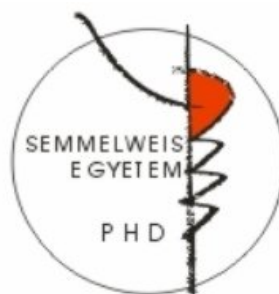


Személyiségvonások, tünetdimenziók, rossz szülői
bánásmód vizsgálata és látens sérülékenységdimenziók
azonosítása egyes pszichés zavarokban

Doktori értekezés

Dr. Unoka Zsolt Szabolcs

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségdományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Simon Lajos egyetemi docens, kandidátus.

Hivatalos bírálók: Dr. Géczy Anna egyetemi docens, kandidátus

Dr. Túry Ferenc egyetemi tanár, Ph.D.

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Kopp Mária egyetemi tanár, az MTA tagja

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Túry Ferenc egyetemi tanár, Ph.D.

Dr. Harmatta János főorvos, Ph.D.

Budapest
2007

TARTALOMJEGYZÉK

TARTALOMJEGYZÉK	1
RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE	4
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE	6
ÁBRÁK JEGYZÉKE	7
1. IRODALMI HÁTTÉR	8
1.1. Bevezetés	9
1.2. Első célkitűzés – Temperamentum- és karakterdimenziók tekintetében vett különbségek vizsgálata a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minta között.	13
1.3. Második Célkitűzés – Gyermekkorban átélt, retrospektíven felidézett, szülői bánásmód vizsgálata; Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás, Borderline minta különbségei.....	22
1.4. Harmadik célkitűzés - Korai maladaptív sémák vizsgálata Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás és Borderline mintán.....	28
1.5. Negyedik célkitűzés: Az SCL-90 tünet dimenziói tekintetében vett Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás és Borderline minta közötti különbségek vizsgálata.....	38
1.6. Ötödik célkitűzés - A Sérülékenységi faktorok (korai maladaptív sémák, a szülői gondoskodás összesített értékei és a temperamentum vonások) halmaza és a diagnosztikai egységek halmaza között fellelhető egymástól független látens pszichopatológiai dimenziók vizsgálata.....	40
1.7. Hatodik célkitűzés - Tünetdimenziók mérése strukturált klinikai interjú segítségével: Jelen Pszichiátriai Állapot Interjú (CPS-50) reliabilitás vizsgálata és faktorelemzése.	41
2. CÉLKITŰZÉSEK	42
3. MÓDSZEREK	46
3.1. Vizsgálati személyek.....	46
3.2. Mérőeszközök.....	48
3.3. Statisztikai elemzések.....	53
4. EREDMÉNYEK	55
4.1. Diagnosztikai egységek előfordulása I. Klinikai mintában.....	55

4.2.	Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével a TCI dimenziók tekintetében talált különbségek a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták között és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatásereősségek	56
4.3.	Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével a YPI anya szülői magatartása alskálák tekintetében talált különbségek a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták között és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatásereősségek	60
4.4.	Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével a YPI apai szülői magatartás alskálák tekintetében talált különbségek a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták között és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatásereősségek.....	68
4.5.	Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével a Korai Maladaptív Sémák tekintetében talált különbségek a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták között és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatásereősségek.....	75
4.6.	Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével az SCL-90 GSI értéke és egyes tünetdimenziói tekintetében talált különbségek a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták között és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatásereősségek.....	82
4.7.	A korai maladaptív sémák, a szülői gondoskodás összesített értékei és a TCI temperamentum vonások halmaza és a komorbid diagnosztikai egységek halmaza közötti kanonikus korreláció elemzése.....	86
4.8.	Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével a Sérülékenység kanonikus faktorok tekintetében talált különbségek a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták között és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatásereősségek.....	89
4.9.	CPS-50 reliabilitás vizsgálata nemzetközi mintán.....	92
4.10.	CPS-50 faktoranalízise	92
5.	MEGBESZÉLÉS –	95
5.1.	Első célkitűzés - Temperamentum és karakter dimenziók tekintetében vett különbségek vizsgálata a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minta között.....	95

5.2.	Második Célkitűzés – Gyermekkorban átélt, retrospektíven felidézett, szülői bánásmód vizsgálata; Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás, Borderline minta különbségei.....	98
5.3.	Harmadik célkitűzés - Korai maladaptív sémák vizsgálata Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás és Borderline mintán.....	101
5.4.	Negyedik célkitűzés – A Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták között az SCL-90 tünetdimenzióin mutatott különbségek vizsgálata.....	107
5.5.	Ötödik célkitűzés - A Sérülékenységi faktorok (korai maladaptív sémák, a szülői gondoskodás összesített értékei és a temperamentum vonások) halmaza és a diagnosztikai egységek halmaza között fellelhető egymástól független látens pszichopatológiai dimenziók vizsgálata, és a Sérülékenységi kanonikus faktorok különbségeinek vizsgálata az egyes minták között Általános Lineáris Modell elemzéssel.....	109
5.6.	Hatodik célkitűzés – Tünetdimenziók mérésére alkalmas félistrukturált klinikai interjú (CPS-50) becslők közötti megbízhatóság vizsgálata és tünetdimenziók azonosítása faktorelemzéssel	114
6.	KÖVETKEZTETÉSEK	115
7.	ÖSSZEFOGLALÁS	118
8.	SUMMARY	199
9.	IRODALOMJEGYZÉK	120
10.	SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE:	139
11.	KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	142

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE –

TCI	Temperamentum és Karakter Kérdőív
YSQ	Young séma Kérdőív
KMS	Korai maladaptív sémák
EL	Elhagyatottság/Instabilitás
BA	Bizalmatlanság/Abuzus
ÉD	Érzelmi depriváció/érzelemmegvonás
CS	Csökkentértékűség/Szégyen
TI	Társas izoláció/ Elidegenedettség érzés
TE	Társas elutasítottság érzés
DI	Dependencia/inkompetencia
SV	Sérülékenység/veszélyeztetettség
ÖÉ	Összeolvadtság/éretlenség
KÍ	Kudarca ítélttség
FG	Feljogosítottság/grandiozítás
EÖ	Elégtelen önkontroll/önfegyelem
BÖ	Behódolás/önalávetés
ÖF	Önfeláldozás
EH	Elismerés-hajszolás
NP	Negativizmus/pesszimizmus
ÉG	Érzelmi gátoltság
KM	Könyörtelen mércék/hiperkritikusság
BK	Büntető készenlét
M-EL	Anya elhagyó magatartása
M-BA	Anya bizalmatlanságot kiváltó /Abuzáló magatartása
M-ÉD	Anya érzelmileg depriváló/érzelemmegvonó magatartása
M-CS	Anya csökkentértékűség/szégyen érzését kiváltó magatartása
M-DI	Anya dependenciát/inkompetenciát kiváltó magatartása
M-SV	Anya sérülékenység/veszélyeztetettség érzését kiváltó magatartása
M-ÖÉ	Anya összeolvadtság/éretlenség érzését kiváltó magatartása
M-KÍ	Anya kudarcra ítélttség érzését kiváltó magatartása
M-FG	Anya feljogosítottság/grandiozítás érzését kiváltó magatartása
M-EÖ	Anya önkontroll/önfegyelem kialakulását nehezítő magatartása
M-BÖ	Anya behódolást/önalávetést követelő magatartása

M-ÖF Anya önfeláldozást követelő magatartása

M-EH Anya elismerés-hajszolásra készítő magatartása

M-NP Anya negativizmust/pesszimizmust sugalló magatartása

M-ÉG Anya érzelmi gátoltság példáját nyújtó magatartása

M-KM Anya magas mércéket megkövetelő, hiperkritikus magatartása

M-BK Anya büntető készenlétet kialakító magatartása

P-EL Apa elhagyó magatartása

P-BA Apa bizalmatlanságot kiváltó /Abuzáló magatartása

P-ÉD Apa érzelmileg depriváló/érzelemmegvonó magatartása

P-CS Apa csökkentértékűség/szégyen érzését kiváltó magatartása

P-DI Apa dependenciát/inkompetenciát kiváltó magatartása

P-SV Apa sérülékenység/veszélyeztettség érzését kiváltó magatartása

P-ÖÉ Apa összeolvadtság/éretlenség érzését kiváltó magatartása

P-KÍ Apa kudarcra ítélttség érzését kiváltó magatartása

P-FG Apa feljogosítottság/grandiozítás érzését kiváltó magatartása

P-EÖ Apa önkontroll/önfegyelem kialakulását nehezítő magatartása

P-BÖ Apa behódolást/önalávetést követelő magatartása

P-ÖF Apa önfeláldozást követelő magatartása

P-EH Apa elismerés-hajszolásra készítő magatartása

P-NP Apa negativizmust/pesszimizmust sugalló magatartása

P-ÉG Apa érzelmi gátoltság példáját nyújtó magatartása

P-KM Apa magas mércéket megkövetelő, hiperkritikus magatartása

P-BK Apa büntető készenlétet kialakító magatartása

GSI Összpontszám;

Som Szomatizáció;

Dep Depresszió;

Obs Kényszeres;

Anx Szongásos;

Fob Fóbia;

Int Interperszonális érzékenység;

Hos Ellenségesség;

Par Paranoiditás;

Psy Pszichoticizmus;

TCI Temeperamentum és Karakter Kérdőív

NS	Újdonságkeresés
HA	Ártalomkerülés
RD	Jutalomfüggés
P	Kitartás
SD	Önirányítottság
CO	Együttműködési készség
TR	Transzcendencia élmény
He	Hatáserősség

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. A hatáserősség relatív nagyságát becslő skála bemutatása Thalheimer és Cook (2002) felosztása alapján.....	54
2. táblázat. Diagnosztikai egységek együttes előfordulása.....	56
3. táblázat. Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével a TCI dimenziók tekintetében talált különbségek a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták között és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatáserősségek.....	59
4. táblázat. Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével a YPI anya szülői magatartása al-skálák tekintetében talált különbségek a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták között és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatáserősségek.....	65
5. táblázat. Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével a YPI apai szülői magatartás al-skálák tekintetében talált különbségek a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták között és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatáserősségek.....	72
6. táblázat. Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével a Korai Maladaptív Sémák tekintetében talált különbségek a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták között és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatáserősségek.....	80
7. táblázat. Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével az SCL-90 GSI értéke és egyes tünetdimenziói tekintetében talált különbségek a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták között és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatáserősségek.....	85
8. táblázat. Kanonikus faktor párok közötti korrelációk.....	87

9. táblázat. A korai maladaptív sémák, TCI temperamentum vonások és az anya és az apa szülői magatartásának összesített YPI értékeinek halmaza és a diagnosztikai egységek halmaza közötti kanonikus korreláció elemzése.....	85
10. táblázat. Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével a Sérülékenység kanonikus faktorok tekintetében talált különbségek a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták között és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatásereőségek.....	91
11. táblázat. Becslések páronkénti egyezése a klinikai skálák tekintetében négy centrumban.....	92
12a. táblázat. A tünetek jelenlétére (kappa) és súlyosságára (ICC) vonatkozó becslők közötti egyetértés, és a fő komponens elemzés faktortöltései	93
12b. táblázat. A tünetek jelenlétére (kappa) és súlyosságára (ICC) vonatkozó becslők közötti egyetértés, és a fő komponens elemzés faktortöltései	94

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra. Az Érzelmi depriváció séma kognitív primitívája	30
2. ábra. A Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták közötti csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított a TCI dimenziókra vonatkozó hatásereőségek.....	58
3. ábra. A Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták közötti csoportkülönbségeket jellemző, Normál mintához igazított a YPI anya skáláira vonatkozó hatásereőségek.....	64
4. ábra. A Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták közötti csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított a YPI apa skáláira vonatkozó hatásereőségek.....	74
5. ábra. A Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták közötti csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított korai maladaptív sémákra vonatkozó hatásereőségek	82
6. ábra. A Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták közötti csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított a SCL-90 tünet dimenziókra vonatkozó hatásereőségek.....	86
7. ábra. A Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták közötti csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított Sérülékenység kanonikus faktorokra vonatkozó hatásereőségek.....	89

1. IRODALMI HÁTTÉR

1.1. Bevezetés

A manifeszt pszichopatológiai tünetek illetve diagnosztikai kategóriák háttérében meghúzódó látens dimenziók meghatározása mindig is a pszichopatológiai kutatás előterében állt. A genetikai, a neurobiológiai, a gyerekkori szocializációra vonatkozó előzmények, és a kulturális faktorok szerepe, valamint a biológiai és pszichoszociális gyógyító eljárások hatékonysága a különféle pszichopatológiai jelenségek esetében többnyire jelentős átfedést mutat a diagnosztikai rendszerek (BNO, DSM) által meghatározott pszichiátriai zavar kategóriák között (Clark 2005; Widiger 2005). Másrészt az epidemiológiai és klinikai vizsgálatok során a diagnosztikai kategóriák között talált nagymértékű együttes előfordulás aláássa azt az elképzelést, hogy az egyes szindrómák csak rájuk specifikus etiológiai háttérrel rendelkeznek (kivétel néhány specifikus zavar), és arra utal, hogy közös látens dimenziók állnak e jelenségek háttérében. Az úgynevezett „tisztá”, - nem komorbid – diagnosztikai kategóriák inkább kivételnek számítanak mind a reprezentatív populációt vizsgáló epidemiológiai, mind a klinikai vizsgálatokban. A polytetikus-kategóriális betegség entitás hipotézist egyre több bizonyíték kérőjelezi meg, mivel a prototipikus mentális zavarok – a szorongásos zavarok, a depresszió, bipoláris zavarok, a szkizofrénia, a személyiségzavarok – alig elkülöníthető határokkal bírnak egymás között és a normalitás irányában is kontinuum átmenetek a legjellemzőbbek (Widiger 2005 idézi Rounsaville-t és mtsai-t 2002, Tringer 1999).

A diagnosztikai kategóriák háttérében álló közös látens dimenziók kutatásának az egyik meghatározó paradigmája a temperamentum és személyiség vonások kutatása. A személyiség biológiai alapjait számításba vevő elméletek a vonás-megközelítés különböző változatait képviselik. A következőkben bemutatom a személyiség főbb dimenzionális vonáselméleteit és azok dimenzióit a kutatásomban használt Temperamentum és Karakter Kérdőív (TCI) dimenzióihoz fogom hasonlítani, illetve a dimenziók mögött feltételezett viselkedés-szabályozó rendszerekről fogok írni, és összefoglalom az általam vizsgált betegminták és a főbb személyiségdimenziók között talált összefüggéseket. Majd a veleszületett temperamentum vonások mellett a környezettel való kölcsönhatások fejlődést befolyásoló hatásaira vonatkozó biológiai és kognitív elméleteket ismertetem, különös tekintettel a rossz szülői bánásmód és a felnőttkori pszichopatológia közti közvetítőnek tartott kognitív reprezentációkra.

A személyiség dimenziális koncepciójának egyik legbefolyásosabb megközelítése az öt-faktoros modell (pl. McCrae és John 1992, Goldberg 1992, McCrae és Costa 1997). Az öt-faktoros modell faktoranalitikus kutatásokon alapult, és a modell szerint a különféle személyiség változatok 5 dimenzió segítségével megragadhatóak. Az első két dimenzióhoz - neuroticizmus és extravertió – hasonló koncepció a legtöbb vonás modellben szerepel. A másik három dimenzió: barátságosság, lelkiismeretesség, nyitottság-intellektus. Széles körben használatosak az 5 faktoros modell mérésére kidolgozott kutatóeszközök (pl. Revideált NEO Személyiség Kérdőív: NEO-PI-RI; Costa és McCrae 1992).

Két darab háromfaktoros modell is igen elterjedté vált a személyiség dimenziális vizsgálatában. Eysenck, modelljében, a neuroticizmus, az extravertió és a pszichoticizmus három faktorát különítette el (Eysenck 1970, 1992). Modellje mérésére két kérdőív áll rendelkezésre; az Eysenck Személyiség Inventár, illetve az Eysenck Személyiség Kérdőív (EPQ; Eysenck 1992). Tellegen (1985) módosítva a modell egyes komponenseit a neuroticizmusból némi átalakítása után negatív emócionális lett, extravertióból pozitív emócionális, és a pszichoticizmus helyébe egy új faktor került, amit ő korlátozásnak (constraint) nevezett. E faktorok mérésére a Multidimenziós Személyiség Kérdőívet (MPQ; Tellegen 1985) dolgozta ki. Bizonyos mértékben Eysenck modelljében a pszichoticizmus és Tellegen modelljében a korlátozás az 5-faktoros modell lelkiismeretesség és barátságosság koncepciójának a keverékét képviseli (Carver és Miller 2006).

Zuckerman és mtsai. (1993) egy alternatív 5-faktoros modellt javasoltak, amelyben a szociabilitás megfelel az extravertióknak, az agresszió-hosztilitás hasonlít a barátságosságra (annak fordítottja), impulzív élménykeresés (sensation-seeking) hasonlít a lelkiismeretességhez (fordított módon), és a neuroticizmus-szorongás általában hasonlít a neuroticizmusra (Zuckerman 1995, Zuckerman 2005). Előbbi dimenziók mérésére Zuckerman-Kuhlman Személyiség Kérdőívet (ZKPQ; Zuckerman és mtsai 1993) dolgozták ki. Ezen modell egyik lényeges különbsége, hogy Zuckerman a hosztilitást a neuroticizmustól független dimenzió helyezett el (Carver és Miller 2006). Különböző indokok támasztják alá a döntés helyességét (Jang és mtsai 2002 és Carver 2004).

A három-, és az öt-faktoros modellt alkalmazó kutatók között kialakult konszenzus szerint az extravertió (pozitív affektivitás) az ösztönzők megközelítésének magatartásformáit szervező rendszerrel hozható kapcsolatba, és a neuroticizmus (negatív affektivitás) a fenyegető ingerek elkerülését szabályozó rendszer működését tükrözi (Tellegen 1985, Gray 1994a, Depue 1995, Depue és Collins 1999, Watson és mtsai 1999, Carver és mtsai 2000,

Davidson és mtsai 2000, Lucas és mtsai 2000). Ez a két konstrukció segít abban, hogy ezt a két deskriptív dimenziót biológiai-viselkedéses-funkcionális működésekhez lehorgonyozzák.

Cloninger 7 faktoros modellje biológiai-viselkedéses paradigmából kiinduló személyiségelmélet, melynek mérésére a Temperamentum és Karakter Kérdőívet (TCI) dolgozta ki (Cloninger és mtsai 1993). A hét-faktoros személyiségelmélet egyes dimenziói és a korábban leírt dimenziók között is van átfedés. A negatív affektivitás globális koncepciójával szoros kapcsolatot mutat az ártalomkerülés, a pozitív affektivitással pedig az újdonságkeresés és a jutalomfüggés némely alfaktora. Az újdonságkeresés és az extravertió, valamint az ártalomkerülés és a neuroticizmus között is van némi átfedés. Jelentős különbségek is vannak, például az újdonságkeresés dimenzióban impulzivitás, veszélykeresés alfaktor is benne van, ami hiányzik az extravertió koncepciójából. Zuckerman ezt a vonást közelebb állónak tartja a pszichoticizmushoz vagy az impulzív élménykereséshez (1995). Az ártalomkerülést illetően is vannak különbségek. Magas ártalomkerüléssel járó viselkedésgátlás megfelel a neuroticizmusnak, azonban az alacsony ártalomkerüléssel járó szociabilitás az extravertió dimenzióba illik. Alacsony ártalomkerülés a kockázatvállalás irányába való nyitottsággal és olyan ártalmas impulzív viselkedésre való hajlandósággal jár, mint az agresszivitás és a szuicidalitás. Tehát az impulzivitás a TCI két temperamentumát is érinti; az újdonságkeresést és az ártalomkerülést (Carver és Miller 2006).

Fontos kérdés az impulzivitás és a korlátozás kapcsolata. Az egyik gyakran megfigyelt dinamika, hogy az impulzivitás és a szorongás egy dimenzió két ellentétes végén helyezkedik el. Az impulzivitás akkor jelentkezik, ha a szorongás alacsony, vagy másik szempontból megfogalmazva, ha magas a szorongás, akkor az gátolja az impulzív magatartást (Gray 1994ab). Azonban az irodalomban két különböző dinamikát fogalmaztak meg az impulzivitás és a korlátozás kapcsolatára vonatkozóan. Az egyik dinamikában egy fenyegető veszély okozta szorongás áll szemben az ösztönző megközelítésére irányuló impulzussal. Egy ettől függetlennek tartott dinamikában a gyorsan megszerzett kis jutalom megszerzése most áll szemben a később megszerzhető nagyobb jutalom közötti választással: azaz a kielégülés késleltetésének jelenségéről van szó (Mischel 1974). Bizonyos elméletalkotók szerint a fent leírt két jelenség a korlátozás jelenségének két külön mechanizmusát képviselik. A fenyegetés hatására kialakult korlátozás nagyrészt nem akaratlagos, míg a tervezett önkorlátozást tudatos akaratlagos (effortful) jelenségnek tekintik (Derryberry és Rothbart 1997, Nigg 2000). A nem-akaratlagos önkorlátozás az ártalom reflexszerű elkerülésére utal. Az akaratlagos (effortful) önkorlátozás azt a törekvést tükrözi, hogy a lehetséges cselekedetek közül a legjobb kiválasztásával az eredményeket optimalizálja. Az akaratlan önkorlátozás elsősorban a

szubkortikális területek ellenőrzése alatt van (reaktív gátlásnak is nevezik), az akaratlagos (effortful) gátlás inkább a végrehajtó kérgi funkcióktól függ. Az önkorlátozás két külön agyi területhez, funkciórendszerhez való kapcsolása Cloninger rendszerében is elkülönül, az inkább procedurálisan irányított temperamentum és az akaratlagos (effortful) túlsúlyú irányítás alatt álló karakter koncepciójában (Carver és Miller 2007).

Az eddig tárgyalt személyiségdimenziók és a tünetek illetve szindrómák kapcsolatára vonatkozóan külön tárgyalom a szorongásos zavarok és a depresszió mögött álló személyiségdimenziókat illetve az impulzív tünetekkel jellemezhető Borderline személyiségzavar, a bulimiás tüneteket mutató evészavarok és az Alkoholfüggőség háttérben álló személyiségdimenziókat.

A Depresszió és a Szorongásos zavarok és a személyiségdimenziók kapcsolatára vonatkozó legátfogóbb modell Clark és Watson Háromosztatú (Tripartite) modellje (1991), mely a két zavar magas komorbiditását magyarázó közös dimenzióból és a két zavart elkülönítő két másik dimenzióból áll. A Háromosztatú modell szerint a Depresszió és a Szorongásos zavarok háttérben álló közös temperamentum vonás a negatív affektivitás. Depresszióra specifikus vonás a pozitív affektivitás dimenzió elért alacsony érték (tüneti megfelelői az anhedonia, a motivátlanság). Szorongásos zavarra specifikus dimenzió a magas fiziológiai arousal szint (Clark és Watson 1991). Több vizsgálat megerősítette, illetve pontosította a Háromosztatú modellt (Clark és mtsai 1994, Clark 2005). Clark a temperamentum vonások és a pszichopatológia kapcsolatára vonatkozó elméleti írásában felveti, hogy „három, veleszületett temperamentum dimenzió – negatív affektivitás, pozitív affektivitás és gátlászavar – válik külön a biológiai és környezeti meghatározottság alatt álló fejlődési folyamatok során. Ezek a temperamentum dimenziók egy hierarchikus személyiségstruktúrát alkotnak, mely dimenzióknak szélsőségei pszichopatológiai jelenségek kialakulásának kockázati tényezői (diatézisek), különösen, ha zavaró életesemények (stressz) is fennállnak” (Clark 2005, 505 o.). A továbbiakban a gátlászavar (disinhibition) és más hasonló jelenséget leíró személyiségdimenziók és az impulzív pszichopatológia közti kapcsolatra vonatkozó ismereteket foglalom össze.

A szubjektív distressz mellett az impulzivitás is egy gyakori diagnosztikus kritérium a diagnosztikus rendszerekben (pl. DSM, BNO). Az impulzív zavaroknak, mint diagnosztikai kategóriáknak egy külön szekciója van a DSM-IV-ben (pl. intermittens explozív zavar, kleptománia, pyrománia). Az impulzivitás a többi pszichiátriai zavar diagnosztikai kritériumai között is fellelhető: Borderline személyiségzavar (impulzivitás legalább két potenciónáltan önkárosító területen), Antiszociális személyiségzavar (impulzivitás, a tervezés hiánya),

ADHD (impulzív tünetei), Mániás zavar (túlzó részvétel örömet okozó tevékenységekben, amelyeknek káros következményei lehetnek), Dementia (a végrehajtott funkciók zavara), Bulimia nervosa (evés fölötti kontroll elvesztése), Pszichoaktív szerhasználat, Paraphiliák (APA 2000). Krueger összefoglalóan externalizáló spektrumzavaroknak nevezi ezeket az I. és a II. tengely zavarokban egyaránt megtalálható jelenségeket, melyek magas komorbiditását szerinte a háttérükben álló közös etiológiai dimenzió magyarázza (Krueger és mtsai 2005). Jelen vizsgálatunk szempontjából jelentős impulzív zavarokkal – Bulimás zavarok, Alkohol dependencia, Borderline személyiségzavar – szoros összefüggésben vannak a különböző módokon konceptualizált impulzív temperamentum vonások, például a vizsgálatunk szempontjából releváns újdonságkeresés dimenzió (Battaglia 1996, Fossati és mtsai 2007, Fassino és mtsai 2004).

A veleszületett temperamentum vonások csak részben határozzák meg a felnőttkori pszichopatológiát, mivel a fejlődés során a biológiai és a pszichoszociális hatásoknak is jelentős szerepük van a személyiség formálásában. A személyiségfejlődés során a környezet a szélsőséges temperamentum vonások miatt fokozott kockázatnak kitett gyermekeket segítheti abban, hogy az adott temperamentum kezelésére alkalmas készségeket sajátítsanak el. Bell elméletének megfelelően azonban a gyermeket szélsőséges temperamentum vonásai olyan viselkedésre készíthetik, ami a szülei számára kezelhetetlenek, és amely viselkedés, a megoldására alkalmas készségekkel nem rendelkező szülőt rossz bánásmódra is készítheti (Bell 1968, Bell és Chapman 1986). Sok esetben a gondozók komoly bajokkal küszködnek (mentális zavarok, szegénység, egyedülálló szülő), mely növeli az esélyét a rossz bánásmódnak. Több prospektív kutatás igazolta, hogy a rossz szülői bánásmód (verbális, fizikai, szexuális, emocionális abúzus, fizikai, emocionális elhanyagolás, az útmutatás hiánya, a mentalizáció zavarai) a gyermekkorban komoly kockázati tényező a felnőttkori személyiségzavarok és affektív zavarok kialakulása és a funkcionálás alacsony szintje szempontjából (Johnson és mtsai 1999, Johnson és mtsai 2001, Johnson és mtsai 2006, Lieb és mtsai 2001). A gyermekkori bántalmazásra vonatkozó, felnőttkorban retrospektív nyert adatok is szoros összefüggést mutatnak a pszichopatológiai jelenségekkel, azonban a mentális zavar és a bántalmazás módja közötti specifikus megfelelések terén ellentmondó eredmények vannak (Hardt és Rutter 2004).

A temperamentum vonások és a rossz szülői bánásmód kapcsolatát a mentális zavarokkal a fejlődéspszichopatológiai elméletek szerint a szülőkkel való interakciók következtében kialakult belső munkamodellek (Bowlby 1973, 1980; Gergely és mtsai 2002; Fonagy és mtsai 2007), negatív kogníciók (Beck 1967, Hankin 2005, Gibb és Abela 2007),

korai maladaptív sémák (Young 2003) közvetítik. A korai kötődési helyzetben lejátszódó affektív interakciók következtében a gyermekben olyan mentális modellek, kapcsolati sémák alakulnak ki, melyek előre jelzik, hogy milyen reakciót várhat a másiktól érzelmei, szükségletei kifejezése esetén. Amennyiben a szülői bánásmód nem megfelelő, a gyermeknek saját szükségleteinek a szociális térben való érvényesíthetőségével kapcsolatban negatív predikciói lesznek. Bizonyos temperamentumvonások hajlamosító tényezői a korai maladaptív sémák kialakulásának és rögzítődésének. A korai maladaptív sémák amennyiben kialakultak, hatásukra az adott személy számos hétköznapi élethelyzetet, tévesen, súlyos szociális stresszorként értékel. Így a biológiailag meghatározott sérülékenységi faktorok és a rossz szülői bánásmód összhatásaként kialakult korai maladaptív sémák, a mindennapi élethelyzeteket súlyos stresszt okozó életeseménnyé torzítják, ami a vulnerabilitás stressz modell szerint növeli a betegség manifesztációjának a kockázatát sérülékeny személyeknél.

Young elképzelése szerint a személyiséget vonásjellegűen meghatározó korai maladaptív sémák tartósak és nehezen változnak (Young és mtsai 2003). A korai maladaptív sémák tartósságát igazoló vizsgálatban azt találták, hogy krónikus Major depressziós zavar utánkövetéses vizsgálata igazolta ebben a betegcsoportban a korai maladaptív sémák tartós jellegét (Riso és mtsai 2006). Szoros összefüggéseket találtak a korai maladaptív sémák és a Depresszió (Riso és mtsai 2003, Riso és mtsai 2006), a Szorongásos zavarok (Hoffart és mtsai 2006, Pinto-Gouveia 2006), az Evészavarok (Leung és mtsai 1999, Waller és mtsai 2002, Gongora és mtsai 2004, Unoka és mtsai 2007), az Alkoholfüggőség (Ball és Cecero 2001) és a személyiségzavarok között (Lee és mtsai 1999, Ball és Cecero 2001, Jovev és Jackson 2004, Giesen-Bloo és mtsai 2007).

A pszichopatológiai jelenségek háttérében álló személyiségdimenziók irodalmi áttekintése alapján feltételezhetjük, hogy a mentális zavarok háttérében az egyes diagnosztikai kategóriákon átívelő közös, és az egyes zavarokat elkülönítő személyiségvonások állnak, melyek mint sérülékenységi faktorok növelik az egyes betegségek kialakulásának a kockázatát. A következőkben a doktori értekezés egyes célkitűzéseivel kapcsolódó specifikusabb irodalmi áttekintésekre térek rá.

1.2. Első célkitűzés - Temperamentum és karakter dimenziók tekintetében vett különbségek vizsgálata a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minta között.

Cloninger pszichobiológiai személyiségelmélete családi öröklődési kutatásokon, longitudinális fejlődési kutatásokon, a személyiségstruktúra pszichometriai vizsgálatain és a

viselkedéskondicionálás állatokon és embereken végzett neurofarmakológiai és neuroanatómiai vizsgálatain alapul (Cloninger 1987). Személyiség elmélete a TCI által mért 7 személyiségdimenziót különíti el (Cloninger 1994).

Eredetileg a modell csak három temperamentum dimenziót foglalt magába; az ártalomkerülés, az újdonságkeresés, és a jutalomfüggés, melyek mérésére a Háromdimenziós Személyiségkérdőívet (TPQ) dolgozta ki (Cloninger 1986). A kitartás dimenziót, mely eredetileg a jutalomfüggőség dimenzió része volt, később egy független temperamentum dimenzióként különítették el (Cloninger 1994, Stallings és mtsai 1996).

A temperamentum dimenziók a perceptuális stimulusokra adott automatikus és prekonceptuális válaszokkal vannak kapcsolatba, amelyek a tudattalan emlékezeti rendszerben lévő öröklött elfogultságokat tükrözik az újdonságra, a veszélyre vagy a büntetésre és a jutalomra adott válaszok asszociatív tanulásával kapcsolatban (Cloninger 1987, Cloninger és mtsai 1993). Az asszociatív tanulás, mint például a kondicionálás és az érzelmi válaszok a perceptuális élmények tudattalan emlékeire támaszkodnak, anélkül, hogy az egyének tudatosan emlékeznének, vagy felismernék a korábbi élmények emlékeit (LeDoux 1996). A temperamentum dimenziók megalkotásának klinikai célja az volt, hogy a személyiségzavarok közötti differenciáldiagnosztikai munkát segítsék elő. Cloninger hipotézise szerint a négy dimenzió extrém variánsainak kombinációjával leírhatóak a személyiségzavar csoportok. Cloninger később amellett érvelt, hogy pusztán a temperamentum dimenziók nem elégségesek a személyiségzavarok elkülönítésére, mivel e kontinuum vonások mérőeszközökön mutatott varianciája nem különíti el a klinikai és a nem klinikai populációt egymástól. A személyiség tanulás révén elsajátított aspektusait – a karakter dimenziókat - a normál-beteg minta elkülönítése céljából dolgozta ki.

Cloninger az állatvilágban megismert jellegzetes viselkedés mintázatok, motivációs rendszerek alapján alkotta meg temperamentum fajtáit. Az agy négy alrendszeréhez köthető viselkedésmintázatokat különített el, melyek a temperamentum dimenziók háttérében állnak: a viselkedés-gátlás/passzív elkerülő-magatartás; a viselkedés-aktiválás/aktív felfedező-közelítő magatartás; a társas kötődési viselkedés/jutalmazó pozitív affektusok iránti érzékenység; a kitartás. Szerinte ez a négy alrendszer egymástól független, embereknél megfigyelők becslésével, objektív teljesítmény tesztekkel vagy kérdőíves módszerekkel megbízhatóan mérhető. Ikervizsgálatok szerint a négy temperamentum dimenzió genetikailag független egymástól, különböző agyi struktúrákhoz köthető a szabályozásuk, és különféle receptor-polymorfizmusokkal hozhatóak kapcsolatba (Cloninger 1994). A következőkben egyenként ismertetem a négy temperamentum dimenzió által mért személyiség vonásokat.

