

# A SZEMÉLYISÉGFAKTOROK ÉS A REZILIENCIA ÖSSZEFÜGGÉSE AZ ANOREXIA NERVOSABAN

Kövesdi Andrea (1,2)

1, Károli Gáspár Református Egyetem, Pszichológia Intézet, Budapest, Bécsi út 324.  
2, Semmelweis Egyetem, I.sz. Gyermekegyógyászati Klinika, Gyermekek-és Ifjúságpszichiátriai  
Osztály, Budapest, Bókay u. 53.

## Absztrakt

---

A vizsgálatban a CD-RISK Reziliencia kérdőív, a ZKA-PQ személyiségteszt faktorai (*Impulzív Élménykeresés, Neuroticizmus, Agresszivitás, Extraverzió és Aktivitás*) és az EDI kérdőív evési attitűdöket mérő kérdőívek közti kapcsolatot vizsgáltuk 44 fős, klinikai és nem klinikai mintán.

A vizsgálat célja meghatározni a reziliencia együttjárását bizonyos személyiségjellemzőkkel a klinikai és a nem klinikai mintán, illetve a két csoport közötti eltérést detektálni. Eredményeink szerint a *Reziliencia* összértéke a *Neuroticizmussal, Extraverzióval és Élménykereséssel* áll kapcsolatban a kontroll csoportban, míg az anorexiás serdülők esetében pedig a *Neuroticizmus* és *Extraverzió* skálákkal mutat összefüggést. A kontroll csoport tagjai saját magukra leginkább az *Extraverzió* tételét érezték igaznak. Az anorexiás csoport tagjai az *Aktivitás, Extraverzió, és Neuroticizmus* tételét egyaránt jellemzőbbnek gondolták magukra vonatkozóan, mint az *Agresszió és Élménykeresés* tételét. Összehasonlítva a kontroll és anorexiás csoportot, az utóbbi csoportban szignifikánsan alacsonyabb *Agresszió és Élménykeresés* pontszámot igazoltunk. Ugyanakkor érdekes eredmény, miszerint az evészavaros csoportban az agresszió nagysága a bulimiás skála pontszámával korrelál. Kutatási eredményeink alapján mind a ZKA-PQ, mind a CD-RISK Reziliencia kérdőív használata adekvát a serdülő korosztályban, mind klinikai, mind nem klinikai mintán, így bemérésük a korosztályban fontos jövőbeni kutatások lehetőségét veti fel.

---

**Kulcsfogalmak:** Reziliencia ▪ Neuroticizmus ▪ Anorexia nervosa ▪ Interoceptív tudatosság

---

## RELATIONSHIP OF PERSONAL FACTORS AND RESILIENCE IN ANOREXIC NERVOUS

### Abstract

---

In the study, the relationship between the CD-RISK Resilience questionnaire, ZKA-PQ Personality Test Factors (Sensation seeking, Neuroticism, Aggressiveness, Extraversion and Activity) and the EDI questionnaire measuring the eating attitudes were studied in 44 clinical and non-clinical samples.

The aim of the study was to determine the correlation of resilience with certain personality traits to detect differences between the clinical and non-clinical specimens and the two groups.

According to our results, the total value of Resilience correlates with Neuroticism, with Extraversion and Sensation seeking at the highest in the control group, and in the case of anorexic adolescents it is related to the scales of Neuroticism and Extraversion. The personality profile of the control group shows a uniformed picture, except for the higher value of extraversion, while the anorexic group is characterized by low Aggression, Sensation seeking and High Activity, Extraversion and Neuroticism in comparing the sub-scales. The group of anorexic individuals showed lower Aggression and Sensation Seeking scores than control group. However, in the anorexic group, the value of aggression is related to bulimic scale score. Based on our research results, the use of both ZKA-PQ and CD-RISK Resilience questionnaires are adequate in the adolescent age group both on a clinical and non-clinical basis, so their measurement suggests the possibility of future research in the age group.

---

**Keywords:** Resilience ▪ Neuroticism ▪ Anorexia nervosa ▪ Interoceptive Awareness

---

## IRODALMI ÁTTEKINTÉS

Az ezredforduló időszakában az affektív pszichológia megjelenésével az érzelmek vizsgálata került a pszichológiai kutatások középpontjába. A XXI. század kezdetén jelentős nézőpontváltás volt a pszichológia tudományban, az egészség fenntartó és a gyógyulást támogató tényezők váltak hangsúlyossá a tudományos gondolkodásban, szemben a hiányokat hangsúlyozó korábbi szemlélettel. Korábban az érzelmekre fókuszáló kutatásokban jellemzően negatív érzelmi hangsúly érvényesült, melyet felváltott a pozitív érzelmek vizsgálata, azok azonosítása és hatásuk a személy jóllétére, egészségére illetve a pozitív érzelmek hiányának hatása a betegségek kialakulására (Fredrickson, 2001; Seligman, 2008).

A reziliencia jelenségének kutatása az „affektív forradalom” elméleti keretében teljesebben ki és napjainkban is dinamikusan fejlődik. Számos reziliencia meghatározás terjedt el, Werner és Smith (1992, 2001) és Masten (2001) meghatározásaira hagyatkozom, mely szerint; a reziliencia, a veszélyeztetett életkörülmények ellenére történő sikeres alkalmazkodás. Masten bővebben fogalmaz; a reziliencia olyan személyiségjeggy, amely szorosan összefügg az adaptációs képességekkel. Jellemző rá többek között a *belső kontroll*, az *empátia*, az *optimizmus*, a *pozitív énkép*, a változások pozitív kezelése és az én-hatékony viselkedés (Masten, 2001). A reziliencia fogalmának magyar megfelelője röviden a lelki ellenállóképesség, vagy rugalmas alkalmazkodás, ez utóbbi pontosabban fejezi ki magát a folyamatot. A reziliencia jelenségét kutatók 40 évet átfogó longitudinális vizsgálattal igazolták. Werner és Smith (1992, 2001) több mint 600 olyan személy életének alakulását kísérték figyelemmel, akik nehéz életkörülmények között születtek és éltek az első életévükben (Werner & Smith, 1992, 2001). Nehéz életkörülménynek számított a kutatási minta kialakításában a komplikált születés, betegség, szülők mentális betegsége, vagy a szegénység. A nehézségek ellenére a kutatók azt tapasztalták, hogy a minta 2/3-a 40 éves korára teljes éle-

