hogy „A több érintésre vágyik” és az „Idegenkedés az érintéstől” skálán a férfiak magasabb pontokat adtak, mint a nők. A nők pedig az „Érzelmi közelség” skálán adtak magasabb pontokat (Samples-Steele, 2011).

A HÉT ÉRINTÉS SKÁLA BEMUTATÁSA

Brennan, Wu és Loev (1998) célja a Hét Érintés Skála kidolgozásával az volt, hogy olyan új mérőeszközt hozzanak létre, amely megfelelően képes mérni az érintés iránti attitűdökben mutatkozó egyedi eltéréseket a romantikus kapcsolatok kontextusában. Az volt a szándékuk, hogy az érintést és az érintésnek a kötődési kötelékek létrejöttét és megőrzését/fenntartását tanulmányozó kutatók számára egy sor, elméleti szempontból releváns mérőeszközzel szolgáljanak.

Az általuk létrehozott mérőeszköz a korábbi/későbbi kérdőívektől eltérően konkrét leírásokat tartalmaz, amelyek információkkal szolgálnak az érintés funkciójáról.

A skálák tételei között szerepelnek az érintés mennyiségére, valamint a minőségére vonatkozó tételek, illetve egyeseken szerepelnek benne olyan állítások, melyekben a megkérdezett személy megérint valakit, vagy őt érintik meg.

Bár az érintési skáláikat a konkrét kötődési típusokhoz való hozzárendelésük nélkül dolgozták ki, a későbbi kutatások kapcsolatot mutatnak az új érintési mérőeszközzel mért érintési attitűdök és a kötődés típusok között.

A korábbi/későbbi kérdőívekhez hasonlóan az általuk létrehozott mérőeszköz is önbevalláson alapul.

A kérdőív 51 állítást tartalmaz, melyeket egy 7 fokozatú Likert-skálán kell értékelniük a kitöltőknek (1=egyáltalán nem értek egyet, egyáltalán nem jellemző, 7= teljesen egyetértek, nagyon jellemző).

A kérdőív – ahogyan azt az elnevezése is mutatja – hét skálából áll.

A „Több érintésre vágyik” (Desires More Touch) skála nyolc állítása azt méri, hogy az egyén mennyire vágyik több érintésre a kapcsolatában (a nyilvános érintésre vonatkozó állítások ld. ott). Olyan állításokat tartalmaz, mint: „*Néha nem vagyok túlzottan megelégedve kapcsolatomban az érintés mennyiségével.*”; „*Még kettesben sem tudok elegendő érintést kivívni a partneremtől.*”; „*Partne-*

rem néha mindent megtesz, hogy elkerülje az érintésem.” A skálán elért magas pontok azt jelzik, hogy a megkérdezett egyetért azokkal az állításokkal, miszerint több érintésre vágyik a párkapcsolatában. (A szerzők által tesztelt mintán Cronbach-alfa=0,86.)

Az „Érzelmi közelség” (Affectionate Proximity) skála kilenc állítása annak felmérésére szolgál, hogy az érintést mennyire használja a személy a közelség megteremtésére, a gyengéd érzelmek kifejezésére. Olyan állításokat tartalmaz, mint: *„Néha szeretem minden különösebb ok nélkül, csak úgy karjaimban tartani partneremet.”*; *„Szeretem fogni a partnerem kezét, így mutatván ki iránta való érzéseimet.”*; *„Gyakran érintéssel fejezem ki partneremnek, hogyan érzek iránta.”* A skálán elért magas pontok azt jelzik, hogy a megkérdezett egyetért azokkal az állításokkal, miszerint az érintést a párkapcsolatában közelség megteremtésére, a szeretet kifejezésére használja. (A szerzők által tesztelt mintán Cronbach-alfa=0,83.)

A „Szexuális érintés” skála (Sexual Touch) hét, az érintésnek mint a szexuális szándéknak, intimitás kifejezőjének szerepére vonatkozó állításokat tartalmaz. Ezek: *„Amikor megérintem a partneremet, általában szexuális izgalomba jövök.”*; *„Általában már attól szexuális izgalomba jövök, ha a partnerem csak hozzám ér.”*; *„Az érintést eszközként használom arra, hogy szexuális együttlétet kezdeményezzek a partneremmel.”* A skálán elért magas pontok azt jelzik, hogy a megkérdezett egyetért azokkal az állításokkal, miszerint az érintést a párkapcsolatban a szexuális szándék kifejezésére, a szexualitás részeként használja. (A szerzők által tesztelt mintán Cronbach-alfa=0,86.)

Az „Idegenkedés az érintéstől” skála (Touch Aversion) nyolc állítása az érintés kerülésére, elutasítására, annak fenyegető, betolakodó vagy idegesítő voltának feltérképezésére szolgál. Olyan állításokat tartalmaz, mint: *„Partnerem egyfolytában panaszkodik, hogy nem érintem meg elégszer.”*; *„Többnyire nem szeretem, amikor a partnerem megérint.”*; *„Partnerem érintését néha nagyon idegesítőnek tartom.”* A skálán elért magas pontok azt jelzik, hogy a megkérdezett egyetért azokkal az állításokkal, miszerint idegenkedik az érintéstől a párkapcsolatában. (A szerzők által tesztelt mintán Cronbach-alfa=0,82.)

A következő „A nyilvánosság előtti érintéssel kapcsolatos kényelmetlenség érzése” (Discomfort with Public Touch) skála öt állítást tartalmaz. A nyilvánosság előtt a partnertől kapott, illetve neki adott érintéssel kapcsolatos komfort mértékét méri fel. Az állítások: *„Partneremet és engem nem zavar, ha mások jelenlétében érintjük meg egymást” (F)*; *„Szerintem a testi vonzalom kifejezése a nyilvánosság előtt nem helyénvaló.” (F)*; *„Partneremnek és nekem egészen természetes, hogy megérintjük egymást, még akkor is, ha mások is jelen vannak.”* A skálán elért magas pontok azt jelzik, hogy a megkérdezett egyetért azokkal az állításokkal, miszerint a zavarba ejtő számára, ha nyilvánosság előtt érintik meg egymást a partnerével. (A szerzők által tesztelt mintán Cronbach-alfa=0,72.)

A „Kontroll” skála (Coercive Control) hat állítása felméri, hogy a személy mennyire használja az érintést az agresszió, a dominancia kifejezésére és a partnere kontrollálására. Olyan állítások tartoznak ide, mint: *„Használok arra az érintést, hogy kifejezzem a partnerem iránti ellenséges érzelmeimet és neheztelésemet.”*; *„Gyakran érint meg úgy a partnerem, hogy kifejezze, ő irányít.”* A skálán elért magas pontok azt jelzik, hogy a megkérdezett egyetért azokkal az állításokkal, miszerint az érintést a párkapcsolatában a másik iránti ellenséges érzések kifejezésére, kontrollra használják. (A szerzők által tesztelt mintán Cronbach-alfa=0,71.)

A „Biztonságos menedék” skála (Safe Haven) nyolc állítása az érintés biztonság- és menedékkeresésre való használatát vizsgálja olyan állítások segítségével, mint pl.: *„Amikor nem érzem jól magam, szükségem van rá, hogy a partnerem megérintsen.”*; *„Ha feszült vagy beteg vagyok, jobb szeretem, ha partnerem nem ér hozzám.” (F)*; *„Amikor a partnerem rosszkedvű, első reakcióm, hogy megérintsem.”* A skálán elért magas pontok azt jelzik, hogy a megkérdezett egyetért azokkal az állításokkal, miszerint az érintést a párkapcsolatában a biztonság, a megnyugtatás kifejezésére használja. (A szerzők által tesztelt mintán Cronbach-alfa=0,79.)

SAJÁT KUTATÁSUNK

A kutatás a KRE Személyiség- és Egészségpszichológia Tanszékén a „Felnőtt kötődés – párkapcsolat – érintés” című kutatás (kutatásetikai engedély száma: 332/2016/P) keretében készült. Ebben a tanulmányban ebből a Hét Érintés Kérdőív magyar mintán történő kipróbálása, pszichometriai elemzése során nyert eredményeinket mutatjuk be.

ELJÁRÁS

A kérdőív vizsgálatához szükséges adatokat papír ceruza tesztek formájában, személyes tesztfelvétel útján nyertük. A kitöltés feltétele a betöltött 18 életév és minimum fél éve tartó párkapcsolat megléte volt.

Vizsgáltuk, hogy magyar mintán a kérdőív skáláin a tételek töltődése hogyan alakul.

A felnőtt romantikus kapcsolatokban az affektív érintést vizsgáló korábbi kutatások eredményeire alapozva a kérdőív használhatóságához a következő kritériumokat fogalmaztuk meg: a mérőeszköznek alkalmasnak kell lennie a különböző kötődésű személyek érintési attitűdje közti különbségek kimutatására; a különböző kapcsolati státuszban levő személyek érintési attitűdjei közti különbség megragadására; a kapcsolatban eltöltött idő alapján különbséget kell

jeleznie; eltérő mintázatot kell mutatnia a férfiak és nők között az érintési attitűdökben; eltéréseket kell mutatnia életkorok tekintetében és mivel az érintés kulturálisan meghatározott, a szerzők eredményeivel azonos és eltérő eredményeket is várunk a magyar mintán.

Megerősítő faktor elemzést végeztünk a JASP programban (Rosseel, 2012). A leíró statisztikáknál talált ferdeség és csúcosság értékek esetében azt találtuk, hogy a változók e két paramétere több ponton is (alacsony standard hiba mellett) szignifikánsan eltér 95%-os szint mellett a normális eloszlás 0-0 értékeitől, ráadásul jelentős mértékben (meghaladja az 1-es abszolútértéket), tehát a korrelációs vizsgálatok esetében Pearson-féle korrelációs együttható helyett Kendall-féle tau-b monotonitási mértéket használtunk, valamint a csoportok közötti összehasonlításoknál nemparaméteres eljárásokat vettünk figyelembe (Mann-Whitney és Kruskal-Wallis próbákat).

A MINTA BEMUTATÁSA

A mintában 373 fő személyes tesztfelvétel során nyert adatait dolgoztuk fel. A kitöltők között 188 (50,4%) férfi és 185 (49,6%) nő adata található. A kitöltők átlagéletkora 33 év (10,5 év szórással). A megkérdezettek közül 44-en faluban (11,8%), 137-en városban (36,7%) és 192-en a fővárosban (51,5%) élnek. 4 kitöltőnek általános iskolai végzettsége van (1,1%), 16-an szakközépiskolát/szakmunkásképzőt végeztek (4,3%), 197-en érettségiztek (52,8%) és 156-an főiskola/egyetemi végzettséggel rendelkeznek (41,8%). A kapcsolati státusz tekintetében 235-en párkapcsolatban (63,0%), 49-en élettársi kapcsolatban vannak (13,1%), házasságban élnek 82-en (22,0%) és 7-en egyéb státuszt adtak meg (1,9%). A megkérdezettek átlagosan 70,89 hónapja (93,8 hónap szórással) vannak az általuk jelzett kapcsolatban.

VIZSGÁLATI ESZKÖZÖK

A demográfiai kérdések mellett a kötődést és az érintési attitűdöt mértük. A résztvevőkkel az Experiences in Close Relationships (ECR) (Brennan és mtsai, 1998a) töltöttük ki. A mérőeszközt gyakran használják a szorongás és az elkerülés mérésére. A 18 tételes elkerülés alskála ($\alpha = ,93$) az egyén közelséggel szembeni diszkomfort érzését tükrözi. A 18 tételes szorongás alskála ($\alpha = ,92$) az egyén elhagyás miatti aggodalmát tükrözi. Pl. „*Nem érzem jól magam, ha megnyílok a romantikus partnerek előtt*” (elkerülés), és „*Gyakran aggódom, hogy a párom nem igazán szeret engem*” (szorongás). A résztvevők 7 pontos Likert-skála alapján értékeli az egyes állításokkal való egyetértés mértékét, 1-től (nem értek egyet erősen) és 7-ig (határozottan egyetértnek).

Az érintési attitűdök mérésére a Hét Érintés Skálát használtuk (Brennan és mtsai, 1998b). A kérdőív 51 állítást tartalmaz, melyeket 7 fokozatú Likert-skálán kell értékelniük a kitöltőknek (1=egyáltalán nem értek egyet, egyáltalán nem jellemző, 7= teljesen egyetértek, nagyon jellemző) (részletes ismertetés fentebb).

EREDMÉNYEK

A megerősítő faktorelemzés eredményei

A megerősítő faktor elemzés (Rosseel, 2012) eredményei alapján elfogadhatónak mondhatjuk az eredeti faktorstruktúrát ($\chi^2/df = 3312,912/1203 = 2,75$, CFI=0,727, TLI=0,711, SRMR=0,085, RMSEA=0,069 (90%: 0,066-0,072)). Az illeszkedési mutatók, bár nem érik el a minimális 0,8-as értéket, a hiba mutatók elmaradnak a 0,1-es felső határtól. A Cronbach-alfa értékek a skálák esetében elfogadható mértékűek, és a következőképpen alakultak: „Több érintésre vágyik” (0,788); „Érzelmi közelség” (0,831); „Szexuális érintés” (0,857); „Idegenkedés az érintéstől” (0,824); „Kényelmetlenség érzés a nyilvánosság előtti érintéstől” (0,672); „Kontroll” (0,651); „Biztonságos menedék” (0,766).

Leíró statisztikák

A mintában a kötődési kérdőívben az elkerülés skálán elért pontok átlaga 1,46 (szórás=0,52), a szorongás skálán elért pontok átlaga 2,25 (szórás=0,65).

A Hét Érintés Skálán elért átlagok alakulása skálánként: „Több érintésre vágyik” átlag 2,31 (szórás=0,995); „Érzelmi közelség” átlag 5,82 (szórás=0,94); „Szexuális érintés” átlag 4,49 (szórás=1,23); „Idegenkedés az érintéstől” átlag 1,71 (szórás=0,81); „A nyilvánosság előtti érintéssel kapcsolatos kényelmetlenség érzése” átlag 3,09 (szórás=1,125); „Kontroll” átlag 1,88 (szórás=0,82); „Biztonságos menedék” átlag 5,21 (szórás=1,14).

Korrelációs elemzések

A Hét Érintés Skála és a kötődés két skálája közti korrelációk

Az érintés és az ERC skála közötti kapcsolatok esetében kapott eredményeket az 1. számú táblázatban mutatjuk be. Kiemeltük a 0,2-es abszolútértéknél nagyobb értékeket. Ez alapján látható, hogy az Elkerülés és az „Érzelmi közelség” ($\tau\text{-}b = -0,265$, $p < 0,001$), az Elkerülés és a „Biztonságos menedék” ($\tau\text{-}b = -0,283$, $p < 0,001$) esetében szignifikáns, gyenge-közepes negatív együttjárás tapasztal-

ható. Az Elkerülés és az „Idegenkedés az érintéstől” (tau-b=0,345, p<0,001) esetében szignifikáns, közepes pozitív együttjárás tapasztalható. A Szorongás és a „Több érintésre vágyik” (tau-b=0,345, p<0,001) esetében szignifikáns, közepes pozitív, a Szorongás és a „Kontroll” (tau-b=0,241, p<0,001) esetében szignifikáns, gyenge-közepes pozitív együttjárás tapasztalható.

1. számú táblázat. A Hét Érintés Skála és a kötődés két skálája
- elkerülés, szorongás - közti korrelációk

STS skálák		ECR: elkerülés, átlag	ECR: szorongás, átlag
„Több érintésre vágyik”	Tau-b	,165**	,345**
	p	0,000	0,000
„Érzelmi közelség”	Tau-b	-,265**	0,068872
	p	0,000	0,055
„Szexuális érintés”	Tau-b	-0,05836	0,030879
	p	0,106	0,386
„Idegenkedés az érintéstől”	Tau-b	,345**	,111**
	p	0,000	0,002
„A nyilvánosság előtti érintéssel kapcsolatos kényelmetlenség érzése”	Tau-b	,085*	0,031467
	p	0,020	0,382
„Kontroll”	Tau-b	,131**	,241**
	p	0,000	0,000
„Biztonságos menedék”	Tau-b	-,283**	0,046451
	p	0,000	0,194

Az érintési attitűdök és a párkapcsolati státusz

Az érintési attitűdök és párkapcsolati státusz közti kapcsolatra vonatkozó eredményeinket a 2. számú táblázatban mutatjuk be. Eszerint a párkapcsolati státusz – együttjárás, élettársi kapcsolat, házasság, egyéb – mentén statisztikai különbségeket találunk a „Kontroll” skálán kívül valamennyi skálán. Azonban ezek mértékét tekintve jelenség szinten nem értelmezhetők.