Az újdonságkeresés temperamentum dimenzió háttérében Cloninger feltételez egy viselkedés-aktiváló rendszert, mely a viselkedés aktivációját, a kezdeményező tevékenységet, az új ingerek iránti fokozott érdeklődést, explorációs magatartást irányítja. Fokozott működése esetén embereknél jellemző az impulzív döntéshozatal, a jutalominger megközelítésére való fokozott késztetés, és a frusztrációt, a potenciális büntetést hordozó ingerek aktív elkerülése, valamint alacsony monotónia tűrés. Az újdonságkeresés dimenzió magas pontot elérő személyek impulzívak, ingerlékenyek, figyelemproblémáik vannak, keresik az újdonságot, féktelenek, rendetlenek lehetnek, a részletekben nem merülnek el. Akik a dimenzió alacsony értéket érnek el, azok szívesebben merülnek bele az apró részletekbe, sokkal megfontoltabbak és törvénytisztelőbbek, mint a magas pontszámot nyújtók (Cloninger 1994, Rózsa és mtsai 2005).

Az ártalomkerülés temperamentum dimenzió háttérében Cloninger feltételez egy viselkedés-gátló rendszert. Azon emberek, akiket az átlagnál magasabb ártalomkerülés jellemez, magukat félősnek, pesszimistának, szégyenlősnek és fáradékonyak írják le, míg azokat, akiket az átlagnál alacsonyabb ártalomkerülés jellemez gátlásoktól mentesek, gondtalanok, optimisták, magabiztosak, energikusabbak és kedvelik a társaságot. A magas ártalomkerülés szoros kapcsolatban áll a Szorongásos zavarokkal, Depresszióval, sőt szoros kapcsolatban áll a negatív életesemények számával és azok a személyre tett negatív hatásával (Gothelf és mtsai 2004). Alacsony ártalomkerülés a kockázatvállalás irányába való nyitottsággal és olyan ártalmas impulzív viselkedésre való hajlandósággal jár, mint az agresszivitás és a szuicidalitás (Carver és Miller 2006).

A jutalomfüggőség temperamentum dimenzió háttérében Cloninger egy viselkedéses dependencia rendszert feltételez. Ez a rendszer szervezi az emberi kötődést, illetve a szociális interakciókra jellemző magatartásokat: meleg társas kapcsolatok, szociális szeparáció okozta distressz, mások elismerésétől való függőség, empátia, szociális interakciók során kiadott jegyek iránti érzékenység (Cloninger 1994). Biológiai szinten az oxytocin rendszerhez köti a jutalomfüggőséget. A *jutalomfüggés* temperamentum dimenzió az átlagosnál magasabb értéket elérők szívesen segítenek másokon, okoznak nekik örömet; együtt érzőek, a szociális ingerekre, a dicséretre nagyon érzékenyen reagálnak. A szociális jutalom közvetlen elmaradása esetén is fennmarad bennük az igény a kapcsolatra. A jutalomfüggés dimenzió az átlagnál alacsonyabb pontot elérők kevésbé függnak a szociális megerősítéstől, illetve annak elmaradásától, szociálisan elkülönültek, érzelmileg hidegek, gyakorlatiasak, és könnyen felfüggesztik a közvetlen jutalommal nem járó kapcsolataikat.

A *kitartás* temperamentum dimenzió háttérében is feltételez egy, az állatok egy részében és az emberekben is fennálló viselkedéses perzisztenciájáért felelős rendszert. A perzisztens egyének ambiciózusak, jól teljesítők. Cloninger eredeti modelljében még nem szerepelt önálló temperamentumvonásként, hanem a jutalomfüggőség egyik alfaktora volt. A későbbi faktoranalitikus vizsgálatokban különítették el. A cloningeri elméletalkotó stratégiára jellemzően, a faktoranalízis eredményeként megjelenő dimenzió nem volt elégséges feltétele annak, hogy bekerüljön a modellbe, csak miután igazolódott, hogy különállóan öröklődik (Cloninger és mtsai 1993), külön neurobiológiai rendszerhez köthető, objektív viselkedésvizsgálati paradigmával mérhető állatokban, emberekben, és szélsőséges értékei esetén bizonyos pszichopatológiai jelenségekkel összekapcsolható. A kitartás dimenzió alacsony pontszámú személyek frusztráció hatására könnyen feladják a tevékenységeiket, emiatt teljesítményük alatta marad képességeiknek. A kitartás dimenzió magas értéket elérők frusztráció hatására is képesek folytatni tevékenységeiket és elérni az általuk kitűzött célt. Fontos szerepet játszik ez a dimenzió az önkontroll terén. Szélsőséges formában szerepet játszik a különböző kompulzív jellegű pszichopatológiai jelenségekben, mint a Kényszerbetegség, anorexiás evészavarok.

Cloninger az eredeti, temperamentum dimenziókra épülő modelljét három karakterdimenzióval egészítette ki (Cloninger és mtsai 1993): önirányítottság, együttműködési készség, transzcendencia élmény. Ezeket a dimenziókat a szociális és kognitív fejlődésre vonatkozó kutatási eredményekből és a humanisztikus és a transzperszonális pszichológia személyiségfejlődésre vonatkozó leírásaiból szerzett ismeretek alapján alakította ki. A karaktervonásokat fogalmi szinten szervezett szelf-reprezentációk, szelf- fogalmak rendszerének tekinti. Az önmagunkról alkotott fogalmaink három alrendszerét különítette el, annak alapján, hogy a személy 1) autonóm egyénként, 2) az emberiség integráns részeként, 3) a világegyetem integráns részeként azonosítja magát (Cloninger, és mtsa 1993). Ezeket a dimenziókat a gyermek személyiség kérdőívek faktoranalízise alapján és a NEO Személyiség kérdőív, a Multidimenzionális Személyiség Kérdőív, a Hangulatállapotok Profiljából és az MMPI-ből nyerte. Az érett személyiségű egyének önirányítottak, együttműködők és transzcendencia élményre hajlamosak. Ezzel szemben a személyiségzavarra hajló egyének önállótlanak, gondjaik vannak az ön-elfogadással, intoleránsak és bosszúsomjasak másokkal szemben, és elakadtak a kiteljesedésben (Cloninger 1993).

Az *önirányítottság* karakterdimenzió a személyiség érettségének a mutatója. Cloninger ezt a funkciót az agy végrehajtó és ellenőrző funkcióit betöltő fronto-temporális régiók

érettségével hozza kapcsolatba. Az akaratlagos célok megvalósítása érdekében kezdeményezett cselekedetek tervezésének és kivitelezésének a képességét tükrözi. Akik magas értéket érnek el az önirányítottság dimenzió felelősséget vállalnak saját választásaikért, céltudatosak, és képesek azonosulni az egyénileg vállalt céljaikkal. Leleményesek és ügyesek a problémamegoldásban. Elfogadják magukat és ösztönös természetük és a tanult, „második természetük” összhangban van egymással. Akik alacsony értéket érnek ezen a dimenzió, azokra jellemző, hogy nem vállalnak felelősséget saját döntéseikért, hajlamosak inkább a körülményeket hibáztatni, és nincsenek egyéni céljaik. Apátiások. Nem fogadják el önmagukat, illetve „második természetük” és természetes reakcióik konfliktusban állnak, nem kongruensek. Cloninger személyiségzavar elmélete szerint felnőttek körében az alacsony önirányítottság a személyiségzavar globális mutatója. Az önirányítottság terén magas értéket mutató személy azonban lehet önző és szociálisan érzéketlen, mely gyakori a magasan funkcionáló szociopáták körében. A mások iránti érzékenység, és a velük való együttműködés képességét is fontos fejlődési eredménynek tartja Cloninger (1993).

Az együttműködési készség dimenzió is fontos aspektusa egy jól működő személyiségnek. Az együttműködési készség dimenzióját a szociális tolerancia, az empátia, a segítőkészség, az együttérzés és a társas morális elvek elemeiből alkották meg. Akik magas értéket érnek el e karakterdimenzió szociálisan toleránsak, mások érzéseit észlelik, és figyelembe veszik, segítőkészek, konfliktusok esetén könyörületesebbek, és tisztességre törekvők. Akik alacsony értéket érnek el ezen a karakterdimenzió intoleránsak és érdemtelenek másokkal szemben, nem segítőkészek, hajlamosak a bosszúállásra, és önzőek.

Cloninger a vallásos tapasztalat az emberi kultúrák körében megfigyelhető univerzalitását figyelembe véve az emberi személyiség egy fontos dimenziójának tekintette a vallásos tapasztalat megélését. *A transzcendencia-élmény* a személyiség vallásos/spirituális élményekre való képességét méri. Akik magas értéket érnek el ezen a dimenzió képesek önmagukról megfeledkezni, belefeledkezni az élményekbe, tevékenységekbe, képesek összeolvadni a természettel, a világgal, az emberekkel, hisznek a spiritualitásban és spirituális/misztikus élményeket élnek át. Akik alacsony pontot érnek el a transzcendencia élmény dimenzió tudatosan kontrollálják az élményeiket, önmagukat elkülönültnek élik meg, nem jellemző rájuk a környezettel való összeolvadtság élménye. Vallásos, spirituális, misztikus élmények átélésére nem hajlamosak, nem is hisznek az ilyen jellegű jelenségekben, és a tudományos, racionális világgal támaszkodnak élményeik megértése során. A transzcendencia élmény dimenzió bevonását a tanultnak tekintett karakterdimenziók közé

bizonyos szerzők szerint megkérdőjelezhető (MacDonald és Holland 2002), különösen, hogy egyre több bizonyíték azt támasztja alá, hogy biofiziológiai (Persinger és Makarec 1993) és genetikai (Wallen és mtsai 1990, Kirk és mtsai 1999) hatások fontos szerepet játszanak kifejeződésében. Másrészt Cloninger modellje követve a humanisztikus/transzperszonális elmélet és az egészségpszichológiai kutatások következtetéseit, miszerint a spiritualitás és vallásosság szoros kapcsolatban áll a jobb egészséggel és a jóllét egy előrehaladottabb fokával a transzcendencia élmény dimenzió magas értéket elérőket a személyiség érésének egy magas fokán állónak tekintette (Cloninger és mtsai 1993). A betegek körében végzett későbbi kutatások azonban azt bizonyították, hogy a transzcendencia élmény karakterdimenzió szoros összefüggést mutat számos pszichopatológiai jelenséggel (MacDonald és Holland 2002). Később Cloninger módosította nézetét (Cloninger és mtsai 1999) a transzcendencia élmény dimenzióról és azt, a hangulat és pszichotikus zavarok kialakulásának prediktoraként írta le, sőt a fenti zavarok szubklinikus dimenziójaként jellemezte azt.

A TCI kérdőív pszichometriai vizsgálatai során jó test-retest korrelációkat találtak az egymástól eltérő populációk esetében is (Cloninger 1994). A dimenziók belső megbízhatósága 0,65 és 0,87 közöttiek a temperamentum dimenziók és 0,84 és 0,89 közöttiek a karakter dimenziók esetén (Cloninger 1993). Számos faktoranalitikus vizsgálat igazolta a temperamentumok faktorstruktúráját (Bagby és mtsai 1993, Stalling és mtsai 1996, Svarkic és mtsai 1991, Waller és mtsai 1991) és a karakterdimenziók faktorstruktúráját (Cloninger 1994, Pelissolo és Lepine 2000). Mindazonáltal a kitartást, mint független temperamentum dimenziót több vizsgálat alapján megkérdőjelezték (Brandstorm és mtsai 1998, Lepine és mtsai 1994, Pelissolo és Lepine 2000). Néhány vizsgálat eredményeiben a jutalomfüggés és a kitartás nem mutatkozott erőteljesen elkülönülő temperamentum dimenzióknak. Más vizsgálatokban azonban e két temperamentum dimenzió elkülönítését támogató eredményeket találtak (Kleifield és mtsai 1993), habár a kitartás mögött álló agyi struktúrák azonosítása még nem sikerült. A temperamentum dimenziók genetikai és környezeti struktúráját vizsgáló epidemiológiai ikervizsgálatok fenotipikus szinten megerősítették a négyfaktoros modellt (Heath és mtsai 1994, Stallings és mtsai 1996), habár, az egyik vizsgálat genetikai szinten nem talált a férfiak körében additív genetikai faktort a kitartás hátterében (Stallings és mtsai 1996). Az egyik nagy ikervizsgálat faktoranalitikus eredményei alapján a TCI faktorokat 5 fő faktorra le lehetne csökkenteni, a magas ártalomkerülést alacsony önirányítottsággal, valamint a jutalomfüggőséget az együttműködéssel kombinálva (Herbst és mtsai 2000). Ez utóbbi vizsgálatban az ártalomkerülés és az újdonságkeresés és a gén polimorfizmusok közötti korábban leírt összefüggéseket sem találták meg (Herbst és mtsai 2000).

Számos kutatás igazolta, hogy az affektív, a szorongásos, az evés és a személyiségzavarok szoros kapcsolatban állnak különböző személyiségdimenziókkal. A Cloninger által leírt temperamentum és karakter dimenziókra vonatkozó pszichopatológiai kutatások eredményei szerint betegségcsoportokon átívelő mögöttes dimenziók azonosíthatóak. Jelen vizsgálatunkban arra törekszünk, hogy a főleg az internalizáló (depressziós, szorongó) és főleg az externalizáló (bulimiás), és az egyaránt internalizáló és externalizáló (borderline) pszichopatológiai dimenzióba osztható betegségcsoportokat hasonlítsunk össze temperamentum és karakter dimenziók szempontjából.

Az egyes, általunk vizsgált betegségcsoportok és a TCI dimenziók közötti kapcsolatra vonatkozóan jelentős ismeretmennyiség halmozódott fel. A *Depresszió* és a TCI dimenziók kapcsolatára vonatkozó adatok egyöntetűen, szoros kapcsolatot mutatnak a Depresszió és a magas ártalomkerülés között, a többi TCI dimenzióra vonatkozó eredmények változatosak. Összefoglalva, a jelentősebb eltérések arra utalnak, hogy a Depresszióra alacsony újdonságkeresés és jutalomfüggés és alacsony önirányítottság és együttműködési készség a jellemző. Reprezentatív mintán magas ártalomkerülés és alacsony önirányítottság összefüggésben volt a Depresszióval és megbízhatóan jósolta 12 hónap múlva a depressziós tünetek felléptét (Cloninger és mtsai 2006). Unipoláris Major Depresszióra vonatkozó vizsgálatban, a korban legközelebb álló (depressziós-normál, normál-normál) testvérpárokon végzett vizsgálat szerint az ártalomkerülés értékei jelentős kapcsolatban álltak a jelenlegi és a korábbi depressziós epizódokkal, és ez a dimenzió vonásszerű stabil jelleggel bírt és feltehetően szoros kapcsolatban állt a depresszióra való genetikai vulnerabilitással. Az újdonságkeresés és az önirányítottság csak részben volt állapotfüggő és negatív kapcsolatban állt a depressziós hangulattal, e két dimenzió magas pontot elérők feltehetően ellenállóak a Depresszióval szemben. Magas jutalomfüggés valószínűleg szintén védő faktor a Depresszióval szemben és vonásjellegű, azaz értéke nem függ a hangulati állapottól. Az együttműködési készség, a kitartás és a transzcendencia élmény ezen vizsgálat szerint nem volt kapcsolatban a depresszióval (Farmer és mtsai 2003). Klinikai mintákon azt találták, hogy a depressziós tünetek pozitívan korreláltak az ártalomkerüléssel (Gruzca és mtsai 2003), illetve egy másik vizsgálatban pozitívan az ártalomkerüléssel és negatívan az önirányítottsággal és az együttműködési készséggel (Hirano és mtsai 2002). Remisszióban levő Major depressziós páciensek szignifikánsan magasabb értéket értek el az ártalomkerülés skálán, mint a normál kontroll (Smith és mtsai 2005). Magyar normál mintán a pesszimista diszfunkcionális attitűdökkel együtt az ártalomkerülés dimenziót találták a depresszióval szembeni sérülékenység egyik fontos faktorának (Bugán és mtsai 2006).

A *szorongásos* zavarban szenvedő személyek mintáin végzett TCI-TPQ kutatások, szintén egyöntetűen magas ártalomkerülésre utalnak. A szociális fóbiások körében TCI-vel és TPQ-val végzett vizsgálatok szerint a kontrollhoz képes a szociális fóbiások szignifikáns mértékben emelkedett ártalomkerülés értékeket mutattak (Kim és Hover 1996, Chatterjee és mtsai 1997, Pelissolo és mtsai 2002, Marteinsdottir és mtsai 2003, Hofman és Loh 2006, Mörtberg és mtsai 2007), ami jellemző általában a szorongásos és a depresszív zavarokra. Ezen kívül több vizsgálatban konzisztensen megtalálható jelenség, hogy szignifikánsan alacsonyabb körökben az önirányítottság és az együttműködési készség (Chatterjee és mtsai 1997, Pelissolo és mtsai 2002, Marteinsdottir és mtsai 2003, Mörtberg és mtsai 2007), amely két karakterdimenzió a személyiségzavarok általános súlyossági mutatójának számít a cloningeri modellben (Svrakic és mtsai 1993). Kezelés hatására az ártalomkerülés dimenzió értéke a tünetek javulásával párhuzamosan szignifikáns mértékben csökkent, azonban a normál kontrollnál így is magasabb maradt (Hofman és Loh 2006, Mörtberg és mtsai 2007). Az ártalomkerülés dimenzió jelentősen emelkedett a pánik, a pánik-agorafóbiás és a generalizált szorongásos betegségeken is (Fossey és mtsai 1989, Saviotti és mtsai 1991; Perna és mtsai 1992, Ampollini és mtsai 1997). Így ezek az adatok is arra utalnak, hogy az ártalomkerülés dimenzió nem csak a depressziós zavarokban, hanem a szorongásos zavarokban is a legjellemzőbb vonás. A másik említésre méltó eredmény, hogy az ártalomkerülés állapotfüggő tulajdonságokkal is.

A bulimiás tüneteket mutató evészavarosok körében az emelkedett újdonságkeresés és az alacsony önirányítottság az általánosan talált eredmény. Fassino és munkatársai 10 év evészavarokra vonatkozó TPQ-TCI kutatásait összefoglaló írásában megállapítja, hogy minden evészavar esetén a magas ártalomkerülés és az alacsony önirányítottság a jellemző (Fassino és mtsai 2004). Bulimiásokra magasabb újdonságkeresés és alacsony önirányítottság jellemző, a Falás/tisztulás típusú anorexiásokra a fentiekén kívül még relatíve emelkedett kitartás is jellemző (Fassino és mtsai 2004).

A *személyiségzavarokra* vonatkozó temperamentum modelljében Cloninger a *Borderline* és a *Hisztrionikus* betegeket úgy konceptualizálta, mint akikre magas újdonságkeresés, magas jutalomfüggés és alacsony ártalomkerülés jellemző (Cloninger 1987), amit egy későbbi kutatás igazolt (Goldman és mtsai 1994). Azonban újabb eredmények arra utalnak, hogy a *Borderline* személyiségzavarra magas újdonságkeresés és ártalomkerülés, valamint mérsékelt jutalomfüggés jellemző (Joyce és mtsai 2003, Pukrop 2002). Más vizsgálatok *Borderline* betegeknél magas ártalomkerülést, magas újdonságkeresést és mérsékelt magas jutalomfüggést találtak (Korner és mtsai 2007). Pszichoterápiás kezelés

mellett az ártalomkerülés jelentős mértékben csökkent. Az önsértő magatartás pozitívan korrelált az ártalomkerüléssel. ADHD-ban szenvedő betegek körében is magas volt a Borderline személyiségzavarral és általában a B klaszter zavaraival a komorbiditás és a magas újdonságkeresés és a magas ártalomkerülés jellemezte őket (Anckarsäter és mtsai 2006). Összességében a személyiségzavarban szenvedőket alacsony önrányítottság és együttműködés jellemezte (Anckarsäter és mtsai 2006).

Általában a B klaszter személyiségzavarokra jellemző az újdonságkeresés, vagy más koncepciók szerint az impulzivitás, agresszivitás. Fossati és mtsai. kutatásában (2007) minden B klaszterbe tartozó személyiségzavar egy látens személyiségdimenzióval állt szoros kapcsolatban, melyet az impulzivitás, az agresszivitás, az újdonságkeresés által meghatározott, „cselekvésorientált” személyiségdimenzióknak (Barrat és mtsai 1997, Zuckerman és mtsai 1993) neveztek el (Fossati és mtsai 2007). Ezen dimenzió pozitív pólusára a Hisztrionikus, a Nácisztikus, a Borderline és az Antiszociális személyiségzavarok, negatív pólusára pedig az Obszesszív-kompulzív személyiségzavarosok kerültek (Fossati és mtsai 2007).

Az önrányítottság számos pszichopatológiai jelenségben mutat alacsony értéket, és nem korlátozódik a személyiségzavarokra, az alacsony együttműködési készség is a pszichopatológia egyik fő mutatója, bár kevésbé egységesen és erőteljesen, mint az önrányítottság (Daneluzzo és mtsai 2005, Mulder és mtsai 1999). Az A klaszter személyiségzavarok alacsony jutalomfüggéssel, magas ártalomkerüléssel és alacsony önrányítottsággal és együttműködési készséggel korreláltak. A B klaszter személyiségzavarok magas újdonságkereséssel és alacsony önrányítottsággal és együttműködési készséggel voltak jellemezhetőek. A C klaszter személyiségzavarosok esetében magas ártalomkerülés és alacsony újdonságkeresés és alacsony önrányítottság volt a jellemező (Mulder és mtsai 1999).

Más vizsgálatokban az ártalomkerülés a legmagasabb a C klaszter személyiségzavarok körében (Farabaugh és mtsai 2005, Maggini és mtsai 2000, Mulder és mtsai 1999). Az újdonságkeresés az úgynevezett „externalizáló zavarokat” jellemzi (Krueger és mtsai 2002, 2005), úgy, mint a Pszichoaktív szerfogyasztók, impulzív zavarok, Bulimiás zavarok, B klaszter személyiségzavarok. A jutalomfüggés az A klaszter személyiségzavarokkal (Farabaugh és mtsai 2005, Mulder és mtsai 1999) és az autizmus spektrum zavarokkal állt negatív kapcsolatban. A transzcendencia élmény a Szkizotíp személyiségzavarral állt kapcsolatban (Daneluzzo és mtsai 2005).

E rövid összefoglalóból is nyilvánvalóvá vált, hogy az egyes betegségszoptok osztoznak az egyes temperamentum és karakterdimenziók tekintetében, ami a gyakori komorbiditás háttérében állhat. A temperamentum dimenziók részben magyarázatot adnak a komorbiditás jelenségére. Battaglia és munkatársai vizsgálatában az alacsony Jutalom függés az A klaszter személyiségzavarait különítette el és az első tengelyen belüli zavarok között nem tett különbséget. Magas újdonságkeresés a B klaszter személyiségzavarokat jellemezte, és az Evészavaros, Alkohol és más Pszichoaktív szerfüggő betegeket. Magas Ártalomkeresés a C klaszter személyiségzavarosokra és a Depressziós és a Szorongásos zavarban szenvedő páciensekre volt leginkább jellemző (Battaglia 1996). A fenti zavarok kölcsönös viszonya a különböző temperamentum dimenziókhöz látens faktorokra utalhat, melyek a jellegzetes komorbiditási mintázatok kialakulásában szerepet játszhatnak.

Első célkitűzésünk az, hogy a vizsgált öt minta – Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás és Borderline – közötti különbségeket megvizsgáljuk a temperamentum és a karakterdimenziók tekintetében.

1.3. Második Célkitűzés – Gyermekkorban átélt, retrospektíven felidézett, szülői bánásmód vizsgálata; Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás, Borderline minta különbségei

A fejlődépszichopatológiai kutatókat, a kötődéskutatókat, a pszichiátriai kórképek etiológiáját vizsgáló kutatókat és főként a pszichoterápiás munkával foglalkozó klinikusokat régóta érdekli, hogy milyen hatással vannak a felnőttkori funkcionálásra a gyermekkorban átélt traumák, az elhanyagolás és a nem megfelelő szülői bánásmód. Kérdéses, hogy a nem megfelelő bánásmód milyen etiológiai szerepet játszik a felnőttkori pszichopatológiák kialakulásában. Az e kérdést vizsgáló kutatások összefoglalói szerint (Rutter 2005) komoly kockázati tényezőnek számít számos korai szülői magatartás, különösen, ha a megfelelő genetikai sérülékenység is fennáll az adott személynél. Genetika és gondozás kölcsönhatásban áll egymással. Nagyfokú és statisztikailag szignifikáns összefüggést találtak a rossz szülői bánásmód és számos felnőttkori személyiségvonás, I. és II. tengely diagnózis között (Johnson és mtsai 2001).

Nők esetében a gyermekkorban átélt szexuális abúzus becsült prevalenciája 15-28%, férfiak esetében pedig 5-15% között van. Felnőttek 25% számolt be fizikai abúzusról. A felnőttek több, mint 20% számolt be arról, hogy alkoholista szülő mellett nőtt fel. A magas prevalencia adatok ellenére a klinikusok ritkán veszik számításba, hogy minden negyedik nő és minden ötödik férfi komoly gyermekkori traumán ment keresztül.

Magyarországon Tóth Olga a TÁRKI által, kizárólag nők körében végzett kutatása a családon belüli erőszak alábbi négy formáját vizsgálta: gyermekverés, gyermekek ellen elkövetett szexuális erőszak, asszonyverés, nők elleni szexuális erőszak. Sajnos Magyarországon a gyermekverés még elfogadott, a megkérdezett nők háromnegyede szerint a gyereket joguk van verni, ha azt megérdemli. A felnőtt nők 5%-át rendszeresen verték a szülei, 13%-át legalább egyszer nagyon megverték. A mintába került anyák 18%-a verte már meg nagyon a gyerekét, és ezen anyák, azok közé tartoztak, akiket gyerekkorukban bántalmaztak. A gyermekkori szexuális zaklatás a felnőtt nők 8%-ával fordult elő. A gyermekkori szexuális zaklatás és a verés igen gyakran együtt jár. A felnőtt női népesség körülbelül 2% (80000 nő) átélte mindkettőt gyerekkorában. A megkérdezettek 20 % tapasztalta gyerekkorában, hogy az apja verte az anyját, ebből 32%-ban az apja őt is verte. A vizsgálatban a felnőttkori családon belüli verést és nemi erőszakot is vizsgálták. Erős összefüggést találtak a gyerekkori és a felnőttkori fenyegetettség között, mivel a gyerekkorban fenyegetett légkörben felnövők kétszer akkora eséllyel kerültek felnőtt korukban is hasonló helyzetbe, mint a nem fenyegetett légkörben felnövők. Magyarországon nem ismeretes a férfiakat ért fizikai, szexuális, verbális bántalmazások pontos gyakorisága, de a nemzetközi adatokat figyelembe véve minden ötödik férfit érinthet (Tóth 1999).

Az oksági kapcsolatok iránya a kezdeti elméletekben a környezet felől haladt a személy felé, azaz a gyermek passzívan elszenvedte a szülői rossz bánásmódot. Azonban Bell (1968) felhívta a figyelmet, hogy a gyermek veleszületett vonásai által meghatározott viselkedése révén szintén kontrollt gyakorol a környezetére, és befolyással van arra, hogy milyen szülői bánásmódot vált ki az aktuális gondozójából. A genetikai kutatásokra alapuló elméletek tovább erősítették Bell felvetését, és azt állították, hogy az egyének, genetikailag meghatározott viselkedésük által formálják és választják ki környezetüket, és befolyással vannak arra, hogy milyen szülői bánásmódban részesülnek (Ge és mtsai 1996, Plomin és Daniels 1987). A genetikailag meghatározott temperamentum vonások cloningeri koncepciója nem csak a motiváció és a viselkedés tekintetében különíti el a temperamentumokat, hanem az alapvető tanulási mechanizmusok (klasszikus kondicionálás és az operáns tanulás esetében megfigyelhető érzékenységekülönbségek az averzív és jutalmazó ingerekkel szemben) különbözősége szempontjából is (Cloninger és mtsai 1993). A tanulási mechanizmusok különbözősége esetén a nem megfelelő szülői bánásmód hatására elraktározott ismeretek is eltérőek lesznek. Az ártalomkerülés temperamentum vonás az averzív ingerekre való fokozott érzékenységgel jár, és a rossz bánásmód hatására könnyebben kialakulnak negatív sémák a

környezettel kapcsolatban, melyeket megcáfoló tapasztalatokra az elkerülő magatartás folytán nem tud szert tenni.

A gyermekkorban elszenvedett rossz szülői bánásmód retrospektív visszaemlékezésen alapuló mérését számos módszertani kritika érte (Hardt és Rutter 2004). Kilenc fő szempont alapján szokták kritizálni a retrospektív visszaemlékezések megbízhatóságát: 1) a felejtés jelensége folytán számos emlék nem hozzáférhető, illetve számos emlék fennmaradása attól függ, hogy az esemény után beszélnek-e róla, vagy folyamatosan releváns marad-e, illetve az előbukkanó emlékek egy része szociális nyomásra (pl. pszichoterápia) létrejött hamis emlék (Loftus 1994). 2) Az értelemkeresés mechanizmusa, amely tevékenyen formálja az emlékezetet (Schachter 1996). 3) Az emberek csak arra tudnak emlékezni, aminek tudatában voltak, amikor az esemény történt (Robins és mtsai 1985). 4) A kisgyermekkorban amnézia jelensége miatt kicsi a valószínűsége, hogy az emberek életük első három évére emlékezzenek (Lewis 1995). 5) A visszaemlékezést befolyásolja az a hangulat, amiben a vizsgált személy van a visszaemlékezés időpontjában (Bower 1981, Matt és mtsai 1992), bár Brewin összefoglalója szerint pszichés zavarokban szenvedők visszaemlékezései a gyerekkorban elszenvedett rossz bánásmódra csak részben függ az aktuális tüneteiktől (Brewin és mtsai 1993). 6) A visszaemlékezést befolyásolhatja a szülőkkel kapcsolatos kamasz, vagy felnőttkori élmény. 7) A visszaemlékezést erősen torzíthatják azok a kognitív szűrők, amelyek a vizsgált személy elméjében aktívak: pl. korai maladaptív sémák, diszfunkcionális hiedelmek (Young 2003). 8) Az elfojtásnak/elnyomásnak nevezett tudatosan, vagy nem-tudatosan működő kognitív folyamatok, amelyek védelmezik a személyt a fájdalmas emlékek előhívásától (Erdélyi 2006). 9) A szociális megfelelés annak a normának, hogy a szülőkről nem illik rosszat mondani, a rossz bánásmód elhallgatásához vezethet. A fenti problémák egy része kivédhető lenne prospektív, longitudinális kutatási elrendezés alkalmazásával (Rutter 2005).

Annak ellenére, hogy ennyi érv szól a retrospektív beszámolók megbízhatósága ellen mégis felhozható három erős érv a retrospektív, keresztmetszeti kutatásban szerzett adatok mellett: 1) a mintaválasztás könnyebbsége; 2) a viszonylag alacsony költségek; 3) a vizsgálat időtartalmának a rövidege (Hardt és Rutter 2004). Ezen gyakorlatias érvek mellett, a gyermekkorban elszenvedett rossz szülői bánásmódra vonatkozó, retrospektív beszámolók megbízhatóságát vizsgáló összefoglalók szerint a komoly szexuális/fizikai abúzus, az érzelmi/fizikai elhanyagolás megtörténteire vonatkozó beszámolók elégséges mértékben megbízhatóak. A rossz bánásmódra adott tagadó válaszok esetében nagyobb a torzítás mértéke (pl. egy vizsgálatban a szexuális abúzust átélt nők 1/3 nem számolt be ilyen

élményről 20 évvel az esemény után), azaz inkább a hamis negatív, mint a hamis pozitív beszámolók a jellemzőek (Hardt és Rutter 2004). A szülői gondoskodásra vonatkozó beszámolók eltérése csak minimális mértékben függnek a hangulat változásától (Lewinsohn és Rosenbaum 1987). Normál kontroll mintával történő összehasonlítás esetén említésre méltó, hogy a jól funkcionáló személyek sokkal inkább hajlanak elfelejteni (vagy elhallgatni) a korai rossz élményeket. Taylor és Brown „pozitív illúzió” elmélete szerint a mentális egészség egyik fontos aspektusa, hogy az egészséges személyek a rossz emlékeket kiszűrik, vagy azokat az ismételt felidézéskor számukra nem fenyegető módon átalakítják (Taylor és Brown 1988). A mentális zavarban szenvedők körében talált kognitív szűrők, inkább a rossz emlékek felidézését segítik elő (Beck és Emery 1999, Young 2003). Ezért a normál-beteg minta összehasonlításakor óvatosan kell kezelni a különbségeket (Hardt és Rutter 2004).

A korai rossz bánásmód retrospektív mérésére számos önkitöltő kérdőívet dolgoztak ki. Ezek a Gyerekkori Trauma Kérdőív (Bernstein és Fink 1998), a Konfliktus Taktikák Skála (Conflict Tactics Scale, Straus és mtsai 1996), a Szülői Kötés Kérdőív (Parental Bonding Instrument, Parker 1979), a szülői bánásmódot mérő széles körben használt EMBU (Egna Minnen Beträffande Uppfostran, Perris és mtsai 1980), melyek érvényessége és megbízhatósága elfogadható.