tet élt és önmagát boldognak vallotta. A vizsgálatba bevont személyek életük során olyan tulajdonságok együttjárásával rendelkeztek, melyeket a megküzdési helyzetekben és emberi kapcsolataikban úgy alkalmaztak, hogy ezek lehetővé tették számukra a rugalmas alkalmazkodást az életkörülményeikhez. A vizsgálat azt is igazolta, hogy a reziliencia képessége nincs korhoz kötve, felnőtt korban is változhat (Werner & Smith, 2001). Selye a stressz hatásait leíró munkájában, a túlélés lehetőségét az alkalmazkodó képességben látta (Selye, 1956). Gondolatát a modern kurrens kutatások is alátámasztják, és napjainkban fejleszhetőnek tartjuk a rugalmas alkalmazkodás képességét (Feder, Nestler & Charney, 2009; Girtler és mtsai, 2010; Bolier és mtsai, 2013).

### *A reziliens személyiség jellemzők serdülők és felnőttek körében*

Ann Masten és mtsai 205 fős mintán 7-8 éves gyermekükett vizsgáltak, majd a vizsgálatokat 7 és 10 évvel később megismételték. Eredményük szerint a reziliens működést a jó szülői kapcsolat, a magasabb intelligencia, a társas kapcsolatok megléte és az alacsony negatív emocionalitás (distressz) segíti elő. A reziliens válasz megjelenését támogatja a személy rugalmassága, flexibilitása illetve a kevésbé rigorózus szabálykövetés, a túlzott kontroll hiánya, és ennek köszönhetően a szükséges nyitottság az adott szituáció megoldásához (Masten és mtsai, 1990).

Felnőtt autoimmun betegek körében végzett reziliencia kutatásban a személyiség szempontjából az ártalomkerülés negatívan korrelált, míg a kitartás pozitív korrelációt mutatott a rezilienciával. Az ártalomkerülés alskálái: az aggodalmaskodás, a pesszimizmus, a bizonytalanságtól való félelem, a féltékenység az idegenektől, a fáradékonyosság és az aszténia szintén negatívan korrelált a reziliencia értékével. Az önrányítottság és az együttműködés pozitívan korrelált a rezilienciával (Gyöngyösiné Kiss és mtsai, 2008). A magas reziliencia véd a pszichiátriai betegségek kialakulásával szemben (Bachen, Chesney & Criswell, 2009; Erim és mtsai, 2010).

Az evészavaros személyek reziliencia értéke alacsonyabb, mint az evészavaros gyógyult személyek és az átlag populáció értéke (Hayas és mtsai, 2014). Tomba és munkatársai evészavaros felnőttek életminőségét és a szubjektív jóllétet vizsgálták a Bolognai Evészavar Klinikán. Az evészavaros csoport kevés pozitív érzelmet él át és az életük több területével elégedetlenek, főleg a testükkel, optimizmusukkal és önértékelésükkel. (Tomba és mtsai, 2014). Több szerző leírta, hogy az evészavaros minta alacsonyabb autonómiával, környezettel való bánás képességével, önértékeléssel rendelkezik a kontroll csoporthoz képest (Vitousek, Watson & Wilson, 1998; Nordbo és mtsai, 2006; Surgenor és mtsai, 2007; Brockmeyer és mtsai, 2012).

*Az evészavarok, anorexia nervosa személyiség sajátosságai*

Epidemiológiai adatok szerint a serdülő anorexia (AN) betegség prevalenciája 0.5-1% közé esik, de szubklinikai szinten a 10%-ot is eléri a betegek száma Amerikában (Zahn-Waxler, 2006; Pászthy, 2007). A harmadik leggyakoribb pszichiátriai betegségek az evészavarok serdülőkorban (Pászthy, 2007).

A személyiség jellemzőire predisponáló tényezőként tekintünk az evészavarokban, mely a betegségre hajlamosít és komplikálhatja azt. Az evészavarok és a személyiség kapcsolatának megértése a multidimenzionális megközelítéssel vált lehetségessé (Steiger és Bruce, 2004; Westen és mtsai, 2001; Joó és Kövesdi, 2008). Több vizsgálat megerősítette, hogy a személyiségvonások sérülékenységet jelentenek a későbbi tünetek kialakulásához, amikor gyermekkorban a szorongásos, obszesszív tünetek már jelen vannak (Halmi és mtsai, 2000; Wagner és mtsai, 2006; Joó és Kövesdi, 2008). Az evészavarokban eltérő személyiségprofilokat találtak a kutatók: 1, a restriktív AN-okra jellemző az introverzió, konformitás, perfekcionizmus, rigiditás, és kényszeres vonások, 2, Bulimia nervosában szenvedő (BN) személyek jellemzői: extravertáltak, hisztrionikusak, érzelmileg labilisak, 3, azok akiknek AN és BN is volt a kórtörténetében hajlamosabbak voltak súlyosabb, diffúz tünetekre és nagyobb fokú diszfunkcionális állapotra. A restriktív AN-oknál az első két személyiségprofil azonosították, míg a bulimiások és a bulimiás anorexiás betegeknél mindhárom profilt megtalálták (Western és Harnden-Fischer, 2001, Joó és Kövesdi, 2008).