2. számú táblázat. Az érintési attitűdök és a párkapcsolati státusz közti összefüggések

STS skála	Párkapcsolati státusz
„Több érintésre vágyik”	0,001
„Érzelmi közelség”	0,006
„Szexuális érintés”	0,115
„Idegenkedés az érintéstől”	0,014
„Nyilvánosság előtti érintéssel kapcsolatos kényelmetlenség érzése”	0,008
„Kontroll”	0,028
„Biztonságos menedék”	0,050

Az érintési attitűdök alakulása a két nem esetében

Az érintési attitűdökben három skálán – „Érzelmi közelség”, „Kontroll” és „Biztonságos menedék” – találtunk statisztikailag szignifikáns különbséget a férfiak és a nők között, mindhárom skálán a nők érték el magasabb pontokat. Az adatokat a 3. számú táblázatban mutatjuk be. Azonban, ha ránézünk az értékekre, *rangátlagok alapján a csoportok között nincsen nagyobb különbség.*

3. számú táblázat. Az érintési attitűdök alakulása a két nem esetében

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
„Több érintésre vágyik”	16868,5	33888,5	-0,325	0,745
„Érzelmi közelség”	12888,5	30466,5	-4,183	0,000
„Szexuális érintés”	15437	32642	-1,877	0,061
„Idegenkedés az érintéstől”	15830,5	33035,5	-1,423	0,155
„Nyilvánosság előtti érintéssel kapcsolatos kényelmetlenség érzése”	17006	34772	-0,370	0,712
„Kontroll”	14572,5	32338,5	-2,720	0,007
„Biztonságos menedék”	14300,5	31878,5	-2,893	0,004

Az érintési attitűdök és a kapcsolatban eltöltött idő

Találtunk korrelációkat az érintési attitűdök és a kapcsolatban eltöltött idő között, de ezek a korrelációk elhanyagolhatók (0,3 alatt marad mindegyik, tehát nem éri el a magyarázó erő még a 9-10%-ot sem). A leíró statisztikákban látott ferdeség és csúcosság értékek miatt a Kendall-tau-b együtthatót mutatjuk be ezen vizsgálatokban (4. számú táblázat).

Az érintési attitűdök és az életkor

Bár találtunk korrelációkat az érintési attitűdök és az életkor között, de ezek a korrelációk elhanyagolhatók (0,3 alatt marad mindegyik, tehát nem éri el a magyarázó erő még a 9-10%-ot sem). A leíró statisztikákban látott ferdeség és csúcosság értékek miatt a Kendall-tau-b együtthatót mutatjuk be ezen vizsgálatokban (4. számú táblázat).

4. számú táblázat. Az érintési attitűdök és az életkor, illetve a kapcsolatban eltöltött idő kapcsolata

skálák	Életkor		Mióta van kapcsolatban? (Hónap)	
	Kendall-tau	p	Kendall-tau	p
„Több érintésre vágyik”	,098**	0,008	,114**	0,001
„Érzelmi közelség”	-,190**	0,000	-,139**	0,000
„Szexuális érintés”	-0,04	0,191	-,109**	0,002
„Idegenkedés az érintéstől”	,100**	0,007	,128**	0,000
„Nyilvánosság előtti érintéssel kapcsolatos kényelmetlenség érzése”	0,06	0,088	0,04	0,226
„Kontroll”	-,105**	0,005	-,081*	0,025
„Biztonságos menedék”	-,140**	0,000	-,091*	0,011

ÖSSZEFOGLALÁS

A felnőtt romantikus párkapcsolatokban az affektív érintés szerepét számos kutató vizsgálta, és jutott különböző mintán, különböző módszertanokkal és kérdőívekkel többnyire hasonló következtetésekre. Voltak, akik a párok nyilvános helyen megfigyelt érintési viselkedését kódolták (pl. Guerrero & Andersen, 1991), mások laboratóriumi körülmények között tették ugyanezt (más szempontrendszerrel) (pl. Jakubiak & Feeney, 2017). A vizsgálatok abban is eltérők, hogy ténylegesen megtörtént érintést (pl. Carmichael és mtsai, 2020), felidézett/vizualizált érintve levést (pl. Chopik és mtsai, 2014), vagy általában érintési attitűdöt mérnek-e (pl. Ozolins & Sandberg, 2009). Voltak akik különböző érintési „típusokra” – simogatás, ölelés, masszírozás, hajsímogás stb. – vonatkozóan mérték, hogy a megkérdezettek abban milyen gyakran vesznek részt; milyen gyakorisággal szeretnének részt venni; azt a kapcsolatban melyikük kezdeményezi; mennyire élvezik; és általában véve mennyire fontos a kapcsolatukban az érintés (pl. Carmichael és mtsai, 2020). Mások egyetlen érintéses viselkedésre, az ölelésre és az azzal kapcsolatos pozitív érzésekre fókuszáltak (pl. Chopik és mtsai, 2014; van Anders, 2013). Megint mások az érintés kerülésére összpontosítottak

(pl. Ozolins & Sandberg, 2009). Összeségében csak kevesen használták a Brennan, Wu és Loev (1998) által egyébként kimondottan az érintést és az érintésnek a kötődési kötélekek létrejöttét és megőrzését és fenntartását tanulmányozó kutatók számára létrehozott, elméleti szempontból releváns mérőeszközt, az ún. Hét Érintés Skálát. Úgy éreztük, ideje elővenni ezt a mérőeszközt, és utánajárni, vajon mennyire használható az egyébként újra lendületet vevő kutatásokban.

Kutatásunk során egyfelől azt találtuk, hogy a Hét Érintés Skála az eredeti faktorstruktúrát mutatja. A Cronbach-alfa értékek a skálák esetében elfogadható mértékűek: „Több érintésre vágyik” (0,788; 0,86); „Érzelmi közelség” (0,83; 0,83); „Szexuális érintés” (0,857; 0,86); „Idegenkedés az érintéstől” (0,82; 0,82); „A nyilvánosság előtti érintéssel kapcsolatos kényelmetlenség érzése” (0,67; 0,72); „Kontroll” (0,65; 0,71); „Biztonságos menedék” (0,76; 0,79). (Zárójelben elől a saját, mögötte a Brennanék (1998a, b) által talált értékeket tüntettük fel.)

Az érintési attitűdök a saját mintánkon a következőképpen alakultak. Az általunk megkérdezettek kevésbé értettek egyet azokkal az állításokkal, miszerint több érintésre vágnak a párkapcsolatukban („Több érintésre vágyik”: átlag=2,31; szórás 0,995); egyetértettek azokkal az állításokkal miszerint az érintést a párkapcsolatukban közelség megteremtésére, a szeretet kifejezésére használják („Érzelmi közelség”: átlag=5,82; szórás=0,94); inkább egyetértettek azokkal az állításokkal miszerint az érintést párkapcsolatban szexuális szándék kifejezésére, szexualitás részeként használják („Szexuális e érintés”: átlag=4,49 ; szórás=1,23); kevésbé értettek egyet azokkal az állításokkal, miszerint idegenkednek az érintéstől a párkapcsolatukban („Idegenkedés az érintéstől”: átlag=1,71; szórás= 0,81); a megkérdezettek közepes mértékben értettek egyet azokkal az állításokkal, miszerint zavarba ejtő számukra, ha nyilvánosság előtt érintik meg egymást a partnerükkel („A nyilvánosság előtti érintéssel kapcsolatos kényelmetlenség érzése”: átlag=3,09; szórás=1,125); a megkérdezettek kevésbé értettek egyet azokkal az állításokkal, miszerint az érintést a párkapcsolatukban a másik iránti ellenséges érzések kifejezésére, kontrollra használják („Kontroll” skála: átlag=1,88; szórás= 0,99); és végül egyetértettek azokkal az állításokkal, miszerint az érintést a párkapcsolatukban biztonság, megnyugtató kifejezésére használják („Biztonságos menedék”: átlag=5,21; szórás=1,14).

A kérdőívvel a mi mintánkon is különbségeket találtunk a különböző kötődésű személyek érintési attitűdjei között. Eredményeink szerint minél magasabb elkerüléssel jellemezhető valaki, annál kevésbé ért egyet azokkal az állításokkal, miszerint az érintést a párkapcsolatában a közelség megteremtésére, a szeretet kifejezésére („Érzelmi közelség”), a biztonság, a megnyugtató kifejezésére használja („Biztonságos menedék”). Minél magasabb elkerüléssel jellemezhető valaki, annál inkább jelezte, hogy egyetért azokkal az állításokkal, miszerint a párkapcsolatában idegenkednek az érintéstől („Idegenkedés az érintéstől”). *Vagyis ez a három skála a mintánkon Brennan és mtsai (1998a, b) eredményeihez hasonlóan különválasztotta az elkerülés magasabb és alacsonyabb pontjait elérő személyeket.*

Azt találtuk továbbá, hogy minél magasabb szorongással jellemezhető valaki, annál inkább jelezte, hogy egyetért azokkal az állításokkal, miszerint több érintésre vágyik a párkapcsolatában („Több érintésre vágyik”) és értett egyet azokkal az állításokkal miszerint az érintést a párkapcsolatában a másik iránti ellenséges érzések kifejezésére, kontrollra használja („Kontroll”). Brennanék (1998 a, b) eredményeihez hasonlóan ez a két skála is különválasztotta a magas, illetve alacsony szorongással jellemezhető személyeket.

Nem találtunk összefüggést a szorongás és elkerülés mértéke, illetve a „A nyilvánosság előtti érintéssel kapcsolatos kényelmetlenség érzése” és a „Szexuális érintés” skálák között. Brennanék eredményeihez (1998a, b) hasonlóan az érintés e két aspektusa nem mutatott különbséget az eltérő kötődésű emberek között.

A mérőeszköz a különböző kapcsolati státuszban levő személyek érintési attitűdjei közti különbségeket is jelezte. Bár a „Több érintésre vágyik”, az „Érzelmi közelség”, „A nyilvánosság előtti érintéssel kapcsolatos kényelmetlenség érzése”, a „Kontroll” és a „Biztonságos menedék” skálákon találtunk statisztikailag szignifikáns különbségeket, de az elért pontszámok jelentése mentén elűnt ezek magyarázó ereje.

A kapcsolatban eltöltött idő alapján is különbségeket jelzett, de itt *is azt találtuk, hogy a korrelációk elhanyagolhatók.*

A mérőeszköz alkalmasnak bizonyult a férfiak és nők között az érintési attitűdökben mutatkozó különbségek jelzésére is. Az érintési attitűdökben három skálán – a „Kontroll”, a „Biztonságos menedék” és az „Érzelmi közelség” – találtunk statisztikailag szignifikáns különbséget a férfiak és a nők között, mindhárom skálán a nők értek el magasabb pontokat. Ez utóbbi egyezik Samples-Steele (2011) eredményeivel. Ám vele ellentétben nem találtunk különbséget a „Több érintésre vágyik” és az „Idegenkedés az érintéstől” skálán, ahol az ő kutatásában a férfiak magasabb pontokat adtak, mint a nők.

Bár találtunk korrelációkat az érintési attitűdök és az életkor között, de ezek a korrelációk elhanyagolhatók voltak.

KITEKINTÉS

A Hét Érintés Skála előnye, hogy elméleti keretbe (kötődés elmélet) illeszkedik, ettől jól illik a párkapcsolati kötődés vizsgálatok sorába. Előnyei mellett természetesen vannak korlátai is. Először is attitűdöket mér. Tehát az érintés párkapcsolatok alakulásában, fenntartásában betöltött szerepe vizsgálatára vonatkozó megbízhatóságát az érintés viselkedésben megjelenő aspektusai vizsgálatával való összevetésének eredménye érvényesíthetné. A Hét Érintés Skála kiegyensúlyozatlan az egyes skálákhoz tartozó tételek számában, az adott és fogadott érintésre vonatkozó tételek számában, a fordított tételek skálánkénti arányában. Ezek vizsgálata várat magára.

A kérdőív validálásához heterogénebb mintára van szükség. A hivatkozott kutatások egyetemista mintára, ami kutatásunk ebből a szempontból – kor, iskolai végzettség, párkapcsolati státusz – heterogénebb csoporttól nyert adatokra támaszkodott, azonban a mintánk a kötődés szempontjából nem elég heterogén, zömében alacsony szorongással és elkerüléssel jellemezhető, vagyis biztonságosan kötődő személyek alkotják. A további kutatások során a kötődés szempontjából kiegyensúlyozottabb mintára van szükség.

Vizsgálatunk keresztmetszeti elrendezést követett, az érintés kapcsolat alakító, fenntartó szerepének vizsgálata longitudinális elrendezésben követhetőbb lenne.

Az érintési viselkedés és a kötődés kapcsolatáról valósabb képet nyerhetnénk összetartozó pároktól nyert adatok segítségével.

IRODALOM

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ainsworth, M. D., Bell, S. M., & Stayton, D. J. (1972). Individual differences in the development of some attachment behaviors. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, 18, 123–143. <https://www.jstor.org/stable/23083966>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Anisfeld, E., Casper, V., Nozyce, M., & Cunningham, N. (1990). Does infant carrying promote attachment? An experimental study of the effects of increased physical contact on the development of attachment. *Child Development*, 61, 1617–1627. DOI: 10.1111/j.1467-8624.1990.tb02888.x
- Baldwin, M. W. (2007). On priming security and insecurity. *Psychological Inquiry*, 18, 157–196. <https://doi.org/10.1080/10478400701512703>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed.). New York: Basic Books. (Original work published 1969)
- Bowlby, J. (1979). The making and breaking of affectional bonds. Tavistock.
- Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationships functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(3), 267-283. <https://doi.org/10.1177/0146167295213008>
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998a). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson (Ed.), *Attachment theory and close relationships*. Guilford Press.46-76.

- Brennan, K. A., Wu, S., & Loev, J. (1998b). Adult romantic attachment and individual differences in attitudes toward physical contact in the context of adult romantic relationships. In J. A. Simpson (Ed.), *Attachment theory and close relationships* Guilford Press, New York, 394–428.
- Carmichael, C. L., Goldberg, M. H., & Coyle, M. A. (2020). Security- based differences in touch behavior and its relational benefits. *Social Psychological and Personality Science*. <https://doi.org/10.1177/1948550620929164>
- Carnelley, K. B., & Rowe, A. C. (2010). Priming a sense of security: What goes through people's minds? *Journal of Personality and Social Relationships*, 27, 253–261. <https://doi.org/10.1177/0265407509360901>
- Chopik, W. J., Edelstein, R. S., van Anders Sari, M., Wardecker, B. M., Shipman, E. L., & Samples-Steele, C. R. (2014). Too close for comfort? Adult attachment and cuddling in romantic and parent–child relationships. *Personality and Individual Differences*, 69, 212–216. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.05.035>
- Coan, J. A., Beckes, L., Gonzalez, M. Z., Maresh, E. L., Brown, C. L., & Hasselmo, K. (2017). Relationship status and perceived support in the social regulation of neural responses to threat. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12, 1574–1583. doi:10.1093/scan/nsx091
- Coan, J. A., Schaefer, H. S., & Davidson, R. J. (2006). Lending a hand: Social regulation and the neural threat response to threat. *Psychological Science*, 17, 1032–1039. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01832.x>
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2004). An attachment theory perspective on closeness and intimacy. In D. J. Mashek & A. Aron (Eds.), *Handbook of closeness and intimacy*, 163–187.
- Davis, D., Shaver, P. R., & Vernon, M. L. (2004). Attachment style and subjective motivations for sex. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(8), 1076-1090. <https://doi.org/10.1177/0146167204264794>
- Debrot, A., Stellar, J. E., MacDonald, G., Keltner, D., & Impett, E. A. (2020). Is Touch in Romantic Relationships Universally Beneficial for Psychological Well-Being? The Role of Attachment Avoidance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 0146167220977709.
- Debrot, A., Cook, W. L., Perrez, M., & Horn, A. B. (2012). Deeds matter: Daily enacted responsiveness and intimacy in couples' daily lives. *Journal of Family Psychology*, 26(4), 617–627. <https://doi.org/10.1037/a0028666>
- Debrot, A., Schoebi, D., Perrez, M., & Horn, A. B. (2013). Touch as an interpersonal emotion regulation process in couples' daily lives: The mediating role of psychological intimacy. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39(10), 1373–1385. <https://doi.org/10.1177/0146167213497592>
- Deethardt, J., & Hines, D. (1983). Tactile communication and personality differences. *Journal of Nonverbal Behavior*, 8(2), 143–156. <https://doi.org/10.1007/BF00987000>
- Feeney, J.A. (2008). Adult romantic attachment: Developments in the study of couple relationships. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* New York, NY: Guilford. 456-481.
- Field, T. (2010). Touch for socioemotional and physical well-being: A review. *Developmental Review*, 30, 367–383. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2011.01.001>
- Finnegan, R. (2005). Tactile communication. In C. Classen (Red.), *The Book of Touch* Oxford: Berg. Feldman. 18-25.