Jelen vizsgálatban a gyermekkori szülői bánásmódot vizsgáló önkitöltő kérdőívet használjuk, melyet Jeffrey E. Young dolgozott ki. A Young Szülői Bánásmód kérdőív (Young Parenting Inventory, Young 2000) validitására és reliabilitására vonatkozóan kevés adat áll rendelkezésre (Sheffield és mtsai 2005). Sheffield és munkatársai evészavaros mintán az általános pszichopatológiai tünetek és impulzivitás közös tünete és bizonyos rossz szülői bánásmódok között szoros kapcsolatot találtak, különösen az impulzív magatartás állt szoros kapcsolatban a rossz szülői bánásmóddal (Sheffield és mtsai 2006). A kérdőívet azért választottuk mégis, mert a korai maladaptív séma elmélet megalkotója hozta létre, és kérdőív állításai olyan szülői magatartásokat ír le, amelyek az általunk vizsgált sémák közül 17 kialakulásában az elmélet szerint fontos szerepet játszhatnak (Young és mtsai 2003). Young szerint a korai rendszeres rossz szülői bánásmód, a temperamentum vonásai alapján érzékeny személyek esetében hozzájárulhat a korai maladaptív sémák kialakulásához és megszilárdulásához. A korai maladaptív sémák arra vonatkozó predikciók, hogy a személy alapvető szükségleteire milyen reakciók várhatóak a környezetből. Az egyének a korai maladaptív sémákra tanulás útján a korai időszakban tesznek szert, mely tanulási folyamatban a szülők (vagy a közvetlen gondozók) jelentős szerepet játszanak. A kapcsolati sémák kialakulásának mechanizmusainak, és a kötődési helyzetből fakadó speciális tanulási

folyamatoknak részletes leírását korábbi írásainkban foglaltuk össze (Gergely és Unoka 2007, Gergely és Unoka 2008).

Több prospektív kutatás igazolta, hogy az abúzus, az elhanyagolás, a szigorú büntetés, az érzelemileg rideg szülői viszonyulás és a gyermek tanulmányai terén nyújtott ösztönzés hiánya növelte a személyiségzavar, a depressziós, a szorongásos és más pszichés zavarok kialakulásának a kockázatát (Johnson és mtsai 1999, Johnson és mtsai 2001, Johnson és mtsai 2006, Caspi és mtsai 2002, Lieb és mtsai 2001). Vizsgálatok sokasága támasztotta alá, hogy szoros összefüggés van a gyermekkorban elszenvedett rossz bánásmód és a depressziós tünetek emelkedett értékei között (Kaplan és mtsai 1999, Kaufman és Charney 2001, Pine és Cohen 2002). Mind a jelenleg depressziós tüneteket mutató, gyermekkorukban bántalmazáson átesett felnőttek retrospektív beszámolóit (Bifulco és mtsai 1991, Bifulco és mtsai 1998, Boudewyn és Liem 1995), mind a bántalmazott gyerekeknél talált emelkedett depressziós tünettannal (Bolger és Patterson 2001, Cohen és mtsai 2001, Feiring és mtsai 1998, Toth és mtsai 1992), mind a prospektív vizsgálatokban talált szoros összefüggés a gyermekkorban rossz bánásmód és a felnőttkori depresszió emelkedett kockázata között (Johnson és mtsai 1999, Johnson és mtsai 2001) arra utal, hogy a rossz bánásmód növeli a depresszió kialakulásának a kockázatát.

A rossz bánásmód és a gyermekkorban és a felnőttkori depresszió, a szorongásos és a személyiségzavarok kialakulása közti közvetítő mechanizmusra vonatkozóan bizonyos elméletek a biológiai mechanizmusokat hangsúlyozzák, más elméletek a kötődési kapcsolatok védő vagy a bántalmazás következményeit tovább rontó hatását hangsúlyozzák. A rossz bánásmód és a pszichopatológiai tünetek között a kötődési kapcsolatok hatására kialakult mentális reprezentációk (internalizált munkamodell vagy korai maladaptív sémák) a közvetítők.

A rossz bánásmód következményeinek biológiai magyarázata szerint a megfelelő szülői gondoskodás a fiziológiai izgatottság megfelelő szintjének a fenntartására törekszik. Bántalmazó, vagy a gyermek szükségleteire nem reagáló, elhanyagoló szülők gyermekeiben krónikus túlfokozott izgalmi állapotot találtak, amely együtt jár az érzelmek szabályozásának zavarával is. Ez a felfokozott izgalmi állapot lényegében megfelel a stressz válasznak, ami felkészíti a testet a fokozott izommunkára, ami a veszéllyel való megküzdést segíti elő, és más, a sürgető veszély elhárításában szerepet nem játszó működések számára rendelkezésre álló forrásokat pedig csökkenti. Ezen utóbbiak, közé tartozik a szövetek helyrehozatala, az emésztés, az immunitás, a növekedés és a reprodukciók. Korai időszakban tapasztalt tartós stressz a mellékvesekéreg serkentést kiváltó faktor (Corticotropin Releasing Factor)

szekrécióját kontrolláló gén expresszióját fokozhatja, ami a stresszt okozó stimulusokkal szembeni szenzitizációval, a Hypothalamus-hypophysis-mellékvesekéreg tengely fokozott aktivitásával (HHM) jár (Heim és mtsai 2000). Liu vizsgálatai szerint ez a hatás megfordítható, ha fokozott fizikai gondoskodásban részesül a gyermek. Romániai árvaházakból adoptált gyermekek esetében az idősebb korban adoptáltak körében magasabb nyál kortizol szintet találtak, mint a közvetlen születés után adoptáltaknál (Liu és mtsai 1997). Egy másik vizsgálatban azt találták, hogy az oxytocin és vazopresszin szint is jelentős mértékben csökkent az árvaházban felnőtt, elhanyagolt gyermekek körében. Az oxytocin fontos szerepet játszik a bizalom érzésében, és a HHM tengely tevékenységének le szabályozásában (Wismer-Fries és mtsai 2005, Carter 2005). Schore összefoglalója szerint a korai elhanyagoló, vagy abúzív bánásmód következtében az orbitofrontális pályák szenzitizációja alakul ki, és hosszantartó károsodás figyelhető meg az érzelmek intenzitását szabályozó agyi régiókban. Ennek klinikai következményei az állandó stresszre irányultságban és a stressz válasz aktivációban, az affektív reguláció zavaraiiban, az impulzivitásban, a csökkent szorongás tűrésben és az agresszív késztetések modulációjának zavaraiiban nyilvánul meg (Schore 2001). A korai bántalmazás okozta biológiai elváltozások és a temperamentum kutatásban talált eredmények hasonló kockázati tényezőket írnak le. A bántalmazás okozta fokozott stressz érzékenység és az ártalomkerüléssel jellemzett temperamentum, valamint az agresszív késztetések modulációs zavara és az újdonságkeresés impulzivitás dimenziója között szoros összefüggés van.

A rossz bánásmód hatására kialakult negatív kapcsolati reprezentációk alkotják a másik lehetséges sérülékenységi faktort a későbbi pszichopatológiák kialakulása számára. A kötődéseméletre alapuló kutatások szerint a bántalmazott gyermekek körében gyakoribb a bizonytalanul kötődő (Toth és mtsai 1992), a felnőttkori bizonytalan kötődési stílus kockázati tényező a Depresszió, a Szorongásos zavarok és a Borderline személyiségzavar (Carnelly és mtsai 1994, Hankin és mtsai 2005) számára. A kötődésemélet mellett a kognitív terápiás elméletek is a rossz bánásmód hatására kialakult negatív reprezentációkat (negatív kogníciók, korai maladaptív sémák) tartják a pszichopatológia iránti sérülékenység közvetítő faktorainak. E szerint az elmélet szerint a mentális zavarok disztális kockázati tényezői közé tartozik a rossz bánásmód, amely hatására kialakult diszfunkcionális kognitív sémák pedig a proximális kockázati tényezők (Hankin 2005, Young és mtsai 2003). Keresztmetszeti vizsgálatok találtak összefüggést a gyermekkori rossz bánásmód és felnőttek negatív kognitív stílusa között (Feiring és mtsai 1998, Gibb és mtsai 2001, Gibb 2002, Rose és mtsai 1994). Keresztmetszeti vizsgálatokban azt találták, hogy a negatív kogníciók közvetítették a

gyermekkori bántalmazásra vonatkozó retrospektív beszámolók és a felnőttkori pszichopatológia közötti kapcsolatot Depresszióban (Gibb és mtsai 1991, Harris és Curtin 2002, Maciejewski 2006), Evészavarokban (Meyer és Gillings 2004, Turner és mtsai 2005), Szorongásos zavarok, Magatartászavarok, Pszichoaktív szerhasználat zavarai (Muris 2006).

A negatív kognitív sémák kockázati tényezői a Depresszióknak (Beck 1987), a Szorongásos zavaroknak (Beck és Emery 1999), az Evészavaroknak (Vitousek és Hollon 1990), a Személyiségzavaroknak (Beck és Freeman 1990, Young és mtsai 2003).

A gyermekkorukban bántalmazott személyek a kialakult biológiai változások és negatív kogníciók folytán számos életeseményt stressztelnek élnek meg, és magatartásuk ennek megfelelően inadekvát módon változik, ami a társas térben bekövetkező zavarok miatt további negatív életeseményekhez vezetnek.

Összefoglalva a gyermekkori rossz bánásmód szoros kapcsolatot mutat a felnőttkori mentális zavarokkal. Bizonyos veleszületett szélsőséges temperamentum vonások növelik a rossz bánásmód valószínűségét, mások a rossz bánásmóddal szembeni érzékenységet. A rossz bánásmód következtében kialakult biológiai regulációs zavarok az adott temperamentum vonásoknak megfelelő vonásbeli változásokat hoznak létre. A rossz bánásmód során elsajátított negatív kogníciók is fontos szerepet játszanak a gyermekkori bántalmazás és a felnőttkori pszichopatológia iránti sérülékenység közötti közvetítésben.

Második célkitűzésünk az előbbi megfontolásokat figyelembe véve az volt, hogy megvizsgáljuk a normál minta és az egyes betegminták és a rossz szülői bánásmódok közötti összefüggéseket, és az egyes minták közötti különbségeket.

1.4. Harmadik célkitűzés - Korai maladaptív sémák vizsgálata Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás és Borderline mintán.

A pszichopatológia kognitív modellje szerint a mentális zavarok kialakulásában és/vagy fenntartásában jelentős szerepet játszanak a diszfunkcionális kogníciók. A. T. Beck és követői kutatásai alapján – több más zavar mellett - a depressziós (Beck 1983), a szorongásos (Beck és Emery 1999, Salkovkis 2001), az evés (Vitousek és Hollon 1990) és a személyiség zavarokban (Beck és Freeman 1990, Young és mtsai 2003) szenvedők körében a mentális zavarban nem szenvedőkhöz képest jelentősen gyakoribbak, és a személy funkcionálása szempontjából meghatározóbbak a diszfunkcionális kognitív sémák. A diszfunkcionális kognícióknak számos konceptualizálása és operacionalizálása létezik, melyek az adott speciális betegséget jellemző tünetviselkedésre vonatkozó kognícióktól (pl. az evési

viselkedésre, kényszercselekedetekre vonatkozó kogníciók) a személyiség általánosabb működésére (az önmaga és a mások diszfunkcionális kognitív értékelése a kötődés, a kapcsolatok, az autonómia, az érzelmek szempontjából) vonatkozó kogníciókig terjednek. A specifikus tünetviselkedésre vonatkozó kogníciók értelemszerűen és a kutatások szerint is elsősorban az adott tünetviselkedést mutató személyekre jellemzőek, és a tünetviselkedésre épülő diagnosztikai kategóriák között differenciáltan oszlanak meg. A személyiség működésére vonatkozó diszfunkcionális alap kogníciók viszont általánosabb jelenségek, és kevésbé igazodnak előfordulásukban az egyes viselkedés-alapú diagnosztikai egységek határaihoz. Az alap kognícióknak általános distresszt okozó tényezőként nagy a pszichopatológiai és klinikai jelentősége.

A kognitív terápiás irányzatban J. E. Young által kidolgozott korai maladaptív séma modell tárgyalja a személyiség funkcionálásának legszélesebb területét. Young elmélete szerint, a korai maladaptív sémák gyermekkorban betöltetlen alapvető érzelmi szükségletekből alakulnak ki. Feltevése szerint, az emberi lényeknek öt alapvető érzelmi szükséglete van: 1. Biztonságos kötődés (ide tartozik a biztonságra, állandóságra, gondoskodásra és elfogadásra való igény), 2. Az autonómia, kompetencia és az énazonosság érzésének igénye, 3. A jogos szükségleteknek és az érzelmek kifejezésének a szabadsága iránti igény, 4. A spontaneitás és a játékosság iránti igény, 5. Reális keretek és önkontroll elsajátítása iránti igény. Az egyének temperamentum vonásai veleszületten meghatározzák, hogy melyik igényük milyen erős, és e tekintetben jelentős különbségek találhatóak. Young a lelki egészséget úgy határozza meg, hogy az válik egészségessé, aki adaptívan ki tudja elégíteni ezeket, a lelki szükségleteket. A lelki szükségletek kielégítésének a készségét a kötődési helyzetekben a szülőkkel (gondozókkal) való interakciók során sajátítják el a személyek (Young és mtsai 2003). A gondozók feladata, hogy felismerjék, elismerjék és megfelelő kereteket nyújtva kielégítsék, vagy megtanítsák kielégíteni és késleltetni a fenti szükségleteket, illetve mintát nyújtva megtanítsák a gyermeküket mások szükségleteivel való hasonló bánásmódra.

Az Érzelmi depriváció korai maladaptív séma primitívájának a példáján keresztül mutatjuk be, hogy a szükségletekre adott ismétlődő elutasító, megszegyenítő, büntető reakciók sematizálódása, milyen kognitív sémákat alakít ki a szükségletekkel kapcsolatban. A korai maladaptív sémákat a változók, az üres helyek és az ezek értékei közötti különböző relációk alkotják. Az Érzelmi depriváció séma primitíváján keresztül bemutatom a korai maladaptív séma konstrukciót. Az igényekhez kapcsolódó korai maladaptív séma, az adott igény

felléptével együtt aktiválódik és a sémának megfelelő predikciókat jelenít meg arra vonatkozóan, hogy a környezet hogyan fog reagálni az igény kifejezésére (1. ábra).

1. ábra. Az Érzelmi depriváció séma kognitív primitívája

Érzelmi depriváció/érzelemmegvonás séma

Igény: Biztonságos kötődés (*Érzelmi támogatás:* gondoskodás, empátia, védelem)

Alany: Felébred az igénye az érzelmi támogatás után

Másik: Elutasítja az érzelmi támogatás nyújtását

A korai kapcsolatok hatására kialakult interperszonális sémák Young által leírt modelljéhez hasonlóan több pszichopatológiai és pszichoterápiás elméletben központi szerepet játszik a kapcsolati séma koncepció (Stein és Young 1993): a kognitív terápiában (Beck 1967, Segal 1988), a pszichoanalízisben (Wachtel 1977, Slap és Saykin 1983, Horowitz 1991), és internalizált munka modellek néven a kötődés elméletekben (Bowlby 1980, Gergely és Unoka 2007). Young (Young és mtsai 2003) amellett érvelt, hogy a személyiségzavarok, az enyhébb karakter problémák, és számos krónikus I. tengely zavar hátterében *korai maladaptív sémák* (KMS) állnak. A *korai maladaptív sémák* főbb jellemzői az alábbiak:

- ezek kiterjedt, átfogó mintázatok, “témák”
- emlékeket, érzelmeket, kogníciókat és testi érzéseket foglalnak magukba
- aktiválódásukkor magas hőfokú, szétziláló affektusok lépnek fel
- a személy önmagáról kialakított képére és másokkal való kapcsolatára vonatkoznak
- gyermek és serdülőkorban alakulnak ki
- az egész élet során módosulnak és
- jelentős mértékben diszfunkcionálisak (Young és mtsai 2003).

Kialakulásuk után a sémák önfenntartóak. Ez egyrészt a kognitív szűrő-funkciójuknak, másrészt a sémákra adott önsorsrontó cselekvési válaszoknak köszönhető. A séma szűrő funkciója a sémába illő információkat kiemeli, hatásukat fokozza, a sémának ellentmondó tapasztalatokat pedig kiszűri, hatásukat érvényteleníti. Az egyének többnyire elkerülik az olyan helyzeteket, viselkedésmintázatokat, amelyek a sémáknak ellentmondó tapasztalatokkal járnának, és gyakran úgy viselkednek, hogy a sémák érvényességét tetteikkel megerősítik. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy Young elmélete szerint a maladaptív viselkedések nem részei a sémáknak, hanem azokra adott válaszoknak tekinthetők (Young és mtsai 2003).

Súlyos személyiségzavarban vagy krónikus I. tengely zavarban szenvedő betegek pszichoterápiájában tapasztaltak alapján Young (1999) 19 sémát azonosított, és ezeket 5

magasabb szintű séma-tartományba sorolta. Az egyes sématartományok egy-egy alapvető igény kielégítését megnehezítő sémákat gyűjtik egybe. A séma-tartományok a következők: I. *Elszakítottság és elutasítottság*; II. *Károsodott autonómia és teljesítőképesség*; III. *A határok károsodott volta*; IV. *Kóros másokra-irányultság*; V. *Aggályosság és gátlás*. Az alábbiakban részletesen bemutatjuk a sématartományokat és a *Séma kérdőív* által mért korai maladaptív sémák definícióit és feltételezett pszichoszociális eredetüket (Young 1999, Young és mtsai 2003)

I. Elszakítottság és az elutasítottság séma tartomány. Akiknél az ide tartozó sémák aktívak, nem képesek kielégítően és biztonságosan kötődni másokhoz. Azt gondolják, hogy az állandóság, a biztonság, a gondoskodás, a szeretet és a valakihez tartozás utáni vágyuk nem fog kielégülni. E sémák kialakulásában szerepet játszhatnak az instabil családi viszonyok (*Elhagyatottság-instabilitás séma*), az abuzív (*Bizalmatlanság-abúzus séma*), a rideg (*Érzelmi depriváció-érzelemmegvonás séma*), illetve a megszegyenítő (*Csökkentértékűség-szegyen séma*) hozzátartozók és a család izolálódása a környezettől (*Társas izoláció-elidegenedtség séma*). Ezeknek a pácienseknek sokszor traumatikus gyermekkoruk volt, és felnőttként az egyik ön-destruktív kapcsolatból a másikba csöppennek, csak hogy a közeli kapcsolatokat elkerüljék (Young és mtsai 2003).

1. *Elhagyatottság-instabilitás* séma esetén fontos érzelmi kapcsolatait instabilnak, megbízhatatlannak éli meg a személy, mert a számára fontos személyekről azt feltételezi, hogy érzelmileg labilisak, kiszámíthatatlanok, megbízhatatlanok.
2. *Érzelmi depriváció-érzelem-megvonás* séma esetén a személy azt feltételezi, hogy az elfogadható mértékű érzelmi támogatást nem fogja megkapni a környezetétől. Az érzelem-megvonás három formája: a támogatás, az együttérzés, a védelem megvonása.
3. *Bizalmatlanság-abúzus* séma esetén azt feltételezi, hogy a másik szándékosan ki fogja használni, meg fogja csalni, meg fogja alázni.
4. *Csökkentértékűség-szegyen* séma esetén a személy azt feltételezi, hogy a különféle belső (önzés, dühös impulzusok, szexuális vágyak) és külső (fizikai megjelenés, viselkedés) hibái miatt csökkentértékű, és ha valakit közel enged magához, az a hibáit majd fel fogja fedezni, és hibái miatt azonnal elhagyja őt.
5. *Társas izoláció-elidegenedtség* séma esetén a személy úgy érzi, hogy különbözik a többi embertől, és nem tartozik egyetlen csoporthoz, közösséghez sem.

6. *Társas elutasítottság* séma esetén a személy azt gondolja, hogy nem vonzó a külseje, nem rendelkezik megfelelő szociális készségekkel, ezért mások nem szívesen fogadnák őt be a társaságukba.

II. Károsodott autonómia és teljesítőképeség sémartomány. Az autonómia a családról való leválás és a független funkcionálás képessége. Akiknél aktívak az idetartozó sémák, azt feltételezik, hogy ők nem képesek erre, illetve a külvilág is meg akarja akadályozni őket abban, hogy leváljanak szüleikről/partnerükről/gyerekeikről, és önálló életet alakítsanak ki. Young feltételezése szerint kétféle szülői magatartás játszhat szerepet az autonómia zavarainak a kialakulásában: a túlzott mértékű óvó magatartás, vagy a nagyfokú elhanyagolás. Ezen személyek önbizalmát szüleik aláásták és/vagy nem támogatták a családon kívüli kompetens viselkedésüket.

7. *Dependencia-inkompetencia* séma esetén a személy azt hiszi, hogy mások jelentősebb segítsége nélkül képtelen a mindennapi kötelezettségeit hozzáértően ellátni.

8. *Sérülékenység-veszélyeztetettség* séma esetén a személy túlzott mértékben retteg attól hogy, bármely pillanatban egy olyan katasztrófa következhet be, amellyel nem lesz képes megbirkózni: pl. egészség terén (pl. szívroham, AIDS), érzelmek terén (megőrül, elveszti a kontrollt), külvilágra vonatkozóan (pl., baleset, bűncselekmény, természeti katasztrófa).

9. *Összeolvadtság-éretlenség* séma esetén az érzelmi bevonódás és a közelségre törekvés olyan mértékű, hogy az önállóság rovására megy. Gyakran jár azzal a hittel, hogy az összegabalyodott személyek egyike képtelen a túlélésre vagy a boldogságra a másik állandó támogatása nélkül. Azzal az érzéssel járhat, hogy a személynek nincs saját önálló egyénisége. Gyakran üresnek, szétesettnek, irányvesztettnek, szélsőséges esetekben még a saját létezésében is bizonytalanak érzi magát.

10. *Kudarcra ítélttség* séma esetén az egyén meg van győződve arról, hogy kudarcot vallott és a jövőben is kudarcra van ítélve, vagy a teljesítőképeség terén esélytelen a többiekkel szemben. Azt érzi, hogy buta, ügyetlen, tehetségtelen, alacsonyrendű stb.

III. A határok károsodott volta séma tartomány. Akiknél az ide tartozó sémák aktívak, nem alakítottak ki megfelelő belső korlátokat a kölcsönösség illetve az önfegyelem területén, és ennek következtében nehezükre esik egyrészt mások jogainak tiszteletben tartása, a másokkal való együttműködés, elköteleződés, másrészt, realiztikus személyes célok felállítása és azok elérése. Gyakran önzőnek, elkényeztetettnek, felelőtlennek vagy

narcisztikusnak mutatkoznak. Gyermekként nem várták el tőlük, hogy betartsák a szabályokat, felnőttként nem képesek korlátokat szabni késztetéseiknek és késleltetni vágyak kielégítését távolabbi célok elérése érdekében.

11. *Feljogosítottság-grandiozítás* séma azzal a meggyőződéssel jár, hogy a személy felsőbbrendű, és ezért különleges jogok illetik meg, és nem kötik meg a kölcsönösség szabályai. Ragaszkodnak ahhoz, hogy megtehessék azt, amit akarnak tekintet nélkül a többiekre. Gyakran követelőzők, uralni akarják a helyzetet, és híján vannak az együttérzésnek.
12. *Elégtelen önkontroll-önfegyelem* séma esetén az egyénnek alacsony a frusztráció tolerancia szintje, és nem tud, vagy nem akar céljai eléréséhez szükséges önkontrollt gyakorolni, kerüli a fájdalmat, a kényelmetlenségeket, a fáradozást, a konfliktusokat, a felelősséget, akár önmegvalósításának a rovására is.

IV. Kóros másokra irányultság séma tartomány. Akiknél ez a terület aktív, azok túlzottan igazodnak mások szükségleteihez, háttérbe szorítva a saját igényeiket. Az elismerésért, az érzelmi kapcsolatot fenntartásáért, vagy a büntetés elkerülése céljából viselkednek így. Az interakciók során szinte kizárólag a másokra figyelnek, és a saját szükségleteiket figyelmen kívül hagyják, gyakran nincsenek tudatában saját haragjuknak. Gyerekként nem követhették szabadon természetes hajlamaikat, felnőttként nem belsőleg vezéreltek, hanem külső irányítás alatt állnak, mások vágyait teljesítik. A tipikus családi háttér a feltételekhez kötött elfogadásra alapul: a gyermekeknek el kell nyomniuk valamely lényegi vonásukat ahhoz, hogy szeretetet, figyelmet és elfogadást kapjanak. Sok ilyen családban a szülők saját kívánságai és érzelmi igényei – vagy társadalmi elfogadottságuk és státuszuk – többet nyomnak a latban, mint a gyermekek önálló szükségletei és érzései.

13. *Behódolás* séma esetén az egyén az irányítást a másik kezébe adja, mert *kényszerítve* érzi magát. Az alárendelődés célja, az, hogy a másik ne haragudjon, ne álljon bosszút, vagy ne hagyja el a személyt. A behódolás két fő formája: vágyak feladása, érzelmek (elsősorban a düh) elnyomása.
14. *Önfeláldozás* séma esetén az egyén önként mások szükségleteit helyezi előtérbe, feladva saját vágyai kielégülését. Mindezt azért teszi, mert nem akar fájdalmat okozni másoknak, nem akar büntudatot érezni a miatt, mert önző, meg akarja őrizni a kapcsolatot azokkal, akikről azt gondolja, hogy rászorulnak. Néha azt eredményezi, hogy a személy a saját szükségleteinek elhanyagolását éli meg, és emiatt neheztel a

gondjaira bízottakra. Az önfeláldozás séma átfedést mutat a kodependencia jelenségével.

15. *Elismerés-hajszolás* séma esetén az egyén túlzottan törekszik mások helyeslésének, elfogadásának és figyelmének elnyerésére, a valódi és biztonságos szelf-élmény kialakulásának rovására. A személy önbecsülése elsősorban mások reakcióitól függ, nem pedig saját értékítéletétől.

V. Aggályosság és gátlás sémataromány aktivitása esetén a személy túlzott hangsúlyt fektet a spontán érzések, impulzusok elnyomására. Elsősorban a merev belső szabályoknak, a teljesítményelvárásoknak és az etikai normáknak próbál megfelelni, gyakran azon az áron, hogy lemond a boldogságról, önkifejezésről, ellazulásról, a szoros kapcsolatokról vagy az egészségről. A tipikus családi háttér szigorú, követelő és gyakran büntető. Az ilyen családokban a teljesítmény, a kötelesség, a perfekcionizmus, a szabálykövetés, az érzelmek leplezése és a hibák elkerülése előnyt élvez az öröm, az élvezet és az ellazultság érzésével szemben.

16. *Negativizmus-pesszimizmus* séma esetén jellemző a mindent átható, élethosszig tartó figyelem az élet negatív aspektusaira, miközben a személy bagatellizálja, vagy figyelmen kívül hagyja az élet pozitív vagy optimista aspektusait.
17. *Érzelmi gátoltság* séma esetén a spontán cselekvések, kommunikáció, vagy az érzések kifejezése gátlás alatt áll, általában azért, mert a személy azt feltételezi, hogy csak így kerülheti el mások rosszallását, a szégyenérzetet vagy a saját impulzusok feletti kontroll vesztes érzését. A gátoltság legfontosabb területei: 1) a harag és az agresszió gátlása, 2) a pozitív érzelmek kifejezésének gátlása, 3) a saját sérülékenységének letagadása, 4) a racionalitás túlzott hangsúlyozása.
18. *Könyörtelen mércék-hiperkritikusság* séma azzal a szilárd meggyőződéssel jár, hogy nagyon magas belsővé tett mércéknek kell megfelelnie, hogy elkerülje mások kritikáját, és a megszégyenülést. Másokkal és magukkal szemben egyaránt hiperkritikusak. Az ilyen személyek állandóan nyomás alatt érzik magukat, képtelenek lazítani, pihenni, örömet lelni a párkapcsolatokban, szinte soha nem érznek megelégedettség érzést. Tipikus megnyilvánulási formái a *Könyörtelen mércék* sémának: 1) perfekcionizmus, 2) merev szabályok, „kell” állítások, 3) a figyelemnek állandóan az időre és a teljesítményre irányuló fókusza.

19. *Büntető készenlét* séma esetén a személynek az a meggyőződése, hogy aki hibázik, azt szigorúan meg kell büntetni. Rendszerint nehezebbre esik saját és mások hibáinak a megbocsátása. Nem tudja elfogadni az enyhítő körülményeket, nem képes empátiáskan gondolkodni, nem fogadja el azt a gondolkodásmódot, hogy „minden ember esendő”.

A kognitív sémák azonosításának három módszere terjedt el a kognitív gyakorlatban. Az egyik esetben a klinikai interjúk során, és a páciens által írt házi feladatok alapján konstruálják meg azokat a hipotetikus sémákat, amelyek a tünetek háttérében állnak. A másik esetben kognitív információ feldolgozási feladatok megoldása révén (Segal 1988). A harmadik módszer önkitaló kérdőívek segítségével azonosítja a páciensnél aktív diszfunkcionális sémákat. Ez utóbbi módszert követve Young a sémák mérésére alkalmas önkitaló *Young Séma Kérdőív*-et dolgozta ki.

A korai maladaptív sémák és az egyes diagnosztikai kategóriák közötti kapcsolatra vonatkozóan vizsgálatok történtek a Major depresszióval (Riso és mtsai 2003, Riso és mtsai 2006), az Evészavarokkal (Leung és mtsai 1999, Waller és mtsai 2002, Gongora és mtsai 2004, Hinrichsen és mtsai 2004, Unoka és mtsai 2007), a Pánik zavarral és az Agorafóbiával (Hoffart és mtsai 2006), a Szociális fóbiával (Hinrichsen és mtsai 2004, Pinto-Gouveia 2006), a Pszichoaktív szerhasználat zavaraiával (Ball és Cecero 2001, Brotchie és mtsai 2004), a Személyiségzavarokkal (Lee és mtsai 1999, Ball és Cecero 2001, Jovev és Jackson 2004, Giesen-Bloo és mtsai 2007) és a normál és vegyes betegmintával (Rijkeboer és van den Bergh 2006) kapcsolatban. A séma kérdőív jó diszkriminatív erővel bírt az egyes mentális zavarok egymástól való elkülönítése és a normál kontrolltól való elkülönítés tekintetében (Leung és mtsai 1999, Shah és Waller 2000, Simeon és mtsai 2002, Waller és mtsai 2000, Waller és mtsai 2001ab, Unoka és mtsai 2004, Unoka és mtsai 2007). A korai maladaptív sémák csoportterápiás helyzetben előre jelezték az egyes csoporttagok viselkedését és más csoporttagokra tett hatásukat (Inczédy-Farkas és mtsai 2007). A korai maladaptív sémák, mint tartós személyiségvonások stabilitását igazolták depressziósok körében (Riso és mtsai 2006).

Riso és mtsai. (2003) vizsgálatában a krónikus Depressziós és a Major depressziós csoport egyaránt minden séma tartományban szignifikánsan magasabb értéket ért el a normál kontrol csoportnál. A két Depressziós csoportot összehasonlítva a Krónikus Depressziós csoport minden sématarományban szignifikánsan magasabb értéket ért el a Major Depressziós csoportnál. A depressziós tünete súlyosságra és a személyiségzavar tünetekre korrigált számolás után is a Fokozott éberség, a Károsodott autonómia sématarományokban szignifikáns volt a különbség a két csoport között (Riso és mtsai 2003).

Waller és munkatársai vizsgálatában a Bulimiában szenvedő nők csak a Feljogosítottság-Grandiozitás tekintetében nem különböztek a normál kontrolltól (2001), Leung és munkatársai vizsgálatában Anorexiás és Bulimiás nők minden korai maladaptív séma tekintetében különböztek a normál kontrolltól (Leung és mtsai 1999). Leung vizsgálatában az Anorexiás és a Bulimiás csoport az utóbbinál megfigyelhető szignifikánsan magasabb Elégtelen önkontrol/önfegyelem séma tekintetében különböztek.

Hoffart és munkatársai vizsgálatukban egyrészt, Agorafóbiás és C kluszterbe tartozó személyiségzavaros csoportot hasonlított össze normál kontroll csoporttal, másrészt, Depressziós, korábban Depressziós, de jelenleg tünetmentes, és korábban soha depresszióban nem szenvedő, tünetmentes csoportot hasonlított össze (Hoffart és mtsai 2006). Regressziós elemzésben az Agorafóbiás elkerülő magatartás és az Elkerülő és a Dependens személyiség zavar vonások legjobb prediktora a Károsodott autonómia séma tartomány, a Kényszeres személyiségzavar tünetek legjobb prediktora a Könyörtelen mércék-Hiperkritikusság séma volt. Depressziós mintán Beck Depressziós Kérdőív összesített értékének regresszió elemzés szerinti legjobb prediktora a Károsodott autonómia és az Elszakítottság/elutasítottság sématartomány volt. A korábban Depressziós, jelenleg tünetmentes csoport a Károsodott autonómia és az Elszakítottság/elutasítottság sématartomány tekintetében szignifikánsan magasabb értékeket ért el a tünetmentes és soha nem volt Depressziós csoportnál (Hoffart és mtsai 2006). A séma kérdőív 131 tételes változatával végzett vizsgálatban a Szociális fóbiában szenvedő csoportot hasonlították össze a Pánik-agorafóbiában, vagy Kényszerbetegségben szenvedő és normál kontroll csoporttal. A Szociális fóbiában szenvedők a normál csoportnál szignifikánsan magasabb értéket értek el a Könyörtelen mércék séma kivételével minden korai maladaptív séma terén. A Szociális fóbiában szenvedők a Pánik-agorafóbiás és Kényszeres vegyes csoportnál szignifikánsan magasabb értéket értek el a korai maladaptív sémákon az Érzelmi depriváció, a Kudarcra ítélettség, a Társas elutasítottság, a Behódolás/Önalávetés, a Csökkentértékűség/Szégyen séma kivételével (Pinto-Gouveia 2006).