*Pszichodinamikus összefüggések az evészavarokban*

Az évessel kapcsolatba minden gyermeknél felléphetnek problémák a fejlődés során, azonban a protektív tényezők hiányában, a sérülékenység lehetősége megsokszorozódik és hajlamosít a későbbi étkezési zavarok kialakulására. Az anya-gyermek illeszkedésének hiánya fokozott vulnerabilitást okozhat és a maladaptív fejlődési irányt megerősíti (Bóna és mtsai, 2013). Csenki (2012) vizsgálatában igazolta, hogy az anorexiával diagnosztizált lányok jelentős nehézséget mutatnak az érzelmek azonosítása és azok kifejezése (alexitím jellemzők) terén illetve a negatív érzelmek tartósabb jelenlétét írta le. Az alexitímiás személyek számára az érzelmek közül csupán a düh és a félelem képvisel jelentést. Ezek azonban frusztrációt és kétségbeesést okoznak a kapcsolati helyzetben, ami az alexitímiás személy számára az egyik legnagyobb problémát jelenti (Quinton, Wagner, 2005; Csenki, 2012). Később az analitikusok egyetértettek abban, hogy az elfojtott szexualitás és agresszió valóban az ödipális konfliktus megoldatlanságával van összefüggésben, de ennek okát korábbi időszakhoz kötik illetve a korai anya-gyerek kapcsolatban látják. A probléma forrásaként inkább a preödipális anya-gyerek kapcsolatot, a fixáció pregenitális szintjét je-

lölük meg (Dévald, 1993; Farrel, 1995). Mind az anya-gyermek, mind az anya-gyermek-apa és az apa-gyermek kapcsolódása valamint a kapcsolat érzelmi színezete sajátosan éretlen vonásokat mutat.

### *Vizsgálat célja*

A vizsgálat célja meghatározni a reziliencia együttjárását bizonyos személyiség-jellemzőkkel a klinikai és a nem klinikai mintán, illetve a két csoport közötti eltérést detektálni. Továbbá az eredmények figyelembevételével az anorexiás serdülők terápiás intervencióinak fókuszálását segíteni.

### *A vizsgálat résztvevői és módszertana*

A kutatásban 44 fő vett részt, a serdülők átlagéletkora  $M=15.489$  ( $SD=1.104$ ). A mintát középiskolás, nappali tagozatos lányok alkották. A kontroll csoport serdülői (továbbiakban KO csoport), 3 budapesti és 1 vidéki gimnázium tanulói. Az anorexiás csoport (továbbiakban AN csoport) a SE I.sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztályán kezelt AN serdülő lányok közül kerültek ki.

### *Mérőeszközök bemutatása*

Az vizsgálati eljárásban felhasznált mérőeszközök: ZKA-PQ személyiségkérdőív (Aluja, Kuhlman és Zuckerman, 2010), EDI kérdőív (Garner, Olmsted és Polivy, 1983; Túry és mtsai, 1997), CD-RISK Reziliencia kérdőív (Connor és Davidson, 2003; Járai és mtsai, 2015).

#### **A ZKA-PQ személyiségkérdőív (Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire)**

A Zuckerman-Kuhlman-Aluja Személyiség Kérdőív (ZKP-PQ, 2010) 5 faktort, s ezeken belül 4-4 alskálát tartalmaz: a) Agresszió (fizikai agresszió, verbális agresszió, harag, ellenségeség); b) Aktivitás (kényszeres munkavégzés, általános aktivitás, nyughatatlanág és munkabírás); c) Extraverzió (pozitív érzelmek, szociális melegség, exhibicionizmus és szociabilitás); d) Neuroticizmus (szorongás, depresszió, dependencia és alacsony önbecsülés); e) Szenzoros élménykeresés (izgalom és élménykeresés, újdonságkeresés, gátlástalanság és unalomtűrés/impulzivitás). Az egyes alskálák 10-10 tételből állnak, és 4-fokú skálán

mérnek. A válaszokat egy 4-fokú Likert skálán lehet megadni, ahol 1= Nagyon nem értek vele egyet, 2= Inkább nem értek vele egyet, 3= Valamennyire egyet-értek, 4= Nagyon egyetértek. A 200 itemes mérőeszköz közel fele fordított tétel (Surányi, 2014). A magyar adaptációt Surányi Zsuzsanna végezte (2014).

### **EDI kérdőív, Eating Disorder Inventory**

Az EDI kérdőívet Garner kutatócsoportja dolgozta ki (1983) az evészavaros tünetek felmérésére és a pszichopatológiai jellegzetességek értékelésére. A teszt kialakításának elméleti háttere multidimenzionális felfogáson alapul, a legjobban jellemző emocionális tényezők különböző aspektusait értékeli (Túry és mtsai, 1997). Az EDI magyar változatát Túry Ferenc és munkatársai validálták (1997). Az EDI többszörös választáson alapuló Likert-típusú skálát használó, önpontozó kérdőív, mely 64 tételből áll. Az evészavarokra jellemző kognitív és emocionális tényezők, különböző aspektusait értékeli 8 skálában; 1, Karcsúság iránti késztetés, 2, Bulimia, 3, Testi elégedetlenség, 4, Elégtelenség érzés, 5, Perfekcionizmus, 6, Interperszonális bizalmatlanság, 7, Interoceptív tudatosság, 8, Félelem a felnőtté válástól. Az első három skála az evés és a test alakjára vonatkozó attitűdöket méri, a további öt faktor az AN-ban jellemző pszichopatológiai jellegzetességeket hordozó személyiségvonásokat értékeli (Túry és mtsai, 1997). A kóros ponthatárok magállapítása az első három, speciálisan evészavarokra vonatkozó skálákban szükséges; a karcsúság iránti késztetésnél 14 pontot, a bulimiánál 12 pontot és a testi elégedetlenségénél 21 pontot (Túry és mtsai, 1997). A teszt három alskálájában elért küszöbértéknél magasabb pontszám jelzi, hogy a vizsgált személynél fennáll a táplálkozás zavara.