- Fisher, J. D., Rytting, M., & Heslin, R. (1976). "Hands touching hands: Affective and evaluative effects of an interpersonal touch". *Sociometry*, 39(4), 416-421. <https://doi.org/10.2307/3033506>
- Fishman, E., Turkheimer, E., & DeGood, D.E. (1995). Touch relieves stress and pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 18(1), 69-79. <https://doi.org/10.1007/BF01857706>
- Floyd, K. (2006). *Communicating affection: Interpersonal behavior and social context*. Cambridge University Press. <https://books.google.ch/books?id=Mp3ZKfleBe8C>
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1998). Airport separations: A naturalistic study of adult attachment dynamics in separating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1198–1212. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.5.1198>
- Fraley, R. C., Vicary, A. M., Brumbaugh, C. C., & Roisman, G. I. (2011). Patterns of stability in adult attachment: An empirical test of two models of continuity and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(5), 974–992. <https://doi.org/10.1037/a0024150>
- Fromme, D. K., Jaynes, W. E., Taylor, D.K., Hanold, E. G., Daniell, J., Rountree, J. R. & Fromme, M. L. (1989). Nonverbal behavior and attitudes toward touch. *Journal of Nonverbal Behavior* 13, 3–14. <https://doi.org/10.1007/BF01006469>
- Gallace, A., & Spence, C. (2010). The science of interpersonal touch: An overview. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34, 246–259. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2008.10.004>
- Grewen, K. M., Anderson, B. J., Girdler, S. S., & Light, K. C. (2003). Warm partner contact is related to lower cardiovascular reactivity. *Behavioral Medicine*, 29, 123–130. <https://doi.org/10.1080/08964280309596065>
- Guerrero, L. K., & Andersen, P. A. (1991). The waxing and waning of relational intimacy: Touch as a function of relational stage, gender, and touch avoidance. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 147-165. <https://doi.org/10.1177/0265407591082001>
- Guerrero, L. K., & Bachman, G. F. (2006). Associations among relational maintenance behaviors, attachment-style categories, and attachment dimensions. *Communication Studies*, 57(3), 341-361. <https://doi.org/10.1080/10510970600845982>
- Guerrero, L. K. (1996). Attachment-style differences in intimacy and involvement: A test of the four-category model. *Communications Monographs*, 63, 269-292. <https://doi.org/10.1080/03637759609376395>
- Gulledge, A., Gulledge, M., & Stahmann, R. (2003). Romantic physical affection types and relationship satisfaction. *American Journal of Family Therapy*, 31, 233–242. <https://doi.org/10.1080/01926180390201936>
- Gulledge, A. K., Hill, M., Lister, Z., & Sallion, C. (2007). Non-erotic physical affection: It's good for you. In L. L'Abate (Ed.), *Low-cost approaches to promote physical and mental health: Theory, research, and practice*. New York, NY: Springer. 371-383.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Hazan, C., & Zeifman, D. (1994). "Sex and the psychological tether". In D. Perlman & K. Bartholomew (Eds.), *Advances in personal relationships*, London: Jessica Kingsley. 151-177.
- Hertenstein, M. J., Keltner, D., App, B., Bulleit, B. A., & Jaskolka, A. R. (2006). Touch communicates distinct emotions. *Emotion*, 6(3), 528–533. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.3.528>
- Holt-Lunstad, J., Birmingham, W. A., & Light, K. C. (2008). Influence of a "warm touch" support

- enhancement intervention among married couples on ambulatory blood pressure, oxytocin, alpha amylase, and cortisol. *Psychosomatic Medicine*, 70, 976–985. doi: 10.1097/PSY.0b013e318187aef7
- Jakubiak, B. K., & Feeney, B. C. (2016). A sense of security: Touch promotes state attachment security. *Social Psychological and Personality Science*, 7(7), 745–753. <https://doi.org/10.1177/1948550616646427>
- Jakubiak, B. K., & Feeney, B. C. (2017). Affectionate touch to promote relational, psychological, and physical well-being in adulthood: A theoretical model and review of the research. *Personality and Social Psychology Review*, 21(3), 228–252. <https://doi.org/10.1177/1088868316650307>
- Johansson, C. (2013). Views on and perceptions of experiences of touch avoidance: An exploratory study. *Current Psychology*, 32(1), 44–59. <https://doi.org/10.1007/s12144-012-9162-1>
- Johnson, K. L., & Edwards, R. (1991). The effects of gender and type of romantic touch on perceptions of relational commitment. *Journal of Nonverbal Behavior*, 15(1), 43–55. <https://doi.org/10.1007/BF00997766>
- Jones, S. E., & Yarbrough, A. E. (1985). A naturalistic study of the meanings of touch. *Communications Monographs*, 52, 19–56. <https://doi.org/10.1080/03637758509376094>
- Jourard, S. M. (1966). An exploratory study of body-accessibility. *British Journal of Social & Clinical Psychology*, 5(3), 221–231. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1966.tb00978.x>
- Kunce, L. J., & Shaver, P. R. (1994). An attachment-theoretical approach to caregiving in romantic relationships. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Attachment processes in adulthood* (Kingsley, 205–237).
- Main, M. (1990). “Parental aversion to infant-initiated contact is correlated with the parent’s own rejection during childhood: The effects of experience on signals of security with respect to attachment”. In K. E. Barnar & T. B. Brazelton (Eds.), *Touch: The foundation of experience* (Madison, CT: International Universities Press, 461–495).
- Mashek, D. J., & Sherman, M. D. (2004). Desiring less closeness with intimate others. In D. J. Mashek & A. Aron (Eds.), *Handbook of closeness and intimacy*. Lawrence Erlbaum, 343–356.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 35, pp. 53–152). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(03\)01002-5](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(03)01002-5)
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2008). Adult attachment and affect regulation. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Guilford Press, 503–531.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., Gillath, O., & Nitzberg, R. A. (2005). Attachment, caregiving, and altruism: Boosting attachment security increases compassion and helping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89 (5), 817–839. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.5.817>
- Muise, A., Giang, E., & Impett, E. A. (2014). Postsex affectionate exchanges promote sexual and relationship satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*, 43(7), 1391–1402. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0305-3>
- Nguyen, T., Heslin, R., & Nguyen, M. L. (1975). “The meaning of touch: Sex differences”. *Journal of Communication*, 25 (3), 92–103. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1975.tb00610.x>
- Nyitrai, E. (2011). *Az érintés hatalma*, Kulcslyuk Kiadó, Budapest
- Ozolins, A., & Sandberg, C. (2009). Development of a multifactor scale measuring the psychological dimensions of touch avoidance. *International Journal of Psychology*, 3, 33–56.

- Pisano, M. D., Wall, S. M., & Foster, A. (1986). Perceptions of nonreciprocal touch in romantic relationships. *Journal of Nonverbal Behavior*, 10(1), 29-40. <https://doi.org/10.1007/BF00987203>
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., & Adams, C. J. (1988). A self-report measure of touching behavior. *The Journal of Social Psychology*, 128, 597-604. <https://doi.org/10.1080/00224545.1988.9922913>
- Samples-Steele, C. (2011). *Adult Attachment as a Predictor of Touch Attitudes and Touch Behavior in Romantic Relationships* (Doctoral dissertation).
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2007). Adult attachment strategies and the regulation of emotion. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. Guilford Press. 446-465.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 4, 133-161. <https://doi.org/10.1080/14616730210154171>
- Shaver, P. R., Hazan, C., & Bradshaw, D. (1988). "Love as attachment: The integration of three behavioral systems". In R. J. Sternberg & M. Barnes (Eds.), *The anatomy of love*. New Haven, CT: Yale University Press. 68-99.
- Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 971-980. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.5.971>
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Nelligan, J. S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(3), 434-446. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.3.434>
- Stanton, S. C. E., Campbell, L., & Pink, J. C. (2017). Benefits of positive relationship experiences for avoidantly attached individuals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 113(4), 568-588. <https://doi.org/10.1037/pspi0000098>
- Tucker, J. S., & Anders, S. L. (1998). Adult attachment style and non-verbal closeness in dating couples. *Journal of Nonverbal Behavior*, 22(2), 109-124. <https://doi.org/10.1023/A:1022980231204>
- van Anders, S. M., Edelman, R. S., Wade, R. M., & Samples-Steele, C. R. (2013). Descriptive experiences and sexual vs. nurturant aspects of cuddling between adult romantic partners. *Archives of Sexual Behavior*, 42(4), 553-560. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0014-8>
- Zayas, V., Mischel, W., Shoda, Y., & Aber, J. L. (2011). Roots of adult attachment: Maternal caregiving at 18 months predicts adult peer and partner attachment. *Social Psychological and Personality Science*, 2, 289-297. <https://doi.org/10.1177/1948550610389822>

Szerzői munkamegosztás:

Nyitrai Erika: kutatási terv kidolgozása, kérdőívcsomag összeállítása, kutatás engedélyeztetése, szakirodalmazás, kutatás szervezése és lebonyolítása, adatbázis tisztítása, eredmények értelmezése, a közlemény megírása.

Takács Szabolcs: pszichometriai vizsgálatok, statisztikai elemzések elvégzése, eredmények értelmezése.

Nyilatkozat érdeklődésről

A szerzők ezúton kijelentik, hogy esetükben nem állnak fenn érdeklődések.

STUDY OF TRANSPLANTED ADOLESCENTS WITH A FOCUS ON RESILIENCE

Andrea KÖVESDI¹, Sándor RÓZSA¹, Dóra KRÍKOVSKY²,
DEZSŐFI Antal², KOVÁCS Lajos², SZABÓ Attila²

¹ Károli Gáspár Reformed University, Resilient Development-Positive Research Group

² Semmelweis University, I.sz. Pediatric Clinic

„*Mens sana in corpore sano*” (Satires 10)

Abstract

Transplantation is a life-saving intervention for both children and adults, providing survivors with the possibility of a „new” life. During a strictly regulated procedure, patients reach transplantation, and the subsequent recovery phase also takes place according to the path determined by the medical protocol. Psychological changes are by no means this predictable and planned. After a life-saving operation, both the child and the family must accept the status of a chronic patient in parallel with the recovery. The aim of the research, which started in the fall of 2020, is to identify the psychological characteristics of transplanted children and adolescents with focus being on resilience potential. The data of 51 transplanted children and age- and sex-matched control subjects treated at the Pediatric Clinic of Semmelweis University are processed in the pilot study. Based on our primary results, it can be concluded that there is no significant difference between the groups in terms of resilience, but it should be noted that the resilience value of the transplanted group is at the lower limit. Transplanted adolescents are more characterized by maladaptive coping strategies, lack of prosocial behavior and higher levels of depression, anxiety and stress. The resilience value of the transplanted group is in the normal range, which is encouraging for the future regarding management of changes. The results provide guidelines for psychological support designed for transplanted adolescents and for the consideration of resilience-based screening.

Key words: transplantation ▪ resilience ▪ coping ▪ depression ▪ anxiety ▪ stress

INTRODUCTION

Protective factors play a significant role in dealing with life-threatening conditions and chronic diseases as well as achieving the optimal quality of life. Anxiety states and high stress levels that occur as a result of the disease are characteristics of the psychological state of both children and their parents (Cousino 2017). In our case, the interpretation of the statement ‘a sound mind in a sound body’ refers to the interaction of body and soul which contributes to well-being and the optimal quality of life (Kövesdi, 2016). The special situation of transplanted children is striking compared to other chronically ill conditions. In their case, a life-threatening condition is eliminated first by the transplant,

which is then followed by the stabilization of the chronically ill condition and the establishment of a new lifestyle. With regard to transplants, child and adult population is significantly different based on the size of the organs, but, within this, there are also differences in various organs as for the condition before the transplant, the surgical intervention itself, the recovery period, the chances of rejection, possible complications and the risk aspects (Dezsófi et al., 2018). In 2013 our country joined the cooperation between seven countries called Eurotransplant, so the number of transplants increased by 40%. In Hungary kidney transplantations have been performed in the study sample since 2018 previous surgeries were performed abroad. In addition to the physical treatment - surgical background - we wish to contribute to the care of mental condition in Hungary with the ongoing research. We consider it particularly important to identify the protective and vulnerable factors of transplanted children and adolescents as well as their parents, and to formulate indications and effective support aspects taking them into account.

THEORETICAL BACKGROUND

The roots and importance of positive psychology

The objective of positive psychology, in addition to the factors of pathology (weakness, and lack) is to learn about strengths and excellence based on empirical research results (Seligman, Csíkszentmihályi, 2000). The researchers focused on studying the „good” side of people. Positive psychology defines an authentic image of a person with positive feelings and free will, a purposeful person who is able to regulate his negative emotional states and move themselves forward in order to have as many positive experiences as possible. The treatment of the physical and mental wounds of World War II contributed significantly to the upsurge of research formulated in the spirit of positive psychology, to the paradigm shift and to the research of protective factors in addition to vulnerable factors. In the 1960s, the attention of researchers turned to protective factors, Rotter (1966) described the ability to control. Additional protective factors; stubborn personality (Kobasa, 1970), self-awareness (Festinger, 1979), self-efficacy (Bandura, 1982), learned resourcefulness (Rosenbaum, 1990), sense of coherence (Antanovszky, 1979), resilience (Block, 1980), dispositional optimism (Scheier, Carver, 1987), constructive thinking (Epstein, Maier, 1989), emotional intelligence (Mayer, Salovey, 1997) and spiritual intelligence (Zohar, Marshal, 2000). The listed protective factors help the individual prosper as an active participant in the events of their life. However, many life situations may arise (e.g.: trauma, accident, serious illness, transplant) over which we have no control. In these situations maintaining control at all costs - instead of accepting the

changed situation - worsens physical and mental health (Kulcsár, 2009). Accepting an extreme and uncontrollable situation, adapting to the situation and having a positive attitude can be the way of adaptation because acceptance comes with an experience filled with trust which can correct and recolor the fear accompanying the loss of control as well as tame the emotional experience. Eitel (1995, id. Gy Kiss 2012) proved that letting go of control and being in an extremely vulnerable situation reduces the risk of depression. Gratitude and forgiveness are positive feelings that indicate the ability to process trauma. Positive emotions have a positive physical and mental effect on personal well-being and are associated with the possibility of post-traumatic growth (Kiss, Makó, 2015). Werner and Smith (1992) formulate a complex system of protective factors, which have projections from the individual, family and social environment.

The concept and importance of resilience in clinical and health psychology

In the spirit of positive psychology, in a stressful life situation we focus on strengths in addition to difficulties and pathological conditions - a pathogenetic approach - in the research model. Among the protective factors the identification of resilience potential and its correlation with other factors is the central question of the longitudinal research conducted with transplanted adolescents. Defining the concept of resilience is a complex question in itself, however, in the research we think according to Maseten's (2001) definition, which states that resilience is closely related to the ability to adapt and that people are characterized by internal control, empathy, optimism, positive self-image, positive handling of changes and self-effective behavior. In Hungarian, resilience is most often referred to as mental resilience or flexible adaptation (Szokolszky, V. Komlósi, 2015).

1.table. Threat - dimensions of adaptation (Masten, 1990, id.Kiss, Makó 2015, pp.357)

Vulnerability/Adaptation	Vulnerability/LOW	Vulnerability/HIGH
Adaptation/SUCCESSFUL	COMPETENCE	RESILIENCE
Adaptation/FAILED	-----	VULNERABILITY

Within the science of psychology, health psychology and clinical psychology have become open to examining the phenomenon of resilience. In mapping the background of individual psychopathological symptoms and risk factors, there is a scientific examination of the vulnerable - e.g. stress, anxiety, depression - and protective factors - e.g. resilience (Hámori, 2013). Based on the results the specialists are working on new intervention procedures aimed at preserving health and improving the quality of life of chronic patients. Based on the results

of research conducted among the adult population (N=438 people), the resilience value of the healthy group is significantly higher than that of the autoimmune patient group. In terms of personality, harm avoidance is negatively correlated, while persistence is positively correlated with resilience. The harm avoidance subscales of worry, pessimism, fear of uncertainty, shyness from strangers, fatigue and asthenia were also negatively correlated with the value of mental resilience. Self-directedness and cooperation were positively correlated with resilience. The authors highlight the subscales of self-direction - sense of responsibility, sense of purpose, effectiveness, resourcefulness, self-acceptance - which, according to them, contributed significantly to the development of resilient responses (Gyöngyösiné Kiss et al., 2008). Depression and anxiety show a significant negative relationship with mental resilience. An important role is attributed to a purposeful life and a positive social attitude in the development and implementation of resilient responses (Kiss, Makó 2015) as well. The recognition and application of resilience potential in healing can imply a change in health behavior in the long term (Kövesdi, 2016).