Jovev és Jackson (2004) Borderline, Elkerülő és Kényszeres személyiségzavaros csoportot hasonlított össze. A Borderline csoport a Kényszeres csoporthoz képest szignifikánsan magasabb értékeket ért el az Elhagyatottság-Instabilitás, a Dependencia/inkompetencia, a Behódolás-Önalávetés sémák tekintetében, és az Elkerülő személyiségzavaros csoporthoz képest a Dependencia/inkompetencia séma tekintetében. A Kényszeres személyiségzavaros csoport szignifikánsan alacsonyabb értékeket ért el az Elhagyatottság-Instabilitás és a Behódolás-Önalávetés sémák tekintetében, és szignifikánsan

magasabb értéket a Könyörtelen mércék sémák tekintetében összehasonlítva az Elkerülő személyiségzavaros csoporttal. Ball és Cecero (2001) eredményei azt mutatták, hogy a fentiek mellett a magas Bizalmatlanság abúzus és Sérülékenység veszélyeztetettség séma jellemző a Borderline személyiségzavarra.

A pszichopatológiai jelenségek kutatásában az egyik stratégia, a diagnosztikai kategóriákra jellemző eltérések elkülönítése, a másik, a dimenzionális stratégia a kategóriák háttérében meghúzódó közös dimenziók keresése. Ez a kétfajta stratégia a kognitív sémák kutatásában is meghatározó. Egyrészt, a specificitást kereső megközelítés célja jól elkülöníthető diagnosztikai egységek azonosítása, és azok különféle pszichopatológiai jelenségek általi elkülönítése más diagnosztikai egységektől. Például a kognitív terápiás elmélet terén a *kognitív tartalom-specificitás hipotézis* vizsgáló kutatások az egyes diagnosztikai kategóriákra/csoportokra specifikusan jellemző kognitív tartalmakat próbálnak azonosítani; pl. Beck szerint a depresszió esetén a kudarcra és a veszteségre, szorongás esetén a pszichés vagy testi veszélyeztetettségre, sérülékenységre vonatkozó kogníciók a meghatározóak (Clark és Steer 2001). Másrészt, a közös elemeket kereső megközelítés célja olyan általános, diagnosztikai egységeken is átívelő, látens pszichopatológiai dimenziók azonosítása, amelyek az egyes diagnosztikai egységek/csoportok között megfigyelhető hasonlóságra utaló adatok (magas komorbiditás, közös biológiai, genetikai, élettani eltérések, bántalmazások stb.) háttérében állhat. A J. E. Young által leírt korai maladaptív sémák, olyan jelenségeket írnak le, melyek a szerző szerint a Személyiségzavarok és olyan krónikus első tengely zavarok, mint a Depresszió, a Szorongásos zavarok, az Evészavarok és a Pszichoaktív szerhasználat zavarai háttérében állnak, és nem feltétlenül specifikusak az adott zavarra.

A korai maladaptív sémák és az egyes kórképek közötti kapcsolatokra vonatkozó eredmények a kognitív tartalom-specificitás hipotézisnek megfelelően a páronként, vagy többesével összehasonlított csoportok között szignifikáns különbségeket találtak bizonyos korai maladaptív sémák tekintetében. Azonban az egyes vizsgálatok eredményeit összesítve elmondhatjuk, hogy egyrészt, számos maladaptív séma tekintetében jelentős átfedés van az egyes diagnosztikai kategóriák között, másrészt, amennyiben normál kontroll mintát is alkalmaztak, akkor a betegminta nagyon sok, néhány esetben szinte minden korai maladaptív séma tekintetében szignifikánsan magasabb értéket ért el a normál mintánál. Nem találtunk viszont olyan vizsgálatot, ahol több diagnosztikai csoportot és normál kontroll csoportot hasonlítottak össze egymással a korai maladaptív sémák tekintetében. Egyes vizsgálatokban módszertani okokból (pl. statisztikai erő növelése) a csoportok összehasonlítása séma tartományonként, vagy az adott minta faktorelemzéséből származó másodlagos

sémafaktorokonként történt. A séma kérdőív sématarományai, másodlagos sémafaktorai vizsgálatonként és mintánként változó volt, ezért fontosnak tartottuk, hogy az egyes csoportokat az egyes maladaptív sémák tekintetében hasonlítsuk össze.

Harmadik célkitűzésünk, Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás és Borderline mintán megfigyelhető különbségek vizsgálata a korai maladaptív sémák tekintetében.

1.5. Negyedik célkitűzés: Az SCL-90 tünet dimenziói tekintetében vett Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás és Borderline minta közötti különbségek vizsgálata

A betegségek tünet-együttesekre épülő klasszifikációs rendszerei szerint az egyes betegségkategóriák a tünetek tekintetében különböznek. Az adott betegséget definiáló tünetek csoportján túl a kutatási tapasztalatok szerint az adott betegség kategóriába sorolt személyek számos más tünetet is mutatnak, melyek számuk, fajtájuk és klinikai súlyosságuk szempontjából vagy kielégítik egy másik diagnosztikai kategória kritériumát és akkor komorbid kategóriával illetik a személyt, vagy nem elégitik ki, azonban jelentőségük így is nagyfokú lehet a tőlük szenvedő személy számára. A pszichopatológiai tünetdimenziók széles spektrumát felölelő strukturált klinikai interjúkkal (pl. CPS-50, SCID-I, SCID-II), önkitöltő kérdőívekkel lehet azonosítani az egyes betegségeket jellemző tünetprofilokat. Jelen vizsgálatunkban arra törekedtünk, hogy az egyes betegmintákra jellemző tünetdimenziókat az egyik legátfogóbb mérőeszközzel, az SCL-90 segítségével hasonlítsuk össze.

Derogatis heterogén pszichiátriai zavarokban szenvedő, ambulánsan kezelt páciens mintáján konfirmációs és exploratív faktoranalízissel validálta az SCL-90 elméletileg meghatározott faktor struktúráját (Derogatis 1977). Más populáción végzett vizsgálatokban nem jelent meg az eredeti faktor struktúra. Hoffman és Overall (1978) az eredeti kilenc helyett 5 értelmezhető faktort talált ambuláns pszichiátriai betegek körében. Holcomb, Adams és Ponder (1983) pszichiátriai osztályon kezelt mintáján 9 faktort talált, azonban azok különböztek a Derogatis által leírtaktól. Hafkenschied és mtsai. (1993) pszichiátriai osztályon kezelt mintán 4 klinikailag értelmezhető faktort talált. Cyr és munkatársai (1985) eredményeik alapján megkérdőjelezik, hogy nem normatív mintán az al-skálák konstruktvaliditása adottnak vehető-e. Számos vizsgálat (Clarck és Freeman 1983, Unoka és mtsai 2004) egy domináns faktort azonosított, amely sokféle tünetet tartalmaz, és a variancia többszöröséért felelős, mint a rákövetkező faktorok. Több kutató azon a véleményen van, hogy az SCL-90-R valójában egy dimenziós eszköz, és a pszichiátriai distressz mérésére alkalmas (Cyr és mtsai 1985, Holi és mtsai 1998). Ezek az eredmények azt igazolják, hogy az SCL-90 faktorstruktúrája betegpopulációnként változik. Mivel a különféle vizsgálatokban

talált faktorok részlegesen fedik le egymást, megkérdőjelezhető, hogy az SCL-90 valóban többdimenziós mérőeszköz-e a pszichopatológiai tüneteknek.

A kérdőív érvényességére vonatkozó adatok ellentmondásosak. Számos vizsgálat eredménye az SCL-90-R konvergens érvényességét igazolja (Derogatis és mtsai 1976, Dinnig és Eward 1977). Kilenc skála korrelált más kérdőív hasonló problémákat mérő skáláival. Néhány vizsgálat a kérdőív diszkrimináns érvényességét igazolta. Derogatis (1976) a diszkrimináns érvényesség bizonyítékának tekintette, hogy vizsgálatában a kilenc skála kevésbé korrelál a nem analóg más mérőeszközökkel. Számos vizsgálat igazolta, hogy a globális súlyossági index segítségével az SCL-90-R jó hatásfokkal el tudja különíteni a beteg és a normál kontrollt (Holi és mtsai 1998, Bonicatto és mtsai 1997, Unoka és mtsai 2004). Néhány alszkála képes a mentális zavarok azonosítására. Rief és Fichter (1992) azt találta, hogy diszkrimináns analízis segítségével különbséget tudtak tenni Disztímiában, Szorongásos és Evészavarban szenvedő betegek között. Depresszió és szorongás alszkálájának jó konvergens és divergens érvényességét találták (Koeter 1992, Morgan és mtsai 1998). Major depresszió, Generalizált szorongásos zavar, Pánik zavar, Szociális fóbia, Obszesszív-kompulzív zavar, Kevert szorongásos depresszív zavar között.

Depresszió tünetei és az SCL-90 egyes tünetdimenziói közötti kapcsolat a Depressziós zavar definíciója alapján következik: depresszió és a szomatizáció. Azonban az SCL-90 minden tünetdimenziójában találhatóak olyan állítások, amelyek a Major Depresszió tüneteinek megfelelnek. Az SCL-90 a Beck Depressziós Kérdőívvel azonos hatékonysággal azonosítja a Major Depresszió tüneteit (Moffet 1999). Az SCL-90 segítségével el lehetett különíteni a Major Depressziós zavart, a Pánik zavart, a Generalizált szorongásos zavart, a Szociális fóbiát és a Kényszeres zavart egymástól. Kontroll csoporthoz hasonlítva a Major Depressziós csoport a depresszió dimenzión túl, magas értékeket ért el a paranoiditás, az interperszonális érzékenység, a hosztilitás és a pszichoticizmus dimenzión. A Pánik zavaros és a Generalizált szorongásos minta magas értékeket ért el a szorongás és a szomatizáció dimenzión. A Szociális fóbiás csoport eredményei nem különültek el világosan. Minden egyes betegcsoport a normál kontrollhoz viszonyítva magasabb értéket ért el szinte minden alszkálán (Kennedy és mtsai 2001).

A bulimiás tüneteket mutató evészavaros személyek körében a magas affektív és szorongásos zavar komorbiditás mellett a szubszindrómális tünetek is gyakoriak. Az evészavarok vizsgálatára kidolgozott Anorexiás és Bulimiás Szindrómák Strukturált Interjújával (SIAB) - mely integrálja a depressziós, fóbiás, szorongásos és kényszeres tüneteket, mivel azok oly gyakran járnak együtt az evészavarokkal – végzett vizsgálatban az

evészavar tüneteknek az SCL-90 dimenziókkal való együtt járását vizsgálták (Fichter és Quadflieg 2001). Eredményeik szerint az SCL-90 legtöbb dimenziójával szoros összefüggést mutatott a testkép zavara evészavaros tünet, kivéve az ellenségesség és a paranoid SCL-90 dimenziót, a bulimiás tünetek pedig a szomatizáció, a pszichoticizmus és a depresszió SCL-90 dimenziókkal mutattak szignifikáns összefüggést (Fichter és Quadflieg 2001). Más vizsgálatokban azonban az SCL-90 paranoiditás és ellenségesség alskáláján is magas értékeket értek el Bulimiás betegek (Manara és mtsai 2005). Az Evészavar Kérdőívben (EDI-2) külön alskálaként szerepel az Interperszonális Bizalmatlanság (Garner 1991, Túry és Szabó 2000), ami magasan korrelál az interperszonális érzékenység és paranoiditás SCL-90 alskálákkal.

A Borderline személyiségzavar tünetei és az SCL-90 tünetdimenziói között per definitionem szoros a kapcsolat több tünetdimenzió mentén. A Borderline zavar affektív tünetei közül az érzelmi labilitás, hangulati reaktivitás (kifejezett diszfóriás, ingerlékeny vagy szorongásos epizódok) és a belső üresség érzése az SCL-90 depresszió, szorongás, fóbia dimenzióival mutat szoros kapcsolatot. A Borderline személyiség zavar kapcsolati zavar tünetei - az elhagyatástól való rettegés, instabil kapcsolatok – az SCL-90 interperszonális érzékenység és paranoia dimenzióival mutat kapcsolatot. A Borderline személyiség zavar inadekvát intenzív harag és impulzivitás tünetei az SCL-90 ellenségesség tünetdimenziójával van szoros kapcsolatban. A Borderline személyiség zavar átmeneti, stresszhez kapcsolódó paranoid elképzelések, identitászavar, személyes kapcsolatokban az idealizálás és lebecsülés közötti ingadozás az SCL-90 paranoia, pszichoticizmus tünetdimenzióival vannak kapcsolatban. A fenti, definíciók alapján megalkotott kapcsolatok empirikusan is igazolódtak (Zanarini és mtsai 2003).

A negyedik vizsgálat célkitűzése, hogy az általunk vizsgált négy betegmintát és a normál mintát összehasonlítsuk az SCL-90 dimenziók tekintetében.

1.6. Ötödik célkitűzés - A Sérülékenységi faktorok (korai maladaptív sémák, a szülői gondoskodás összesített értékei és a temperamentum vonások) halmaza és a diagnosztikai egységek halmaza között fellelhető egymástól független látens pszichopatológiai dimenziók vizsgálata

A Depresszió, a Szorongásos zavarok magas komorbiditása egymással (Brown és Barlow 1992, Brown és mtsai 2001) és a Bulimiás tüneteket mutató evés zavarokkal (Godart és mtsai 2006), az Alkoholfüggéssel (Bucholz 1991) és a Borderline személyiségzavarral,

illetve más személyiségzavarokkal, és az ártalomkerülés személyiség dimenzióval (Cloninger és mtsai 2006, Fassino és mtsai 2004, Fossati és mtsai 2007) valamint a korai maladaptív sémákkal (Riso és mtsai Leung és mtsai 2004, Unoka és mtsai 2007, Hoffart és mtsai 2006, Pinto-Gouveia 2006, Ball és Cecero 2001, Jovev és Jackson 2004) arra utal, hogy egy látens negatív affektivitással jellemezhető közös dimenzió áll a fenti zavarok háttérében. Más dimenziók tekintetében azonban a fenti zavarok különböznek.

Az általunk vizsgált impulzivitással jellemezhető diagnosztikai kategóriák és az általuk lefedett pszichopatológiai jelenségek, melyeket Krueger externalizáló pszichopatológiai spektrumnak nevezett el (Krueger és mtsai 2005) sok vizsgálatban elkülönítik az Alkoholfüggésben, a Bulimiás tüneteket mutató evészavarban és a Borderline személyiségzavarban szenvedő egyéneket az úgynevezett tisztán internalizáló spektrumba tartozó, Szorongásos zavarban és Depresszióban szenvedő egyénektől.

Jelen vizsgálatunkkal azt a célt tűztük ki, hogy olyan látens és egymástól független sérülékenységi dimenziókat azonosítsunk, melyek szoros összefüggést mutatnak különböző diagnosztikai konstellációkkal. Az volt a hipotézisünk, hogy értelmes összefüggéseket találunk a korai maladaptív sémák, a rossz szülői bánásmód és a temperamentum dimenziók halmaza és a diagnosztikai egységek halmaza között. A többdimenziós kapcsolatokat figyelembe vevő, egymástól független dimenziókat kereső célunk megvalósításához kanonikus korrelációs elemzést alkalmaztunk, amely több sérülékenységi változó halmaza és több diagnosztikai egység halmaza közötti korrelációkat figyelembe véve képes több, egymástól független dimenzióit megalkotni a vizsgált változók két halmazából. Ezt követően a kanonikus faktorelemzéssel nyert faktorpárok sérülékenységi kanonikus faktorait Általános Lineáris Modell analízis segítségével megvizsgáltuk abból a szempontból, hogy a sérülékenységi kanonikus faktorok tekintetében hogyan különbözik egymástól a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minta. Hipotézisünk szerint a Sérülékenységi kanonikus faktorok világosan el fogják különíteni a mintákat egymástól.

1.7. Hatodik célkitűzés - Tünetdimenziók mérése strukturált klinikai interjú segítségével: Jelen Pszichiátriai Állapot interjú (CPS-50) becslők közti megbízhatóság vizsgálata és faktorelemzése

Az önkítöltő tünetbecslő skálák mellett a klinikusok által hozott klinikai ítéleteknek fontos szerepük van a páciensek pszichiátriai vizsgálatában. A klinikusok ítéleteinek megbízhatóságát és érvényességét jelentősen javítja a világosan definiált tünetekre, és

érthetően megfogalmazott kérdésekre alapuló strukturált interjúk használata. Fontosnak tartjuk, hogy a klinikusok terápiás döntéseiket a páciensre jellemző tünetdimenziók átfogó ismerete alapján hozzák meg. A szakirodalomban rendelkezésre álló strukturált interjúk egy része túl hosszú és túl részletes a mindennapi használat számára (SCAN, Wing 1996, vagy SCID, Spitzer és mtsai 1992). Más skálák csak bizonyos diagnosztikai kategóriák tüneteit vizsgálják: Rövid Pszichiátriai Becslőskála (BPRS) (Ventura és mtsai 1993), Pozitív és Negatív Szindróma Skála (PANS) (Kay és mtsai 1982), Skála a Negatív Tünetek Becslésére (SANS) (Andreasen 1982), Hamilton Depressziós (Hamilton 1960) és Szorongás Becslőskála (Hamilton 1959), Yale-Brown Obszesszív-Kompulzív Skála (Goodman és mtsai 1989). Szükség van a jelen mentális státus tünetdimenzióinak standardizált mérésére alkalmas klinikai interjúra, amely a mindennapi klinikai használatra is alkalmas hosszúságú és mégis átfogó képet ad a leggyakoribb pszichiátriai zavarok tünetdimenzióiról. CPS-50-re vonatkozó vizsgálatunkban azt tűztük ki célul, hogy a nemzetközi munkacsoportunk által kidolgozott strukturált klinikai interjú megbízhatóságát és faktorstruktúráját megvizsgáljuk.

Jelen Pszichiátriai Állapot 50 (Current Psychiatric State interview: CPS-50) interjút az Optimal Treatment Project pszichopatológiai mérésekért felelős, nemzetközi munkacsoportja dolgozta ki Ian Falloon vezetésével. Az interjút, az alábbi ismert pszichiátriai interjúk és tünetbecslő skálák alapján dolgoztuk ki: PSE (Wing és Cooper 1974), Hamilton Depressziós Becslő Skála (Hamilton 1960), 24 ítemes BPRS (Rövid Pszichiátriai Becslőskála, Ventura és mtsai 1993), SANS (Andreasen 1982), PANS (Kay és mtsai 1982).

2. Célkitűzések:

A korábban említett konceptuális háttér alapján felállított célkitűzéseinket és hipotéziseinket a jelen fejezetben foglaljuk össze. Két, egymástól független vizsgálat célkitűzéseit mutatjuk be. Az első öt specifikus célkitűzés a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai Klinikájának Pszichoterápiás Részlegén a doktori tézis szerzője által vezetett és végzett "*Látens sérülékenységdimenziók*" vizsgálatra vonatkozik.

A hatodik célkitűzés a „*Jelen Pszichiátriai Állapot Interjú*” vizsgálatához tartozik, mely az Optimális Kezelési Program nemzetközi vizsgálatán belül, a doktori tézis szerzőjének részvételével, a magyar vizsgálat a szerző irányításával zajlott.

I. Látens sérülékenységdimenziók vizsgálat.

- 1) Első célkitűzésünk a személyiségvonás dimenziók tekintetében vett különbségek vizsgálata volt Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás és Borderline mintán a

Temperamentum és Karakter Kérdőív segítségével. A különbségek vizsgálatára Általános Lineáris Modell elemzést használtunk, ahol a modellben a diagnosztikai egységeket (Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás, Borderline) független változókként, a temperamentum és a karakter dimenziókat függő változókként, a nemet és az életkort kovariánsként használtuk. Majd Normál mintához igazított hatáserekségeket mértünk, hogy különbséget tudjunk tenni egyes temperamentum és karakter dimenziók esetében, hogy az adott betegség fennállása milyen mértékben járul hozzá az adott személyiségvonás eltéréseihez. A korábban felvázolt irodalmi áttekintés alapján az alábbi hipotéziseket állítottuk fel:

- a. **Az ártalomkerülés, mint globális sérülékenységi faktor hipotézis** szerint mind a négy betegmintára jellemzőbb lesz a Normál mintához képest az ártalomkerülés temperamentum dimenzió.
 - b. **A Globális diszfunkcionális karakter hipotézis** szerint mind a négy betegminta diszfunkcionálisabb karaktervonásokat fog mutatni, mint a Normál minta, azaz az önirányítottság és az együttműködési készség dimenzió alacsonyabb értékeket fog elérni a Normál mintánál.
 - c. **Impulzív-újdonságkereső tengely hipotézis** szerint az impulzív tünetek alapján két csoportra osztható betegminta, az impulzivitást egy tágabb koncepcióban behelyező újdonságkeresés temperamentum vonás tengely mentén két csoportra oszlik: impulzív Borderline-Bulimiás és nem-impulzív Depressziós-Szorongásos csoportra.
 - d. Jutalomfüggés tekintetében a Depressziós minta a Normál kontrollnál és a Szorongásos csoportnál alacsonyabb, a Borderline minta a Normál kontrollnál magasabb értékeket fog mutatni.
- 2) Második célkitűzésünk a gyermekkori rossz szülői bánásmód vizsgálata volt Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás és Borderline mintán. A különbségek vizsgálatára Általános Lineáris Modell elemzést használtunk, ahol a modellben a diagnosztikai egységeket (Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás, Borderline) független változókként, az anyára és az apára vonatkozó YPI szülői bánásmód alskálákat függő változókként, a nemet és az életkort kovariánsként használtuk. Majd Normál mintához igazított hatáserekségeket mértünk, hogy különbséget tudjunk tenni egyes szülői bánásmód alskálák esetében, hogy az adott betegség fennállása esetén milyen mértékben találtak jellemzőbbnek a szüleikre a rossz bánásmódot a Normál mintához viszonyítva.

hatásereősségeket mértünk, hogy különbséget tudjunk tenni egyes tünetdimenziók esetében, hogy az adott betegség fennállása milyen mértékben járul hozzá az adott dimenzió mért tünetsúlyosságához.

- a. Első hipotézisünk, a **Globálisan emelkedett distressz hipotézis**, szerint mind a négy betegminta szignifikánsan különbözni fog a Normál mintától az SCL-90 összes tünetdimenziója tekintetében (GSI).
 - b. Második hipotézisünk az, hogy a Depressziós minta a depresszió SCL-90 dimenzió tekintetében fog magasabb értékeket elérni a Szorongásos mintánál, viszont a Szorongásos minta a szorongás és a fóbia SCL-90 dimenziókon ér el magasabb értéket a depressziós mintánál.
 - c. Harmadik hipotézisünk, a **Bulimiás impulzivitás, interperszonális bizalmatlanság hipotézis**, szerint a Bulimiás minta kiemelkedően magas értéket érnek el SCL-90 impulzív magatartást mérő ellenségesség alskáláján, illetve az interperszonális érzékenység és a paranoiditás alskáláján.
 - d. A negyedik hipotézisünk az, hogy a Borderline minta minden alskálán emelkedett értékeket ér el, és a betegminták között a Borderline minta éri el a legmagasabb értékeket.
- 5) Ötödik célkitűzésünk a sérülékenységi tényezők (korai maladaptív sémák, a szülői gondoskodás összesített értékei és a temperamentum vonások) halmaza és a diagnosztikai egységek halmaza (Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás, Alkoholfüggő, Borderline és Kevert személyiségzavar) között fellelhető egymástól független látens pszichopatológiai dimenziók keresése volt kanonikus faktorelemzéssel. Az elemzés során kovariánsként az életkort és a nemet használtuk. Majd a kapott sérülékenység kanonikus faktorpárokat abból a szempontból vizsgáltuk, hogy a sérülékenység kanonikus faktorok tekintetében hogyan különbözik egymástól a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minta. Általános Lineáris Modell (GLM) elemzést használtunk, és a modellben a diagnosztikai egységek (Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás, Borderline) független változókként, a Sérülékenység kanonikus faktorok függő változókként szerepeltek. Majd Normál mintához igazított hatásereősségeket mértünk, hogy különbséget tudjunk tenni az egyes Sérülékenység faktorok esetében, hogy az adott betegség fennállása milyen mértékben járul hozzá az adott Sérülékenység faktor értékéhez.

- a. Első hipotézisünk szerint sikerül azonosítani több, egymástól független látens dimenziót, mely a sérülékenységi faktorok és a diagnosztikai csoportok háttérében áll.
- b. Második hipotézisünk szerint az azonosított látens sérülékenység faktorok tekintetében különbözni fognak a GLM elemzésben vizsgált minták (Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás és Borderline).

II. Jelen Pszichiátriai Állapot nemzetközi vizsgálata

Hatodik célkitűzés - Második vizsgálatunkban azt tűztük ki célul, hogy a nemzetközi munkacsoportunk által kidolgozott strukturált klinikai interjú (Jelen Pszichiátriai Állapot, CPS-50) megbízhatóságát és faktorstruktúráját megvizsgáljuk.

- a. Első hipotézisünk szerint a világos kérdésekre, pontos tünetdefiníciókra épülő interjú magas becslők közti megbízhatósággal méri majd a tüneteket.
- b. Második hipotézisünk szerint, faktorstruktúrája követni fogja a szakirodalomban korábban leírt tünetdimenziók alapján általunk kialakított alskálák struktúráját.

3. MÓDSZEREK

3.1. Vizsgálati személyek

Két különböző mintát használtunk. Külön mutatjuk be az első, „Látens sérülékenységdimenziók vizsgálat”-ban, illetve a második, „Jelen Pszichiátriai Állapot nemzetközi vizsgálat”-ban részt vevő személyeket, illetve a használt módszereket.

I. Látens sérülékenységdimenziók vizsgálatban résztvevő személyek leírása: Klinikai vizsgálatunkban összesen 744 fő (565 nő és 179 férfi) vett részt. A személyek két fő csoportba oszlanak:

- 1.) A normál kontroll vizsgálati minta 157 főből állt (114 nő; 43 férfi). Beválasztási kritérium volt, hogy bevallásuk szerint korábban nem álltak és jelenleg sem állnak lelki problémák miatt kezelés alatt, és nem is hiszik úgy, hogy szükségük lett volna rá. Átlag életkoruk 28,9 (Szórás 11,57) év. Képzetségük 8 általános (5%), szakképesítés (8%), érettségi (69%), egyetemi vagy főiskolai diploma (18%). Foglalkozásuk alapján a legtöbben tanulnak (71%), a többiek irodai dolgozók/szakmunkások (6%), vagy vezető beosztásúak vagy szellemi munkát végeznek (15%), a többiek (8%) háztartásbeliek, fizikai munkát végez, vagy nem dolgozik.

- 2.) A betegminta a Semmelweis Egyetem Általános Orvosi Kara, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikájának, Pszichoterápiás részlegére felvett betegekből áll. A vizsgálat 2004 januárja és 2007 májusa között zajlott. A vizsgálati személyek beválasztásánál kizáró kritérium volt a pszichotikus zavar jelenlegi vagy korábbi epizódja, Mániás epizód, Bipoláris affektív zavar, Organikus pszichoszindróma, nyolc általánosnál alacsonyabb fokú végzettség, írástudatlanság, az olvasási készség olyan fokú hiányossága, mely a kérdőív kitöltését megnehezítené. A beteg minta 587 főből áll (451 nő és 136 férfi), átlag életkoruk 36,88 (szórás 11,95) év. Képztségük 8 általános (10%), 8 általános és néhány középiskolai osztály (8%), szakképesítés (23%), érettségi (33%), egyetemi vagy főiskolai diploma (26%). Foglalkozásuk alapján egy részük vezető beosztású vagy szellemi munkát végez (22%), más részük irodai dolgozó vagy szakmunkás (17%), illetve tanuló (14%), munkaképes, de jelenleg nincs állása (12%), munkaképtelen (12%), háztartásbeli (4%), fizikai munkát végez (10%), vagy valamilyen más tevékenységet folytat (9%). Az egyes diagnózisok betegmintán belüli eloszlását az eredmények fejezetben (4.1.) tárgyaljuk.
- 3.) A betegminta diagnózisa a Borderline és a Kevert személyiségzavar mintába sorolt személyek esetén a SCID-I és SCID-II strukturált klinikai interjúk segítségével történt. Az evészavar csoport diagnózisát a DSM-IV-TR (APA 2000) diagnosztikai kritériumok figyelembevételével dr. Tölgyes Tamás és dr. Unoka Zsolt végezte. A Depressziós, a Szorongásos és az Alkoholfüggő mintába került személyek diagnózisát első lépésben a B/fszt. osztály kezelőorvosai alkották, majd második lépésben a jelen doktori értekezés szerzője a rendelkezésre álló kórrajzi adatok és pontosító klinikai interjúk alapján a DSM-IV-TR (APA 2000) kritériumok szerint módosította.

II. Jelen Pszichiátriai Állapot (CPS-50) nemzetközi vizsgálatában résztvevő személyek leírása. 78 becslést végző személy vett részt a vizsgálatban és 237 esetet vizsgáltak meg. A vizsgálatban résztvevő centrumok Kanadában (Ottawa), Amerikai Egyesült Államokban (Los Angeles), Ausztráliában (Warrnambool), Új Zélandon (Auckland), Németországban (Bonn), Olaszországban (L'Acquila), Magyarországon (Budapest) és Japánban (Tokió) voltak. A 78 becslést végző szakember különböző szakmai háttérrel rendelkezett: 32 pszichiáter (41%), 8 pszichológus (10%), 12 szakápoló (15%), 17 szociális munkás (22%), 6 foglalkoztatási terapeuta (8%) és 3 a mentális egészség más területén dolgozó szakember (4%) volt. Minden vizsgált páciens szenvedett valamilyen súlyos mentális zavarban és szerteágazó, különböző súlyosságú pszichopatológiai tüneti

képet mutattak. A 237 vizsgált személyből: 122 pszichotikus zavarban (51%), 71 major affektív zavarban (30%), 29 szorongásos zavarban (12%), 5 evészavarban (2%), 6 szomatizációs zavarban (3%), 4 más zavarokban (2%) szenvedett. A budapesti centrumban 2 pszichiáter vett részt a becslésben és 46 pácienszt vizsgáltak meg.

A vizsgálatban való részvételnek a vizsgálati személyeknek a vizsgálatról való tájékoztatás után adott önkéntes beleegyezése volt a feltétele. A vizsgálatot a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte. A betegminta esetében a terápiás szerződés részét alkotta, hogy amennyiben kitöltik a kérdőíveket, a kutatástól függetlenül, a kitöltött kérdőívek kiértékeléséről kapnak visszajelzést és a kérdőívek megbeszélése a terápiás munka részét alkotja. Tájékoztattuk őket, hogy a kérdőívek kitöltése nélkül is részt vehetnek a terápiában. A CPS-50 vizsgálat nemzetközi résztvevői az adott régió által megkövetelt etikai engedélyek szerint jártak el.

3.2. MÉRŐESZKÖZÖK:

I. Látens sérülékenységdimenziók vizsgálat

Temperamentum és Karakter Kérdőív (TCI). A Cloninger és munkatársai (1993, 1994) által kifejlesztett Temperamentum és Karakter Kérdőív a személyiséget négy temperamentum és három karakter dimenzió mentén méri. Az újdonságkeresés, az ártalomkerülés, a jutalomfüggőség és a kitartás alkotják a temperamentum-dimenziókat, míg az önirányítottság, az együttműködés és a transzcendencia élmény a karakterdimenziókat. A TCI 240 igen-nem válaszlehetőséggel eldönthető állításból áll. A kitartás kivételével valamennyi dimenziót további alsókálák alkotnak, melyeket jelen vizsgálatunkban külön nem vizsgáltunk. A Temperamentum és Karakter Kérdőívet már számos nyelvre lefordították. Többek között franciára, svédre, spanyolra, hollandra, oroszra és japánra. A magyar fordítást a szerző jóváhagyásával Bánki M. Csaba készítette.

A kérdőívvel végzett nemzetközi és magyar pszichometriai eredmények a dimenziók megbízhatóságát és érvényességét támasztják alá, mind a normatív, mind a klinikai minták esetében (lásd pl. Cloninger és mtsai 1991, Bayon és mtsai 1996, Péli-solo és Lépine 2000, Kijima és mtsai 2000, Gutiérrez és mtsai 2001, Rózsa és mtsai 2005).

Young Szülői Kérdőív (YPI; Young 2000). A kérdőívet J. E. Young szerkesztette a korai maladaptív sémák kialakulásában szerepet játszó szülői magatartások mérése céljából. Az egyes tételeket a páciensek beszámolóit és saját elméleti megfontolásait alapján választotta ki.