### **CD-RISK Reziliencia kérdőív (Connor-Davidson Reziliencia Skála)**

A 10 tételes Reziliencia kérdőív (CD-RISK) a lelki ellenállóképesség mérésére alkalmas 25 itemes mérőeszköz, melyet Connor és Davidson fejlesztett ki (Connor, Davidson, 2003). A CD-RISK kérdőívet a Kobasa-féle lelki edzettség skálával (PSS) és a Stressz Sérülékenység Kérdőívvel (SVS) keresztvalidálták. Szignifikáns összefüggést találtak a szívósság magas értékeivel, az észlelt stresszel, valamint a sérülékenység alacsony fokával. Connor és Davidson (2003) mérési eredményei számos módszertani kérdést nyitva hagytak és további vizsgálatokat tettek indokolttá (Járai és mtsai, 2015). Az ismételt vizsgálatnál 10 itemes kérdéssorral dolgoztak a szerzők, mely stabil pszichometriai tulajdonságokkal rendelkezik (Campbell-Sills és Stein, 2007, in.: Járai és mtsai, 2015). Rámutatnak a szerzők, hogy a CD-RISK 10 itemes változatán magas pontszámokat adó személyek képesek mérsékelni a gyermekkorban elszenvedett érzelmi elha-

nyagolás és a jelenlegi pszichiátriai tünetek közötti kapcsolatot (Campbell-Sills, Stein, 2007, in.: Járai és mtsai, 2015). A rövidített változatot megbízható eszköznek találták mind a spanyol, mind az angol mintán a reziliencia mérésére (Notario-Pacheco et. al., 2011, in.: Járai és mtsai, 2015). A magyar szerzők a 25 ítemes a kérdőív eredeti angol nyelvű változatát vették alapul, a 10 ítem kiválasztásához. A teszt felépítése az eredeti változathoz hasonló, a vizsgálati személyek a 0 - “egyáltalán nem igaz” és a 4 - “szinte mindig igaz” értékek között választhatnak. A rövidített kérdőívben így 40 pont lehet az elért maximális pontszám, a teszt Cronbach-alfa értéke: 0.851 (Járai és mtsai, 2015). A 10 ítemes magyar CD-RISK változat megbízható pszichometriai tulajdonságokkal rendelkezik, magas szintű reliabilitással és validitással bír. Igazolták, hogy a kérdőív alkalmas a betegcsoport és az egészséges kontroll csoport elkülönítésére a reziliencia mentén, illetve a magasabb reziliencia értékek mind az önirányítottság, mind az együttműködés magasabb értékeivel járnak együtt (Járai és mtsai, 2015). A skála rövid és megbízható eszköz a reziliencia mérésére.

Egy-egy hiányzó érték miatt az elemszámok a próbának megfelelően változhatnak, az eredeti minta elemszámához képest. Csoportos összehasonlításnál a Shapiro-Wilk tesztet használtuk a csoportonkénti egyeztetéshez (Vargha, 2015; Takács, 2012, 2016).

### Vizsgálati Hipotézisek

Hipotézis 1: A Reziliencia mindkét serdülő csoportban negatív összefüggést mutat a Neurotikusság és az Extraverzió skálával.

Hipotézis 2: A Reziliencia pozitív összefüggést mutat Élménykereséssel.

Hipotézis 2/a: A serdülő anorexiás csoportban az Élménykeresés skála alacsonyabb értéket vesz fel.

Hipotézis 3: A Rezilienciával az EDI Interoceptív tudatosság skála negatív összefüggést mutat.

1. táblázat. Minta

	Elemsszám	BMI	Kor
<b>KO</b>	21	M=20.49 (SD 2.16)	M=15.79 (SD 0.75)
<b>AN</b>	23	M=14.95 (SD 1.60)	M= 15.21 (SD 1.30)
		$t(40)=9.47$ <b><math>p&lt;.001</math></b>	$t(37.72)=1.84$ $p=.074$

## EREDMÉNYEK BEMUTATÁSA

*Reziliencia vizsgálata csoportos összehasonlításban*

17 és 18 serdülő lány reziliencia adatait vizsgáltuk: kontroll (továbbiakban: KO) csoportban 28.94 (SD 4.52), anorexiás (továbbiakban: AN csoport) csoportban 20.23 (SD 7.66),  $t(25.63)=4.07$   $p < 0.001$ .

*Reziliencia ZKA-PQ skálák összefüggése csoportonkénti összehasonlításban*

KO csoportban a *Rezilienciát az Élménykereséssel*  $r=.560$   $p=.016$ , *Extraverzióval*  $r=.486$   $p=.041$ , *Neuroticizmussal*  $r=-.586$   $p=.011$ , találtuk összefüggésben. AN csoportban az *Extraverziót*  $r=.526$   $p=.030$ , a *Neuroticizmust*  $r=-.644$   $p=.005$ , találtuk összefüggésben a *Rezilienciával*.

Kevésbé extravertált és neurotikus a KO csoport. Az *Élménykeresés* szempontjából a KO csoportban megtalálható az összefüggés a *Rezilienciával*, azonban ez a hatás nem mutatkozik az AN csoportban. Míg az előző kettőnél mennyiségi különbséget találtunk, addig az *Élménykeresés* szempontjából a különbség minőségi.

*ZKA-PQ skálák profil elemzése*

Többszemponos ANOVA-val ellenőriztük, hogy KO ill. AN csoportban találtunk-e különbséget a ZKA-PQ személyiségkérdőív skáláinak mintázata között illetve a két csoport mely tengelyeken mutat eltérést.

A skálák és csoportok közötti különbségek között interakciót találtunk, a ZKA-PQ skálái más mintázatot követnek KO és AN csoportban.  $F(2.75, 115.59)=6.131$   $p=.001$   $Part.eta^2=.127$ .