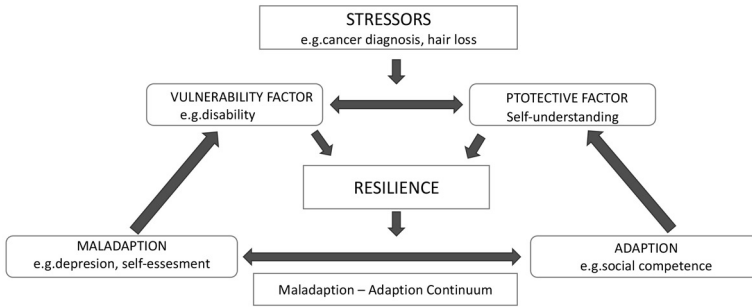
Resilience among chronically ill patients

In her meta-analysis (PubMed, PsycINFO, 1993–2003), Fernanda Cal (2015) summarizes the most significant results of resilience research from the point of view of chronic diseases. Chronic diseases are often accompanied by anxiety and depression, which conditions reduce the standard of living and well-being. Resilience affects several chronic diseases, e.g. lupus, diabetes mellitus, rheumatoid arthritis, cancer, hepatitis-C, juvenile arthritis, skin disease, depression, Parkinson's disease, chronic kidney disease. The development and strengthening of symptoms of the disease can be accompanied by psychological problems and stress which also affect the functioning of the immune system. An inverse relationship was found between resilience, anxiety and depression (DeNisco et al., 2011; Gyöngyösiné Kiss et al., 2008; Kiss, Makó, 2015). High resilience protects against the development of psychiatric diseases. The relationship between resilience, reduced work capacity and somatization is negative. Resilience shows a positive correlation with a better quality of life with health-preserving behaviours - e.g.: healthy eating, stress reduction, self-realization, appropriate sports (Rutten et al. 2013; Wagnild, 2009). DeNisco et al. (2011) found an inverse relationship between chronic diabetes, resilience and glycohemoglobin (HbA_{1c}). An inverse relationship with depression was also found among hepatitis C patients. There is an inverse relationship between mental resilience and active states of Bechterew's disease as well. Overall, the authors concluded that patients with low resilience potential are less able to cope with stress and challenges that arise from the disease. There are individual

differences in social relationships, family functioning, self-esteem and emotion regulation which can increase the risk of physical diseases and death (Cal et al., 2015). In our study, taking these into account, we check stress, mood factors, coping style, well-being and resilience.

Resilience among chronically ill adolescents

Chronic diseases are often accompanied by a decrease in the standard of living, anxiety or even depression that threatens well-being. In several previous studies, they came to the conclusion that the phenomenon of resilience affects several chronic diseases (Edward, 2013; Zautra, Johnson, Davis, 2005). Patients with low resilience are less able to deal with stress and challenges arising from their illness (DeNisco et al., 2011; Erim et al., 2010, Wingo et al., 2010). Yi-Frazier and Mstai (2015) analyzed the relationship between resilience and diabetes-related stress, coping mechanisms and diabetes outcomes among adolescents diagnosed with type I diabetes (T1D). Adolescents between the ages of 13 and 18 who had been diagnosed with diabetes for at least 1 year were included in the research conducted at the Seattle Children's Hospital. The researchers hypothesized the correlation of a high resilience value with low distress associated with diabetes, improved diabetes indicators, self-care, quality of life, and more adaptive coping strategies. According to their results, the relationship between distress and quality of life is affected by resilience, in such a way that those with a higher value of resilience have a lower distress score and a higher value of quality of life. Their results are consistent with the results of other research (e.g. cancer, spinal cord injury, and adult-onset diabetes)(DeNisco, 2011; Cal és mtsai, 2015, Yi-Frazier, 2015). In the analysis, three smaller groups (low, medium, high) were formed based on resilience values. During the analysis of coping among the maladaptive subscales, „desire” (unrealized fantasy) showed an inverse correlation with the low resilience value. The group with high resilience scores achieved higher values in adaptive coping. The results support that changing maladaptive coping to a positive direction can influence resilience. The authors state that the need for interventions aimed at developing resilience (Yi-Frazier et al., 2015). The filtering function of the resilience potential among anorexic adolescent girls undergoing hospital treatment (low BMI, ward treatment) has been confirmed, indicating the chances of recovery (Kövesdi, 2018).



1.figure. Woodgate's adaptation model (Woodgate, 1999 pp.:38. own editing)

The supportive role of mentalization and relationship quality

Above we also referred to the importance of psychological conditions accompanying chronic diseases in the context of recovery. The role of hope has been linked to health and adaptation to cancer (Hinds, Gattuso, 1991; Peterman et al., 2002). Researchers consider the ability to transcend oneself and a spiritual attitude to be one of the central elements of resilience (Coward, 1990; Haase et al., 1992). Part of the experience of self-transcendence is the feeling of healing, the realization that life has meaning, which leads to the experience of unity with nature and God.

In the development of emotional life, the ability to delay appears as a positive product - following the maturation of the nervous system - and helps children and adolescents to manage intense emotions (Kulcsár, 1996; Földi, 2005; Kökönyei, 2008; Csenki, 2012). Mentalized emotions are the ultimate form of regulation, which includes understanding the emotions of others and the meaningfulness of emotions optimally (Fonagy et al., 2002). According to the authors, the ability to mentalize is particularly important from an evolutionary point of view as it ensures that we can influence and understand our own and other people's emotions. The ability to mentalize greatly contributes to being able to emotionally understand, experience, regulate and adapt to difficult situations. It also supports the recognition of the state of self-transcendence. In terms of regulation and prevention mechanisms, we do not discuss the topic further in the study. We move on to the pathological correlations of maladaptive regulation and the relationship of resilience potential.

The secure attachment that develops in a sensitive caregiver environment creates the possibility of optimal stress regulation and adaptation (Eisenberg, Spinrad, Eggum, 2010). Aupperle et al. (2016) identified the critical behavior of the mother in the case of a child showing significant symptoms of depression and anxiety, which were supported by changes in the nervous system - right amygdala intensity. Based on the results of our clinical psychology measuring instruments

(anamnesis, interview, projective tests) of a pair of twins who have experienced severe trauma, the experts conclude that there is no evidence of genetic origin of resilience. The possibility of a real, interactive, authentic relationship (a living person with whom an authentic relationship can be established) with a real adult person is considered a significant factor in terms of the potential development of resilience in adolescence, even if that person is not a biological parent (Tychev et al., 2012).

Coping with stress for health and well-being

We separate two forms of adaptive regulation for dealing with stress, reframing and problem-focused solutions. However, the maladaptive solutions increase the chances of anxiety and depression (Gross, 1998). The lack of problem solving further increases the chances of substance abuse and eating disorders. A low level of acceptance increases the incidence of generalized anxiety, panic disorder and borderline personality disorder (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schwartz, 2010). Studies analyzing coping found reframing, problem solving and acceptance to be the most protective mechanisms against pathological conditions. Suppression and avoidance are the most vulnerable solutions (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schwartz, 2010). Rumination is a maladaptive form of problem solving. Maladaptive problem solving both in chronic diseases and independently can contribute to the development and maintenance of anxiety and depressive states. Major depression occurs two to three times more often among adolescents diagnosed with type I diabetes than among their healthy peers (Grey, 2002). Especially in cases where self-care ability is low. A higher resilience score predicted a lower A1C score 1 year later (Yi-Frazier, 2008). Among the maladaptive coping strategies, „idle daydreaming” (passive longing without action) was associated with low resilience values. Those young people who lived with this solution did not act under stress but thought about the problem (ruminated). Resilience is related to distress and quality of life as higher resilience is associated with higher quality of life and lower distress (Jaser, Withe 2011, Yi-Frazier et al. 2012). High resilience protects against depression (Birmahe et al. 1996, Kövesdi, 2018).

Psychological well-being is not achieved by the absence of maladaptive factors but by the presence of protective factors. Ryff and Singer (1996) found pharmacotherapy and psychotherapy (primarily behavioral therapies) of patients with affective disorders to be successful at the symptomatic level, but their psychological well-being did not change. The predominance of positive emotions contributes to resilient functioning, which reduces the dominance of anxious and depressive states and negative affects. Resilience reduces the pain associated with chronic illness, contributes to recovery from acute illness, optimal health behavior in chronic illness and increases well-being.

Characteristics of transplanted children and adolescent resilience

The psychological changes of transplanted person and their families are particularly multifaceted, as an initially healthy person first undergoes a life-saving operation and then continues to live as a chronic patient after recovering from the operation. Resilience potential is a particularly relevant topic in the case of transplant recipients as it takes time and it is necessary to adapt to changes realized in several steps along the criteria of life and death. It is important to note that there is a relatively small number of published research results on the topic of the resilience potential of transplanted persons. Resilient functioning after transplantation can be grouped according to 3 different risk factors (Haavisto et al., 2013; Taylor et al., 2009): 1) medical risk factors (e.g.: side effects, rejection episodes, drug therapy adherence), 2) personal factors (e.g.: elapsed time, age, medical history, low self-esteem and emotional state) and 3) family factors (e.g.: family conflicts, income, parent's mental state, parent's level of distress, physical functioning). The resilience of transplanted adolescent shows a correlation with a positive improvement from a medical point of view. The following psychosocial factors have been identified in the context of resilience; mental health, neurocognitive and study support, multidisciplinary treatment team, positive adherence, parents' mental health, supportive parent-peer relationships, consideration of cultural aspects in treatment planning, preparation for adult care (Amatya, Monnin, Christofferson 2021).

Test hypotheses

According to the first hypothesis, self-efficacy shows a positive association with resilience in both groups.

According to the second hypothesis, the resilience value of both groups falls within the average range, but the value of the transplanted group is lower.

According to the third hypothesis, the anxiety and stress value of the transplanted youth exceeds that of the control group.

According to the fourth hypothesis, the control group is characterized by more mature coping methods than the transplanted young people.

According to the fifth hypothesis, transplanted young people report difficulties in more dimensions than members of the control group.

According to the sixth hypothesis, in terms of personality characteristics, transplanted youth differ from the control group in terms of openness. According to the seventh hypothesis, the well-being indicators of the transplanted group are significantly lower compared to the control group.

PRESENTATION OF THE STUDY

We conduct our research among transplanted children and adolescents undergoing treatment and/or follow-up care at the Semmelweis University Pediatric Clinic No. I. The data collection began in October 2020 and the three-year data collection is currently ongoing. In this study, we report on a pilot analysis of the cross-sectional data recorded until the end of June 2022. More complex results will be presented later. The study sample contains the data of 91 people (50 transplanted people and 41 control people). The control was matched for gender and age. Test subjects can be at least 11 and at most 18 years old. In the transplanted group, there is a mix of teenagers with kidney, liver and lung transplants. An examination criterion is that the transplantation took place more than 1 year ago. Ethics permit number for the study: SE RKEB 213/2020.

Table 2. Descriptive characteristics of the test sample

	Item number	Average age	Age SD	Girl	Boy
Transplant group	51	14,0	2,2	32	21
Control group	40	14,4	2,4	24	16

Measuring devices used in the study

Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISK (Connor, Davidson, 2003). The original version of the gauge was developed by Connor and Davidson. The measuring instrument we are currently using is a 10-item, shortened version of the original 25-item English-language measuring instrument translated into Hungarian which is used by researchers with the permission of the authors. The version we use is currently being adapted for children and adolescents. Cronbach's alpha values for our research sample can be considered reliable: 0.84 for the parent group and 0.80 for the group of transplanted children.

Depression, Anxiety and Stress Scales, DASS-21, (Lovibond, Lovibond, 2005). The questionnaire is for measuring negative feelings caused by depression, anxiety and stress. The abbreviated 21-item version can be used reliably among both adults and adolescents (Szabó, 2010, Lee et al., 2019). In the domestic sample the measuring instrument has excellent psychometric properties (Rózsa et al., in preparation). It has adequate reliability on the research sample, the Cronbach-alpha value on the sample is Depression: 0.80, Anxiety 0.85, Stress 0.84, Total: 0.94.

Public Health Surveillance Well-Being Scale (Bann et al., 2012). The questionnaire was developed to assess general well-being. The domestic version of the measuring instrument has already been used in several researches, the psychometric indicators of the questionnaire are excellent, Cronbach's alpha value is mental well-being 0.76, physical well-being 0.64, social well-being 0.64, general well-being 0.83, based on which the test is good has internal consistency.

Coping Inventory for Stressful Situations, CISS-21 (Endler, Parker, James 1994). The Coping in Stressful Situations questionnaire was developed by Endler and Parker (1994). The abbreviated version consists of 21 items, which assess the individual's coping strategy along 3 subscales: problem-focused coping, emotion-focused coping, and avoidance. In a domestic sample (N=6272) it proved to be reliable on all three scales (Kövi et al., 2015). In the present study, Cronbach's alpha values are: 0.78 for problem-focused coping, 0.76 for emotion-focused coping, and 0.77 for avoidance.

Strength and Difficulties Questionnaires, SDQ, (Goodman, 1997). The Abilities and Difficulties Questionnaire has 25 items and is one of the most popular, internationally recognized screening methods for behavioral and emotional problems in childhood. The items of the measuring instrument form the following five scales: Emotional symptoms, Behavioral problems, Hyperactivity, Peer relationship problems and Prosocial characteristics, each of which contains 5 items. Cronbach's alpha values for the present research sample are between 0.62 and 0.71. An exception is the behavior problems scale, whose alpha is 0.45. However, this is not surprising because international and domestic results generally indicate similarly low reliability for this scale.

General Self-Efficacy Scale was developed by GSE Schwarzer and Jerusalem (1995). The Hungarian version of the 10-item questionnaire developed to measure general self-efficacy was adapted into Hungarian by Mária Kopp et al. The scale's reliability and validity were supported by domestic research. The value of Cronbach's alpha for the present research sample is 0.83.

The short, 10-item version of the *Big Five Inventory*, BFI (John, Srivastava, 1999) is a measurement tool developed to assess general personality characteristics, which includes the following scales: Extraversion, Friendliness, Conscientiousness, Emotional Instability and Openness. The items can be evaluated on a 5-point Likert scale. The domestic tests carried out with the measuring device supported the validity and reliability of the questionnaire (Rózsa et al., 2013). In the present research sample, we did not calculate Cronbach's alphas for the two-item scales, but the correlations between the answers to the items were acceptable.

RESULTS

According to the first hypothesis, self-efficacy shows a positive association with resilience in both groups. The rank correlation coefficient for the entire sample is 0.74 ($p < 0.001$) which shows a rather close correlation between the two constructs. The degree of correlation coefficients did not differ significantly in the two groups (transplanted: 0.73; control: 0.75). According to the second hypothesis, the resilience value of both groups falls within the average range, however, the resilience value of the transplanted group is lower. Based on the results obtained, it was confirmed that the resilience value of both groups is in the average zone and the value of the transplanted young people is slightly lower, however, this difference is not significant ($p = 0.27$). Overall, the value of the transplanted group is at the lower end of the average range (Table 3).

Table 3. The value of resilience (CD-RISK) in the group breakdown

Goup	N	M	SD	t (p)
transplant	51	25,67	6,59	-1,09 (0,27)
control	40	27,20	6,62	

According to the third hypothesis, the anxiety and stress values of transplanted youth are higher than those of the control group. According to the sub-hypothesis, the depression value of the transplanted group does not differ significantly from the value of the control group. Based on the results obtained, the average of all three dimensions (depression, anxiety, stress) and the total score in the transplanted group was significantly higher than the results of the control group (Table 4).