Önkitöltős kérdőív, 72 állításból áll, melyek a vizsgált személy szüleinek (vagy az őt gondozó más személynek) a viselkedését írja le (pl., „odaadó és gyengéd volt velem”, „nagyon sokat kritizált”). A szülők viselkedését a vizsgált személynek, saját gyerekkorára visszaemlékezve kell kitöltenie. Ugyanazok az állítások külön pontot kapnak az apára és az anyára (vagy a nekik megfelelő személyre) vonatkozóan. Minden állítás olyan szülői magatartást ír le, amely feltételezhetően kapcsolatban áll az adott maladaptív séma kialakulásával. 17 sémához kapcsolódó szülő magatartást ír le. Mivel a kérdőív kevésbé ismert, részletesen leírom az egyes alskálák tételeit.

M/P-ÉD, az anya/apa Érzelmileg depriváló szülői magatartása; Szeretett engem, éreztettem velem, hogy nagyon fontos vagyok neki. Szánt rám időt és odafigyelt rám. Hasznos tanácsokkal és útmutatásokkal látott el. Figyelt rám, megértett és megosztotta velem az érzéseit. Odaadó és gyengéd volt velem. (Ezek fordított tételek)

M/P-EL, az anya/apa Elhagyó szülői magatartása; Meghalt vagy tartósan külön élt tőlünk, mikor gyermek voltam. Szesélyes, kiszámíthatatlan vagy alkoholistá volt. Jobban szerette a testvéreimet/testvéreimet, mint engem. Visszahúzódott magába, vagy időnként hosszabb időre magamra hagyott.

M/P-BA, az anya/apa Bizalmatlanságot okozó/Abuzáló szülői magatartása; Hazudott, becsapott, vagy elhagyott. Testileg, érzelmileg, vagy szexuálisan zaklatott. Arra használt, hogy rajtam keresztül elégítse ki a vágyait. Úgy tűnt, hogy örömet leli abban, ha bánt másokat.

M/P-CS, az anya/apa Csökkentértékűség érzést kiváltó/Megszégyenítő szülői magatartása; Nagyon sokat kritizált. Azt az érzést keltette bennem, hogy nem szeret vagy elutasít. Úgy kezelt, mintha valami baj lenne velem. Elérte, hogy jónéhány tulajdonságom miatt szégyelljem magam.

M/P-KÍ, az anya/apa Kudarcra ítéltséget kiváltó szülői magatartása; Nem tanította meg, hogy legyek annyira fegyelmezett, amennyire az iskolában kellett volna, ahhoz, hogy jó tanuló legyek. Úgy bánt velem, mintha hülye vagy tehetségtelen lennék. Valójában nem akarta, hogy sikeres legyek. Azt gondolta, hogy teljes csőd lesz az életem.

M/P-DI, az anya/apa Dependencia és Inkompetencia érzést kiváltó szülői magatartása; Azt az érzést keltette bennem, hogy nem bízhatom a saját döntéseimben vagy az ítélőképességemben. Túl sok mindent megcsinált helyettem, nem hagyta, hogy én magam csináljam a dolgokat. Úgy bánt velem, mintha fiatalabb lennék a tényleges koromnál.

M/P-SV, az anya/apa Sérülékenység és veszélyeztetettség élményét kiváltó szülői magatartása;
Túlzottan aggódott, hogy esetleg bajom esik. Túlzottan aggódott, hogy esetleg beteg leszek. Félős, vagy fóbias ember volt. Túlzottan óvott mindentől.

M/P-ÖÉ, az anya/apa Összeolvadtság/Éretlenség élményét kiváltó szülői magatartása;
Annyira közel álltunk egymáshoz, hogy szinte tökéletesen megértettük egymást. Az volt az érzésem, hogy nem vagyok önálló, nélküle szinte nem is létezem. Annyira határozott volt, hogy úgy éreztem, nincs is saját akaratom vagy célom. Úgy éreztem, fájdalmat okoznánk vele a másoknak, ha elválnánk egymástól.

M/P-BÖ, az anya/apa Behódolást/Önfeladást követelő szülői magatartása; Úgy bánt velem, mintha a véleményem vagy vágyaim nem számítanának. Azt csinált, amit akart, tekintet nélkül az én szükségleteimre. Annyira kontrollálta az életemet, hogy kevés választási szabadságom maradt. Mindennek úgy kellett lenni, ahogy ő akarta.

M/P-ÖF, az anya/apa Önfeláldozást követelő szülői magatartása; Feláldozta magát a családért. Nem volt képes megoldani egy csomó mindennapi feladatot, úgyhogy nekem többet kellett dolgoznom, mint más gyerekek. Nagyon boldogtalan volt, belőlem merített erőt és én voltam a támasza. Azt az érzést keltette bennem, hogy erős vagyok, és kötelességem, hogy gondoskodjak másokról is.

M/P-EH, az anya/apa Elismerés hajszolásra készítő szülői magatartása; Fontos volt neki a társadalmi rang és a külsőségek. Nagy hangsúlyt helyezett a sikerre és a versengésre. Fontos volt neki, hogy viselkedésem milyen fényt vet rá mások szemében. Úgy éreztem, jobban szeret és jobban figyelt rám, mikor kiemelkedően teljesíték.

M/P-ÉG, az anya/apa Érzelmi gátoltságot kiváltó szülői magatartása; Mindent kontrollálni akart. Nem szívesen fejezte ki a szeretetét és nem beszélt róla, ha szomorúnak érezte magát. Kiszámítható és rendszerető volt; jobban szerette a bejártatott dolgokat, mint a változatosságot. Ritkán érezte, hogy haragszik. Zárkózott volt, ritkán beszélt az érzéseiről.

M/P-KM, az anya/apa Könyörtelen mércéket közvetítő szülői magatartása; Nagyon magas elvárásai voltak önmagával szemben. Elvárta, hogy mindig a legjobban teljesítsek. Sok dologban megkövetelte a tökéletességet; mindennek pontosan a helyén kellett lenni. Azt az érzést keltette bennem, hogy szinte sose elég jó, bármit csinálok. Szigorú és merev szabályai voltak arra vonatkozóan, hogy mi helyes és mi helytelen. Türelmetlen lett, ha nem elég jól vagy nem elég gyorsan csináltam valamit. Sokkal fontosabb volt neki a szórakozásnál vagy a lazításnál, hogy minden munka rendesen el legyen végezve.

M/P-NP, az anya/apa Negativizmust/Pesszimizmust közvetítő szülői magatartása; Sokat aggódott a család anyagi problémái miatt. Azt az érzést keltette bennem, hogy a legkisebb hibám is súlyos következményekkel járhat. Pesszimista volt, többnyire a legrosszabbra számított. Mindig a negatív dolgokra figyelt, és arra, ha valami nem sikerült.

M/P-BK az anya/apa Büntető készenléti állapotot kiváltó szülői magatartása; Nagyon dühös vagy kritikus volt, ha valami rosszat csináltam. Megbüntetett, ha valami rosszat tettem. Hülyének vagy idiótának nevezett, vagy hasonló dolgokat mondott, mikor hibáztam. Másokat hibáztatott, mikor rosszul mentek a dolgok.

M/P-FG, az anya/apa Feljogosítottság/Grandiozítás sémát kiváltó szülői magatartása; Kényeztetett; sok szempontból túlságosan megengedő volt. Azt az érzést keltette bennem, hogy különleges vagyok, jobb, mint mások. Követelő volt; elvárta, hogy úgy menjek a dolgok, ahogy ő szeretné. Nem tanított meg rá, hogy kötelességeim vannak más emberekkel szemben.

M/P-EÖ, az anya/apa Elégtelen önkontrollt önfegyelmet tanító szülői magatartása; Kevés fegyelmet és rendet követelt. Kevés szabályt és kötelességet rótt ki rám. Nem bánta, ha nagyon bedühödtem vagy hisztérikussá váltam. Fegyelmezetlen ember volt.

Mind a 72 állítást 6 pontos skálán kell értékelni, külön az anyára és az apára vonatkozóan, aszerint, hogy milyen mértékben jellemezték szülei viselkedését gyermekkorában. A skálák értékei 1: „Egyáltalán nem volt rá jellemző” és a 6: „Tökéletesen jellemző volt rá” között mozogtak. Az M/P-ÉD skála értékeit az elemzésben megfordítottuk. Az elemzésben minél magasabb pontérték jött ki egy skálán, az azt jelentette, hogy nagyfokban érték gyermekkorában olyan szülői hatások, amelyek az adott séma kialakulásában a feltételezés szerint szerepet játszanak. A magyar fordítást kétnyelvű fordító végezte, majd kutatócsoportunk ellenőrizte érthetőség és helyesség szempontjából.

Young Séma Kérdőív: 244 tételből álló önkitöltős papír-ceruza teszt, amelyet a fent leírt 19 séma mérésére alkottak. A tételek állításokat tartalmaznak, melyeket 6 pontos skálán kell értékelni (1=Egyáltalán nem jellemző rám; 6=Tökéletesen jellemző rám). Korábbi vizsgálatainkban a kérdőív magyar változatának diszkrimináns és konvergens érvényességét alátámasztó eredményeket kaptunk. A TCI és az SCL-90 alskáláival az elméletileg elvárható összefüggéseket mutatta Normál és kevert klinikai mintán (Depressziós, Szorongásos zavaros, Evés, és Személyiség zavaros mintán). A Séma Kérdőív magyar változatát megfelelő mértékben megbízható belső konzisztencia (Cronbach alpha=.988) jellemezte (Unoka és

mtsai 2004). Evészavaros mintán végzett vizsgálatunkban megfelelő diszkriminációs érvényességgel bírt, alskáláiból alkotott faktorokkal három evészavar csoport között szignifikáns különbségek voltak azonosíthatóak (Unoka és mtsai 2007).

SCL-90: Derogatis (1977) által szerkesztett Tünet Lista (*SCL-90-R*, azaz Symptom Check-List-90-R) széles körben használatos önkitöltő kérdőív, mely pszichés tünetek fennállásának és súlyossági fokának mérésére alkalmas. 90 tételt tartalmaz. 9 skálából áll: szomatizáció, kényszeresség, interperszonális érzékenység, depresszió, szorongás, ellenségesség, fóbia, paranoia, pszichoticizmus, valamint egyik skálába sem sorolt hozzáadott tételek csoportja (Derogatis 1977). A hozzáadott tételek csoportjában olyan, több pszichés zavarban is gyakori tünet került, melyek egyértelműen egyik skálába sem voltak elhelyezhető. A Globális Súlyossági Index (global severity index:GSI): az összpontszám osztva a kérdések számával (ez 90, ha minden kérdésre adtak választ).

A kérdőív 90 állítását 5 pontos skálán értékeli, mely 0-tól (egyáltalán nem) 4-ig (nagyon) terjed, az alapján, hogy mennyire zavarta az adott tünet a vizsgálati személyt az elmúlt egy hétben. A kérdőív kitöltése átlagosan 12-15 percet vesz igénybe.

Az *SCL-90* magyar változatával végzett vizsgálatunk szerint a skáláit alkotó tételek belső konzisztenciáját becsülő Cronbach-alfa mutatók értéke 0,73-tól 0,97-ig terjed, ami a skálák megbízhatóságát támasztják alá (Unoka és mtsai 2004).

II. Jelen Pszichiátriai Állapot (CPS-50) nemzetközi vizsgálata

CPS-50 interjú (Current Psychiatric State-50) fő célja, hogy segítségével a vizsgáló megállapítsa milyen mentális tünetekben szenved a vizsgált személy (Unoka 1998). Az interjú használatában képzett személy veszi fel. Az interjúkészítő a CPS-50-ben leírt kérdéseket teszi fel a vizsgált alanyaknak, és a kérdések mellett leírt tünetdefiníciók alapján, és a CPS-50-ben rögzített tisztázó kérdések segítségével dönti el a vizsgált személy válaszai alapján, hogy a vizsgált tünetek jellemzőek-e rá és milyen súlyosak. A tüneteket az alábbi módokon jellemeztük: 1) A személy akaratlagosan nem képes kontrollálni az adott tapasztalatot. 2) A reakció a kiváltó élethelyzethez aránytalan mértékű. 3) Többnyire (de nem mindig) kellemetlennek, nem kívánatosnak élik meg a jelenséget. Az interjú félig strukturált, minden egyes tünetre vonatkozóan specifikus kérdésekkel és tünet definícióval. Miután eldönt, hogy a vizsgált személy szenved az adott tünettől, a tünetek súlyossága is felmérhető. A tünetek súlyosságának becsülésében az alábbi kritériumok segítenek: 1) Felléptének gyakorisága, illetve a nap során milyen hosszú időn keresztül áll fenn a tünet. 2) Annak mértéke, hogy a

tünet mennyire akadályozza a normál mentális folyamatokat: pl. páciens kognitív, érzelmi és viselkedésbeli működését. A tünetbecslésben többféle időkeret használható. Amennyiben a változás mérésére használjuk, akkor az elmúlt két hétre vonatkozóan tesszük fel a kérdéseket, amennyiben a diagnózis felmérésére használjuk, akkor az elmúlt 1 hónapra vonatkoznak kérdéseink. A becslés 0-3 terjedő skálán folyik: 0: a tünet valószínűleg nem áll fenn; 1: a tünet fenn áll, azonban ritka; 2: a tünet fennáll és közepesen gyakori; 3: az idő nagy részében fennáll. Kiegészítő kódok is rendelkezésre állnak bizonyos tüneteknél: pl. pszichotikus variáns, vagy a tünet hiánya a megbirkózási stratégiák használata miatt (pl. fóbiás helyzet teljes elkerülése, gyógyszerek szedése), vagy a rosszkezdő hozzátartozó halála, vagy az alvászavar súlyos fájdalom miatt áll fenn. Ezek a kódok arra utalnak, hogy fenomenológiailag a tünet jelen van, azonban nem tekinthető a jelen pszichiátriai zavar tünetének. A pszichopatológia alábbi területeire vonatkozóan vannak kérdések: szomatizációs, depressziós, mániás, szorongásos, pszichotikus, evészavaros, alvási és kognitív tünetek.

Az interjú párban végezték. Az interjú vezető személy és az interjú során jelen levő, de kérdéseket fel nem tevő személy a CPS-50 tételeinek fennállását és súlyosságát egymástól függetlenül becsülték. Az interjú vezető személyek 2 napos becslők közötti képzésben vettek részt angol nyelven. Öt angol nyelvű standard video interjú becslését kellett elvégezniük, úgy hogy legalább 80%-os exact item egyetértés legyen közöttük. A magyar nyelvű képzés során a helyi CPS-50 vizsgálat vezetője (a doktori tézis szerzője), 5 beteget együtt megvizsgált a másik becslést végző pszichiáterrel (Dr. Kovács Zoltánnal), és minden tünet becslését és a kettejük becslése közötti diszkrepanciákat átbeszélték mielőtt a reliabilitás vizsgálatba kezdtek. A kérdőív fordítását kétnyelvű fordító végezte, majd a fordítást a magyar centrumban dolgozó pszichiáterek, nővérek és páciensek tovább javították, hogy a kérdések a legérthetőbb és a legegyszerűbb nyelven legyenek megfogalmazva, és a tünetdefiníciók megfeleljenek a magyar pszichiátriai nyelvezetnek. A fordítás során felmerült kérdéseket a 2 napos tréning során tovább tisztáztuk a CPS-50 team tagjaival és Ian Falloonnal.

3.3. Statisztikai elemzések

I. Látens sérülékenységdimenziók vizsgálat: A Normál, a más diagnosztikai egységgel együtt nem járó, „tisztának” nevezett Depressziós, Szorongásos, Bulimiás minták, és a más diagnosztikai egységekkel együttesen előforduló Borderline minták közötti különbségeket Általános Lineáris Modell (GLM) analízis segítségével vizsgáltuk a TCI dimenziók, a YPI anya és apa al-skálák, a korai maladaptív sémák, valamint az SCL-90 GSI értéke és egyes tünetdimenziói értékeinek a tekintetében. A GLM modellben a diagnosztikai egységeket

(Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás, Borderline) független változókként, az első elemzésben a TCI dimenziókat, a második elemzésben a YPI anya totál és al-skálákat, a harmadik elemzésben a YPI apa totál és al-skálákat, a negyedik elemzésben a korai maladaptív sémákat, az ötödik elemzésben az SCL-90 GSI értékét és egyes tünetdimenzióit függő változókként, a nemet és az életkort kovariánsként használtuk. Sérülékenységi faktorok (korai maladaptív sémák, a szülői gondoskodás összesített értékei és a temperamentum vonások) halmaza és a diagnosztikai egységek (Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás, Alkoholfüggő, Borderline és Kevert személyiségzavaros) halmaza között fellelhető egymástól független látens pszichopatológiai dimenziók azonosítását kanonikus faktorelemzéssel végeztük. Az elemzés során kovariánsként az életkort és a nemet használtuk. A statisztikai elemzések során SAS programot (9.1 változat) használtunk.

A „tisztá” diagnosztikai egységek mintáinak (Depressziós, Szorongásos, Bulimiás) és a nem „tisztá” Borderline mintának az együttes elemzése mellett az alábbi érvek szóltak. Először, a Borderline csoportot mindenképp akartuk vizsgálni, mivel a séma elmélet elsősorban személyiségzavarokra és azok közül is a Borderline személyiségzavarra lett kidolgozva. Másodszor, a „tisztán” Borderline személyiségzavar diagnózist kapott minta esetszáma nem volt elég a kívánt számításokhoz. Harmadszor, a Borderline személyiségzavar esetében inkább kivételnek számít, ha nem áll fenn együttes előfordulása más I. vagy II. tengely zavarnak, ezért klinikailag komorbid Borderline minta tűnt relevánsnak. A GLM és hatáserősség elemzésekben az Alkoholfüggő és a Kevert személyiségzavaros mintát nem használtuk, mivel a „tisztá” (komorbiditást nem mutató) esetek száma nem volt elegendő az alkalmazott statisztikai módszerekhez.

A hatáserősséget minden egyes KMS-ára, az SCL-90 GSI értékre és egyes tünetdimenzióira, a TCI dimenziókra, valamint YPI anya és apa al-skáláira, minden egyes betegminta esetében (Depressziós, Szorongásos, Bulimiás, Borderline) az alábbi módon számoltuk ki: az adott változó adott betegmintán és a Normál mintán mutatott átlagának különbségét osztottuk a szórásokkal a kis minta torzításhoz igazítva (Hedges g)¹. A *hatáserősség* nagyságát az alábbi - Thalheimer és Cook (2002) felosztását követő skála - alapján

¹ A hatáserősséget az alábbi képlet segítségével számoltuk ki:
$$d = \frac{\bar{x}_t - \bar{x}_c}{\sqrt{\frac{(n_t - 1)s_t^2 + (n_c - 1)s_c^2}{n_t + n_c}}}$$

ahol \bar{x} fölött vonal, az átlagot jelenti; t, az adott betegmintát jelöli; c, a normál mintát jelöli; n, az esetszámot; s, a szórást.

értékeljük (1. táblázat): *figyelmen kívül hagyható hatás* ($0 \leq < 0,15$); *kis hatás* ($\geq 0,15$ és $< 0,40$); *közepes hatás* ($\geq 0,40$ és $< 0,75$); *nagy hatás* ($\geq 0,75$ és $< 1,10$); *nagyon nagy hatás* ($\geq 1,10$ és $< 1,45$); *hatalmas hatás* ($> 1,45$). Jelen vizsgálatban a hatás erősségét azt fejezi ki, hogy az adott diagnózis fennállása milyen mértékben növeli a normál mintához képest az adott skálán elért pontértékeket.

1. táblázat. A hatás erősségét relatív nagyságát becsülő skála bemutatása Thalheimer és Cook (2002) felosztása alapján.

Hatás erősség relatív nagysága	
Figyelmen kívül hagyható hatás	$0 \leq < 0,15$
Kis hatás	$\geq 0,15$ és $< 0,40$
Közepes hatás;	$\geq 0,40$ és $< 0,75$
Nagy hatás	$\geq 0,75$ és $< 1,10$
Nagyon nagy hatás	$\geq 1,10$ és $< 1,45$
Hatalmas hatás	$\geq 1,45$

II. Jelen Pszichiátriai Állapot (CPS-50) nemzetközi vizsgálata: A becslést végző párok közötti egyetértés vizsgálatát végeztük: a becslők közötti kategóriális egyetértést (jelen van vagy nincs jelen a tünet) Cohen kappájával mértük. A tünetek súlyosságára (0-3) vonatkozó konkordanciát intra-class coefficienttel (ICC) végeztük az egy utas random hatás modellt (one-way random effect modell) használva. Főkomponens faktorelemzést használtunk varimax forgatással a CPS-50 50 tünetének faktor struktúrájának a vizsgálatára. A tünetmodulok skáláinak belső konzisztenciáját Chronbach alfa számítással ellenőriztük.

4. EREDMÉNYEK

4.1. Diagnosztikai egységek előfordulása az I. Klinikai mintában

A diagnosztikai egységek együttes előfordulását a 2. táblázatban mutatjuk be. A későbbi elemzések szempontjából fontos megjegyezni, hogy a kanonikus korreláció elemzéskor a 2. táblázatban bemutatott betegcsoportokat és a normál mintát használjuk fel. Az Általános Lineáris Modell elemzésekben a más diagnosztikai egységgel együtt nem járó, úgynevezett „tiszta” Depressziós, Szorongásos, Bulimiás mintát és a más diagnosztikai egységekkel együtt járó Borderline mintát vesszük figyelembe. A „tiszta” minták a táblázatban azon diagonális cellákban helyezkednek el, ahol a referencia és az együtt járó diagnosztikai egység megnevezése megegyezik. A Szorongásos csoportban az alábbi szorongásos zavarokat vontuk össze: Szociális fóbia (No:17, 12,32%), Pánik zavar (No:57, 41,30%), Pánikzavar agorafóbiával (No: 21, 15,22%), Agorafóbia pánik zavar nélkül (No:26, 18,84%),

Generalizált szorongásos zavar (No: 17, 11,59%). A Bulimiás csoportban az alábbi diagnózisú személyeket vontuk össze: Anorexia nervosa, Falás/tisztulás típusa, bulimiás tünetekkel (No:30, 37,97%), Bulimia nervosa (No: 49, 62,03%). Mivel egy diagnózis több más diagnózissal is előfordulhat egyszerre, ezért ha összeadjuk az egy referencia diagnosztikai egységhez tartozó együtt előforduló diagnosztikai egységek százalékait esetleg az összérték nagyobb lehet 100%-nál.

2. táblázat. Diagnosztikai egységek együttes előfordulása

Referencia diagnosztikai egységek	Referencia diagnosztikai egységgel együtt előforduló diagnosztikai egységek						
	No	Depressziós	Szorongásos	Bulimiás	Alkohol függőség	Borderline Szem.Zav.	Kevert Szem.Zav.
	No	No	No	No	No	No	No
Depressziós	395	243 (62%)	46 (11,65%)	23 (5,82%)	27(6,84%)	42(10,63%)	38(9,62%)
Szorongásos	138	46(33,33%)	85(61,59%)	5 (3,62%)	3(2,17%)	4(2,9%)	7(5,07%)
Bulimiás	79	23(29,87%)	5(6,49%)	42(55%)	4(5,19%)	14(18,18%)	3(3,90%)
Alkohol dependencia	50	27(54%)	3(6%)	4(8%)	13(26%)	8 (16%)	6(12%)
Borderline Szem.Zav	69	42(60,87%)	4(5,8%)	14(20,29%)	8(11,59%)	15(21,74%)	0 (0%)
Kevert Szem.Zav	60	38(63,33%)	7 (11,67%)	3 (5%)	6(10%)	0 (0%)	17(28,33%)

4.2. Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével a TCI dimenziók tekintetében a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták között talált különbségek és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatásérősségek

Az általános Lineáris Modell Elemzés 26 szignifikáns különbséget talált az egyes minták között a TCI tünetdimenziók tekintetében (Lásd a 3. táblázatot). Az alábbiakban TCI tünetdimenzióként mutatom be az egyes minták között talált szignifikáns különbségeket és a betegminták Normál mintához viszonyított hatásérősségeit (2. ábra). Először a temperamentum dimenziókra vonatkozó eredményeket mutatom be.

Az újdonságkeresés (NS) dimenzió tekintetében a Normál minta a Depressziós és a Szorongásos mintánál, a Borderline minta a Normál, a Depressziós és a Szorongásos mintánál, a Bulimiás minta a Depressziós és a Szorongásos mintánál mutat szignifikánsan magasabb átlagértéket. Hatáserősség szempontjából a Borderline és a Bulimiás minta kis hatáserősségű tartományba tartozó eredményt ért el. A Depressziós minta közepes, a Szorongó minta kis negatív hatáserősséget ért el. A negatív hatáserősség a mi eredményeink esetében azt jelenti, hogy a Normál minta újdonságkeresés átlag értékei magasabbak voltak a Depressziós és a Szorongásos minta átlagértékeinél.

Az ártalomkerülés (HA) dimenzió tekintetében minden egyes betegmintának szignifikánsan magasabb átlaga van, mint a Normál mintának, valamint a Borderline és a Depressziós minta a Bulimiás mintánál mutat szignifikánsan magasabb átlagértéket. A Borderline minta esetében nagyon nagy, a Depressziós és a Szorongásos minta esetében nagy, a Bulimiás minta esetében közepes hatáserősséget találtunk.

A jutalomfüggés (RD) dimenzió tekintetében a Normál és a Szorongásos minta a Depressziós és a Borderline mintánál mutat szignifikánsan magasabb átlagértéket. Hatáserősség szempontjából negatív és kis értéket ért el a Borderline és a Depressziós minta, a Szorongásos és a Bulimiás minta hatáserőssége figyelmen kívül hagyható mértékű.

A kitartás (P) dimenzió tekintetében nincs szignifikáns különbség az egyes minták átlagértékei között. Hatáserősség szempontjából, mind a négy beteg minta kis hatáserősséget mutat.

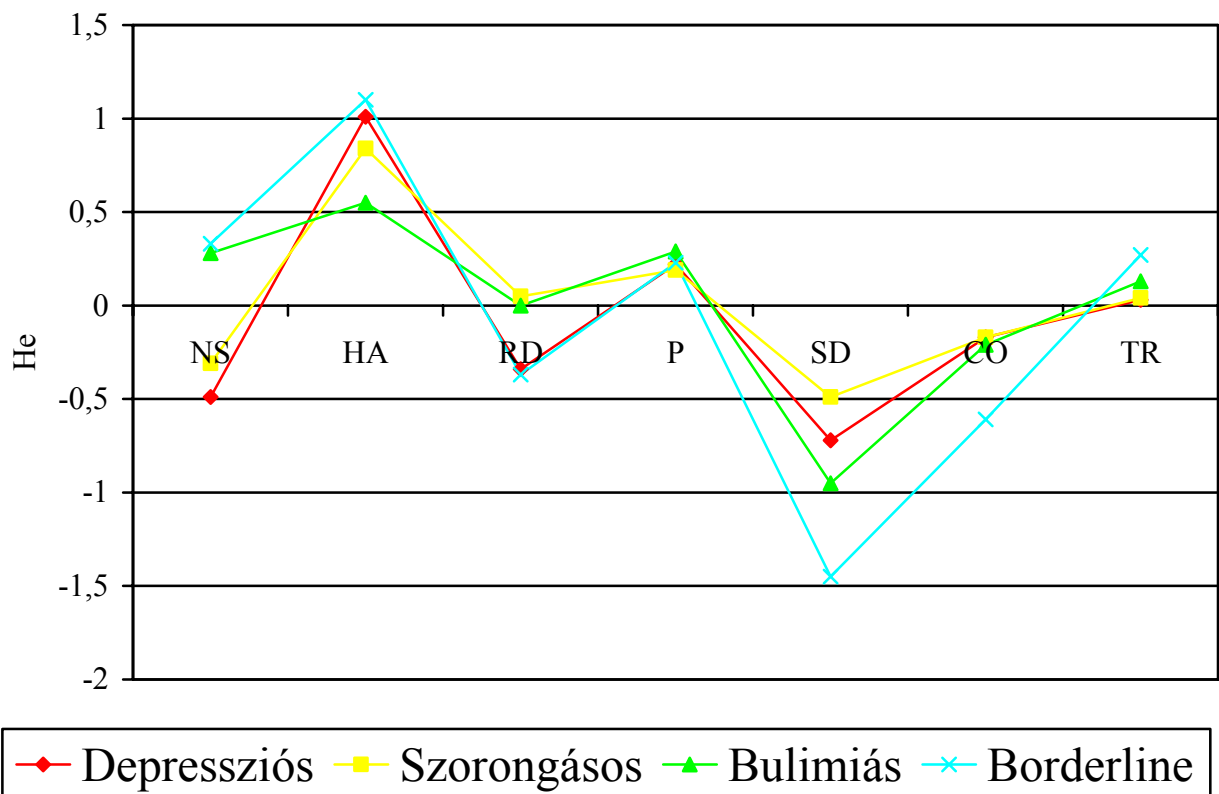
A következőkben a Karakterdimenziókra vonatkozó eredményeket mutatom be.

Az önirányítottság (SD) dimenzió tekintetében a Normál mintának minden egyes betegmintánál szignifikánsan magasabb átlaga van, valamint a Szorongásos mintának a Bulimiás és a Borderline, a Depressziós mintának a Borderline mintánál van szignifikánsan magasabb átlaga. Mind a négy betegminta negatív hatáserősséget mutat, ami azt jelenti, hogy az önirányítottság tekintetében a Normál mintához képest alacsonyabb átlagértékeket értek el. A Borderline minta negatív hatalmas, a Bulimiás minta negatív nagy, a Depressziós és a Szorongásos minta negatív közepes hatáserősség értéket mutatott.

Az Együttműködés (CO) dimenzió tekintetében a Normál, a Depressziós és a Szorongó mintának a Borderline mintánál szignifikánsabb magasabb átlaga van. Hatáserősség tekintetében a Borderline minta negatív és közepes mértékű, a Bulimiás minta negatív és kis mértékű, a Depressziós és a Szorongásos minta figyelmen kívül hagyható mértékű, negatív hatáserősséget mutat.

A transzcendencia élménynek (TR) dimenzió tekintetében nincs szignifikáns különbség az egyes minták átlagértékei között. A Borderline minta kis hatáserősséget mutat, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás minta figyelmen kívül hagyható mértékű hatáserősséget mutat.

2. ábra. A Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták közötti csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított TCI dimenziókra vonatkozó hatáserősségek



Rövidítések: TCI, Temeperamentum és Karakter Kérdőív; NS, újdonságkeresés; HA, ártalomkerülés, RD, jutalomfüggés; P, kitartás; SD, önrányítottság; CO, együttműködési készség; TR, transzcendencia élmény; He, hatáserősség.

Megjegyzés: A minták közti, páronként kiszámolt az egyes TCI dimenziók tekintetében talált szignifikáns különbségek leírása megtalálható a 3. Táblázatban

3. táblázat. Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével a TCI dimenziók tekintetében talált különbségek a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták között és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatásérősségek

TCI	Minták															Minták közötti különbségek			
	Normál(157)		Depressziós (243)			Szorongó (85)			Bulimiás (42)			Borderline (69)			Diagn. egységek közötti p-érték páronként	F	df	p-érték	
	Átl	Szó	Átl	Szó	He	Átl	Szó	He	Átl	Szó	He	Átl	Szó	He					
NS	20,62	6,25	17,70	5,80	-0,49	18,74	5,80	-0,31	22,32	5,94	0,28	22,69	6,41	0,33	A,B,D,F, G,H,I	5,17	6,516	0,01	
HA	16,41	7,14	23,68	7,31	1,01	22,30	6,89	0,84	20,45	8,59	0,55	24,01	6,41	1,10	A,B,C,D, F,J	20,99	6,516	0,01	
RD	16,56	3,63	15,35	3,60	-0,34	16,75	3,64	0,05	16,55	4,03	0,00	15,20	3,72	-0,37	A,D,E,I	4,24	6,516	0,01	
P	3,98	2,07	4,43	2,11	0,22	4,38	2,11	0,19	4,58	2,13	0,29	4,46	2,18	0,23	A	1,16	6,516	0,33	
SD	29,96	6,74	25,05	6,92	-0,72	26,63	7,15	-0,49	23,10	9,32	-0,95	20,14	7,02	-1,45	A,B,C,D,G ,H,I	26,18	6,516	0,01	
CO	31,25	5,24	30,25	6,19	-0,17	30,31	6,03	-0,17	30,13	6,42	-0,21	27,70	7,04	-0,61	D,G,I	4,48	6,516	0,01	
ST	13,86	6,15	14,07	6,29	0,03	14,08	6,54	0,04	13,06	5,62	0,13	15,49	6,20	0,27		1,12	6,516	0,35	

Rövidítések: TCI, Temeperamentum és Karakter Kérdőív; NS, újdonságkeresés; HA, ártalomkerülés, RD, jutalomfüggés; P, kitartás; SD, önrányítottság; CO, együttműködési készség; TR, transzcendencia élmény; Átl, átlag; Szó, szórás; He, hatásérőség.

- A: $p < 0,5$ a Normál és a Depressziós minta között.
- B: $p < 0,5$ a Normál és a Szorongásos minta között.
- C: $p < 0,5$ a Normál és a Bulimiás minta között.
- D: $p < 0,5$ a Normál és a Borderline minta között.
- E: $p < 0,5$ a Depressziós és a Szorongásos minta között.
- F: $p < 0,5$ a Depressziós és a Bulimiás minta között.
- G: $p < 0,5$ a Depressziós és a Borderline minta között.
- H: $p < 0,5$ a Szorongásos és a Bulimiás minta között.
- I: $p < 0,5$ a Szorongásos és a Borderline minta között.
- J: $p < 0,5$ a Bulimiás és a Borderline minta között.