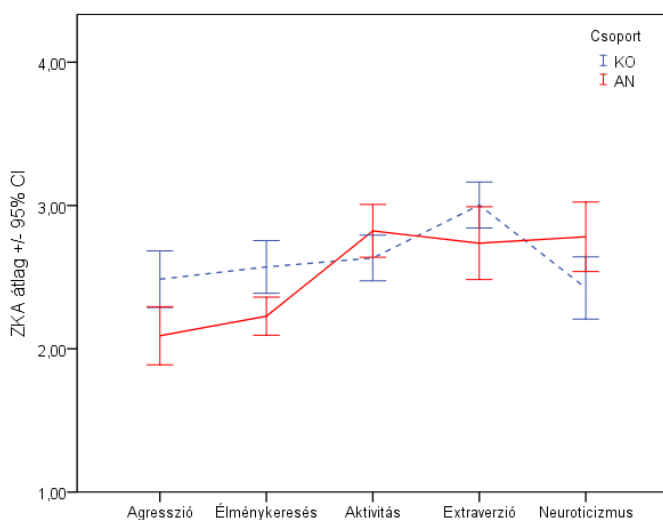
Az interakció természetének ellenőrzésére Simple Effects teszteléseket végeztünk. Az első Simple Effects tesztelésben a skálák közötti különbséget vizsgáltuk. Külön a KO és külön az AN szintjén, a megnövekedett elsőfajú hiba küküszöbölésére Holm korrekciót alkalmaztunk, így az ANOVA-k új szignifikancia szintje  $\alpha=0.025$ . A skálák között szignifikáns különbséget látunk, mind a KO, mind az AN csoportban. KO csoportban  $F(4, 39)=3.641$   $p=.013$   $Part.eta^2=.272$ . Az AN csoportban  $F(4, 39)=12.361$   $p<.001$   $Part.eta^2=.559$ . Már a hatás nagyságokból látszik, hogy az AN csoportban a skálák közötti különbségek jelentősebbek, mint a KO csoportban. Az utóvizsgálat alapján a KO csoportban csak az *Extraverzió* skála emelkedik a többi skála fölé, az összes többi skálától legalább



**$p < .006$**  szignifikancia szinten különbözik. A többi skála között nincsen szignifikáns különbség. Ezzel szemben az AN csoportban az öt skála két részre bomlik, az *Agresszivitás* és *Élménykeresés* alacsony értéket vesz fel, az *Aktivitás*, *Extraverzió* és *Neuroticizmus* magas értéket, ezen belül a részek között  **$p < .001$**  szinten szignifikáns különbség van, azonos részhez tartozó skálák között pedig nincs különbség szignifikánsan.

A KO és AN csoportok közötti összehasonlításban a megnövekedett elsőfajú hiba valószínűségének korrekciójára Holm-procedúrát alkalmazunk, azokat a különbségeket tekintjük szignifikánsnak, melyek  $\alpha = .016$  szinten szignifikánsak. Ennek megfelelően szignifikáns különbség van az *Élménykeresésben* ( **$p = .003$** ), a KO csoport élménykeresőbb, szignifikáns különbség van az *Agresszióban* ( **$p = .006$** ), KO csoport agresszívabb. A korrekciót követően az AN csoport magasabb *Neuroticizmus* értéke már nem szignifikánsan ( $p = .029$ ) tér el. Nem találtunk szignifikáns különbséget *Extraverzióban* ( $p = .079$ ), illetve *Aktivitásban* ( $p = .118$ ). Csoportok között az *Élménykeresésben* és az *Agresszióban* van különbség (5. ábra), a KO csoport értékei magasabbak.

1. ábra. ZKA-PQ skálák profilképe



### ZKA-PQ és EDI összefüggéseinek bemutatása

A KO csoportban a *Neuroticizmus* skála az EDI következő skáláival mutat pozitív szignifikáns összefüggést: *Karcsúság iránti készlettség* ( $r = .577$   **$p = .066$** ), *Testel való elégedetlenség* ( $r = .654$   **$p = .001$** ), *Elégtelenség érzés* ( $r = .604$   $p = .004$ ) és *Ineteroceptív tudatosság* ( $r = .538$   **$p = .014$** ). Az AN csoportban az *Agresszió*

skála a *Bulimiával* ( $r=.517$   $p=.012$ ) mutat pozitív szignifikáns összefüggést. Szintén az AN csoportban az *Extraverzió* skála a *Testtel való elégedetlenség* ( $r=-.466$   $p=.025$ ), az *Elégtelenség érzés* ( $r=-.548$   $p=.007$ ), és az *Interperszonális bizalmatlanság* ( $r=-.498$   $p=.016$ ) skálákkal negatív szignifikáns kapcsolatban van. A *Neuroticizmus* az EDI következő skáláival pozitív szignifikáns összefüggést mutat: *Karcsúság iránti készletelés* ( $r=.624$   $p=.001$ ), *Elégtelenség érzés* ( $r=.765$   $p<.001$ ), és *Interoceptív tudatosság* ( $r=.606$   $p=.002$ ).

Feltűnik az eredmények áttekintésével (2.táblázat), hogy az AN csoportban a ZKA személyiségvonások közül az *Agresszió*, *Élménykeresés* és *Neuroticizmusban* találunk kapcsolatot az EDI skálái között, míg a KO csoportban csak a *Neuroticizmussal* van összefüggésben több EDI skála. Amíg a KO csoportban a *Testtel való elégedetlenség* a *Neuroticizmussal* mutat összefüggést, addig az AN csoportban az *Élménykereséssel*. Szintén az *Élménykereséssel* van kapcsolatban az *Elégtelenség érzés* és az *Interperszonális bizalmatlanság* is.