Table 4. Comparison of depression, anxiety, stress and total score

	Group	N	M	SD	t (p)
Depression	transplant	51	1,67	0,75	4,73 (<0,001)
	control	39	0,95	0,68	
Anxiety	transplant	51	1,48	0,62	4,33 (<0,001)
	control	39	0,88	0,67	
Stress	transplant	51	1,85	0,68	3,47 (<0,001)
	control	39	1,33	0,72	
Total score	transplant	51	1,66	0,63	4,62 (<0,001)
	control	39	1,05	0,61	

According to the fourth hypothesis, the control group is characterized by better coping than the transplanted young people. The obtained results show that problem-focused coping was indeed significantly higher in the control group than in the case of the transplanted, but, at the same time, no significant differences were found in the other two coping strategies. It is worth noting that the control group scored higher on all three scales (Table 5).

Table 5. Comparison of coping style by group

	Group	N	M	SD	t (p)
Task oriented coping	transplant	51	23,55	4,89	-2,09 (0,039)
	control	40	25,60	4,29	
Emotion oriented coping	transplant	51	20,37	5,68	-1,49 (0,138)
	control	40	22,10	5,17	
Avoidance coping	transplant	51	19,41	5,74	-1,77 (0,080)
	control	40	21,70	6,56	

According to the fifth hypothesis, transplanted young people report more difficulties than those in the control group. Our results do not support these assumptions. Only one scale, the prosocial scale, showed a significant difference in favor of the control (Table 6).

Table 6. Group comparison of the scales of the abilities and difficulties questionnaire

	Group	N	M	SD	t (p)
Emotional symptoms	transplant	51	3,37	2,58	-1,32 (0,189)
	control	40	4,08	2,41	
Behavioral problems	transplant	51	2,82	1,81	0,77 (0,439)
	control	40	2,55	1,47	
Hyperactivity scale	transplant	51	4,59	1,95	-0,13 (0,896)
	control	40	4,65	2,55	
Contemporary relationship problems	transplant	51	2,57	2,12	0,39 (0,697)
	control	40	2,40	1,94	
Prosocial scale	transplant	50	7,14	2,03	-2,49 (0,014)
	control	40	8,13	1,62	
Total score	transplant	51	13,35	6,23	-0,26 (0,795)
	control	40	13,68	5,33	

According to the sixth hypothesis, in terms of general personality characteristics, transplanted youth differ from the control group in terms of openness. Based on the obtained results, there were no significant differences between the two groups in any characteristic (Table 7).

Table 7. Group comparison of general personality characteristics

	Group	N	M	SD	t (p)
Extraversion	transplant	51	7,84	2,06	-0,85 (0,395)
	control	40	8,20	1,86	
Friendship	transplant	51	6,98	1,67	-0,89 (0,378)
	control	40	7,25	1,08	
Conscientiousness	transplant	51	5,29	1,45	-1,53 (0,129)
	control	40	5,80	1,69	
Neuroticism	transplant	51	6,45	1,96	0,44 (0,662)
	control	40	6,28	1,81	
Openness	transplant	51	7,16	2,18	-0,65 (0,52)
	control	40	7,45	2,07	

According to the seventh hypothesis, the well-being indicators of the transplanted group are significantly lower than those of the control group. Based on the obtained results, there were no significant differences between the two groups (Table 8).

Table 8. Group comparison of well-being components and the overall indicator

	Group	N	M	SD	t (p)
Mental well-being	transplant	49	3,85	,793	-0,37 (0,709)
	control	40	3,91	,602	
Social well-being	transplant	50	4,43	,802	0,19 (0,846)
	control	40	4,40	,612	
Physical well-being	transplant	50	4,05	,909	0,89 (0,372)
	control	40	3,88	,872	
General well-being (sum of 3 components)	transplant	49	4,10	,748	0,26 (0,793)
	control	40	4,06	,547	

DISCUSSION

The presented study analyzes the data of the first 1.5 years of a three-year data collection on a pilot basis. Among the recorded data, we do not go into the results of the parent-child relationship and moderating and mediating relationships. The aim of the study was to support with empirical data the development of interventions and support for the psychological help of transplanted adolescents. We found that SE I no. the resilience value of adolescent transplant recipients treated at a pediatric clinic does not differ significantly from age-matched healthy control individuals. In other words, the transplanted adolescents were able to adapt flexibly to the stress effects caused by the transplantation and the changed living conditions – chronic illness. However, the group's resilience score is at the lower end of the average zone. The increased depression, anxiety and stress values among transplant recipients draw attention to the importance of the limit value. The protective role of resilience was confirmed by previous research (Aspinwall, Tedeschi, 2010; Colaianna et al., 2013; De Wazières, Vuitton, Dupond, 1999; Kövesdi 2018) and the inverse relationship between resilience, depression and anxiety (Kiss et al., 2012; Kövesdi 2018). Significant resilience potential protects against psychiatric illnesses (Bachen, Chesney, Criswell, 2009; Erim et al., 2010). The development of the resilience potential is recommended based on the results in the examined sample.

We verified the coexistence of self-efficacy and resilience in the entire sample and in the group breakdown. The results of self-efficacy are consistent with previous research (Olson, 2003; Sümer, Kumas, 2020). It is worth considering the result in support interventions due to the fact that they go together. By increasing self-efficacy (e.g.: specific tasks, situations), the resilience potential can be expected to increase. The well-being of the transplanted and control groups is similar.

In terms of coping, adaptive problem-focused coping is the least characteristic of transplanted adolescents. Rather, the group is characterized by the use of maladaptive strategies (emotion-focused, avoidant). One explanation for this may be the special lifestyle associated with chronic disease. In the recovery phase after transplantation, the attending physician is primarily the „problem solver” for both the parent and the child. The treatments also determine the life of the family and the child later on, e.g. optimally, the frequency of going to school, the possibility of solving school situations. Transplanted children and adolescents have fewer opportunities to develop solutions to difficulties and conflicts. One of the pillars of supportive interventions can be the promotion of problem solving in safe conditions and the support of age-appropriate independence. In terms of coping, adaptive problem-focused coping is the least characteristic of transplanted adolescents. Rather, the group is characterized by the use of maladaptive strategies (emotion-focused, avoidant).

Transplanted adolescents have difficulties in prosocial behavior, which can also be explained by the specific lifestyle, living situations associated with chronic disease and physical condition. Prosocial behavior is a particularly important area during adolescence when the importance of peer relationships increases during personality development. Since we found no differences in terms of personality characteristics compared to healthy peers, we can state that the lack of prosocial behavior is not a difference determined by a basic personality characteristic but rather a consequence of a special lifestyle and requires support.

OUTLOOK

Based on our results, interventions supporting transplanted adolescents can be built to treat depression, anxiety and stress, to support problem-focused coping and to develop prosocial behavior. We recommend resilience-based screening for psychological support and future cooperation.

LIMITATIONS

From a statistical point of view, the low number of elements appears as a limitation, however, considering the special sample, it is fortunate that the number of test elements does not increase significantly. When interpreting the results, it is worth considering that the study data were collected during the COVID-19 epidemic, where the life of the control group changed significantly compared to the normal way of life in terms of restrictions and the stress caused by the epidemic.

ACKNOWLEDGMENT

The Resilient Development-Positive Research Group would also like to thank the Károli Gáspár Reformed University, Faculty of Humanities and Social Sciences, which supported the research, for the grant opportunity for the research work. Within the framework of the awarded research grant, the research group conducts longitudinal research among transplanted children and adolescents.

REFERENCES

- 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.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217- 237.
- Amatya, K., Monnin, K., & Steinberg Christofferson, E. (2021). Psychological functioning and psychosocial issues in pediatric kidney transplant recipients. *Pediatric Transplantation*, 25(1).
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Aupperlea, R.L., Morrisa, A.S., Silkd, J.S., Crissc, M.M., Judahf, M.R., Eagletonc, G.S., Kirlica, N., Byrd-Cravenf, J., Phillipsa, R., Alvareza, 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(6), 822–829. doi:10.1002/art.24519
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychology* 44, 1175-1184.
- Bann, C. M., Kobau, R., Lewis, M. A., et al. (2012). Development and psychometric evaluation of the public health surveillance well-being scale. *Quality of Life Research*, 21, 1031–43.
- 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.
- 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.
- Cal F.S., Ribeiro de Sa', L., Glustak, M.E., Santiago, M.B. (2015) Resilience in chronic diseases: A systematic review. *Cogent Psychology*, 2, 1-9.
- Colaiana, M., Schiavone, S., Zotti, M., Tucci, P., Morgese, M. G., Bäckdahl, L., ... Trabace, L. (2013). *Neuroendocrine Profile in a Rat Model of Psychosocial Stress: Relation to Oxidative Stress. Antioxidants & Redox Signaling*, 18(12), 1385–1399. doi:10.1089/ars.2012.4569
- 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.
- Coward, D. D. (1990). The lived experience of self-transcendence in women with advanced breast cancer. *Nursing Science Quarterly*, 3(4), 162-169.
- Cousino, M. K., Rea, K. E., Schumacher, K. R., Magee, J. C., & Fredericks, E. M. (2017). A systematic review of parent and family functioning in pediatric solid organ transplant populations. *Pediatric Transplantation*, 21(3), e12900.
- Csenki L. (2012). *Érzelémszabályozás a serdülőkori anorexia nervosaban*. Pécs Tudományegyetem. Pécs: PhD Disszertáció.
- 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.

- De Wazières B., Gil H., Vuitton D.A., Dupond J.L.(1999). Treatment of recurrent oro-genital ulceration with low doses of thalidomide. *Clin Exp Rheumatol*, 17(3):393.
- Dezsőfi, A., Reusz, G., Kovács, L., Szabó, D., Kelen, K., Krikovszky, D., ... Szabó, A. 2018, *Szervtranszplantáció gyermekkorban. Orvosi Hetilap*, 159(46), 1948–1956.
- 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.
- 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. & Schaalak, 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.
- Endler N.S., Parker S., James D.A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6(1), 50–60.
- Fenigstein, A. (1979). Self-consciousness, self-attention, and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1),75-86.
- Fonagy, P., Gergely, Gy., Jurist, E.L., Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press
- Földi R. (2005). *A hiperaktivitás organikus és lelki háttere*. Budapest. Comenius Kiadó Kft.,
- 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. (1998). The emerging field of emotions regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Goodman, R. (1997). *The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586.
- 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 Enikő (2012). A személyiség pozitív erőforrásai. Gy. Kiss Enikő, Polyák Lilla (szerk). (2012): *Egészség Rehabilitációs Füzetek II. A személyes és társas tényezők szerepe a rehabilitációs munkában*. Budapest, Oriold és Társa Kiadó.
- 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.
- Haavisto, A., Korkman, M., Sintonen, H., Holmberg, C., Jalanko, H., Lipsanen, J., & Qvist, E. (2013). Risk factors for impaired quality of life and psychosocial adjustment after pediatric heart, kidney, and liver transplantation. *Pediatric transplantation*, 17(3), 256-265.
- Hámori E. (2013). Rizikófaktorok, adaptáció és reziliencia a korai fejlődésben – a koraszülöttség a fejlődési pszichopatológia modelljében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68. 1. 7-22.
- Hinds, P. S., Gattuso, J. S. (1991). Measuring hopefulness in adolescents. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 8(2), 92-94

- Jaser, S.S., White, L.E. (2011). Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes. *Child: Care, Health and Development* 37: 335-342.
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (Vol. 2, pp. 102–138). New York: Guilford Press.
- 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.
- Kopp, M. S., Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1993): Hungarian Questionnaire in Psychometric Scales for Cross-Cultural Self-Efficacy Research. Zentrale Universitäts Druckerei der FU Berlin, Berlin.
- Kököneyi, Gy. (2008). *Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban*. Budapest: Doktori disszertáció.
- Kövesdi A. (2016). A reziliencia hatása a krónikus betegségekben. *Gyermekgyógyászat*, 67 (4), pp.:225-230.
- Kövesdi A. (2018). *Reziliencia a serdülőkori anorexia nervosában*. Pécs: Doktori (PhD) disszertáció.
- Kövi, Zs., Grezsa, F., Kása, D., Mírnics, Zs., Rózsa, S., Vargha, A., Koós, T., Vass, Z. (2015). A vallásosság és a lelki jóllét alakulása általános és középiskolásoknál. *Vallástudományi Szemle*, 3–4. 58–69.
- Kulcsár, Zs. (1996). *Korai személyiségfejlődés*. Budapest: Akadémiai 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.
- Lovibond, S.H., Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation.
- Olson, C.A., Bond, L., Bums, J.M., Vella-Brodrick, D.A. y Sawyer, S.M. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26, 1-11.
- 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.
- 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.
- Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., Hernandez, L., & Cella, D. (2002). *Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy—spiritual well-being scale (FACIT-Sp)*. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1), 49–58.
- 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.

- Rózsa, S., Major, Gr., Bella, D., Surányi, Zs. (2013). Gyermekkori spiritualitás és jól-lét. Az előadás elhangzott a Magyar Pszichológiai Társaság XXII. Országos Tudományos Nagygyűlésén. Budapest, 2013. június 5-7. Programfüzet, 18. oldal.
- Rutten, B. P. F., Hammels, C., Geschwind, N., Menne-Lothmann, C., Pishva, E., Schruers, K., ... Wichers, M. (2013). *Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. Acta Psychiatrica Scandinavica, 128(1), 3–20.*
- Ryff C.D. & Singer B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychother Psychosom, 65:14–23.*
- 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.*
- Seligman, M. E. P., Csikszentmihalyi, M. (2000): Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55: 514.*
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995): Generalized Self-Efficacy scale. In Weinman, J., Whright, S., Johnston, M.: Measures in Health Psychology: A Users Portfolio. Causal and control beliefs. NFER-NELSON. Windsor UK. 3537.
- Sümer Dodur, H. M., & Altındağ Kumaş, Ö. (2020). *Knowledge and beliefs of classroom teachers about dyslexia: the case of teachers in Turkey. European Journal of Special Needs Education, 36(4), 593–609.*
- Szokolszky Á. V., Komlósi, A. (2015). A „reziliencia- gondolkodás” felemelkedése – ökológiai éspszichológiai megközelítések. *Alkalmazott Pszichológia, 15(1):11-26.*
- Taylor, R. M., Franck, L. S., Gibson, F., Donaldson, N., & Dhawan, A. (2009). Study of the Factors Affecting Health-Related Quality of Life in Adolescents After Liver Transplantation. *American Journal of Transplantation, 9(5), 1179–1188.*
- Tychev, C., Lighezzolo-Alnot, J., Claudon, P., Garnier, S., Demogeot, N.(2012). Resilience, Mentalization, and the Development Tutor. *Rorschachiana 33, 49-77*
- 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.
- Werner, E. E., Smith, R. S. (1992). Overcoming the odds: *High risk children from birth to adulthood.* Ithaca, NY: Cornell University Press.
- 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.*
- 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.

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.

TRANSZPLANTÁLT SERDÜLŐK REZILIENCIA FÓKUSZÚ VIZSGÁLATA

KÖVESDI Andrea¹, RÓZSA Sándor¹, KRIKOVSZKY Dóra²,
KOVÁCS Lajos², DEZSŐFI Antal², SZABÓ Attila²

¹ Károli Gáspár Református Egyetem, Reziliens Fejlődés-Pozitív Kutatócsoport

² Semmelweis Egyetem, I.sz.Gyermekgyógyászati Klinika

„*Mens sana in corpore sano*” (Satires 10)

Absztrakt

A transzplantáció gyermek és felnőtt korban egyaránt életmentő beavatkozás a túlélőknek, mely az „új” élet lehetőségét biztosítja. Szigorúan szabályozott eljárás során jutnak el a betegek a transzplantációig, majd az ezt követő felépülési szakasz is az orvosi protokoll által meghatározott úton zajlik. A pszichológiai változások korántsem ennyire kiszámíthatók és tervezettek. Egy életmentő műtétet követően, a helyreállással párhuzamosan a krónikus beteg státuszát kell elfogadni mind a gyermeknek, mind a családnak. A 2020 őszén indult kutatás célja a transzplantált gyermekek- és serdülők pszichés jellemzőinek azonosítása a reziliencia potenciál fókuszával. A Semmelweis Egyetem I.sz. Gyermekgyógyászati Klinikán kezelt 51 fő transzplantált gyermek és korban és nemből illesztett kontroll személy adatait dolgozzuk fel a tanulmányban pilot jelleggel. Az elsődleges eredményeink alapján megállapítható, hogy reziliencia tekintetében nincs jelentős eltérés a csoportok között, de meg kell jegyezni, hogy a transzplantált csoport reziliencia értéke az alsó határon jelez. A transzplantált serdülőket inkább jellemzik maladaptív megküzdési stratégiák, a proszociális viselkedés hiánya, magasabb depresszió, szorongás és stressz szint a kontroll csoporthoz képest. A transzplantált serdülő csoport reziliencia értéke normál tartományban jelez, ami biztató a változások kezelésében a jövő tekintetében. Az eredmények iránymutatás adnak a transzplantált serdülők számára tervezett pszichés támogatáshoz és a reziliencia alapú szűrés megfontolására.