4.3. Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével a YPI anya szülői magatartása al-skálák tekintetében talált különbségek a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták között és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatáserőségek

Az általános Lineáris Modell Elemzés 75 szignifikáns különbséget talált az egyes minták között a YPI anya szülői magatartása al-skálák tekintetében (Lásd a 4. táblázatot). Az alábbiakban a sématartományok felosztását követve csoportosítom az anya szülői magatartása al-skálákat, és az így felosztott csoportonként mutatom be az egyes minták között talált szignifikáns különbségeket és a beteg minták Normál mintához viszonyított hatáserőségeit (4. táblázat és 3. ábra).

Az anya szülői magatartásának összesített YPI értéke (M-Tot) tekintetében a Depressziós, a Bulimiás és a Borderline mintának a Normál mintánál, a Borderline mintának a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás mintánál szignifikánsabb magasabb átlaga van. Hatáserősség szempontjából a Borderline minta a nagy, a Depressziós és a Bulimiás minta a közepes, a Szorongásos minta a kis hatáserősség tartományba esik.

Az Elszakítottság-elutasítottság sématartományhoz rendelhető anya szülői magatartása al-skálák esetében az alábbi minták közötti különbségeket találtuk. A Borderline mintának az anya Érzelmileg depriváló szülői magatartása (M-ÉD) tekintetében a Normál és a Szorongásos mintánál, az anya Elhagyó szülői magatartása (M-EL) tekintetében a Normál, a Depressziós, a Szorongásos és a Bulimiás mintánál, az anya Bizalmatlanságot okozó/Abuzáló szülői magatartása (M-BA) tekintetében a Normál és a Szorongásos mintánál, az anya Csökkentértékűség érzést kiváltó/Megszégyenítő szülői magatartása (M-CS) tekintetében a Normál, a Depressziós és a Szorongásos mintánál szignifikánsabb magasabb átlaga van. A Depressziós mintának az anya Érzelmileg depriváló szülői magatartása (M-ÉD) és az anya Elhagyó szülői magatartása (M-EL) tekintetében a Normál mintánál, az anya Bizalmatlanságot okozó/Abuzáló szülői magatartása (M-BA) és az anya Csökkentértékűség érzést kiváltó/Megszégyenítő szülői magatartása (M-CS) tekintetében a Normál és a Szorongásos mintánál szignifikánsabb magasabb átlaga van. A Bulimiás mintának az anya Érzelmileg depriváló szülői magatartása (M-ÉD) tekintetében a Normál mintánál, az anya Csökkentértékűség érzést kiváltó/Megszégyenítő szülői magatartása (M-CS) tekintetében a Normál mintánál szignifikánsabb magasabb átlaga van. A Szorongásos mintának az anya

Érzelmileg depriváló szülői magatartása (M-ÉD) tekintetében a Normál mintánál szignifikánsabb magasabb átlaga van.

A hatáserősség szempontjából az Elszakítottság-elutasítottság sématartományhoz rendelhető anya szülői magatartása al-skálák esetében a betegminták alábbi hatáserősségeit találtuk. A Borderline minta tartozik a legmagasabb hatáserősség tartományba; az anya Elhagyó szülői magatartása (M-EL) tekintetében a nagyon nagy, az anya Érzelmileg depriváló szülői magatartása (M-ÉD), Bizalmatlanságot okozó/Abuzáló szülői magatartása (M-BA), Csökkentértékűség érzést kiváltó/Megszégyenítő szülői magatartása (M-CS) tekintetében a nagy hatáserősség tartományba esik. A Depressziós minta mind a négy féle anyai viselkedés szempontjából a közepes hatáserősség tartományba esik. A Bulimiás minta az anya Érzelmileg depriváló szülői magatartása (M-ÉD) tekintetében a nagy hatáserősségű, az anya Elhagyó szülői magatartása (M-EL), Bizalmatlanságot okozó/Abuzáló szülői magatartása (M-BA), Csökkentértékűség érzést kiváltó/Megszégyenítő szülői magatartása (M-CS) tekintetében a közepes hatáserősségű tartományba esik. A Szorongásos minta az anya Érzelmileg depriváló szülői magatartása (M-ÉD) tekintetében a közepes hatáserősségű, az anya Elhagyó szülői magatartása (M-EL), Csökkentértékűség érzést kiváltó/Megszégyenítő szülői magatartása (M-CS) tekintetében a kis hatáserősségű, az anya Bizalmatlanságot okozó/Abuzáló szülői magatartása (M-BA) tekintetében a figyelmen kívül hagyható tartományba esik.

A károsodott autonómia és teljesítőképesség sématartományhoz rendelhető anya szülői magatartása al-skálák esetében az alábbi minták közötti különbségeket találtuk. A Borderline mintának az anya Kudarcra ítélséget kiváltó szülői magatartása (M-KÍ), az anya Dependencia és Inkompetencia érzést kiváltó szülői magatartása (M-DI) és az anya Összeolvadtság/Éretlenség élményét kiváltó szülői magatartása (M-ÖÉ) tekintetében a Normál, a Szorongásos és a Depressziós mintánál szignifikánsabb magasabb átlaga van. A Depressziós mintának az anya Kudarcra ítélséget kiváltó szülői magatartása (M-KÍ), az anya Dependencia és Inkompetencia érzést kiváltó szülői magatartása (M-DI) és az anya Sérülékenységi és veszélyeztetettség élményét kiváltó szülői magatartása (M-SV) tekintetében a Normál mintánál szignifikánsabb magasabb átlaga van. A Szorongásos mintának az anya Dependencia és Inkompetencia érzést kiváltó szülői magatartása (M-DI) és az anya Sérülékenységi és veszélyeztetettség élményét kiváltó szülői magatartása (M-SV) tekintetében a Normál mintánál szignifikánsabb magasabb átlaga van. A Bulimiás mintának az anya Kudarcra ítélséget kiváltó szülői magatartása (M-KÍ), az anya Dependencia és Inkompetencia

érzést kiváltó szülői magatartása (M-DI) tekintetében a Normál mintánál szignifikánsabb magasabb átlaga van.

A károsodott autonómia és teljesítőképesség sématarományhoz rendelhető anya szülői magatartása al-skálák esetében a Borderline mintára az anya Kudarcra ítélséget kiváltó szülői magatartása (M-KÍ) és Dependencia és Inkompetencia érzést kiváltó szülői magatartása (M-DI) esetében nagy hatáserősség, az anya Összeolvadtság/Éretlenség élményét kiváltó szülői magatartása (M-ÖÉ) tekintetében közepes, az anya Sérülékenység és veszélyeztetettség élményét kiváltó szülői magatartása (M-SV) tekintetében kis hatáserősség jellemző. A Depressziós minta esetében az anya Kudarcra ítélséget kiváltó szülői magatartása (M-KÍ) és Dependencia és Inkompetencia érzést kiváltó szülői magatartása (M-DI) esetében közepes hatáserősség, az anya Sérülékenység és veszélyeztetettség élményét kiváltó szülői magatartása (M-SV) tekintetében kis hatáserősség, az anya Összeolvadtság/Éretlenség élményét kiváltó szülői magatartása (M-ÖÉ) tekintetében figyelmen kívül hagyható hatáserősség jellemző. A Szorongásos mintát az anya Kudarcra ítélséget kiváltó szülői magatartása (M-KÍ) és Dependencia és Inkompetencia érzést kiváltó szülői magatartása (M-DI) esetében a közepes, az anya Sérülékenység és veszélyeztetettség élményét kiváltó szülői magatartása (M-SV) és az Összeolvadtság/Éretlenség élményét kiváltó szülői magatartása (M-ÖÉ) tekintetében a kis hatáserősség tartományba eső értékek jellemzik. A Bulimiás mintát az anya Kudarcra ítélséget kiváltó szülői magatartása (M-KÍ) és Dependencia és Inkompetencia érzést kiváltó szülői magatartása (M-DI) esetében a közepes, az Összeolvadtság/Éretlenség élményét kiváltó szülői magatartása (M-ÖÉ) tekintetében a kis hatáserősség és a Sérülékenység és veszélyeztetettség élményét kiváltó szülői magatartása (M-SV) esetében a figyelmen kívül hagyható hatáserősség jellemzi.

A Kóros másokra irányultság sématarományhoz rendelhető anya szülői magatartása al-skálák esetében az alábbi minták közötti különbségeket találtuk. A Borderline mintának az anya Behódolást/Önfeladást követelő szülői magatartása (M-BÖ) tekintetében a Normál, a Szorongásos, a Bulimiás és a Depressziós mintánál, az anya Önfeláldozást követelő szülői magatartása (M-ÖF) tekintetében a Normál, a Bulimiás és a Depressziós mintánál, az anya Elismeréshajszolásra készítő szülői magatartása (M-BÖ) tekintetében a Normál, a Szorongásos és a Depressziós mintánál szignifikánsan magasabb átlaga van. A Depressziós mintának az anya Behódolást/Önfeladást követelő szülői magatartása (M-BÖ) tekintetében a Normál és a Szorongásos mintánál szignifikánsan magasabb átlaga van.

A Kóros másokra irányultság sématarományhoz rendelhető anya szülői magatartása al-skálák esetében a Borderline mintára az anya Behódolást/Önfeladást követelő szülői

magatartása (M-BÖ), Önfeláldozást követelő szülői magatartása (M-ÖF) és Elismeréshajszolásra készítető szülői magatartása (M-BÖ) tekintetében -a fenti sorrendben - nagy, közepes és kis hatáserősségek jellemzőek. A Depressziós és a Bulimiás minta esetében az anya Behódolást/Önfeláldozást követelő szülői magatartása (M-BÖ) tekintetében közepes hatáserősség, Önfeláldozást követelő szülői magatartása (M-ÖF) és Elismeréshajszolásra készítető szülői magatartása (M-BÖ) tekintetében figyelmen kívül hagyható hatáserősség jellemzi. A Szorongásos minta esetében az anya Behódolást/Önfeláldozást követelő szülői magatartása (M-BÖ) tekintetében kis hatáserősség, Önfeláldozást követelő szülői magatartása (M-ÖF) és Elismeréshajszolásra készítető szülői magatartása (M-BÖ) tekintetében figyelmen kívül hagyható hatáserősség jellemzi.

Az Aggályosság és gátlás sématartományhoz rendelhető anya szülői magatartása al-skálák esetében az alábbi minták közötti különbségeket találtuk. Az anya Könyörtelen mércéket közvetítő szülői magatartása (M-KM) tekintetében nem találtunk szignifikáns különbséget a minták átlagai között. A Borderline mintának az anya Érzelmi gátoltságot kiváltó szülői magatartása (M-ÉG) tekintetében a Normál, a Szorongásos, a Bulimiás és a Depressziós mintánál, az anya Negativizmust/Pesszimizmust közvetítő szülői magatartása (M-NP) tekintetében a Normál, a Szorongásos és a Bulimiás mintánál, az anya Büntető készenléti állapotot kiváltó szülői magatartása (M-BK) tekintetében a Normál és a Szorongásos mintánál szignifikánsan magasabb átlaga van. A depressziós mintának az anya Negativizmust/Pesszimizmust közvetítő szülői magatartása (M-NP) tekintetében és az anya Büntető készenléti állapotot kiváltó szülői magatartása (M-BK) tekintetében a Normál mintánál szignifikánsan magasabb átlaga van.

Az Aggályosság és gátlás sématartományhoz rendelhető anya szülői magatartása al-skálák esetében a Borderline minta az anya Érzelmi gátoltságot kiváltó szülői magatartása (M-ÉG), Negativizmust/Pesszimizmust közvetítő szülői magatartása (M-NP) és Büntető készenléti állapotot kiváltó szülői magatartása (M-BK) al-skálákon közepes hatáserősséget ért el, Könyörtelen mércéket közvetítő szülői magatartása (M-KM) al-skálán figyelmen kívül hagyható hatáserősséget ért el. A Depressziós minta az anya Érzelmi gátoltságot kiváltó szülői magatartása (M-ÉG) al-skáláján közepes hatáserősséget ért el, Negativizmust/Pesszimizmust közvetítő szülői magatartása (M-NP) és Büntető készenléti állapotot kiváltó szülői magatartása (M-BK) al-skálákon kis hatáserősséget ért el, Könyörtelen mércéket közvetítő szülői magatartása (M-KM) al-skálán figyelmen kívül hagyható hatáserősséget ért el. A Szorongásos minta az anya Érzelmi gátoltságot kiváltó szülői magatartása (M-ÉG) al-skáláján kis hatáserősséget ért el, az anya Könyörtelen

mércéket közvetítő szülői magatartása (M-KM) al-skálán negatív, kis hatáserősséget ért el, Negativizmust/Pesszimizmust közvetítő szülői magatartása (M-NP) és Büntető készenléti állapotot kiváltó szülői magatartása (M-BK) al-skálákon figyelmen kívül hagyható hatáserősséget ért el. A Bulimiás minta az anya Büntető készenléti állapotot kiváltó szülői magatartása (M-BK) al-skálákon kis hatáserősséget ért el, az anya Érzelmi gátoltságot kiváltó szülői magatartása (M-ÉG), Könyörtelen mércéket közvetítő szülői magatartása (M-KM), Negativizmust/Pesszimizmust közvetítő szülői magatartása (M-NP) al-skálákon figyelmen kívül hagyható hatáserősséget ért el.

A határok károsodott volta sématartományhoz rendelhető anya szülői magatartása al-skálák esetében az alábbi minták közötti különbségeket találtuk. A Borderline mintának az anya Feljogosítottság/Grandiozítás sémát kiváltó szülői magatartása (M-FG) tekintetében a Normál és a Szorongásos mintánál, az anya Elégtelen önkontrollt önfegyelmet tanító szülői magatartása (M-EÖ) tekintetében a Normál mintánál mintánál szignifikánsan magasabb átlaga van. A Depressziós és a Szorongásos mintának az anya Elégtelen önkontrollt önfegyelmet tanító szülői magatartása (M-EÖ) tekintetében a Normál mintánál mintánál szignifikánsan magasabb átlaga van.

A határok károsodott volta sématartományhoz rendelhető anya szülői magatartása al-skálák esetében a Borderline minta mindkét alskálán közepes hatáserősséget ért el. A Depressziós minta az anya Feljogosítottság/Grandiozítás sémát kiváltó szülői magatartása (M-FG) al-skálán kis, Elégtelen önkontrollt önfegyelmet tanító szülői magatartása (M-EÖ) al-skálán közepes hatáserősséget ért el. A Szorongásos minta az anya Feljogosítottság/Grandiozítás sémát kiváltó szülői magatartása (M-FG) al-skálán figyelmen kívül hagyható hatáserősséget, Elégtelen önkontrollt önfegyelmet tanító szülői magatartása (M-EÖ) al-skálán kis hatáserősséget ért el. A Bulimiás minta az anya Feljogosítottság/Grandiozítás sémát kiváltó szülői magatartása (M-FG) al-skálán kis, Elégtelen önkontrollt önfegyelmet tanító szülői magatartása (M-EÖ) al-skálán figyelmen kívül hagyható hatáserősséget ért el.

4. táblázat. Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével a YPI anya szülői magatartása al-skálák tekintetében talált különbségek a Normál, a Depressziós, a Szorongós, a Bulimiás és a Borderline minták között és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatásereőségek

Anyai viselkedés	Minták															Minták közötti különbségek			
	Normál 157		Depressziós (243)			Szorongó (85)			Bulimiás (42)			Borderline (69)			Diagnosztikai egységek közötti p-érték páronként	F	df	p-érték	
	Átl	Szó	Átl	Szó	He	Átl	Szó	He	Átl	Szó	He	Átl	Szó	He					
M-tot	2,24	0,54	2,62	0,73	0,58	2,47	0,70	0,39	2,50	0,81	0,44	2,89	0,82	1,05	A,C,D,G,I,J	9,50	6,518	0,01	
M-ÉD	9,80	5,24	14,55	8,02	0,68	12,84	6,94	0,52	14,39	7,96	0,80	15,19	8,76	0,85	A,B,C,D,I	8,09	6,518	0,01	
M-EL	5,52	2,68	7,94	4,86	0,59	6,54	3,79	0,33	6,70	3,64	0,41	9,41	5,07	1,14	A,D,G,I,J	8,73	6,517	0,01	
M-BA	4,78	1,84	6,13	3,99	0,41	4,76	1,75	0,01	5,79	4,16	0,50	6,97	4,59	0,79	A,D,E,I	5,10	6,515	0,01	
M-CS	6,62	3,80	9,20	5,63	0,52	7,49	4,11	0,22	9,15	6,27	0,59	10,83	6,09	0,94	A,C,D,E,G,I	8,99	6,516	0,01	
M-KÍ	4,84	2,15	7,35	4,95	0,63	6,04	2,89	0,50	6,61	4,85	0,63	8,40	5,76	1,02	A,C,D,G,I	8,60	6,516	0,01	
M-DI	6,23	3,47	7,97	4,03	0,46	7,73	4,24	0,40	7,79	4,62	0,42	9,12	4,48	0,77	A,B,C,D,G,I	6,94	6,516	0,01	
M-SV	11,17	5,49	12,55	5,64	0,25	12,93	5,54	0,32	11,12	5,21	0,01	12,80	5,97	0,29	A,B	2,28	6,516	0,06	
M-ÖÉ	11,11	3,89	11,25	4,54	0,03	11,82	4,51	0,17	11,97	4,63	0,21	13,35	5,11	0,53	D,G,I	3,69	6,513	0,01	
M-BÖ	6,93	3,96	10,50	6,38	0,65	8,42	4,93	0,35	8,97	5,89	0,47	11,40	5,96	0,98	A,D,E,G,I,J	9,03	6,516	0,01	
M-ÖF	10,06	3,55	10,55	4,18	0,13	10,38	4,20	0,09	9,73	3,15	- 0,10	11,68	4,07	0,44	D,G,J	1,86	6,516	0,12	
M-ÉG	14,24	4,42	16,26	4,76	0,44	15,86	4,65	0,36	14,64	5,99	0,09	17,47	5,53	0,68	D,G,I,J	4,54	6,513	0,01	
M-KM	22,27	7,94	22,84	8,34	0,07	20,54	8,77	- 0,21	22,40	8,95	0,02	23,38	10,06	0,13		2,21	6,515	0,07	
M-FG	9,38	3,13	10,11	3,60	0,21	9,73	3,34	0,11	10,06	3,94	0,21	11,00	4,19	0,47	D, I	2,90	6,514	0,02	
M-EÖ	6,95	2,99	8,60	3,71	0,48	8,15	3,35	0,39	7,39	4,43	0,13	8,97	4,54	0,58	A,B,D	4,36	6,514	0,01	
M-EH	11,13	5,24	10,67	4,58	- 0,09	10,42	4,97	- 0,14	11,03	5,61	- 0,02	12,63	5,64	0,28	D,G,I	4,31	6,512	0,08	
M-NP	11,17	4,73	12,46	5,00	0,26	11,81	4,37	0,14	11,55	5,26	0,08	13,82	5,54	0,54	A, D,I,J	2,58	6,512	0,04	
M-BK	9,29	4,45	10,71	5,46	0,28	9,77	3,77	0,11	10,36	5,35	0,23	11,85	6,36	0,51	A,D,I	2,97	6,512	0,02	

Rövidítések: YPI, Young Parenting Inventory; M-Tot, az anya szülői magatartásának összesített YPI értéke; M-ÉD, az anya Érzelmileg deprivaló szülői magatartása; M-EL, az anya Elhagyó szülői magatartása; M-BA, az anya Bizalmatlanságot okozó/Abuzáló szülői magatartása; M-CS, az anya Csökkentértékűség érzést kiváltó/Megszégyenítő szülői magatartása; M-KÍ, az anya Kudarca ítéletet kiváltó szülői magatartása; M-DI,

az anya Dependencia és Inkompetencia érzést kiváltó szülői magatartása; M-SV, az anya Sérülékenység és veszélyeztetettség élményét kiváltó szülői magatartása; M-ÖÉ, az anya Összeolvadtság/Éretlenség élményét kiváltó szülői magatartása; M-BÖ, az anya Behódolást/Önfeladást követelő szülői magatartása; M-ÖF, az anya Önfeláldozást követelő szülői magatartása; M-EH, az anya Elismerés hajszolásra készítő szülői magatartása; M-ÉG, az anya Érzelmi gátoltságot kiváltó szülői magatartása; M-KM, az anya Könyörtelen mércéket közvetítő szülői magatartása; M-NP, az anya Negativizmust/Pesszimizmust közvetítő szülői magatartása; M-BK az anya Büntető készenléti állapotot kiváltó szülői magatartása; M-FG, az anya Feljogosítottság/Grandiozítás sémát kiváltó szülői magatartása; M-EÖ, az anya Elégtelen önkormányzott önfegyelmet tanító szülői magatartása; Átl, átlag; Szó, szórás; He, hatáserősség

A: $p < 0,5$ a Normál és a Depressziós minta között.

B: $p < 0,5$ a Normál és a Szorongásos minta között.

C: $p < 0,5$ a Normál és a Bulimiás minta között.

D: $p < 0,5$ a Normál és a Borderline minta között.

E: $p < 0,5$ a Depressziós és a Szorongásos minta között.

F: $p < 0,5$ a Depressziós és a Bulimiás minta között.

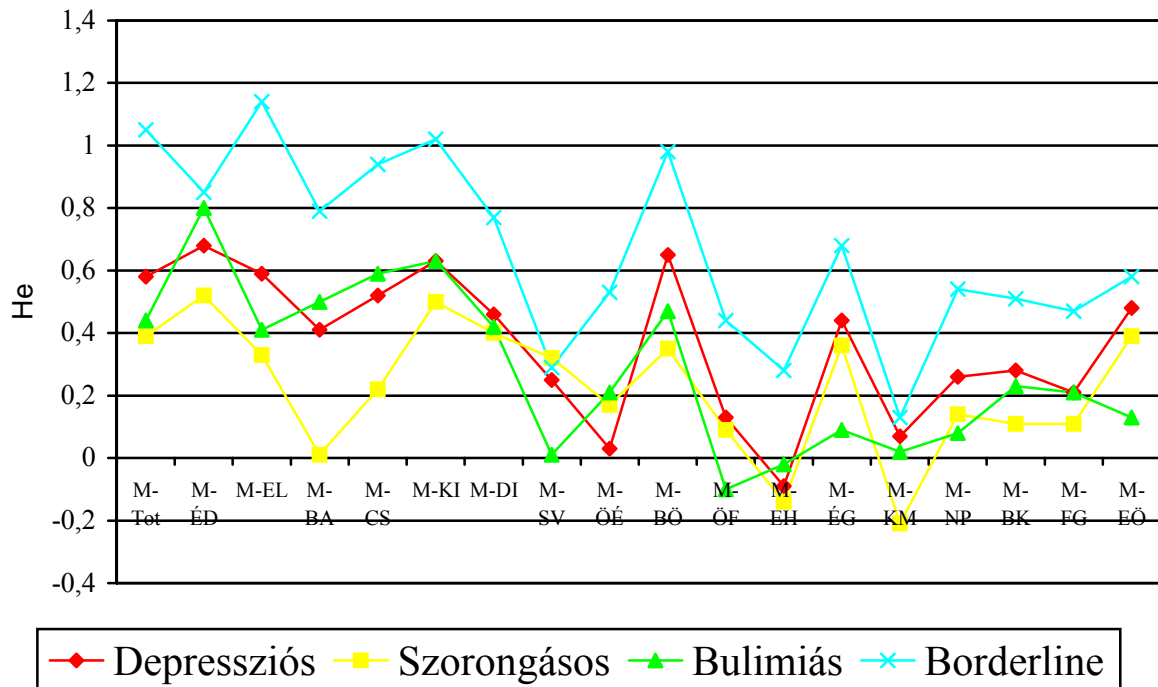
G: $p < 0,5$ a Depressziós és a Borderline minta között.

H: $p < 0,5$ a Szorongásos és a Bulimiás minta között.

I: $p < 0,5$ a Szorongásos és a Borderline minta között

J: $p < 0,5$ a Bulimiás és a Borderline minta között .

3. ábra. A Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták közötti csoportkülönbségeket jellemző, Normál mintához igazított a YPI anya skáláira vonatkozó hatáserőségek



Rövidítések: YPI, Young Parenting Inventory; M-Tot, az anya szülői magatartásának összesített YPI értéke; M-ÉD, az anya Érzelmileg depriváló szülői magatartása; M-EL, az anya Elhagyó szülői magatartása; M-BA, az anya Bizalmatlanságot okozó/Abuzáló szülői magatartása; M-CS, az anya Csökkentértékűség érzést kiváltó/Megszégyenítő szülői magatartása; M-KÍ, az anya Kudarca itéltséget kiváltó szülői magatartása; M-DI, az anya Dependencia és Inkompetencia érzést kiváltó szülői magatartása; M-SV, az anya Sérülékenység és veszélyeztettség élményét kiváltó szülői magatartása; M-ÖÉ, az anya Összeolvadtság/Éretlenség élményét kiváltó szülői magatartása; M-BÖ, az anya Behódolást/Önfeladást követelő szülői magatartása; M-ÖF, az anya Önfeláldozást követelő szülői magatartása; M-EH, az anya Elismerés hajszolásra készítető szülői magatartása; M-ÉG, az anya Érzelmi gátoltságot kiváltó szülői magatartása; M-KM, az anya Könnyörtelen mércéket közvetítő szülői magatartása; M-NP, az anya Negativizmust/Pesszimizmust közvetítő szülői magatartása; M-BK az anya Büntető készenléti állapotot kiváltó szülői magatartása; M-FG, az anya Feljogosítottság/Grandiozitás sémát kiváltó szülői magatartása; M-EÖ, az anya Elégtelen önkontrollt önfegyelmet tanító szülői magatartása; He, hatáserősség.

Megjegyzés: A minták közti, páronként kiszámolt az egyes YPI al-skálák tekintetében talált szignifikáns különbségek leírása megtalálható a 4. Táblázatban

4.4. Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével a YPI apai szülői magatartás al-skálák tekintetében talált különbségek a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták között és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatásérősségek

Az általános Lineáris Modell Elemzés 64 szignifikáns különbséget talált az egyes minták között a YPI apa szülői magatartása al-skálák tekintetében (Lásd az 5. táblázatot). Az alábbiakban a sémartományok felosztását követve csoportosítom az apa szülői magatartása al-skálákat, és az így felosztott csoportonként mutatom be az egyes minták között talált szignifikáns különbségeket, és az egyes betegmintáknak a Normál mintához viszonyított hatásérősségét (4. ábra).

Az apa szülői magatartásának összesített YPI értéke (M-Tot) tekintetében a Borderline, a Depressziós, a Szorongásos és a Bulimiás mintának a Normál mintánál, a Borderline mintának a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás mintánál szignifikánsabb magasabb átlaga van. Hatásérősség szempontjából a Borderline minta nagyon nagy, a Depressziós minta nagy, a Szorongásos és a Bulimiás minta közepes hatásérősséget ért el.

Az Elszakítottság-elutasítottság sémartományhoz rendelhető apa szülői magatartása al-skálák esetében az alábbi minták közötti különbségeket találtuk. A Borderline mintának az apa Érzelmileg depriváló szülői magatartása (M-ÉD) tekintetében a Normál mintánál, az apa Elhagyó szülői magatartása (M-EL), az apa Bizalmatlanságot okozó/Abuzáló szülői magatartása (M-BA) és az apa Csökkentértékűség érzést kiváltó/Megszégyenítő szülői magatartása (M-CS) tekintetében a Normál, a Depressziós, a Szorongásos és a Bulimiás mintánál szignifikánsabb magasabb átlaga van. A Depressziós mintának az apa Érzelmileg depriváló szülői magatartása (M-ÉD), az Elhagyó szülői magatartása (M-EL), az apa Bizalmatlanságot okozó/Abuzáló szülői magatartása (M-BA) és az apa Csökkentértékűség érzést kiváltó/Megszégyenítő szülői magatartása (M-CS) tekintetében a Normál mintánál szignifikánsabb magasabb átlaga van. A Bulimiás mintának az apa Érzelmileg depriváló szülői magatartása (M-ÉD) tekintetében a Normál mintánál szignifikánsabb magasabb átlaga van. A Szorongásos mintának az apa Érzelmileg depriváló szülői magatartása (M-ÉD), az apa Elhagyó szülői magatartása (M-EL) és az apa Csökkentértékűség érzést kiváltó/Megszégyenítő szülői magatartása (M-CS) tekintetében a Normál mintánál szignifikánsabb magasabb átlaga van. A Bulimiás mintának az apa Érzelmileg depriváló szülői magatartása (M-ÉD) tekintetében a Normál mintánál szignifikánsabb magasabb átlaga van.

A hatásereőségek terén az Elszakítottság-elutasítottság sématartományhoz rendelhető apa szülői magatartása al-skálák esetében a Borderline minta az apa Elhagyó szülői magatartása (M-EL), Bizalmatlanságot okozó/Abuzáló szülői magatartása (M-BA) és Csökkentértékűség érzést kiváltó/Megszégyenítő szülői magatartása (M-CS) tekintetében nagy, Érzelmileg depriváló szülői magatartása (M-ÉD) tekintetében közepes hatásereőséget ért el. A Depressziós minta az apa Érzelmileg depriváló szülői magatartása (M-ÉD), Elhagyó szülői magatartása (M-EL), Bizalmatlanságot okozó/Abuzáló szülői magatartása (M-BA), Csökkentértékűség érzést kiváltó/Megszégyenítő szülői magatartása (M-CS) tekintetében közepes hatásereőséget ért el. A Szorongásos minta az apa Érzelmileg depriváló szülői magatartása (M-ÉD), Elhagyó szülői magatartása (M-EL) tekintetében közepes, Bizalmatlanságot okozó/Abuzáló szülői magatartása (M-BA) és Csökkentértékűség érzést kiváltó/Megszégyenítő szülői magatartása (M-CS) tekintetében kis hatásereőséget ért el. A Bulimiás mintaz apa Érzelmileg depriváló szülői magatartása (M-ÉD) és Csökkentértékűség érzést kiváltó/Megszégyenítő szülői magatartása (M-CS) tekintetében közepes, Elhagyó szülői magatartása (M-EL), Bizalmatlanságot okozó/Abuzáló szülői magatartása (M-BA) tekintetében kis hatásereőséget ért el.

A károsodott autonómia és teljesítőképesség sématartományhoz rendelhető apa szülői magatartása al-skálák esetében az alábbi minták közötti különbségeket találtuk. Az apa Összeolvadtság/Éretlenség élményét kiváltó szülői magatartása (M-ÖÉ) tekintetében nem találtunk szignifikáns különbséget a minták átlagai között. A Borderline mintának az apa Kudarcra ítéltséget kiváltó szülői magatartása (M-KÍ) tekintetében a Normál és a Bulimiás mintánál, az apa Dependencia és Inkompetencia érzést kiváltó szülői magatartása (M-DI) tekintetében a Normál, a Szorongásos és a Bulimiás mintánál és az apa Sérülékenység és veszélyeztetettség élményét kiváltó szülői magatartása (M-SV) tekintetében a Normál és a Szorongásos mintánál szignifikánsabb magasabb átlaga van. A Depressziós mintának az apa Kudarcra ítéltséget kiváltó szülői magatartása (M-KÍ) tekintetében a Normál mintánál, az apa Dependencia és Inkompetencia érzést kiváltó szülői magatartása (M-DI) és az apa Sérülékenység és veszélyeztetettség élményét kiváltó szülői magatartása (M-SV) tekintetében a Normál és a Szorongásos mintánál szignifikánsabb magasabb átlaga van. A Szorongásos mintának az apa Kudarcra ítéltséget kiváltó szülői magatartása (M-KÍ) tekintetében a Normál mintánál szignifikánsabb magasabb átlaga van.

A károsodott autonómia és teljesítőképesség sématartományhoz rendelhető apa szülői magatartása al-skálák esetében a Borderline minta az apa Kudarcra ítéltséget kiváltó szülői magatartása (M-KÍ) és Dependencia és Inkompetencia érzést kiváltó szülői magatartása (M-

DI) esetében nagy, Sérülékenység és veszélyeztetettség élményét kiváltó szülői magatartása (M-SV) tekintetében kis, Összeolvadtság/Éretlenség élményét kiváltó szülői magatartása (M-ÖÉ) tekintetében figyelmen kívül hagyható hatáserősséget ért el. A Depressziós minta az apa Kudarokra ítéltéget kiváltó szülői magatartása (M-KÍ), Dependencia és Inkompetencia érzést kiváltó szülői magatartása (M-DI) és Sérülékenység és veszélyeztetettség élményét kiváltó szülői magatartása (M-SV) tekintetében közepes, Összeolvadtság/Éretlenség élményét kiváltó szülői magatartása (M-ÖÉ) tekintetében figyelmen kívül hagyható hatáserősséget ért el. A Szorongásos minta az apa Kudarokra ítéltéget kiváltó szülői magatartása (M-KÍ) tekintetében közepes, Dependencia és Inkompetencia érzést kiváltó szülői magatartása (M-DI) és Összeolvadtság/Éretlenség élményét kiváltó szülői magatartása (M-ÖÉ) tekintetében kis, Sérülékenység és veszélyeztetettség élményét kiváltó szülői magatartása (M-SV) tekintetében közepes, figyelmen kívül hagyható hatáserősséget ért el. A Bulimiás minta az apa Kudarokra ítéltéget kiváltó szülői magatartása (M-KÍ) és Dependencia és Inkompetencia érzést kiváltó szülői magatartása (M-DI) esetében közepes, Sérülékenység és veszélyeztetettség élményét kiváltó szülői magatartása (M-SV) tekintetében kis, Összeolvadtság/Éretlenség élményét kiváltó szülői magatartása (M-ÖÉ) tekintetében figyelmen kívül hagyható hatáserősséget ért el.