Összességében az AN csoportban, a KO csoporthoz képest alacsonyabb értéket mutató *Agresszió* és *Élménykeresés* faktorok, összefüggést mutatnak a *Bulimiával*, a *Testtel való elégedetlenséggel*, az *Elégtelenség érzéssel* és az *Interperszonális bizalmatlansággal*.

#### *ZKA/Neuroticizmus skála és EDI/ Interoceptív tudatosság skála*

A csoportonkénti korrelációs vizsgálattal a KO csoportban és az AN csoportban a *Neuroticizmus* és az *Interoceptív tudatosság* összefüggése található. Mindkettő csoportban erős pozitív korreláció van: KO csoportban:  $r=.538$   $p=.014$ , AN csoportban :  $r=.606$   $p=.002$ . A két csoportban a hatás megegyezik, azonban mennyiségi különbség van. Minnél kevésbé tudatos a személy a testi folyamataira, annál inkább jellemzi a *Neuroticizmus* és az érzelmi labilitás. A hatás általánosan érvényes.

#### *Reziliencia - EDI kérdőív Interoceptív tudatosság skála összefüggése*

A csoportonkénti korrelációs vizsgálattal a *Reziliencia* és az EDI/*Interoceptív tudatosság* skála összefüggést mutatnak az AN csoportban, míg a KO csoportban ezt az összefüggés nem található meg. KO csoport:  $r=-.101$   $p=.699$ , AN csoport:  $r=-.860$   $p<.001$ .

2. táblázat. ZKA-PQ és EDI skálák összefüggései a csoportokban

KO csoport	EDI/ Karcúság	EDI/ <b>Bulimia</b>	EDI/ <b>Testtel való elégedetlenség</b>	EDI/ Elégtelenség érzés	EDI/ Perfekcionizmus	EDI/ Interpersz. bizalmatlanság	EDI/ <b>Intero, tudatos</b>	EDI/ <b>Félelem a felnőtte válastól</b>
<b>ZKA-PQ/ Neuroticizmus</b>	r=.577 <b>p=.066</b>		r=.654 <b>p=.001</b>	r=.604 <b>p=.004</b>			r=.538 <b>p=.014</b>	
<b>AN csoport</b>	EDI/ Karcúság	EDI/ <b>Bulimia</b>	EDI/ <b>Testtel való elégedetlenség</b>	EDI/ Elégtelenség érzés	EDI/ Perfekcionizmus	EDI/ Interpersz. bizalmatlanság	EDI/ <b>Intero, tudatos</b>	EDI/ <b>Félelem a felnőtte válastól</b>
<b>ZKA-PQ/ Agresszió</b>		r=.517 <b>p=.012</b>						
ZKA-PQ/ Extraverzió			r=-.466 <b>p=.025</b>	r=-.548 <b>p=.007</b>		r=-.498 <b>p=.016</b>		
ZKA-PQ/ Aktivitás								
ZKA-PQ/ Élménykeresés								
ZKA-PQ/ Neuroticizmus	r=.624 <b>p=.001</b>		r=.765 <b>p&lt;.001</b>				r=.606 <b>p=.002</b>	

## MEGBESZÉLÉS ÉS KITEKINTÉS

Jelen kutatásban 44 serdülő lány vett részt, és a ZKA-PQ Személyiségteszt főskáláinak kapcsolatát vizsgáltam a Reziliencia (CD-RISK) és az EDI Evészavar kérdőív skáláival. Az eredmények szerint a ZKA főskálái közül a *Neuroticizmus*, az *Extraverzió* és az *Élménykeresés* korrelál a CD-RISK skálán elért összpontszámmal a KO csoportban, míg az AN csoportban az *Extraverzió* és a *Neuroticizmus* skálák mutatnak összefüggést. Az eredmény együttjárást mutat, korábbi vizsgálati eredményekkel (Vitousek, Watson & Wilson, 1998; Western és Harnden-Fischer, 2001; Nordbo és mtsai, 2006; Surgenor és mtsai, 2007; Brockmeyer és mtsai, 2012). Az *Élménykeresés* (alskálái: izgalom/élménykeresés, újdonságkeresés, gátlástalanság, unalomtűrés/impulzivitás) a serdülő korosztályban a személyiségfejlődést segítő tendencia. A külvilág ingerei felé fordulás, mind a kortárs kapcsolatok, mind a világ megismerése felé fordulás, a "világ kipróbálása" az érzelmi élet fejlődését és az identitás formálását szolgálja a serdülés folyamatában. A játék, felfedezés és az új dolgok kipróbálása növeli a kreatív gondolkodás tendenciáját továbbá olyan tapasztalati és kapcsolati bázist teremt, amire építhetünk a nehéz helyzetekben (Fredrickson, 2001). Az AN csoportban az *Élménykeresés* és a *Reziliencia* összefüggését nem találtuk meg. Az AN-s serdülők *Reziliencia* értéke alacsonyabb a KO csoporthoz képest. Az eredmények alapján feltételezhető, hogy az *Élménykeresés* hatással van a *Reziliens* válaszreakciók kialakítására és megvalósítására.

Összehasonlítva a kontroll és anorexiás csoportot, az utóbbi csoport szignifikánsan alacsonyabb *Agresszió* és *Élménykeresés* pontszámmal volt jellemezhető. Az AN csoport alacsonyabb *Agresszió* pontszáma az agresszió elfojtását igazolja, ami jelzi a megoldatlan Ödipális konfliktust az anorexiás serdülő lányok körében, ahogy azt korábban más szerzők leírták (Dévald, 1993, Farrel, 1995). A megoldatlan Ödipális konfliktus megakadályozza a vonzó külvilági ingerek felé fordulásnak a lehetőségét, mivel az agresszió elfojtása mellett a szexuális tendenciák is elfojtás alá kerülnek (Dévald, 1993, Farrel, 1995), így a vonzódás átélése korlátozott. A reziliens személyeket többek között nyitottak a külvilág ingereire (Masten és mtsai, 1990). Az AN csoportban igazolt alacsonyabb reziliencia pontszám utal a nyitottság hiányára az evészavaros csoportban. Illetve az anorexiás betegek jellemző személyiségvonásaként írták le az introverziót (Western, Harnden-Fischer, 2001, Joó, Kövesdi, 2008), ami szintén hozzájárulhat az alacsonyabb *Élménykeresési* tendenciához a csoportban.