Kulcsszavak: transzplantáció ▪ reziliencia ▪ megküzdés ▪ depresszió ▪ szorongás ▪ stressz

BEVEZETŐ

Az életveszélyes állapotokkal, krónikus betegségekkel járó jelentős érzelmi megterheléssel és a megemelkedett stressz szinttel való megküzdésben jelentős szerepe van a mozgósítható erőforrásoknak és a protektív faktoroknak a helyreállításban és az optimális életminőség elérésében. A betegség következtében fellépő szorongás és magas stressz szint mind a gyermekek, mind szüleik pszichés állapotára jellemző (Cousino 2017). Az „Ép testben, ép lélek” állítás értelmezése esetünkben a test és a lélek kölcsönöshatására vonatkozik, mely hozzájárul a jólléthez és az optimális életminőséghez (Kövesdi, 2016). A transzplantált gyermekek helyzete speciális más krónikus beteg állapothoz képest. Esetükben

először egy életveszélyes állapotot szüntet meg a traszplantáció, majd ezt követi a krónikus beteg állapot stabilizálása és az új életmód kialakítása. A traszplantációk tekintetében a gyermek és felnőtt populációban lényeges a különbség a szervek mérete alapján, de ezen belül a különböző szervek tekintetében is vannak eltérések, mint például az átültetést megelőző állapot, maga a műtéti beavatkozás, a felépülési időszak, a kilökődési esélyek, esetlegesen szövődmények és a kockázati szempontok (Dezsófi és munkatársai, 2018). Hazánk 2013-ban csatlakozott az Eurotransplant nevű, hét ország közötti együttműködéshez, így az átültetések száma 40%-al megemelkedett. Magyarországon 2018 óta végeznek vese traszplantációt, korábban külföldön végezték a műtéteket. A testi kezelés – műtéti háttér – mellett a lelki állapot hazai ellátásához kívánunk jelenleg is folyó kutatásukkal hozzájárulni. Különösen fontosnak tartjuk a traszplantált gyermekek és serdülők, valamint szüleik protektív és vulnerábilis tényezőinek azonosítását és ezek figyelembevételével az indikációk és a hatékony támogatás megfogalmazását.

ELMÉLETI ÁTTEKINTÉS

A pozitív pszichológia gyökerei és jelentősége

A pozitív pszichológia célkitűzése a patológia, a gyengeség és a hiány tényezői mellett az erősségek és a kiválóságok megismerése empirikus kutatási eredmények alapján (Seligman, Csikszentmihályi, 2000). Az ember „jó” oldalának tanulmányozását helyezték középpontba a kutatók. A pozitív pszichológia autentikus, pozitív érzésekkel és szabad akarattal rendelkező emberképet fogalmaz meg, aki a negatív érzelmi állapotait képes szabályozni és önmagát előremozdítani, hogy minél több pozitív élményben legyen része. A II. világháború testi-lelki sebeinek kezelése jelentősen hozzájárul a pozitív pszichológia szellemében megfogalmazott kutatások fellendüléséhez és a paradigmataváltáshoz, valamint a vulnerábilis faktorok mellett a protektív faktorok kutatásához is. A '60-as években a kutatók figyelme már a protektív faktorok felé fordult - Rotter (1966) írta le a *kontroll képességét*. További protektív faktorok; a *keményen helytálló személyiség* (Kobasa, 1970), az *én-tudatosság* (Festinger, 1979), az *én-hatékonyság* (Bandura, 1982), a *tanult leleményesség* (Rosenbaum, 1990), a *koherencia érzés* (Antanovszky, 1979), a *reziliencia* (Block, 1980), a *diszpozicionális optimizmus* (Scheier, Carver, 1987), a *konstruktív gondolkodás* (Epstein, Maier, 1989), az *érzelmi intelligencia* (Mayer, Salovey, 1997) és a *spirituális intelligencia* (Zohar, Marshal, 2000). A felsorolt protektív faktorok segítik az egyén boldogulását aktív résztvevőként élete eseményeiben. Azonban számos olyan élethelyzet is kialakulhat (pl.: trauma, baleset, súlyos betegség, traszplantáció), mely felett nincs kontrollunk. Ezekben a helyzetekben a kontroll minden-

áron történő fenntartása – a megváltozott helyzet elfogadása helyett – rontja a testi és a lelki egészséget (Kulcsár, 2009). A szélsőséges és kontrollálhatatlan helyzet elfogadása, a helyzethez való alkalmazkodás, pozitív viszonyulás lehet az adaptáció útja, ugyanis az elfogadás együtt jár bizalomteli élménnyel, ami képes a kontroll elvesztését kísérő félelmet korrigálni és átszínezni, megszelídíteni az érzelmi élményt. Eitel (1995; id. Gy Kiss 2012) igazolta, hogy a kontroll elengedése a szélsőségesen kiszolgáltatott helyzetben csökkenti a depresszió veszélyét. A hála és a megbocsátás pozitív érzések, melyek jelzik a trauma feldolgozásának képességét. A pozitív érzelmek pozitív fizikai és lelki hatással vannak a személyes jóllétre és együttjárnak a poszttraumás növekedés lehetőségével (Kiss, Makó, 2015). Werner és Smith (1992) a protektív tényezők komplex rendszerét fogalmazza meg, melynek vannak egyéni, családi és társas környezetből származó vetületei.

A reziliencia fogalma és jelentősége a klinikai-és egészségpszichológiában

A klinikai és az egészségpszichológiában napjaink elterjedt nézete szerint a megterhelő élethelyzetben a nehézségek, patológiás állapotok – patogenetikus szemlélet - mellett az erősségekre, protektív tényezőkre fókuszálnak a szakemberek. A protektív faktorok közül a reziliencia potenciál azonosítása és összefüggései jelen kutatás központi kérdése. A reziliencia fogalmának meghatározása önmagában is komplex kérdés, azonban a kutatásban a Maseten-i (2001) definíció szerint gondolkodunk, mely szerint; „*a reziliencia szorosan összefügg az adaptációs képességgel, és jellemző a személyre a belső kontroll, az empátia, az optimizmus, a pozitív én-kép, a változások pozitív kezelése és az én-hatékony viselkedés*”. Másképp megfogalmazva leggyakrabban lelki ellenállóképességként említjük a rezilienciát vagy rugalmas alkalmazkodásként (Szokolszky, V. Komlósi, 2015).

1. táblázat. Veszélyeztetés – alkalmazkodás dimenziói (Masten, 1990, id. Kiss, Makó 2015, pp.357)

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

A pszichológia tudományán belül az egészségpszichológia és a klinikai pszichológia vált nyitottá a reziliencia jelenségének vizsgálatára. Az egyes pszichopatológiai kórképek és rizikófaktorok hátterének feltérképezésében jelentős szerepet kaptak a vulnerábilis tényezők – pl. stressz, szorongás, depresszió – és a protektív tényezők – pl. reziliencia – tudományos igényű vizsgálata

(Hámori, 2013). Az eredmények alapján új beavatkozási eljárásokon dolgoznak a szakemberek, az egészségmegőrzést és a krónikus betegek életminőségének javítását megcélózva. Felnőtt populáció körében végzett kutatás (N=438 fő) eredményei alátámasztják a reziliencia jelentőségét az egészségmagatartás tekintetében. Az egészséges csoport reziliencia értéke szignifikánsan magasabb volt az autoimmun betegcsoport értékénél, a személyiség tekintetében az ártalomkerülés negatívan korrelált, míg a kitartás pozitívan a rezilienciával. Az ártalomkerülés alskálái (az aggodalmaskodás, a pesszimizmus, a bizonytalanságtól való félelem, a félenkség az idegenektől, a fáradékonyság és az aszténia) szintén negatívan korreláltak a lelki ellenálló képesség értékével. Az önirányítottság és az együttműködés pozitívan korrelált a rezilienciával. A szerzők kiemelték az önirányítottság alskálákat – felelősségérzet, céltudatosság, eredményesség, leleményesség, önfogadás –, amelyek szerintük jelentősen hozzájárultak a reziliens válaszreakciók kialakulásához (Gy. Kiss és mtsai, 2008). A depresszió és a szorongás szignifikáns negatív kapcsolatot mutatott a lelki ellenálló képességgel. Az ártalomkerülés alskála számos olyan tényezőt foglal magában, mely hatások csökkentése és az önirányítottság, együttműködés támogatása hozzájárul a reziliencia potenciál növeléséhez. A céltudatos életvezetésnek és a pozitív társas beállítódásnak is jelentős szerepet tulajdonítanak a reziliens válaszreakciók megjelenésében (Kiss, Makó 2015). A reziliencia potenciál felismerése és alkalmazása a gyógyításban az egészségmagatartás változását implikálhatja hosszú távon (Kövesdi, 2016).

Reziliencia a krónikus betegek körében

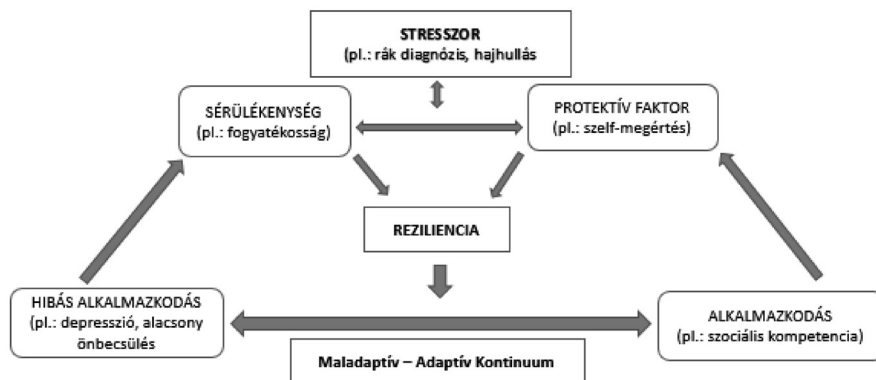
Fernanda Cal (2015) metaanalízisében (PubMed, PsycINFO, 1993–2003 között) a reziliencia kutatások jelentősebb eredményeit foglalja össze a krónikus megbetegedések szempontjából. A krónikus betegségek gyakran járnak együtt szorongással, depresszióval, mely állapotok csökkentik az életszínvonalat és a jólétet. A reziliencia hatással van több krónikus betegségre is, pl. lupus, diabetes mellitus, rheumatoid arthritis, rák, hepatitis-C, fiatalkori ízületi gyulladás, bőrbetegség, depresszió, Parkinson-kór, krónikus vesebetegség. A betegség tünetek kifejlődése, erősödése együttjárhat pszichés problémákkal, stresszel, ami az immunrendszer működésre is kifejti hatását. Fordított kapcsolatot találtak a reziliencia, a szorongás és depresszió között (DeNisco és mtsai, 2011; Gyöngyösi-né Kiss és mtsai, 2008; Kiss, Makó, 2015). A magas reziliencia véd a pszichiátriai betegségek kialakulásával szemben. Negatív a kapcsolat a reziliencia és a csökkentett munkaképesség, valamint a szomatizáció között. Pozitív összefüggést mutat továbbá a reziliencia a jobb életminőséggel és az egészségmegőrző magatartásokkal (pl. egészséges étkezés, stressz csökkentés, önmegvalósítás, megfelelő sport) (Rutten és mtsai 2013; Wagnild, 2009). DeNisco és mtsai (2011)

a krónikus cukorbeteg reziliencia és a glikohemoglobin (HbA_{1c}) közötti kapcsolatban fordított összefüggést találtak. Szintén fordított kapcsolatot találtak a depresszióval a hepatitis-C-ben megbetegedettek körében. Inverz a kapcsolat a lelki ellenálló képesség és a Bechterew-kór aktív állapotai között. Így a szerzők összességében arra következtetésre jutottak, hogy az alacsony reziliencia potenciállal élő betegek kevésbé képesek megküzdeni a stresszel és a kihívásokkal, melyek a betegségből fakadnak. Egyéni különbségek mutatkoznak továbbá a társas kapcsolatokban, a családi működésben, az önértékelésben és az érzelmszabályozásban, melyek növelhetik a fizikai betegségek kockázati faktorát és az elhalálozás is (Cal és mtsai, 2015). Összességében elmondható hogy a reziliencia mind a szomatikus, mind a pszichés betegségek tekintetében védőfaktorak bizonyult. Vizsgálatunkban a fentiek figyelembevételével elemezzük a stressz, a hangulati tényezők, a megküzdési stílus, a jóllét és a reziliencia jelenségét.

Reziliencia a krónikus beteg serdülők körében

A krónikus betegségek gyakran járnak együtt az életszínvonal csökkenésével és jóllétet veszélyeztető szorongással vagy akár depresszióval. Több korábbi kutatásban is arra a következtetésre jutottak, hogy a reziliencia jelensége hatással van több krónikus betegségekre is (Edward, 2013; Zautra, Johnson, Davis, 2005). Az alacsony rezilienciát mutató betegek kevésbé képesek ugyanis a betegségből fakadó stresszel és az abból adódó kihívásokkal megküzdeni (DeNisco és mtsai, 2011, Erim és mtsai, 2010, Wingo és mtsai, 2010). Yi-Frazier és munkatársai (2015) I-es típusú diabétesssel (T1D) diagnosztizált serdülők körében a reziliencia és a cukorbetegséghez kapcsolódó stressz összefüggését, a coping mechanizmust és a diabetes eredményeket elemezték. A Seattle-i Gyermekkorházban végzett kutatásba olyan 13-18 év közötti serdülőket vontak be, akiknek minimum 1 éve volt diabetes diagnózisuk. A kutatók feltételezték a magas reziliencia érték összefüggését a diabétesssel járó alacsony distresszel, a javuló diabetesmutatókkal, az öngondoskodással, az életminőséggel és az adaptívabb coping stratégiákkal. Eredményeik szerint a distressz és az életminőség kapcsolatára a reziliencia hatással van, oly módon, hogy akiknek magasabb a reziliencia értéke, azoknak alacsonyabb a distressz pontszáma és magasabb az életminőség értéke. Eredményeik összhangban vannak más kutatások eredményeivel is (pl. mint rák, gerincsérülés, és a felnőttkori diabetes) (DeNisco, 2011; Cal és mtsai, 2015; Yi-Frazier, 2015). Az elemzésben a reziliencia értékek alapján három (alacsony, közepes, magas) kisebb csoportot alkottak. A megküzdés elemzése során a maladaptív alskálák közül a „vágyakozás” (meg nem valószínűsített fantázia) fordított összefüggést mutatott a reziliencia értékkel. A magas reziliencia pontszámú csoport magasabb értéket ért el az adaptív megküzdés terén. Az eredmények alátámasztják, hogy a maladaptív megküzdés megváltoz-

tatása pozitív irányba befolyásolhatja a rezilienciát. A szerzők megfogalmazták az igényt a reziliencia fejlesztését célzó intervenciókra is (Yi-Frazier és mtsai, 2015). Kórházi kezelés alatt álló, (alacsony BMI, osztályos kezelés) anorexiás serdülő lányok körében a reziliencia potenciál szűrő funkcióját igazolták, mely jelzi a gyógyulás esélyeit (Kövesdi, 2018).



1. ábra. Woodgate alkalmazkodás modellje (Woodgate, 1999 pp.:38., ford. Kövesdi, 2018)

A mentalizáció és a kapcsolati minőség támogató szerepe

A fentiekben is utaltunk a krónikus betegségeket kísérő pszichés állapotok jelentőségére a gyógyulás összefüggésében. Az érzelmi élet fejlődésében a késleltetési képesség pozitív produktumként jelenik meg – követve az idegrendszeri érést – és hozzásegíti a gyermeket és a serdülőt az intenzív érzelmek optimális kezeléséhez (Kulcsár, 1996; Földi, 2005; Kökönyei, 2008; Csenki, 2012). A mentalizált érzelmek a legvégső formája a szabályozásnak, melynek része mások érzelmeinek megértése és az érzelmek jelentéstelisége (Fonagy és mtsai, 2002). A szerzők szerint a mentalizáció képessége különösen fontos evolúciós szempontból, biztosítja, hogy hatással tudjunk lenni saját és mások érzelmeire és megértsük azokat. A mentalizáció képessége nagyban hozzájárul, hogy képesek legyünk érzelmileg megérteni, megélni, szabályozni a nehéz helyzeteket és támogatja az önmeghaladás állapotának felismerését. A szabályozás és az elhárító mechanizmusok szempontjából a témát nem tárgyaljuk bővebben a tanulmányban.