A Kóros másokra irányultság sémata tartományhoz rendelhető apa szülői magatartása alskálák esetében az alábbi minták közötti különbségeket találtuk. A Borderline mintának az apa Behódolást/Önfeladást követelő szülői magatartása (M-BÖ) tekintetében a Normál és a Bulimiás mintánál, az apa Elismeréshajszolásra készítő szülői magatartása (M-BÖ) tekintetében a Normál és a Szorongásos mintánál szignifikánsan magasabb átlaga van. A Depressziós és a Szorongásos mintának az apa Behódolást/Önfeladást követelő szülői magatartása (M-BÖ) és az apa Önfeláldozást követelő szülői magatartása (M-ÖF) tekintetében a Normál mintánál szignifikánsan magasabb átlaga van.

A Kóros másokra irányultság sémata tartományhoz rendelhető apa szülői magatartása alskálák esetében a hatáserősség szempontjából a Borderline minta értékei az apa Behódolást/Önfeladást követelő szülői magatartása (M-BÖ) tekintetében nagy, Elismeréshajszolásra készítő szülői magatartása (M-BÖ) és Önfeláldozást követelő szülői magatartása (M-ÖF) tekintetében a kis hatáserősségű tartományba tartoznak. A Depressziós és a Szorongásos minta az apa Behódolást/Önfeladást követelő szülői magatartása (M-BÖ) tekintetében közepes, Önfeláldozást követelő szülői magatartása (M-ÖF) tekintetében kis, Elismeréshajszolásra készítő szülői magatartása (M-BÖ) tekintetében figyelmen kívül hagyható hatáserősséget ért el. A Bulimiás minta az apa Behódolást/Önfeladást követelő

szülői magatartása (M-BÖ) tekintetében közepes, Elismeréshajszolásra készítő szülői magatartása (M-BÖ) tekintetében kis, Önfeláldozást követelő szülői magatartása (M-ÖF) tekintetében figyelmen kívül hagyható hatáserőséget ért el.

Az Aggályosság és gátlás sémartartományhoz rendelhető apa szülői magatartása al-skálák esetében az alábbi minták közötti különbségeket találtuk. A Depressziós mintának az apa Érzelmi gátoltságot kiváltó szülői magatartása (M-ÉG), az apa Könyörtelen mércéket közvetítő szülői magatartása (M-KM), az apa Negativizmust/Pesszimizmust közvetítő szülői magatartása (M-NP) és az apa Büntető készenléti állapotot kiváltó szülői magatartása (M-BK) tekintetében a Normál mintánál szignifikánsan magasabb átlaga van. A Borderline mintának az apa Érzelmi gátoltságot kiváltó szülői magatartása (M-ÉG), az apa Negativizmust/Pesszimizmust közvetítő szülői magatartása (M-NP) és az apa Büntető készenléti állapotot kiváltó szülői magatartása (M-BK) tekintetében a Normál mintánál szignifikánsan magasabb átlaga van. A Szorongásos mintának az apa Büntető készenléti állapotot kiváltó szülői magatartása (M-BK) tekintetében a Normál mintánál szignifikánsan magasabb átlaga van.

Az Aggályosság és gátlás sémartartományhoz rendelhető apa szülői magatartása al-skálák esetében a hatáserőség szempontjából a Borderline minta értékei az apa Érzelmi gátoltságot kiváltó szülői magatartása (M-ÉG), Negativizmust/Pesszimizmust közvetítő szülői magatartása (M-NP) és Büntető készenléti állapotot kiváltó szülői magatartása (M-BK) tekintetében közepes hatáserőséget, az apa Könyörtelen mércéket közvetítő szülői magatartása (M-KM) tekintetében figyelmen kívül hagyható hatáserőséget ért el. A Depressziós minta az apa Érzelmi gátoltságot kiváltó szülői magatartása (M-ÉG) tekintetében közepes, a másik három al-skála tekintetében kis hatáserőséget ért el. A Szorongásos és a Bulimiás minta az apa Érzelmi gátoltságot kiváltó szülői magatartása (M-ÉG), Negativizmust/Pesszimizmust közvetítő szülői magatartása (M-NP) és Büntető készenléti állapotot kiváltó szülői magatartása (M-BK) tekintetében kis hatáserőséget, az apa Könyörtelen mércéket közvetítő szülői magatartása (M-KM) tekintetében figyelmen kívül hagyható hatáserőséget ért el.

A határok károsodott volta sémartartományhoz rendelhető apa szülői magatartása al-skálák esetében az alábbi minták közötti különbségeket találtuk. A Borderline mintának az apa Feljogosítottság/Grandiozítás sémát kiváltó szülői magatartása (M-FG) tekintetében a Normál és a Bulimiás mintánál, az apa Elégtelen önkontrollt önfegyelmet tanító szülői magatartása (M-EÖ) tekintetében a Normál mintánál szignifikánsan magasabb átlaga van. A Depressziós mintának az apa Feljogosítottság/Grandiozítás sémát kiváltó szülői magatartása

(M-FG) és az apa Elégtelen önkormányzott önfegyelmet tanító szülői magatartása (M-EÖ) tekintetében a Normál mintánál szignifikánsan magasabb átlaga van. A Szorongásos mintának az apa Elégtelen önkormányzott önfegyelmet tanító szülői magatartása (M-EÖ) tekintetében a Normál mintánál szignifikánsan magasabb átlaga van.

A határok károsodott volta sématautományhoz rendelhető apa szülői magatartása al-skálák esetében a Borderline és a Depressziós minta hatásereősségei az apa Feljogositottság/Grandiozítás sémát kiváltó szülői magatartása (M-FG) tekintetében közepes, Elégtelen önkormányzott önfegyelmet tanító szülői magatartása (M-EÖ) tekintetében kis hatásereősséget ért el. A Szorongásos minta az apa Feljogositottság/Grandiozítás sémát kiváltó szülői magatartása (M-FG) tekintetében kis, Elégtelen önkormányzott önfegyelmet tanító szülői magatartása (M-EÖ) tekintetében közepes hatásereősséget ért el. A Bulimiás minta mindkét al-skála esetén figyelmen kívül hagyható hatásereősséget ért el.

5. táblázat. Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével a YPI apai szülői magatartás al-skálák tekintetében talált különbségek a Normál, a Depressziós, a Szorongós, a Bulimiás és a Borderline minták között és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatáserekségek

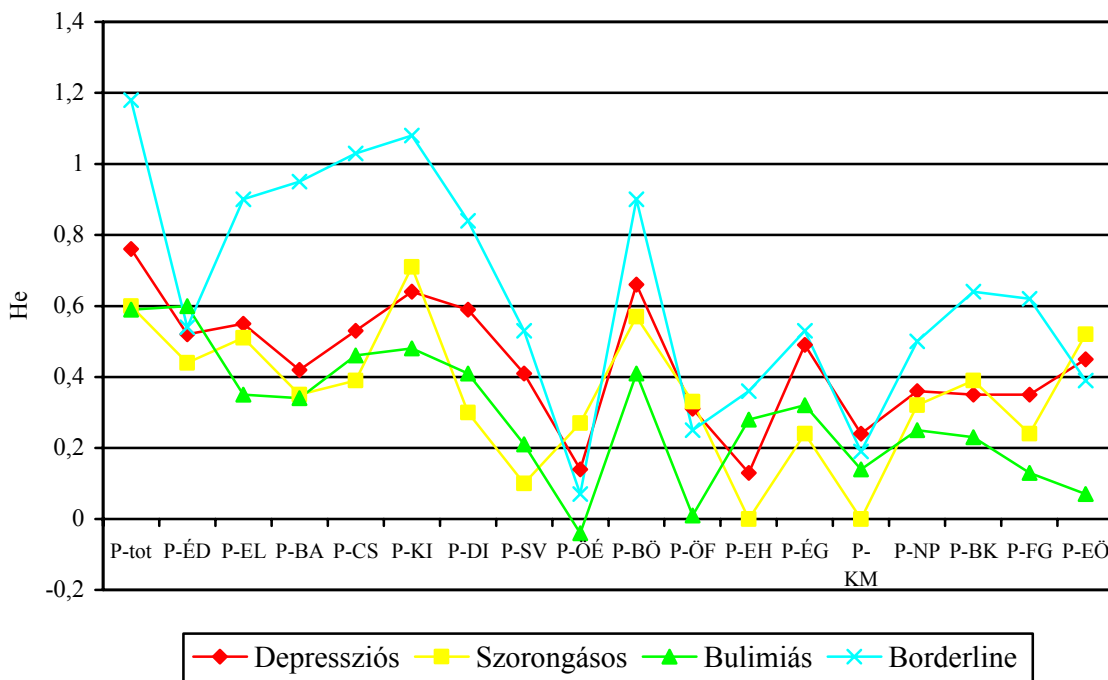
Apai viselkedés	Minták														Minták közötti különbségek			
	Normál 157		Depressziós (243)			Szorongó(85)			Bulimiás (42)			Borderline (69)			Diagnosztikai egységek közötti p-érték páronként	F	df	p-ért
Átl	Szó	Átl	Szó	He	Átl	Szó	He	Átl	Szó	He	Átl	Szó	He					
P-tot	2,20	0,46	2,66	0,70	0,76	2,52	0,67	0,60	2,49	0,65	0,59	2,82	0,69	1,18	A,B,C,D, G,I,J	11,37	6,488	0,01
P-ÉD	13,86	6,69	17,62	7,75	0,52	16,86	7,19	0,44	18,00	8,14	0,60	17,76	8,76	0,54	A,B,C,D	6,06	6,488	0,01
P-EL	6,68	3,46	9,35	5,10	0,55	9,09	5,40	0,51	8,22	4,51	0,35	10,84	5,21	0,90	A,B,D,G,I,J	9,56	6,487	0,01
P-BA	5,03	1,88	6,36	3,83	0,42	6,03	4,29	0,35	5,87	4,26	0,34	7,84	4,90	0,95	A,D,G,I,J	4,60	6,484	0,01
P-CS	6,72	3,36	9,21	5,53	0,53	8,23	4,93	0,39	8,50	5,63	0,46	11,08	6,13	1,03	A,B,D,G,I,J	7,89	6,486	0,01
P-KÍ	4,93	2,07	7,04	4,00	0,64	7,01	4,19	0,71	6,16	4,14	0,48	8,00	4,38	1,08	A,B,D, J	8,35	6,485	0,01
P-DI	5,26	2,56	7,28	3,93	0,59	6,11	3,35	0,30	6,41	3,77	0,41	7,67	3,67	0,84	A,D,E,I,J	8,12	6,486	0,01
P-SV	8,62	4,09	10,57	5,14	0,41	9,01	4,08	0,10	9,47	4,48	0,21	11,11	6,08	0,53	A,D,E,I	3,27	6,485	0,01
P-ÖÉ	9,71	3,67	10,26	4,30	0,14	10,78	4,59	0,27	9,55	5,00	- 0,04	11,02	5,30	0,07		1,15	6,480	0,33
P-BÖ	7,17	3,82	10,66	6,22	0,66	9,69	5,48	0,57	8,81	5,10	0,41	11,31	6,32	0,90	A,B,D,J	7,37	6,485	0,01
P-ÖF	7,92	3,24	9,07	4,09	0,31	9,06	3,84	0,33	7,94	2,98	0,01	8,76	3,94	0,25	A,B	1,22	6,484	0,30
P-ÉG	15,62	4,27	17,87	4,88	0,49	16,70	4,95	0,24	17,06	5,60	0,32	18,15	5,98	0,53	A,D	3,58	6,480	0,01
P-KM	21,19	7,25	23,20	9,29	0,24	21,16	9,02	0,00	22,26	9,41	0,14	22,71	9,65	0,19	A	0,71	6,483	0,59
P-FG	9,02	2,69	10,17	3,63	0,35	9,76	3,81	0,24	9,39	3,38	0,13	10,92	3,99	0,62	A,D,J	4,79	6,481	0,01
P-EÖ	7,43	3,28	9,11	4,11	0,45	9,37	4,64	0,52	7,68	3,83	0,07	8,84	4,52	0,39	A,B,D,H	4,65	6,481	0,01
P-EH	10,62	4,46	11,23	5,06	0,13	10,64	5,52	0,00	11,90	5,61	0,28	12,38	6,15	0,36	D,I	1,69	6,480	0,15
P-NP	9,61	3,85	11,28	5,20	0,36	10,97	4,90	0,32	10,65	5,27	0,25	11,75	5,46	0,50	A,D	2,08	6,479	0,08
P-BK	9,31	4,51	11,10	5,52	0,35	11,20	5,44	0,39	10,35	5,14	0,23	12,51	6,34	0,64	A,B,D	4,71	6,483	0,01

Rövidítések: YPI, Young Parenting Inventory; P-Tot, az apa szülői magatartásának összesített YPI értéke; P-ÉD, az apa Érzelmileg depriváló szülői magatartása; P-EL, az apa Elhagyó szülői magatartása; P-BA, az apa Bizalmatlanságot okozó/Abuzáló szülői magatartása; P-CS, az apa Csökkentértékűség érzést kiváltó/Megszégyenítő szülői magatartása; P-KÍ, az apa Kudarca ítélséget kiváltó szülői magatartása; P-DI, az apa Dependencia és Inkompetencia érzést kiváltó szülői magatartása; P-SV, az apa Sérülékenység és veszélyeztettség élményét kiváltó szülői magatartása; P-ÖÉ, az apa Összeolvadtság/Éretlenség élményét kiváltó szülői magatartása; P-BÖ, az apa Behódolást/Önfeladást követelő szülői magatartása; P-ÖF, az apa Önfeláldozást követelő szülői magatartása; P-EH, az apa Elismerés hajszolásra készítő szülői magatartása; P-ÉG, az apa Érzelmi gátoltságot kiváltó szülői magatartása; P-KM, az apa Könyörtelen mércéket közvetítő szülői magatartása; P-NP, az apa Negativizmust/Pesszimizmust közvetítő szülői magatartása; P-BK az apa Büntető készenléti állapotot kiváltó szülői magatartása; P-FG, az apa Feljogosítottság/Grandiozítás sémát kiváltó szülői magatartása; P-EÖ, az apa Elégtelen önkontrollt önfegyelmet tanító szülői magatartása; Átl, átlag; Szó, szórási; He, hatáserősség.

Megjegyzések:

- A: $p < 0,5$ a Normál és a Depressziós minta között.
- B: $p < 0,5$ a Normál és a Szorongásos minta között.
- C: $p < 0,5$ a Normál és a Bulimiás minta között.
- D: $p < 0,5$ a Normál és a Borderline minta között.
- E: $p < 0,5$ a Depressziós és a Szorongásos minta között.
- F: $p < 0,5$ a Depressziós és a Bulimiás minta között.
- G: $p < 0,5$ a Depressziós és a Borderline minta között.
- H: $p < 0,5$ a Szorongásos és a Bulimiás minta között.
- I: $p < 0,5$ a Szorongásos és a Borderline minta között.
- J: $p < 0,5$ a Bulimiás és a Borderline minta között .

4. ábra. A Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták közötti csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított a YPI apa skáláira vonatkozó hatáserősségek



Rövidítések: YPI, Young Parenting Inventory; P-Tot, az apa szülői magatartásának összesített YPI értéke; P-ÉD, az apa Érzelmileg depriváló szülői magatartása; P-EL, az apa Elhagyó szülői magatartása; P-BA, az apa Bizalmatlanságot okozó/Abuzáló szülői magatartása; P-CS, az apa Csökkentértékűség érzést kiváltó/Megszégyenítő szülői magatartása; P-KI, az apa Kudarca ítélséget kiváltó szülői magatartása; P-DI, az apa Dependencia és Inkompetencia érzést kiváltó szülői magatartása; P-SV, az apa Sérülékenységet és veszélyeztetettség élményét kiváltó szülői magatartása; P-ÖÉ, az apa Összeolvadtság/Éretlenség élményét kiváltó szülői magatartása; P-BÖ, az apa Behódolást/Önfeladást követelő szülői magatartása; P-ÖF, az apa Önfeláldozást követelő szülői magatartása; P-EH, az apa Elismerés hajszolásra készítő szülői magatartása; P-ÉG, az apa Érzelmileg gátoltságot kiváltó szülői magatartása; P-KM, az apa Könyörtelen mércéket közvetítő szülői magatartása; P-NP, az apa Negativizmust/Pesszimizmust közvetítő szülői magatartása; P-BK, az apa Büntető készenléti állapotot kiváltó szülői magatartása; P-FG, az apa Feljogosítottság/Grandiozitás sémát kiváltó szülői magatartása; P-EÖ, az apa Elégtelen önkontrollt önfegyelmet tanító szülői magatartása; Átl, átlag; Szó, szórási; He, hatáserősség.

Megjegyzés: A minták közti, páronként kiszámolt az egyes YPI apai al-skálák tekintetében talált szignifikáns különbségek leírása megtalálható a 5. Táblázatban

4.5. Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével a Korai Maladaptív Sémák tekintetében talált különbségek a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták között és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatásérősségek

Az általános Lineáris Modell Elemzés 132 különbséget talált a csoportok között a KMS-ák tekintetében (Lásd a 6. táblázatot). Minden egyes betegmintának szignifikánsan magasabb átlaga van, mint a Normál mintának minden egyes KMS esetében, kivéve a Feljogosítottság/grandiozítás sémát, amelynél csak a Borderline minta ér el szignifikánsan nagyobb átlagot a normál mintánál. A normál mintához igazított hatásérősségek (He) segítségével mutatjuk be a betegminták közötti különbségek gyakorlati jelentőségét (6. táblázat). Az egyes betegcsoportokra jellemző, a Normál mintához viszonyított hatásérősség közötti különbségek könnyebb áttekinthetősége érdekében a hatásérősséget az 5. ábrán is bemutatjuk. Az alábbiakban sématarományonként mutatom be az egyes betegsémák között talált különbségeket, és az egyes betegmintákon talált hatásérősségeket.

Az Elszakítottság és az elutasítottság séma tartományban az alábbi különbségek találhatóak az egyes betegminták között. A Társas Elutasítottság (TE) séma tekintetében az egyes betegminták nem különböznek szignifikáns mértékben egymástól. A Borderline minta az Elhagyatottság/Instabilitás(EL), a Bizalmatlanság/Abúzus(BA), a Társas izoláció/Elidegenedés(TI) tekintetében szignifikánsan magasabb átlagértéket mutat, mint a Depressziós, a Szorongásos és a Bulimiás minta. A Borderline minta a Csökkent értékűség/Szégyen (CS) séma esetében a Depressziós és a Szorongásos minta, az Érzelmi depriváció/Érzelem megvonás (ÉD) séma esetében a Szorongásos és a Bulimiás minta átlagainál mutat szignifikánsan magasabb értéket. A Depressziós minta az Érzelmi depriváció/Érzelem megvonás (ÉD), az Elhagyatottság/Instabilitás (EL), a Bizalmatlanság/Abúzus (BA), a Társas izoláció/Elidegenedés(TI) és a Csökkent értékűség/Szégyen (CS) séma tekintetében szignifikánsan magasabb átlagértéket mutat, mint a Szorongásos minta. A Bulimiás minta a Csökkent értékűség/Szégyen (CS) és a Társas izoláció/Elidegenedés(TI) séma tekintetében szignifikánsan magasabb átlagértéket mutat, mint a Szorongásos minta.

Hatásérősségek tekintetében említésre méltó, hogy az Elszakítottság és az elutasítottság séma tartományban a legkisebb hatásérősség is a közepes tartományba tartozik (6. táblázat). A Borderline minta mutatja a legnagyobb értékeket a betegcsoporton belül; az

Elhagyatottság/Instabilitás (EL), a Társas izoláció/Elidegenedés (TI), Csökkent értékűség/Szégyen (CS) séma esetében óriási hatáserősséget, az Érzelmi depriváció/Érzelem megvonás (ÉD), a Bizalmatlanság/Abúzus (BA) séma tekintetében nagyon nagy, a Társas elutasítottság (TE) séma esetében nagy hatáserősséget mutat. A Depressziós minta az Elhagyatottság/Instabilitás (EL), a Társas izoláció/Elidegenedés (TI), az Érzelmi depriváció/Érzelem megvonás (ÉD) séma esetében nagy hatáserősséget ért el, a Bizalmatlanság/Abúzus (BA), és a Társas elutasítottság (TE) séma tekintetében nagy hatáserősséget mutat, a Csökkent értékűség/Szégyen (CS) séma estében közepes hatáserősséget ér el. A Bulimiás minta a Csökkent értékűség/Szégyen (CS), a Társas elutasítottság (TE) és a Társas izoláció/Elidegenedés (TI) séma tekintetében nagyon nagy hatáserősséget, az Elhagyatottság/Instabilitás (EL) esetében nagy hatáserősséget, az Érzelmi depriváció/Érzelem megvonás (ÉD), a Bizalmatlanság/Abúzus (BA) séma esetében közepes hatáserősséget ért el. A Szorongásos minta az Elszakítottság és az elutasítottság séma tartomány minden sémája esetében a közepes tartományba sorolt hatáserősséget érte el. Az egyes betegminták hatáserősségei közötti különbségek könnyebb áttekinthetősége érdekében lásd az 5. ábrát.

A Károsodott autonómia és teljesítőképesség sématartományban az alábbi különbségek találhatóak az egyes betegminták között. A Borderline minta a Kudarca ítélttség (KÍ) tekintetében a Szorongásos, a Dependencia/Inkompetencia (DI) tekintetében a Depressziós, a Szorongásos és a Bulimiás, a Sérülékenység/Veszélyeztetettség (SV) tekintetében a Bulimiás, az Összeolvadtság/Éretlenség (ÖÉ) tekintetében a Depressziós és a Szorongásos mintánál mutat szignifikánsan magasabb átlagértéket. A Sérülékenység/Veszélyeztetettség (SV) tekintetében a Depressziós és a Szorongásos minta szignifikánsan magasabb átlagot ért el a Bulimiás mintánál. A Depressziós minta a Kudarca ítélttség (KÍ) és a Dependencia/Inkompetencia (DI) tekintetében szignifikánsan magasabb átlagot ért el a Szorongásos mintánál. A Bulimiás minta szignifikánsan magasabb átlagértéket ér el a Szorongásos mintánál az összeolvadtság éretlenség tekintetében.

A hatáserősségeket figyelembe véve kiemeljük, hogy a Károsodott autonómia és teljesítőképesség séma tartományban az összes hatáserősség a közepes vagy annál nagyobb tartományba tartozik (6. táblázat). A Borderline minta ebben a tartományban minden séma esetében a többi betegmintánál nagyobb hatáserősség értékeket ért el; a Sérülékenység/Veszélyeztetettség (SV), a Dependencia/Inkompetencia (DI), az Összeolvadtság/Éretlenség (ÖÉ) tekintetében óriási hatáserősséget, a Kudarca ítélttség (KÍ) tekintetében nagy hatáserősséget ért el. A Depressziós minta esetében a

Sérülékenység/Veszélyeztetettség (SV) tekintetében nagyon nagy, a Kudarokra ítéletesség (KÍ), a Dependencia/Inkompetencia (DI) tekintetében nagy, az Összeolvadtság/Éretlenség (ÖÉ) tekintetében közepes hatáserősséget találtunk. A Szorongásos minta esetében a Sérülékenység/Veszélyeztetettség (SV) tekintetében nagyon nagy, a Kudarokra ítéletesség (KÍ), a Dependencia/Inkompetencia (DI) és az Összeolvadtság/Éretlenség (ÖÉ) tekintetében közepes hatáserősséget találtunk. A Bulimiás minta a Dependencia/Inkompetencia (DI), az Összeolvadtság/Éretlenség (ÖÉ) és a Kudarokra ítéletesség (KÍ) tekintetében nagy hatáserősséget, a Sérülékenység/Veszélyeztetettség (SV) tekintetében közepes hatáserősséget mutat.

A Kóros másokra irányultság séma tartományban az alábbi különbségek találhatóak az egyes betegminták között. Az Önfeláldozás (ÖF) séma tekintetében a Depressziós minta szignifikánsan magasabb átlagértéket mutat a Bulimiás mintánál, a többi betegminta között nincs szignifikáns különbség. A Borderline minta a Behódolás/Önalávetés (BÖ) tekintetében a Depressziós, a Szorongásos és a Bulimiás, az Elismerés hajszolás (EH) tekintetében a Depressziós és a Szorongásos mintánál mutat szignifikánsan magasabb átlagértéket. A Depressziós a Behódolás/Önalávetés (BÖ) tekintetében a Szorongásos mintánál mutat szignifikánsan magasabb átlagértéket. A Bulimiás minta az Elismerés hajszolás (EH) tekintetében a Depressziós és a Szorongásos mintánál mutat szignifikánsan magasabb átlagértéket.

A Kóros másokra irányultság séma tartományban az alábbi hatáserősségek találhatóak az egyes betegcsoportokban (6. Táblázat). A Borderline minta mind a három ebbe a tartományba tartozó séma esetében nagyon nagy hatáserősséget ért el. A Depressziós minta az Önfeláldozás (ÖF) séma esetében nagyon nagy hatáserősséget, a Behódolás/Önalávetés (BÖ) tekintetében nagy, az Elismerés hajszolás (EH) tekintetében közepes hatáserősséget ért el. A szorongásos minta az Önfeláldozás (ÖF) séma esetében nagy hatáserősséget, a Behódolás/Önalávetés (BÖ) tekintetében közepes, az Elismerés hajszolás (EH) tekintetében kis hatáserősséget ért el. A Bulimiás minta az Elismerés hajszolás (EH) és a Behódolás/Önalávetés (BÖ) tekintetében nagy, az Önfeláldozás (ÖF) séma esetében közepes hatáserősséget mutatott.

Az Aggályosság és gátlás sématarományban az alábbi különbségek találhatóak az egyes betegminták között. A Borderline minta az Érzelmi gátoltság (ÉG) tekintetében a Depressziós, a Szorongásos és a Bulimiás, a Könyörtelen mércék/Hiperkritikusság (KM) tekintetében a Depressziós és a Szorongásos, a Negativizmus/Pesszimizmus (NP) tekintetében a Depressziós, a Szorongásos és a Bulimiás, a Büntető készenlét (BK) tekintetében a Bulimiás és a Szorongásos mintánál mutat szignifikánsan magasabb átlagértéket. A Depressziós minta

az Érzelmi gátoltság (ÉG) és a Büntető készenlét (BK) tekintetében a Szorongásos mintánál, a Negativizmus/Pesszimizmus (NP) tekintetében a Szorongásos és a Bulimiás mintánál mutat szignifikánsan magasabb átlagértéket.

A hatáserőségek az Aggályosság és gátlás sématautományban az alábbi különbségeket mutatják az egyes betegminták között. A Borderline minta a Negativizmus/Pesszimizmus (NP), az Érzelmi gátoltság (ÉG) séma esetében óriási hatáserőséget mutat, a Könyörtelen mércék/Hiperkritikusság (KM) és a Büntető készenlét (BK) séma tekintetében nagy hatáserőséget mutat. A Depressziós minta a Negativizmus/Pesszimizmus (NP), a Könyörtelen mércék/Hiperkritikusság (KM) és az Érzelmi gátoltság (ÉG) séma esetében nagyon nagy hatáserőséget mutat, a Büntető készenlét (BK) séma tekintetében nagy hatáserőséget mutat. A Bulimiás minta esetében az Érzelmi gátoltság (ÉG) és a Negativizmus/Pesszimizmus (NP) séma tekintetében nagy hatáserőséget, a Könyörtelen mércék/Hiperkritikusság (KM) és a Büntető készenlét (BK) séma tekintetében közepes hatáserőséget találtunk. A Szorongásos minta a Negativizmus/Pesszimizmus (NP) és az Érzelmi gátoltság (ÉG) séma esetében nagy hatáserőséget mutat, a Könyörtelen mércék/Hiperkritikusság (KM) és a Büntető készenlét (BK) séma tekintetében kis hatáserőséget mutat.

A határok károsodott volta séma tartományban a Feljogosítottság/Grandiozítás (FG) séma esetében csak a Borderline minta mutat szignifikánsan magasabb átlagértéket a Normál mintánál, sőt itt a Borderline minta a Depressziós, a Szorongásos és a Bulimiás mintánál is szignifikánsan magasabb átlagértéket mutat. Az Elégtelen önkontrol/önfegyelem (EÖ) séma tekintetében a Borderline minta a Depressziós, a Szorongásos és a Bulimiás mintánál, a Depressziós és a Bulimiás minta a Szorongásos mintánál mutat szignifikánsan magasabb átlagértéket.

A határok károsodott volta séma tartományban a hatáserőségek tekintetében a Feljogosítottság/Grandiozítás (FG) séma esetében jellegzetes eltérés található a Borderline minta nagy hatáserőség értéke és a Depressziós, a Szorongó és a Bulimiás minta kis hatáserősége között. Az Elégtelen önkontrol/önfegyelem (EÖ) séma a Borderline mintában óriási, a Bulimiás mintában nagyon nagy, a Depressziós mintában nagy, a Szorongó mintában közepes hatáserőséget mutat.