A ZKA-PQ és az EDI evészavar kérdőív kapcsolatát vizsgálva a KO csoportban egy skálán látható összefüggés. A *Neurotikusság* skála pozitív kapcsolatot mutat: a *Karcsúság iránti készletetés*, a *Testtel való elégedetlenség*, az *Elégtelenség érzés* és az *Interoceptív tudatosság* skálákkal. Az AN csoportban az összefüggés három skálán található meg; 1, az *Agresszió* skála a *Bulimiával*, 2, az *Extraverzió* skála a *Testtel való elégedetlenséggel*, az *Elégtelenség érzéssel* és

az *Interperszonális bizalmatlansággal* mutat negatív összefüggést, 3, a *Neurotikusság* skála pedig a *Karcúság iránti készletelés*, az *Elégtelenség érzés* és az *Interoceptív tudatosság* skálákkal pozitív kapcsolatban van. Az eredmény együttjárást mutat korábbi agresszió és érzelemszabályozás vizsgálat eredményeivel (Quinton és Wagner, 2005, Csenki, 2012). Az *Interperszonális bizalmatlanságra* vonatkozó eredményt korábban autoimmun felnőtt betegekben is megtalálták, ahol a *Rezilienciával* negatív összefüggésben volt (Gyöngyösiné Kiss és mtsai, 2008). Korábbi vizsgálatban az *Elégedetlenség* és a *Reziliencia* negatív összefüggését evészavaros mintán igazolták, mely eredményekkel összhangban van jelen vizsgálat eredménye (Tomba és mtsai, 2014).

A *ZKA/Neuroticizmus* skála és az *EDI/Interoceptív tudatosság* skála pozitív összefüggést mutat mindkét csoportban. Az eredmény összhangban van korábbi megállapításokkal (Csenki, 2012; Bóna és mtsai, 2013). A *ZKA/Neurotikusság* skála jó előrejelzője a szubklinikai evészavaroknak.

A CD-RISK, reziliencia kérdőív alapján a KO csoport reziliensebb az AN csoportnál, mely eredmény korábbi vizsgálattal együttjárást mutat (Hayas és mtsai, 2014). A CD-RISK Reziliencia kérdőív és az *EDI/Interoceptív tudatosság* skála pozitív összefüggést mutat az AN csoportban, míg ezt az összefüggést a KO csoportban nem találtuk meg. Az *Interoceptív tudatosság* hiánya a pszichoszomatikus tünetképzésen keresztül csökkenti a reziliencia képességét. Az *Interoceptív tudatosság* az AN csoportban negatív összefüggést mutat a *Rezilienciával*, míg a *Neurotikusság* skálával mindkét csoportban összefüggés van. Vélhetően az *Interoceptív tudatosság* hiánya az anorexia betegségének a betegség fenntartásában és krónikussá válásában játszik szerepet, a *Rezilienciával* való negatív kapcsolat okán. Az *Interoceptív tudatosság* hiánya együtt jár alacsony önirányítottsággal és együttműködéssel.

A vizsgálat eredményeit fontosak tartjuk, igazolják, hogy a serdülő korosztályban az érzelmileg labilis személyiség illetve az *Elégtelenség érzés* túlsúlya vulnerabilitást jelent az AN megjelenésére. A sérülékenység mellett az AN kialakulásával szemben protektív faktorként megjelenik az *Extraverzió* és az *Élménykeresés*, mely faktor a *Rezilienciával* pozitív kapcsolatban van. A *Reziliencia* és az *Extraverzió* kapcsolatára vonatkozó eredmény együttjárást mutat korábbi hasonló vizsgálatokkal (Halmi és mtsai, 2000; Wagner és mtsai, 2006; Joó és Kövesdi, 2008). Az *Interoceptív tudatosság hiánya* mindkét csoportban összefügg a *Rezilienciával*, azonban az AN csoportban az *Interoceptív tudatosság hiánya* jelentősebb, ami alacsonyabb *Reziliencia* értékkel jár együtt, a pszichoszomatikus tünetképzés lehetősége mellett. Mindkét csoportban az *Interoceptív tudatosság* hiánya pszichoszomatikus tünetképzésre hajlamosít.

A vizsgálat limitációjaként érdemes megemlíteni, hogy a KO csoportot szubklinikai evészavar szempontjából nem került szűrésre, illetve a KO csoport egyéb

pszichoszomatikus betegsége szintén nem lett kontrollálva, mely tényezők az eredmények óvatosabb figyelembevételét teszik szükségessé.

Kutatási eredmények alapján mind a ZKA-PQ, mind a CD-RISK Reziliencia kérdőív használata adekvát a serdülő korosztályban, mind klinikai, mind nem klinikai mintán, így bemérésük a korosztályban fontos jövőbeni kutatás lehet.

A limitációk ellenére, az eredmények figyelemreméltók. Az *Interoceptív tudatosságot* általánosan összefüggésben találtuk a *Neuroticizmussal*, így további vizsgálat célszerű más pszichoszomatikus betegek körében.

Az AN csoportban az *Extraverzió*, *Élménykeresés* skálák és a Reziliencia összefüggéseinek figyelembevételével a kezelési intervenciók, bővíthetők és pontosíthatóvá válnak.