Az önmeghaladás képességét és a spirituális hozzáállást a reziliencia egyik központi elemének gondolják a kutatók (Coward, 1990; Haase és mtsai, 1992). Az önmeghaladás élményének része a gyógyulás érzése, felismerése annak, hogy értelme van az életnek, elvezet az egységélményhez a természettel és Istennel. A remény szerepét összefüggésbe hozták az egészséggel és rákos betegségállá-

pothoz való alkalmazkodással, valamint a rezilienciával való pozitív együttjárást igazolták a kutatók (Hinds, Gattuso, 1991; Peterman és mtsai, 2002).

Az érzékeny gondozói környezetben kialakuló biztonságos kötődés megteremti az optimális stressz szabályozás és az adaptálódás lehetőségét (Eisenberg, Spinrad, Eggum, 2010). Aupperle és mtsai (2016) jelentősebb depressziós és szorongásos tünetet mutató gyermek esetében az anya kritikus viselkedését azonosították, melyeket idegrendszeri változásokkal – jobb oldali amygdala intenzitás – támasztottak alá. Súlyos traumát átélt ikerpár esetében a klinikai pszichológia mérőeszközeink (anamnézis, interjú, projektív tesztek) eredményei alapján megállapítják a szakemberek, hogy nincs bizonyíték a reziliencia genetikai eredetére. Jelentős tényezőnek tartják a reziliencia potenciál fejlődése szempontjából serdülőkorban a valódi, interaktív, hiteles kapcsolat (élő személy, akivel hiteles kapcsolat alakítható ki) lehetőségét egy valós felnőtt személlyel, abban az esetben is, ha az illető nem vérszerinti szülő (Tychey és mtsai, 2012).

Stresszel való megküzdés, életminőség

A stresszel való megküzdés két adaptív szabályozási formáját különítjük el, az átkeretezést és a problémafókuszú megoldást. Azonban ezek maladaptív megoldásai növelik a szorongás és a depresszió esélyét (Gross, 1998), a problémamegoldás hiánya tovább növeli a szerhasználat és az evészavarok esélyét. Az elfogadási képesség alacsony szintje növeli a generalizált szorongás, pánikzavar és a borderline személyiségzavar előfordulását (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schwartz, 2010). A megküzdést elemző vizsgálatok az átkeretezést, a problémamegoldást és az elfogadást találták a leginkább protektív mechanizmusoknak a patológiás állapotokkal szemben, Leginkább vulnerábilis megoldás pedig az elfojtást és az elkerülést (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schwartz, 2010). A problémamegoldás maladaptív formája a rumináció. A maladaptív problémamegoldás mind a krónikus betegségekben, mind önállóan hozzájárulhat szorongásos és depresszív állapotok kialakulásához és fenntartásához. I-típusú diabetes diagnózissal élő serdülő fiatalok körében kétszer-háromszor gyakrabban fordul elő major depresszió, mint egészséges társaik körében (Grey, 2002), különösen azokban az esetekben, ahol alacsony az öngondoskodási képesség. A magasabb reziliencia érték továbbá előre jelezte az 1 évvel későbbi alacsonyabb A1C értéket (Yi-Frazier, 2008). A maladaptív megküzdési stratégiák közül a „tétlen ábrándozás” (cselekvés nélküli, passzív vágyakozás) járt együtt alacsony reziliencia értékekkel. Azok a fiatalok, aki ezzel a megoldással éltek, stressz hatására nem cselekedtek, hanem gondolkodtak a problémáról (rumináltak). A reziliencia tehát összefüggést mutat a distresszel és az életminőséggel, oly módon, hogy a magasabb reziliencia magasabb életminőséggel és alacsonyabb distresszel jár együtt (Jaser, Withe 2011; Yi-Frazier és mtsai 2012).

A magas reziliencia véd a depresszióval szemben (Birmahe és mtsai 1996; Kövesdi, 2018).

Pszichológiai jóllét nem a maladaptív tényezők hiányával érhető el, hanem a protektív tényezők meglétével. Ryff és Singer (1996) affektív zavarokkal élő betegek farmakoterápiáját és pszichoterápiáját (elsősorban viselkedésterápiák) sikeresnek találták tüneti szinten, azonban pszichológia jóllétükben nem találtak változást. A protektív tényezők és a pozitív érzelmek túlsúlya hozzájárul a reziliens működéshez, mely csökkenti a szorongásos és depresszív állapotok és a negatív affektusok dominanciáját. A reziliencia csökkenti a krónikus betegséggel járó fájdalomérzetet, hozzájárul az akut betegségből való felépüléshez, krónikus betegség esetén az optimális egészségmagatartáshoz és növeli a jóllétet.

Transzplantált gyermekek és serdülők reziliencia sajátosságai

A transzplantált személyek és családjuk lélektani változása különösen sokrétű, mivel egy eredetileg egészséges személy első lépésben egy életmentő műtéten esik át, majd a műtétet követő felépülés után krónikus betegként éli tovább az életét. A transzplantáció utáni reziliens működés 3 különböző rizikófaktor szerint csoportosítható (Haavisto és mtsai, 2013; Taylor és mtsai, 2009): 1) orvosi kockázati tényezők (pl.: mellékhatások, kilökődési epizódok, gyógyszeres terápia-hűség), 2) személyes tényezők (pl.: eltelt idő, életkor, kórtörténet, alacsony önértékelés és érzelmi állapot), 3) családi tényezők (pl.: családi konfliktusok, jövedelem, szülő mentális állapota, szülő distressz szintje, fizikai működése). A transzplantált serdülő rezilienciája összefüggést mutat az orvosi szempontból is pozitív javulással. A reziliencia potenciál különösen aktuális téma a transzplantáltak esetében, mivel időben elhúzódó és több lépcsőben megvalósuló változáshoz kell adaptálódni a gyermeknek és a családnak az élet és a halál kontinuum árnyékában. Korábbi kutatásban a következő pszichoszociális faktorokat azonosították a reziliencia összefüggésében; mentális egészség, neurokognitív és- tanulmányi támogatás, multidiszciplinári kezelő team, pozitív adherencia, szülők mentális egészsége, támogató szülői-és kortárskapcsolatok, kulturális szempontok figyelembevétel a kezelés megtervezésében, felkészítés a felnőtt ellátásra (Amatya, Monnin, Christofferson 2021). A kutatás megtervezésénél szembesültünk a viszonylag alacsony számú közleménnyel a témában, mely reziliencia tekintetében különösen alacsony. Részből ezért döntöttük úgy, hogy a rezilienciára, a jóllétre, a jövőképre és a protektív tényezőkre koncentrálunk, a szorongásos és hangulati állapot felmérése mellett.

VIZSGÁLAT HIPOTÉZISEK

Az első hipotézis szerint mindkét csoportban az én-hatékonyság pozitív együttjárást mutat a rezilienciával.

A második hipotézis szerint mindkét csoport reziliencia értéke az átlagos tartományba esik, azonban a transzplantált csoport értéke alacsonyabb.

A harmadik hipotézis szerint a transzplantált fiatalok szorongása és stressz értéke meghaladja a kontrollcsoportét.

A negyedik hipotézis szerint a kontrollcsoportot érettebb megküzdési módok jellemzik, mint a transzplantált fiatalokat.

Az ötödik hipotézis szerint a transzplantált fiatalok több dimenzióban számolnak be nehézségről mint a kontrollcsoport tagjai.

A hatodik hipotézis szerint a személyiségjellemzők szempontjából a transzplantált fiatalok a nyitottság tekintetében eltérnek a kontrollcsoporttól.

A hetedik hipotézis szerint a transzplantált csoport jóllét mutatói szignifikánsan alacsonyabbak a kontrollcsoportéhoz képest.

VIZSGÁLAT BEMUTATÁSA

Kutatásunkat a Semmelweis Egyetem I. számú Gyermekgyógyászati Klinikán kezelésben és/vagy utógondozásban lévő transzplantált gyermekek és serdülők körében végezzük. Az adatgyűjtés 2020 októberében kezdődött, és jelenleg is tart a három évesre tervezett adatgyűjtés. Jelen tanulmányban a 2022. június végéig rögzített keresztmetszeti adatok elemzéséről számolunk be pilot jelleggel. A komplexebb eredményeket később közöljük. A vizsgálati minta 91 fő (transzplantált 51 fő és 40 fő kontroll személy) adatait tartalmazza. A kontrollt nemben és életkorban illesztettük. A vizsgálati személyek legalább 11 és legfeljebb 18 évesek lehetnek. A transzplantált csoportban vegyesen vannak vese, máj és tüdő transzplantálta serdülők. Vizsgálati kritérium, hogy 1 évnél régebben történt a transzplantáció. A vizsgálat kutatás etikai engedély száma: SE RKEB 213/2020.

2. táblázat. A vizsgálati minta leírójellemzői

	Elemszám	Életkor átlag	Életkor szórás	Lány	Fiú
Transzplantált csoport	51	14,0	2,2	32	21
Kontrollcsoport	40	14,4	2,4	24	16

A vizsgálatban alkalmazott mérőeszközök

Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISK (Connor, Davidson, 2003). A mérőeszköz eredeti verzióját Connor és Davidson fejlesztette ki. Az általunk jelenleg alkalmazott mérőeszköz az eredeti 25 tételes angol nyelvű mérőeszköz 10 tételes, magyar nyelvre fordított rövidített változata, melyet a szerzők engedélyével használnak a kutatók. Az általunk használt változat adaptációja jelenleg is folyamatban van gyermek-és serdülő korosztályban. A kutatási mintán a Cronbach-alfa értékek megbízhatónak tekinthetők: a szülői csoport esetén 0,84, a transzplantált gyermekek csoportja esetén pedig 0,80.

Depression, Anxiety and Stress Scales, DASS-21, (Lovibond, Lovibond, 2005). A kérdőív a depresszió, szorongás és stressz által okozott negatív érzések mérésére szolgáló kérdőív. A rövidített 21 tételes változat megbízhatóan alkalmazható felnőttek és serdülők körében egyaránt (Szabó, 2010, Lee és mtsai., 2019). Hazai mintán a mérőeszköz kiváló pszichometriai tulajdonságokkal rendelkezik (Rózsa és mtsai, előkészületben). A kutatási mintán megfelelő megbízhatósággal bír, a mintán a Cronbach-alpha értéke Depresszió: 0,80, Szorongás 0,85, Stressz 0,84, Total: 0,94.

Public Health Surveillance Well-Being Scale (Bann, és mtsai, 2012). A kérdőívet az általános jóllét felmérésére fejlesztették ki. A mérőeszköz hazai változatát már több kutatás során is alkalmazták, a kérdőív pszichometriai mutatói kiválóak, Cronbach-alfa értéke mentális jóllét 0,76, fizikai jóllét 0,64, társas jóllét 0,64, általános jóllét 0,83, mely alapján a teszt jó belső konzisztenciával rendelkezik.

Coping Inventory for Stressful Situations, CISS-21 (Endler, Parker, James 1994). A Megküzdés Stresszhelyzetekben kérdőív kidolgozása Endler és Parker (1994) nevéhez fűződik. A rövidített változata 21 tételből áll, amely 3 alskála mentén méri fel az egyénre jellemző megküzdési stratégiát: *problémafókuszú megküzdés, érzelemfókuszú megküzdés, elkerülés*. Hazai mintán (N=6272), mindhárom skálán megbízhatónak bizonyult (Kövi és mtsai., 2015). Jelen vizsgálatban a Cronbach-alfa értékek a következők: problémafókuszú megküzdésnél 0,78, érzelemfókuszú megküzdésnél 0,76, elkerülésnél 0,77.

Strength and Difficulties Questionnaires, SDQ, (Goodman, 1997). A képességek és nehézségek kérdőív 25 tételes, a gyermekkori viselkedési és érzelmi problémák egyik legnépszerűbb, nemzetközileg elismert szűrőmódszere. A mérőeszköz tételei a következő öt skálát alkotják: *Érzelmi tünetek, Viselkedési problémák, Hiperaktivitás, Kortárs kapcsolati problémák és Proszociális jellemzők*, melyek mindegyike 5 tételt foglal magába. Jelen kutatási mintán a Cronbach-alfa értékei: 0,62 és 0,71 közöttiek. Kivételt képez a viselkedésproblémák skála, melynek alfája 0,45. Ez azonban nem meglepő, mert a nemzetközi és hazai eredmények is általában hasonlóan alacsony megbízhatóságot jeleznek ennél a skálánál.

General Self-Efficacy Scale-t GSE Schwarzer és Jerusalem (1995) dolgozták ki. Az általános énhatékonyság mérésére kidolgozott 10 itemes kérdőív magyar

változatát Kopp Mária és munkatársai adaptálták magyar nyelvre. A skála megbízhatóságát és érvényességét a hazai kutatások alátámasztották. Jelen kutatási mintán a Cronbach-alfa értéke 0,83.

Big Five Inventory, BFI (John, Srivastava, 1999) rövid, 10 tételű változata az általános személyiségjellemzők felmérésére kidolgozott mérőeszköz, amely az alábbi skálákat tartalmazza: *Extraverzió*, *Barátságosság*, *Lelkiismeretesség*, *Érzelmi instabilitás* és *Nyitottság*. A tételek 5 fokozatú Likert-skálán értékelhetőek. A mérőeszközzel végzett hazai vizsgálatok a kérdőív érvényességét és megbízhatóságát támasztották alá (Rózsa és mtsai., 2013). Jelen kutatási mintán a kéttételes „skálák esetében Cronbach-alfákat nem kalkuláltunk, de a tételekre adott válaszok közötti korrelációk elfogadhatóak voltak.

EREDMÉNYEK

Az *első hipotézis* szerint mindkét csoportban az én-hatékonyság pozitív együttjárást mutat a rezilienciával. A teljes mintán végzett rangkorrelációs együttható mértéke 0,74 ($p < 0,001$), ami meglehetősen szoros együttjárás mutat a két konstruktm között. A korrelációs együtthatók mértéke nem különbözött számottevően a két csoportban (transzplantáltak: 0,73; kontroll: 0,75).

A *második hipotézis* szerint mindkét csoport reziliencia értéke az átlagos tartományba esik, azonban a transzplantált csoport reziliencia értéke alacsonyabb. A kapott eredmények alapján igazolást nyert, hogy mindkét csoport reziliencia értéke az átlagos övezetben van, és valamivel alacsonyabb a transzplantált fiatalok értéke, azonban ez az eltérés nem szignifikáns ($p = 0,27$). A transzplantált csoport értéke összességében az átlagos tartomány alsó határán helyezkedik el (3. táblázat).

3. táblázat. A reziliencia (CD-RISK) értéke a csoportos bontásban

Csoport	N	Átlag	Szórás	t (p)
transzplantált	51	25,67	6,59	-1,09 (0,27)
kontroll	40	27,20	6,62	

A *harmadik hipotézis* szerint a transzplantált fiatalok szorongása és stressz értéke meghaladja a kontrollcsoportét. Az alhipotézis szerint a transzplantált csoport depresszió értéke nem különbözik számottevően a kontrollcsoport értékétől. A kapott eredmények alapján a transzplantált csoportban mindhárom dimenzió (depresszió, szorongás, stressz) és az összpontszám átlaga szignifikánsan magasabb volt, mint a kontroll csoport eredményei (4. táblázat).

4. táblázat. A depresszió, a szorongás, a stressz és az összpontszám összehasonlítása

	Csoport	N	Átlag	Szórás	t (p)
Depresszió	transzplantált	51	1,67	0,75	4,73 (<0,001)
	kontroll	39	0,95	0,68	
Szorongás	transzplantált	51	1,48	0,62	4,33 (<0,001)
	kontroll	39	0,88	0,67	
Stressz	transzplantált	51	1,85	0,68	3,47 (<0,001)
	kontroll	39	1,33	0,72	
Összpontszám	transzplantált	51	1,66	0,63	4,62 (<0,001)
	kontroll	39	1,05	0,61	

A *negyedik hipotézis* szerint a kontrollcsoportot érettebb megküzdés jellemzi, mint a transzplantált fiatalokat. A kapott eredmények szerint problémafókuszú megküzdés valóban szignifikánsan magasabb volt a kontrollcsoportban, mint a transzplantáltak esetében, ugyanakkor a másik két megküzdésben nem mutatkozott szignifikáns eltérés. Érdeemes megjegyezni, hogy mindhárom skálán a kontrollcsoport ért el magasabb pontszámot (5. táblázat).

5. táblázat. A megküzdési stílus csoportonkénti összehasonlítása

	Csoport	N	Átlag	Szórás	t (p)
Problémaorientáció	transzplantált	51	23,55	4,89	-2,09 (0,039)
	kontroll	40	25,60	4,29	
Érzelmi fókusz	transzplantált	51	20,37	5,68	-1,49 (0,138)
	kontroll	40	22,10	5,17	
Elkerülés	transzplantált	51	19,41	5,74	-1,77 (0,080)
	kontroll	40	21,70	6,56	

Az *ötödik hipotézis* szerint a transzplantált fiatalok több dimenzióban számolnak be nehézségről, mint a kontrollcsoport tagjai. Az eredményeink nem támasztják alá ezeket a feltevéseket, ugyanis mindössze egyetlen skálán, a proszociális skálán mutatkozott szignifikáns eltérés, a kontrollcsoport javára (6. táblázat).

6. táblázat. A képességek és nehézségek kérdőív skáláinak csoportos összehasonlítása

	Csoport	N	Átlag	Szórás	t (p)
Érzelmi tünetek	transzplantált	51	3,37	2,58	-1,32 (0,189)
	kontroll	40	4,08	2,41	
Viselkedési problémák	transzplantált	51	2,82	1,81	0,77 (0,439)
	kontroll	40	2,55	1,47	
Hiperaktivitás skála	transzplantált	51	4,59	1,95	-0,13 (0,896)
	kontroll	40	4,65	2,55	
Kortárs kapcsolati problémák	transzplantált	51	2,57	2,12	0,39 (0,697)
	kontroll	40	2,40	1,94	
Proszociális skála	transzplantált	50	7,14	2,03	-2,49 (0,014)
	kontroll	40	8,13	1,62	
Összpontszám	transzplantált	51	13,35	6,23	-0,26 (0,795)
	kontroll	40	13,68	5,33	

A hatodik hipotézis szerint a személyiségjellemzők szempontjából a transzplantált fiatalok a nyitottság tekintetében eltérnek a kontrollcsoporttól. A kapott eredmények alapján egyetlen jellemzőn sem volt szignifikáns eltérés a két csoport között (7. táblázat).

7. táblázat. Az általános személyiségjellemzők csoportos összehasonlítása

	Csoport	N	Átlag	Szórás	t (p)
Extraverzió	transzplantált	51	7,84	2,06	-0,85 (0,395)
	kontroll	40	8,20	1,86	
Barátságosság	transzplantált	51	6,98	1,67	-0,89 (0,378)
	kontroll	40	7,25	1,08	
Lelkiismeretesség	transzplantált	51	5,29	1,45	-1,53 (0,129)
	kontroll	40	5,80	1,69	
Neuroticizmus	transzplantált	51	6,45	1,96	0,44 (0,662)
	kontroll	40	6,28	1,81	
Nyitottság	transzplantált	51	7,16	2,18	-0,65 (0,52)
	kontroll	40	7,45	2,07	

A *hetedik hipotézis* szerint a transzplantált csoport jóllét mutatói szignifikánsan alacsonyabbak, mint a kontrollcsoporté. A kapott eredmények alapján a két csoport között nem mutatkozott szignifikáns eltérés (8. táblázat).

8. táblázat. A jóllét komponensek és az összmutató csoportos összehasonlítása

	Csoport	N	Átlag	Szórás	t (p)
Mentális jóllét	transzplantált	49	3,85	,793	-0,37 (0,709)
	kontroll	40	3,91	,602	
Szociális jóllét	transzplantált	50	4,43	,802	0,19 (0,846)
	kontroll	40	4,40	,612	
Testi jóllét	transzplantált	50	4,05	,909	0,89 (0,372)
	kontroll	40	3,88	,872	
Általános jóllét (a 3 komponens összege)	transzplantált	49	4,10	,748	0,26 (0,793)
	kontroll	40	4,06	,547	

MEGBESZÉLÉS

A bemutatott vizsgálat egy három éves adatgyűjtés első másfél évének adatait elemzi pilot jelleggel. A vizsgálat célja az volt, hogy empirikus adatokkal alátámasszuk a transzplantált serdülők pszichés megsegítésére irányuló intervenciók és támogatás kidolgozását. Megállapítottuk, hogy a vizsgálatba vont, az SE I. sz. Gyermekgyógyászati klinikán kezelt serdülő transzplantáltak reziliencia értéke nem tér el jelentősen a korban illesztett egészséges kontrollszemélyektől. Vagyis a transzplantáció és a megváltozott életkörülmény – krónikus betegség – okozta stresszhez a transzplantált serdülők rugalmasan tudtak adaptálódni. Az eredményt a szoros és rendszeres orvosi kontrollal (3 havi) és a családok támogató jelenlétével magyarázzuk. Azonban figyelemfelkeltő tényező, hogy a transzplantált csoport reziliencia pontszáma az átlagos övezet alsó határán jelez. Az alacsonyabb reziliencia érték és a megemelkedett depresszió, szorongás és stresszérték a transzplantált csoport körében aggodalomra ad okot, mivel a vizsgálatba vont csoport az életkor alapján serdülőkorú, ezért fokozott figyelemmel érdemes kísérni a serdülőkori érést kísérő hangulati labilitást. Szükség esetén a transzplantált csoport számára érdemes segítő csoportot szervezni reziliens működést támogató elemekkel, melyek védőfaktoroként szolgálnak a depresszióval, szorongással szemben. A reziliencia védő szerepét igazolták korábbi kutatások is (Aspinwall, Tedeschi, 2010; Colaianna és mtsai, 2013, De Waziéres, Vuitton, Dupond, 1999; Kövesdi 2018) a depresszió, szorongás tekintetében (Kiss és mtsai, 2012; Kövesdi 2018). A jelentős reziliencia potenciál véd

a pszichiátriai betegségekkel szemben (Bachen, Chesney, Criswell, 2009; Erim és mtsai., 2010).

Az én-hatékonyság és a reziliencia együttjárását igazoltuk a teljes mintában és a csoportbontásban is. Az én-hatékonyság korábbi kutatások eredményeivel összhangban van (Olson, 2003; Sümer, Kumas, 2020). Az együttjárás okán érdemes támogató beavatkozásoknál figyelembe venni az eredményt, az én-hatékonyság növelésével (pl.: konkrét feladatok, helyzetek) a reziliencia potenciál növekedése várható. A transzplantált és a kontrollcsoport jólléte hasonló.

Megküzdés tekintetében az adaptív problémafókuszú megküzdés jellemző legkevésbé a transzplantált serdülőkre. Inkább jellemzi a csoportot a maladaptív stratégiák alkalmazása (érzelemfókuszú, elkerülő). Ennek egyik magyarázata lehet a speciális életstílus, ami a krónikus betegséggel jár. A transzplantációt követő felépülési szakaszban elsősorban a kezelőorvos a „problémamegoldó” mind a szülő, mind a gyermek számára. A kezelések a későbbiekben is meghatározzák a család és a gyermek életét, pl. optimális esetben az iskolába járás gyakoriságát, a megoldandó iskolai helyzetek lehetőségét. Kevesebb lehetősége adódik a transzplantált gyermekeknek és serdülőknek a nehézségek és konfliktusok megoldásának kidolgozására. A támogató beavatkozások egyik pillére lehet a biztonságos körülmények közötti problémamegoldás elősegítése, az életkornak megfelelő szintű önállóság támogatása.

A proszociális viselkedésben nehézségeik adódnak a transzplantált serdülőknek, melynek magyarázata szintén a specifikus életvitelből, a krónikus betegséggel járó élethelyzetekből, fizikai állapotból adódhat. A proszociális viselkedés különösen fontos terület serdülőkorban, amikor a kortárskapcsolatok jelentősége megnő a személyiségfejlődés során. Mivel a személyiségjellemzők szempontjából nem találtunk eltérést az egészséges kortársakhoz képest, kijelenthetjük, hogy a proszociális viselkedés elmaradása nem alapvető személyiségjellemző által meghatározott eltérés, hanem speciális életmód következménye, támogatást igényel.

KITEKINTÉS

Eredményeink alapján a depresszió, a szorongás és a stressz kezelésére, a problémafókuszú megküzdés támogatására és a proszociális viselkedés fejlesztésére lehet építeni a transzplantált serdülőket támogató intervenciókat. Valamint a reziliens működést támogató elemek növelése és az én-hatékony tevékenységek kidolgozása ajánlott a segítő folyamatban, továbbá javasoljuk a reziliencia alapú szűrést a pszichés megsegítés és a jövőbeli együttműködés megtervezésében.

LIMITÁCIÓK

Statisztikai szempontból az alacsony elemszám limitációként jelenik meg, azonban a speciális mintára tekintettel szerencsés, hogy nem nő jelentősen a vizsgálati elemszám. Az eredmények értelmezésénél érdemes figyelembe venni, hogy a vizsgálat adatait a COVID-19 járvány alatt gyűjtöttük, ahol a kontroll csoport élete jelentősen megváltozott a normál életvitelhez képest a korlátozások tekintetében és a járvány okozta stressz szempontjából.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ezúton is köszöni a Reziliens Fejlődés-Pozitív Kutatócsoport a kutatást támogató Károli Gáspár Református Egyetem Bölcsészettudományi Karának a pályázati lehetőséget a kutatómunkára. Az elnyert kutatói pályázat keretében végzi a kutatócsoport a longitudinális kutatást a transzplantált gyermekek-és serdülők körében.

SZAKIRODALOM

- 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.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217- 237.
- Amatya, K., Monnin, K., & Steinberg Christofferson, E. (2021). Psychological functioning and psychosocial issues in pediatric kidney transplant recipients. *Pediatric Transplantation*, 25(1).
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- 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., Alvareza, 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(6), 822–829. doi:10.1002/art.24519
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychology* 44, 1175-1184.
- Bann, C. M., Kobau, R., Lewis, M. A., et al. (2012). Development and psychometric evaluation of the public health surveillance well-being scale. *Quality of Life Research*, 21, 1031–43.
- 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.

- 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.
- Cal F.S., Ribeiro de Sa, L., Glustak, M.E., Santiago, M.B. (2015) Resilience in chronic diseases: A systematic review. *Cogent Psychology*, 2, 1-9.
- Colaïanna, M., Schiavone, S., Zotti, M., Tucci, P., Morgese, M. G., Bäckdahl, L., ... Trabace, L. (2013). *Neuroendocrine Profile in a Rat Model of Psychosocial Stress: Relation to Oxidative Stress. Antioxidants & Redox Signaling*, 18(12), 1385–1399. doi:10.1089/ars.2012.4569
- 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.
- Coward, D. D. (1990). The lived experience of self-transcendence in women with advanced breast cancer. *Nursing Science Quarterly*, 3(4), 162-169.
- Cousino, M. K., Rea, K. E., Schumacher, K. R., Magee, J. C., & Fredericks, E. M. (2017). A systematic review of parent and family functioning in pediatric solid organ transplant populations. *Pediatric Transplantation*, 21(3), e12900.
- Csenki L. (2012). Érzelemszabályozás a serdülőkori anorexia nervosában. Pécs Tudományegyetem. Pécs: PhD Disszertáció.
- 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.
- De Wazières B., Gil H., Vuitton D.A., Dupond J.L.(1999). Treatment of recurrent oro-genital ulceration with low doses of thalidomide. *Clin Exp Rheumatol*, 17(3):393.
- Dezsőfi, A., Reusz, G., Kovács, L., Szabó, D., Kelen, K., Krikovszky, D., ... Szabó, A. 2018, *Szervtranszplantáció gyermekkorban. Orvosi Hetilap*, 159(46), 1948–1956.
- 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.
- 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.
- Endler N.S., Parker S., James D.A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6(1), 50–60.
- Fenigstein, A. (1979). Self-consciousness, self-attention, and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1),75-86.
- Fonagy, P., Gergely, Gy., Jurist, E.L., Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press
- Földi R. (2005). *A hiperaktivitás organikus és lelki háttere*. Budapest. Comenius Kiadó Kft.,
- 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. (1998). The emerging field of emotions regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Goodman, R. (1997). *The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- 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 Enikő (2012). A személyiség pozitív erőforrásai. Gy. Kiss Enikő, Polyák Lilla (szerk). (2012): *Egészség Rehabilitációs Füzetek II. A személyes és társas tényezők szerepe a rehabilitációs munkában*. Budapest, Oriold és Társa Kiadó.
- 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.
- Haavisto, A., Korkman, M., Sintonen, H., Holmberg, C., Jalanko, H., Lipsanen, J., & Qvist, E. (2013). Risk factors for impaired quality of life and psychosocial adjustment after pediatric heart, kidney, and liver transplantation. *Pediatric transplantation*, 17(3), 256-265.
- Hámori E. (2013). Rizikófaktorok, adaptáció és reziliencia a korai fejlődésben – a koraszülöttség a fejlődési pszichopatológia modelljében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68. 1. 7-22.
- Hinds, P. S., Gattuso, J. S. (1991). Measuring hopefulness in adolescents. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 8(2), 92-94
- Jaser, S.S., White, L.E. (2011). Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes. *Child: Care, Health and Development* 37: 335-342.
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (Vol. 2, pp. 102-138). New York: Guilford Press.
- 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.
- Kopp, M. S., Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1993): Hungarian Questionnaire in Psychometric Scales for Cross-Cultural Self-Efficacy Research. *Zentrale Universitäts Druckerei der FU Berlin*, Berlin.
- Kököneyi, Gy. (2008). *Érzelmszabályozás krónikus fájdalomban*. Budapest: Doktori disszertáció.
- Kövesdi A. (2016). A reziliencia hatása a krónikus betegségeken. *Gyermekgyógyászat*, 67 (4), pp.:225-230.
- Kövesdi A. (2018). *Reziliencia a serdülőkorú anorexia nervosában*. Pécs: Doktori (PhD) disszertáció.
- Kövi, Zs., Grezsa, F., Kása, D., Mírnics, Zs., Rózsa, S., Vargha, A., Koós, T., Vass, Z. (2015). A vallásosság és a lelki jóllét alakulása általános és középiskolásoknál. *Vallástudományi Szemle*, 3-4. 58-69.
- Kulcsár, Zs. (1996). *Korai személyiségfejlődés*. Budapest: Akadémiai 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.

- Lovibond, S.H., Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation.
- Olson, C.A., Bond, L., Bums, J.M., Vella-Brodrick, D.A. y Sawyer, S.M. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26, 1-11.
- 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.
- 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.
- Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., Hernandez, L., & Cella, D. (2002). *Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy—spiritual well-being scale (FACIT-Sp)*. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1), 49–58.
- 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.
- Rózsa, S., Major, Gr., Bella, D., Surányi, Zs. (2013). Gyermekkori spiritualitás és jól-lét. Az előadás elhangzott a Magyar Pszichológiai Társaság XXII. Országos Tudományos Nagygyűlésén. Budapest, 2013. június 5-7. Programfüzet, 18. oldal.
- Rutten, B. P. F., Hammels, C., Geschwind, N., Menne-Lothmann, C., Pishva, E., Schruers, K., ... Wichers, M. (2013). *Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(1), 3–20.
- Ryff C.D. & Singer B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychother Psychosom*, 65:14–23.
- 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.
- Seligman, M. E. P., Csikszentmihalyi, M. (2000): Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55: 514.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995): Generalized Self-Efficacy scale. In Weinman, J., Whright, S., Johnston, M.: *Measures in Health Psychology: A Users Portfolio*. Causal and control beliefs. NFER-NELSON. Windsor UK. 3537.
- Sümer Dodur, H. M., & Altındağ Kumaş, Ö. (2020). *Knowledge and beliefs of classroom teachers about dyslexia: the case of teachers in Turkey*. *European Journal of Special Needs Education*, 36(4), 593–609.
- Szokolszky Á. V., Komlósi, A. (2015). A „reziliencia- gondolkodás” felemelkedése – ökológiai és pszichológiai megközelítések. *Alkalmazott Pszichológia*, 15(1):11-26.
- Taylor, R. M., Franck, L. S., Gibson, F., Donaldson, N., & Dhawan, A. (2009). Study of the Factors Affecting Health-Related Quality of Life in Adolescents After Liver Transplantation. *American Journal of Transplantation*, 9(5), 1179–1188.

- Tychey, C., Lighezzolo-Alnot, J., Claudon, P., Garnier, S., Demogeot, N. (2012). Resilience, Mentalization, and the Development Tutor. *Rorschachiana* 33, 49-77
- 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.
- Werner, E. E., Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- 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.
- 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.
- 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.