### FELHASZNÁLT IRODALOM

- Aluja, A., Kuhlman, M., & Zuckerman, M. (2010). Development of the Zuckerman–Kuhlman–Aluja Personality Questionnaire (ZKA–PQ): A factor/facet version of the Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ). *Journal of Personality Assessment*, 92(5), 416–431. doi:10.1080/00223891.2010.497406
- Bachen, E. A., Chesney, M. A., & Criswell, L. A. (2009). Prevalence of mood and anxiety disorders in women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care & Research*, 61(6), 822–829.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119.
- Bóna A., Kun Á. Kökönyei Gy., & Demetrovics Zs. (2013). Az affektív szabályozás zavarai és következményei. Evészavarok és addiktív betegségek. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68.1, 71–88.
- Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W., & Friederich, H. C. (2012). Starvation and emotion regulation in anorexia nervosa. *Comprehensive psychiatry*, 53(5), 496–501.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82.
- Csenki L. (2012). *Érzelemszabályozás a serdülőkori anorexia nervosában*. Pécs Tudományegyetem. Pécs: PhD Disszertáció.
- Dévald P. (1993). *Öndesztiktivitás az evészavarokban*. Budapest: Pszichoanalitikus Gyermekek- és Serdülőterápiás Intézet Kiadványa.
- Erim, Y., Tagay, S., Beckmann, M., Bein, S., Cicinnati, V., Beckebaum, S., ... & Schlaak, J. F. (2010). Depression and protective factors of mental health in people with hepatitis C: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 47(3), 342–349.
- Farrel, E. (1995). *Lost for Words: The Psychoanalysis of Anorexia and Bulimia*. London: Process Press.
- Feder, A., Nestler, E. J., & Charney, D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 446–457.

- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Gardner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15–34.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Polivy, J. (1983). Development and validation of a multi-dimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Girtler, N., Casari, E. F., Brugnolo, A., Cutolo, M., Dessi, B., Guasco, S., & De Carli, F. (2010). Italian validation of the Wagnild and Young Resilience Scale: A perspective to rheumatic diseases. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 28, 669-678.
- 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.
- Halmi K.A., Sunday S.R., Strober M., Kaplan A., Woodside D.B., Fichter M., Treasure J., Berrettini W.H., & Kaye W.H (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtypes, obsessiveness, and pathological eating behaviour. *Am J Psychiatry*, 157, 1799-1805.
- Hayas, C.L., Calvete, E., Barrio, A.G., Beato, L., Muñoz, P., & Padierna, J.Á. (2014). Resilience Scale-25 Spanish version: Validation and assessment in eating disorders. *Eating Behaviors*, 15, 460-463.
- Járai R., Vajda D., Hargitai R., Nagy L., Csókási K., & Kiss E. (2015): Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív 10 itemes változatának jellemzői. *Alkalmazott Pszichológia*, 15(1), 129-126.
- Joó M.N. & Kövesdi A. (2008). Evészavarok és személyiség. In Túry, F. & Pászthy, B. (Szerk.). *Evészavarok és testképzavarok* (pp. 237-249). Budapest: Pro Die.
- Kiss E., Vajda D., Káplár M., Csókási K., Hargitai R., Nagy L., & Czirják L. (2015/a): A CD- RISK 25 itemes Reziliencia Kérdőív magyar adaptációja. In.: *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* (16).
- 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.
- Nordbo, R.H., Espeset, E.M., Gulliksen, K.S., Skarderud, F., & Holte, A.(2006). The meaning of self-starvation: Qualitative study of patient's perception of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 39, 556-564.
- Quinton, S., Wagner, H.L. (2005). Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and eating attitudes. *Personality and Individual Differences*, 38, 1163- 1173.
- Pászthy B. (2007). *A gyermek- és serdülőkorú anorexia nervosa pszichoszomatikus jellemzői*. Budapest: Ph.D. értekezés.
- Seligman, M. (2008). Positive Health. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 3-18.
- Selye J. (1956/1976). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill magyarul: Selye János (1964): *Életünk és a stress*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Steiger, H. & Bruce, K.R (2004). Personality traits and disorders associated with anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder. In Brewerton, T.D. (Ed.), (2004). *Clinical handbook of eating disorder – an integral approach*. (pp.209-230). New York: Marcel Dekker Inc.

- Surányi, Z., & Aluja, A. (2014). Catalan and Hungarian validation of the Zuckerman-Kuhlman-Aluja personality questionnaire (ZKA-PQ). *The Spanish journal of psychology*, 17.
- Surgenor, L.J., Maguire, S., Russell, J., & Touyz, S. (2007). Self-liking and self-competence relationship to symptoms of anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, 15, 139-145.
- Takács Sz. (2012) Érzékenységvizsgálatok a statisztikai eljárásokban. *Alkalmazott Matematikai Lapok*, vol. 29, pp:67-100.
- Takács Sz. (2016). *Bevezetés a matematikai statisztikába, elmélet és gyakorlat*. Antársz Kiadó, 2016.
- Tomba, E., Offidani, E., Tecuta, L., Schumann, R., & Ballardini, D. (2014). Psychological well-being in out-patients with eating disorders: A controlled study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 252-258.
- Túry F., Sáfrán Zs., Wildmann M., & László Zs. (1997): Az Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory) hazai adaptációja. *Szenvédélybetegségek*, 5, 336-342
- Vargha A. (2015). *Matematikai Statisztika*, Pólya Kiadó, Budapest, 2015.
- Vitousek, K, Watson, S., & Wilson, G.T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clin Psychol Rev*, 18, 391-420.
- Wagner, A., Barbarich-Marsteller, N. C., Frank, G. K., Bailer, U. F., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., ... & Kaye, W. H. (2006). Personality traits after recovery from eating disorders: do subtypes differ?. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 276-284.
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Western D. & Harnden-Fischer J. (2001). Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between axis I and axis II. *Am J Psychiatry*, 158, 547-562.
- Zahn-Waxler, C., Crick, N.R., Shirlcliff, E.A., Woods, K.E. (2006). The origins and development of psychopathology in females and males. In D. Cicchetti, D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology 2nd edition* (pp. 76-138). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.