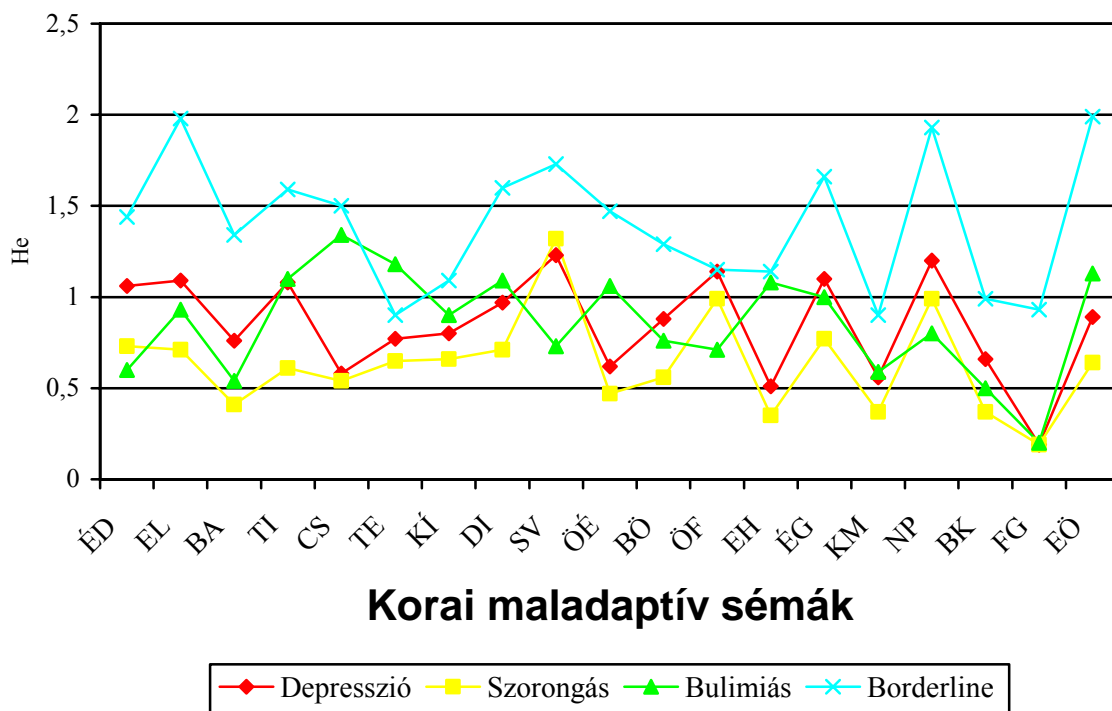
6. táblázat. Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével a Korai Maladaptív Sémák tekintetében talált különbségek a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták között és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatásérősségek

KMS	Minták														Minták közötti különbségek			
	Normál157		Depressziós (243)			Szorongó (85)			Bulimiás (42)			Borderline (69)			Diagnosztikai egységek közötti p-értékek páronként	F	df	p-érték
	Átl	Szó	Átl	Szó	He	Átl	Szó	He	Átl	Szó	He	Átl	Szó	He				
ÉD	1,75	0,89	3,01	1,36	1,06	2,50	1,26	0,73	2,34	1,29	0,6	3,25	1,33	1,44	A,B,C,D,E,F,I,J	22,26	6,573	0,01
EL	2,06	0,81	3,11	1,06	1,09	2,69	1,03	0,71	2,86	1,05	0,93	3,81	1,04	1,98	A,B,C,D,E,G,I,J	37,65	6,573	0,01
BA	2,15	0,74	2,88	1,09	0,76	2,48	0,93	0,41	2,59	1,07	0,54	3,32	1,14	1,34	A,B,C,D,E,G,I,J	18,15	6,573	0,01
TI	1,78	0,82	3,00	1,29	1,08	2,36	1,18	0,61	2,81	1,31	1,1	3,43	1,43	1,59	A,B,C,D,E,G,H,I,J	33,67	6,572	0,01
CS	1,58	0,58	2,25	1,09	0,58	1,96	0,91	0,54	2,52	1,06	1,34	2,84	1,25	1,50	A,B,C,D,E,G,H,I	24,22	6,572	0,01
TE	1,75	0,70	2,53	1,17	0,77	2,30	1,07	0,65	2,69	1,10	1,18	2,55	1,22	0,90	A,B,C,D,	15,06	6,572	0,01
KÍ	1,72	0,83	2,64	1,33	0,8	2,32	1,05	0,66	2,59	1,40	0,90	2,87	1,45	1,09	A,B,C,D,E,I	16,52	6,572	0,01
DI	1,75	0,75	2,75	1,19	0,97	2,37	1,09	0,71	2,67	1,15	1,09	3,20	1,20	1,60	A,B,C,D,E,G,I,J	28,45	6,572	0,01
SV	1,71	0,60	2,94	1,20	1,23	2,85	1,22	1,32	2,18	0,81	0,73	3,09	1,14	1,73	A,B,C,D,F,H,J	29,62	6,572	0,01
ÖÉ	1,74	0,73	2,39	1,22	0,62	2,15	1,12	0,47	2,63	1,17	1,06	3,04	1,17	1,47	A,B,C,D,G,H,I	19,58	6,571	0,01
BÖ	1,87	0,78	2,76	1,10	0,88	2,39	1,06	0,56	2,57	1,12	0,76	3,05	1,03	1,29	A,B,C,D,E,G,I,J	24,19	6,572	0,01
ÖF	2,82	0,75	3,85	1,00	1,14	3,68	1,07	0,99	3,40	1,03	0,71	3,75	0,94	1,15	A,B,C,D,F	18,33	6,572	0,01
ÉG	1,79	0,75	2,88	1,12	1,1	2,46	1,07	0,77	2,65	1,21	1,00	3,25	1,13	1,66	A,B,C,D,E,G,I,J	32,15	6,572	0,01
KM	2,80	0,95	3,40	1,15	0,56	3,18	1,19	0,37	3,37	1,07	0,59	3,70	1,13	0,9	A,B,C,D,E,G,I	9,41	6,571	0,01
FG	2,38	0,78	2,54	0,91	0,19	2,55	1,04	0,19	2,54	0,97	0,20	3,18	1,02	0,93	D,G,I,J	9,39	6,571	0,01
EÖ	2,17	0,73	2,94	0,99	0,89	2,68	0,92	0,64	3,11	1,16	1,13	3,84	1,06	1,99	A,B,C,D,E,G,H,I,J	41,13	6,572	0,01
EH	2,32	0,84	2,81	1,05	0,51	2,65	1,14	0,35	3,30	1,16	1,08	3,37	1,10	1,14	A,B,C,D,F,G,H,I	16,23	6,571	0,01
NP	2,24	0,89	3,58	1,25	1,20	3,23	1,19	0,99	3,01	1,23	0,80	4,09	1,11	1,93	A,B,C,D,E,F,G,I,J	36,98	6,571	0,01
BK	2,64	0,78	3,23	0,97	0,66	2,96	1,00	0,37	3,05	1,01	0,50	3,45	0,90	0,99	A,B,C,D,E,I,J	10,84	6,570	0,01

Rövidítések: EL, Elhagyatottság/Instabilitás; BA, Bizalmatlanság/Abuzus; ÉD, Érzelmi depriváció/ érzelemmegvonás; CS, Csökkentértékűség/Szégyen; TI, Társas izoláció/ Elidegenedettség; TE, Társas elutasítottság; DI, Dependencia/inkompetencia; SV, Sérülékenység/Veszélyeztetettség; ÖÉ, Összeolvadtság/éretlenség; KÍ, Kudarca ítéltesség; FG, Feljogosítottság/grandiozitás; EÖ, Elégtelen önkontroll/önfegyelem; BÖ, Behódolás/önalávetés; ÖF, Önfeláldozás; EH, Elismerés-hajszolás; NP, Negativizmus/pesszimizmus; ÉG, Érzelmi gátoltság; KM, Könyörtelen mércék/hiperkritikusság; BK, Büntető készenlét; Átl, átlag; Szó, szórás; He, hatás erősség

- A: $p < 0,5$ a Normál és a Depressziós minta között.
- B: $p < 0,5$ a Normál és a Szorongásos minta között.
- C: $p < 0,5$ a Normál és a Bulimiás minta között.
- D: $p < 0,5$ a Normál és a Borderline minta között.
- E: $p < 0,5$ a Depressziós és a Szorongásos minta között.
- F: $p < 0,5$ a Depressziós és a Bulimiás minta között.
- G: $p < 0,5$ a Depressziós és a Borderline minta között.
- H: $p < 0,5$ a Szorongásos és a Bulimiás minta között.
- I: $p < 0,5$ a Szorongásos és a Borderline minta között.
- J: $p < 0,5$ a Bulimiás és a Borderline minta között

5. ábra. A Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták közötti csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított korai maladaptív sémákra vonatkozó hatáserősségek



Rövidítések: ED, Érzelmi depriváció/ érzelemmegvonás; EL, Elhagyatottság/Instabilitás; BA, Bizalmatlanság/Abuzus; CS, Csökkentértékűség/ Szégyen; TI, Társas izoláció/ Elidegenedettség; SN, Szociális nemkívánatosság; DI, Dependencia/inkompetencia; SV, Sérülékenység/ Veszélyeztetettség; OE, Összeolvadtság/éretlenség; KI, Kudarca ítélettség; FG, Feljogosítottság/grandiozitás; EO, Elégtelen önkontroll/ önfegyelem; BO, Behódolás/önalávetés; OF, Önfeláldozás; EH, Elismerés-hajszolás; NP, Negativizmus/pesszimizmus; EG, Érzelmi gátoltság; KM, Könyörtelen mércék/hiperkritikusság; BK, Büntető készenlét; He, hatáserősség

Megjegyzés: A minták közti, páronként kiszámolt az egyes KMS tekintetében talált szignifikáns különbségek leírása megtalálható a 6. Táblázatban

4.6. Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével az SCL-90 GSI értéke és egyes tünetdimenziói tekintetében talált különbségek a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták között és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatáserősségek

Az általános Lineáris Modell Elemzés 66 szignifikáns különbséget talált az egyes minták között az SCL-90 tünetdimenziók és a GSI tekintetében (Lásd az 7. táblázatot). Minden egyes

betegmintának szignifikánsan magasabb átlaga van, mint a Normál mintának a GSI és minden egyes SCL-90 tünetdimenzió esetében. Az alábbiakban SCL-90 tünetdimenzióként mutatom be az egyes minták között talált szignifikáns különbségeket és a betegminták Normál mintához viszonyított hatásereősségeit.

A GSI tekintetében a Borderline minta a Szorongásos és a Bulimiás mintánál, a Depressziós minta a Bulimiás mintánál mutat szignifikánsan magasabb átlagértéket. Hatásereősség szempontjából a Borderline (He, 2,23), a Depressziós (He, 1,65) és a Szorongásos (He, 1,7) minta óriási, a Bulimiás (He, 1,65) minta nagyon nagy értéket ért el. A Borderline minta az óriási hatásereősség tartományon belül is jelentősen magasabb értéket ért el, mint a Depressziós és a Szorongásos minta.

A Szomatizáció (Som) dimenzió tekintetében a Borderline, a Depressziós és a Szorongásos minták átlagai szignifikánsan magasabb értéket értek el a Bulimiás minta átlagainál. A Borderline és a Szorongásos minta hatásereőssége az óriási, a Depressziós és a Bulimiás minta hatásereőssége a nagyon nagy tartományba esett.

A Depresszió (Dep) dimenzió tekintetében a Borderline és a Depressziós minta a Szorongásos és a Bulimiás mintánál mutat szignifikánsan magasabb átlagértéket. Hatásereősség tekintetében a Borderline és a Depressziós minta az óriási tartományba tartozó értékeket, a Szorongó és a Bulimiás minta a nagyon nagy tartományba tartozó értékeket ért el.

A Kényszeres (Obs) dimenzió tekintetében a Borderline minta a Szorongásos és a Bulimiás mintánál, a Depressziós minta a Szorongásos és a Bulimiás mintánál mutat szignifikánsan magasabb átlagértéket. A Bulimiás minta által elért hatásereősség az óriási, a Depressziós, a Szorongásos és a Bulimiás minta által elért hatásereősség a nagyon nagy tartományba esik.

A Szorongásos (Anx) dimenzió tekintetében a Borderline, a Szorongásos és a Depressziós minta mutat a Bulimiás mintánál szignifikánsan magasabb átlagértéket. A Borderline, a Depressziós és a Szorongásos minta hatásereőssége az óriási, a Bulimiás minta hatásereőssége a nagyon nagy tartományba esik.

A Fóbia (Fob) dimenzió tekintetében a Szorongásos minta a Depressziós és a Bulimiás mintánál, a Borderline és a Depressziós minta a Bulimiás mintánál mutat szignifikánsan magasabb átlagértéket. A Szorongásos és a Borderline minta az óriási, a Depressziós minta a nagyon nagy, a Bulimiás minta a nagy hatásereősség tartományba esik.

Az Interperszonális érzékenység (Int) dimenzió tekintetében a Borderline minta és a Depressziós minta a Szorongásos mintánál mutat szignifikánsan magasabb átlagértéket. A

hatáserősség szempontjából a Bulimás és a Borderline minta az óriási, a Depressziós minta a nagyon nagy és a Szorongásos minta a nagy hatáserősség tartományba esik.

Az Ellenségesség (Hos) dimenzió tekintetében a Borderline minta a Depressziós és a Szorongásos és a Bulimiás mintánál mutat szignifikánsan magasabb átlagértéket. A Borderline minta hatáserőssége az óriási, a Depressziós, a Szorongásos és a Bulimiás minta hatáserőssége a nagy tartományba esik.

A Paranoiditás (Par) dimenzió tekintetében a Borderline minta a Depressziós és a Szorongásos mintánál, a Depressziós minta a Szorongásos mintánál mutat szignifikánsan magasabb átlagértéket. A Bulimás és a Borderline minta az óriási, a Depressziós minta a nagyon nagy és a Szorongásos minta a nagy hatáserősség tartományba esik.

A Pszichózis (Psy) dimenzió tekintetében a Borderline minta a Depressziós, a Szorongásos és a Bulimiás mintánál mutat szignifikánsan magasabb átlagértéket. A hatáserősség szempontjából a Borderline minta értéke az óriási, a Szorongó és a Bulimiás minta értéke a nagyon nagy, a Depressziós minta értéke a nagy tartományba esik (6. ábra).

7. táblázat. Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével az SCL-90 GSI értéke és egyes tünetdimenziói tekintetében talált különbségek a Normál, a Depressziós, a Szorongós, a Bulimiás és a Borderline minták között és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatásérősségek

SCL-90	Minták														Minták közötti különbségek			
	Normál (157)		Depressziós (243)			Szorongó (85)			Bulimiás (42)			Borderline (69)			Diagnosztikai egységek közötti p-érték páronként	F	df	p-érték
Átl	Szó	Átl	Szó	He	Átl	Szó	He	Átl	Szó	He	Átl	Szó	He					
GSI	45,91	41,30	149,03	74,15	1,65	135,63	70,96	1,70	116,57	76,82	1,43	160,26	70,83	2,23	A,B,C,D,F,I,J	52,38	6,525	0,01
Som	5,86	5,67	19,92	12,68	1,36	19,37	12,60	1,57	15,11	11,47	1,31	19,73	11,90	1,75	A,B,C,D,F,H,J	28,96	6,525	0,01
Obs	4,98	5,44	15,82	8,92	1,42	13,50	8,38	1,30	11,94	8,60	1,14	16,53	9,33	1,71	A,B,C,D,E,F,I,J	37,27	6,525	0,01
Int	5,05	5,06	14,77	9,19	1,26	11,77	9,55	0,98	14,74	10,10	1,55	15,15	9,44	1,53	A,B,C,D,E,I	3075	6,525	0,01
Dep	9,89	9,71	30,89	14,56	1,65	25,17	13,82	1,36	22,14	15,55	1,12	31,47	13,21	2,00	A,B,C,D,E,F,I,J	50,90	6,525	0,01
Anx	5,63	6,28	19,10	9,95	1,57	19,27	8,88	1,89	14,03	10,53	1,17	20,69	9,50	2,06	A,B,C,D,F,H,J	51,83	6,525	0,01
Fob	2,71	3,27	10,56	7,29	1,32	13,26	7,56	2,07	6,54	5,24	1,04	11,36	7,46	1,79	A,B,C,D,E,F,I,H,J	42,10	6,525	0,01
Hos	2,69	3,04	6,88	5,95	0,85	6,38	5,32	0,94	6,08	5,98	0,91	9,49	6,30	1,62	A,B,C,D,G,I,J	22,96	6,524	0,01
Par	2,45	2,97	7,72	5,57	1,13	6,33	5,21	1,01	7,40	5,01	1,45	9,10	5,36	1,76	A,B,C,D,E,G,I	26,87	6,525	0,01
Psy	2,85	3,95	9,69	7,78	1,06	8,72	6,98	1,14	7,91	5,98	1,16	11,53	8,80	1,52	A,B,C,D,I,J	23,55	6,525	0,01

Rövidítések: GSI, Összpontszám; Som, Szomatizáció; Dep, Depresszió; Obs, Kényszeres; Anx, Szongásos; Fob, Fóbia; Int, Interperszonális

érékenység; Hos, Ellenségesség; Par, Paranoiditás; Psy, Pszichózis; Átl, átlag; Szó, szórás; He, hatásérősség

A: $p < 0,5$ a Normál és a Depressziós minta között.

B: $p < 0,5$ a Normál és a Szorongós minta között.

C: $p < 0,5$ a Normál és a Bulimiás minta között.

D: $p < 0,5$ a Normál és a Borderline minta között.

E: $p < 0,5$ a Depressziós és a Szorongós minta között.

F: $p < 0,5$ a Depressziós és a Bulimiás minta között

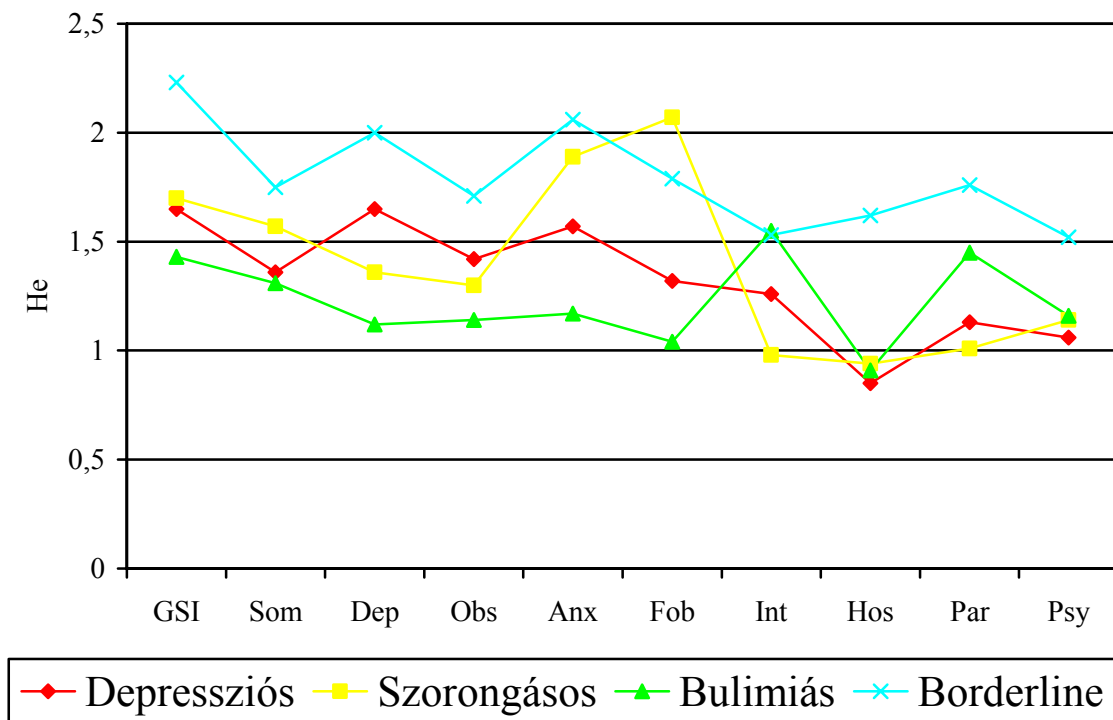
G: $p < 0,5$ a Depressziós és a Borderline minta között.

H: $p < 0,5$ a Szorongós és a Bulimiás minta között.

I: $p < 0,5$ a Szorongós és a Borderline minta között.

J: $p < 0,5$ a Bulimiás és a Borderline minta között .

6. ábra. A Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták közötti csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított a SCL-90 tünet dimenziókra vonatkozó hatáserősségek



Megjegyzés: A minták közti, páronként kiszámolt az egyes SCL-90 tünetdimenziók tekintetében talált szignifikáns különbségek leírása megtalálható a 5. Táblázatban
Rövidítések: GSI, Összpontszám; Som, Szomatizáció; Dep, Depresszió; Obs, Kényszeres; Anx, Szorongásos; Fob, Fóbia; Int, Interperszonális érzékenység; Hos, Ellenségesség; Par, Paranoiditás; Psy, Pszichózis; Átl, átlag; Szó, szórás; He, hatáserősség

4.7. A korai maladaptív sémák, a szülői gondoskodás összesített értékei és a TCI temperamentum vonások halmaza és a komorbid diagnosztikai egységek halmaza közötti kanonikus korreláció elemzése

A korai maladaptív sémák, szülői gondoskodás és temperamentum dimenziók halmaza és a diagnosztikai egységek halmaza közötti globális összefüggés Wilk's lambda statisztikával mérve szignifikáns volt ($F=2,98$, $df=175,3631$, $p<0,01$). Az első három kanonikus faktorpár között volt szignifikáns összefüggés (8. táblázat). Az első kanonikus faktor pár között a kanonikus korrelációs koefficiens 0.59 volt és szignifikáns mértékű ($F=2,98$, $df=175,3631$, $p=0,00$). A második kanonikus faktor pár között a kanonikus korrelációs koefficiens 0.41 volt és szignifikáns mértékű ($F=1,87$, $df=144,3140$, $p=0,00$). A

harmadik kanonikus faktor pár között a kanonikus korrelációs koefficiens 0,30 volt és szignifikáns mértékű ($F=1,42$, $df=115,2640$, $p=0,00$). A három kanonikus faktor pár által megmagyarázott közös variancia determinációs koefficiense közepesen magas értéket (0,59) ért el.

8. táblázat. Kanonikus faktor párok közötti korrelációk

	Kanonikus korrelációs koefficiens	F érték	df	p
V1-D1	0,59	2,98	175,3631	<0,00
V2-D2	0,41	1,87	144,3140	<0,00
V3-D3	0,30	1,42	115,2640	<0,00

Az alábbiakban a kanonikus faktor párokat mutatom be az egyes változók által az adott kanonikus faktorba adott töltések figyelembevételével (9. táblázat). A további leírásban csak azokkal a változókkal foglalkozom, amelyek jelentős szerepet játszanak az adott kanonikus faktorban és faktortöltésük abszolút értéke nagyobb mint 0,25. Az egyes kanonikus faktorok értelmezését azokra a változókra alapozzuk, amelyek nagy töltést adtak a faktorba. Minél magasabb az abszolút értéke a töltésnek, a változó annál szorosabb kapcsolatban áll a mögöttes kanonikus faktoral. A negatív töltés azt jelenti, hogy a változón mutatott magas érték a faktoron alacsony töltésnek felel meg, azaz az egy személyre vonatkozó faktor érték minél magasabb, annál kevésbé jellemző rá az a változó. A párt alkotó kanonikus faktorok között szignifikáns mértékű a korreláció, tehát a bennük található változók azonos előjelű töltései közötti kapcsolat úgy értelmezhető, mint a korrelációs számításokban a pozitív korreláció, az ellentétes előjelű töltéssel bíró változók között, mint a negatív korreláció. Azonban figyelembe kell venni, hogy ugyan külön is megvizsgálhatóak a faktorok egyes töltéseinek a viselkedése az eredmények értelmezésekor végig a kanonikus faktorpár absztrakt dimenzióját kell alapul venni.

Az első kanonikus faktorpár, Sérülékenység kanonikus faktorát (V1) meghatározó változókat az alábbiakban mutatom be. A korai maladaptív sémák közül mind pozitívan töltődött a kanonikus faktorba és faktortöltésük 0,29 (Feljogosítottság/Grandiozitás) és 0,77 (Negativizmus/Pesszimizmus) tartomány között mozgott. Mindkét szülőre vonatkozó rossz szülői bánásmód összértéke változó pozitívan töltődött a V1 kanonikus faktorba (apa: 0,49; anya: 0,41). A temperamentum vonások közül, a kanonikus faktort meghatározó mértékben csak az ártalomkerülés dimenzió töltődött (0,59). Az első kanonikus faktorpár Diagnosztikai egység alfaktorát (D1) meghatározó változók a negatívan töltődő Normál minta (-0,9) és a pozitívan töltődő Depresszió (0,62), Borderline (0,52) és a Kevert személyiségzavar (0,29).

A második kanonikus faktorpár, Sérülékenység kanonikus faktorát (V2) a faktorba pozitívan töltődő Csökkentértékűség/Szégyen (0,36), Elégtelen önkontroll-önfegyelem (0,31), Büntető készenlét (0,27) sémák és az újdonságkeresés temperamentum vonás (0,37) valamint a negatívan töltődő Sérülékenység/veszélyeztetettség (-0,29) séma és az ártalomkerülés temperamentum (-0,29) dimenzió. A második kanonikus faktorpár Diagnosztikai egység (V2) kanonikus faktorát meghatározó diagnosztikai egységek a pozitívan töltődő Bulimiás csoport (0,64), a Borderline személyiségzavarban szenvedő csoport (0,32), az Alkoholfüggő csoport (0,83) és a negatívan töltődő Szorongásos zavarban szenvedő csoport (-0,7).

A harmadik kanonikus faktorpár, Sérülékenység kanonikus faktorát (V3) meghatározó változók a pozitívan töltődő önfeláldozás (0,25) séma, az újdonságkeresés (0,37) és a jutalomfüggés (0,36) temperamentum és a negatívan töltődő Érzelmi depriváció (-0,32),

Társas izoláció/elidegenedettség (-0,26), Társas elutasítottság (-0,31), Kudarca ítéltég(-0,29) sémák és az ártalomkerülés (-0,31) temperamentum dimenzió. A harmadik kanonikus faktorpár Diagnosztikai egység (V3) kanonikus faktorát meghatározó mértékben pozitívan töltődött az Alkoholfüggő csoport (0,83) és negatívan töltődött a Depressziós csoport (-0,41).

9. táblázat. A korai maladaptív sémák, TCI temperamentum vonások és az anya és az apa szülői magatartásának összesített YPI értékeinek halmaza és a diagnosztikai egységek halmaza közötti kanonikus korreláció elemzése *

Változók		1. Kf V1	2. Kf V2	3. Kf V3
Sérülékenység változók	Érzelmi depriváció/Érzelemmegvonás	0,59	-0,06	-0,32
	Elhagyatottság/Instabilitás	0,72	0,19	0,04
	Bizalmatlanság/Abúzus	0,56	0,13	0,09
	Társas izoláció/ Elidegenedettség	0,70	0,12	-0,26
	Csökkentértékűség/ Szégyen	0,63	0,36	-0,11
	Társas elutasítottság	0,50	0,11	-0,31
	Kudarca ítéltég	0,56	0,08	-0,29
	Dependencia/Inkompetencia	0,70	0,09	-0,12
	Sérülékenység/ Veszélyeztetettség	0,72	-0,29	0,14
	Összeolvadtság/Éretlenség	0,58	0,18	0,23
	Behódolás/Önalávetés	0,62	0,04	-0,03
	Önfeláldozás	0,53	-0,06	0,25
	Érzelmi gátoltság	0,73	0,00	0,03
	Könyörtelen mércék/Hiperkritikusság	0,37	0,23	0,11
	Feljogosítottság/Grandiozitás	0,29	0,16	0,16
	Elégtelen önkontroll/Önfegyelem	0,74	0,31	-0,16
	Elismerés-hajszolás	0,49	0,20	0,06
	Negativizmus/Pesszimizmus	0,77	0,01	0,09
	Büntető készenlét	0,44	0,27	0,07
	Apai bántalmazás összértéke	0,49	0,09	0,05
	Anyai bántalmazás összértéke	0,41	0,12	0,09
	Kitartás	0,10	0,08	0,08
	Újdonságkeresés	0,03	0,37	0,35
	Ártalomkerülés	0,59	-0,29	-0,31
	Jutalomfüggés	-0,19	-0,13	0,36
Diagnosztikai egységek	Normál (N=157)	-0,90	0,09	-0,08
	Bulimiás (N=79)	0,21	0,64	-0,15
	Depressziós (N=395)	0,62	-0,14	-0,41
	Szorongó (N=138)	0,18	-0,70	0,22
	Alkohol függő (N=50)	0,16	0,27	0,83
	Borderline (N=69)	0,52	0,32	0,03
	Kevert sz.zav. (N=60)	0,29	0,21	0,01
Faktor párok közötti kanonikus korrelációk**	0,59	0,41	0,30	

Megjegyzések: *A megfigyelt változók és kanonikus faktoraik közti korrelációk a változó töltését reprezentálja. Ha a változó töltése $\geq 0,25$, akkor töltés értékét kiemeltük a szövegben.

** Az első három kanonikus faktor pár korrelációja szignifikáns volt ($p < 0,01$).

Rövidítések: Rövidítések: Kf, Kanonikus faktor párok; N, esetszám. V, sérülékenység, D, diagnosztikai egység

4.8. Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével a Sérülékenység kanonikus faktorok tekintetében talált különbségek a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták között és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatásérősségek

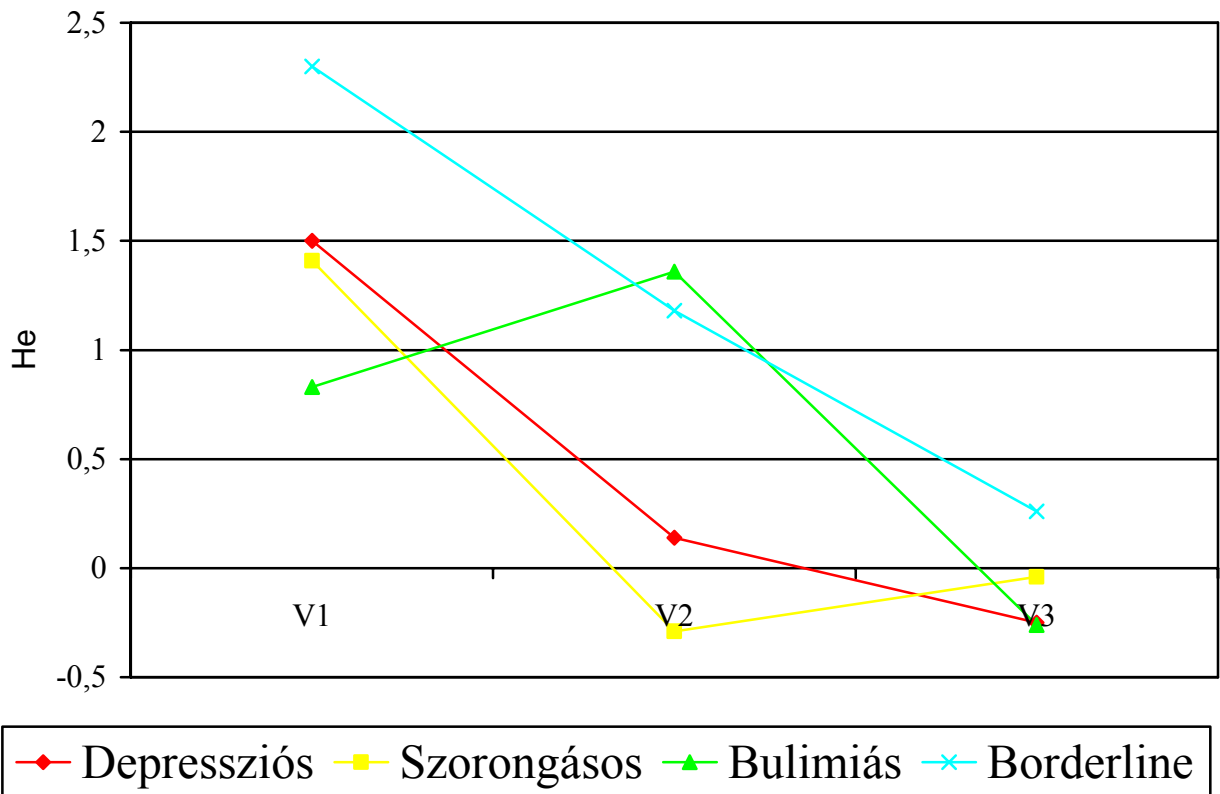
Az általános Lineáris Modell Elemzés 19 szignifikáns különbséget talált az egyes minták között a három kanonikus faktor tekintetében (Lásd a 10. táblázatot). Az alábbiakban kanonikus faktoronként tárgyalom a minták közötti különbségeket az egyes minták által a kanonikus faktorértékeken elért mintaátlagok tekintetében.

Az Első Sérülékenység (V1) kanonikus faktoron - melyre az összes korai maladaptív séma, a rossz szülői bánásmód összesített értéke mindkét szülő esetében és az ártalomkerülés adott magas pozitív töltést - Normál mintához képest szignifikáns mértékben nagyobb értéket ért el mind a négy betegcsoport. Ez a faktor különíti el legvilágosabban a Normál mintától a betegcsoportokat, mely a hatalmas hatásérősségekben is megmutatkozik. Növekvő sorrendbe bemutatva a hatásérősségeket: Bulimiás (He: 0,83), Szorongásos (He: 1,41), Depressziós (He: 1,5) és a Borderline (He: 2,3). Az egyes betegcsoportok közötti különbségek is jelentősek voltak. A Bulimiás - a „legkisebb” hatásérősséget elért – mintánál szignifikánsan magasabb értéket ért a Szorongásos és a Depressziós minta, és mindhárom betegmintánál szignifikánsan magasabb értéket ért el a Borderline minta.

A Második Sérülékenység kanonikus faktor (V2), - melybe a Sérülékenység-ártalomkerülés negatívan, a Csökkentértékűség/Szégyen, Büntető készenlét, Elégtelen Önkontroll-újdonságkeresés pozitívan töltődik - tekintetében a Normál mintánál szignifikánsan magasabb értéket ért el a Bulimiás (He:0,74) és a Borderline (He:1,18) minta. A V2 kanonikus faktor tekintetében a Bulimiás és a Borderline minta szignifikánsan magasabb értéket ért el a Szorongásos (He:-0,29) és a Depressziós (He:0,14) mintánál, és a Depressziós minta a Szorongásos mintánál.

A Harmadik Sérülékenység kanonikus faktor (V3) tekintetében szignifikánsan magasabb értéket ért el a Borderline minta (He:0,26) a Depressziós mintánál (He:-0,25).

7. ábra. A Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták közötti csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított Sérülékenység kanonikus faktorokra vonatkozó hatáserősségek



Megjegyzés: A minták közti, páronként kiszámolt az egyes Sérülékenység kanonikus faktorok tekintetében talált szignifikáns különbségek leírása megtalálható a 10. Táblázatban
Rövidítések: He, Hatáserősség; V1, V2, V3: Sérülékenység kanonikus faktorok.

10. táblázat. Az Általános Lineáris Modell analízis segítségével a Sérülékenység kanonikus faktorok tekintetében talált különbségek a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták között és a csoportkülönbségeket jellemző Normál mintához igazított hatásérősségek

ST-KF	Minták															Minták közötti különbségek		
	Normál (157)		Depressziós (243)			Szorongó (85)			Bulimiás (42)			Borderline (69)			F	df	p-ért	
	Átl	Szó	Átl	Szó	He	Átl	Szó	He	Átl	Szó	He	Átl	Szó	He				
V1	-0,91	0,67	0,26	0,86	1,5	0,09	0,80	1,41	-0,34	0,91	0,83	0,73	0,76	2,3	A,B,C,D,F,G,H,I,J	56,23	6,455	0,01
V2	-0,21	0,62	-0,09	0,99	0,14	-0,41	0,81	0,29	0,73	1,00	1,36	0,74	1,19	1,18	C,D,E,F,G,H,I	19,61	6,455	0,01
V3	0,02	0,74	-0,21	1,06	0,25	-0,01	0,97	0,04	-0,18	0,94	0,26	0,25	1,25	0,26	G	2,39	6,455	0,05

Rövidítések: ST-KF, Séma-temperamentum kanonikus faktorok; Átl, átlag; Szó, szórási; He, hatásérősség; V, Séma-temperamentum kanonikus faktor

- A: $p < 0,5$ a Normál és a Depressziós minta között.
- B: $p < 0,5$ a Normál és a Szorongásos minta között.
- C: $p < 0,5$ a Normál és a Bulimiás minta között.
- D: $p < 0,5$ a Normál és a Borderline minta között.
- E: $p < 0,5$ a Depressziós és a Szorongásos minta között.
- F: $p < 0,5$ a Depressziós és a Bulimiás minta között.
- G: $p < 0,5$ a Depressziós és a Borderline minta között.
- H: $p < 0,5$ a Szorongásos és a Bulimiás minta között.
- I: $p < 0,5$ a Szorongásos és a Borderline minta között.
- J: $p < 0,5$ a Bulimiás és a Borderline minta között.

4.9. CPS-50 reliabilitás vizsgálata nemzetközi mintán

A becslők közötti egyetértés 42 tünet (84%) esetében magas fokú volt ($\kappa > 0,70$; ICC $> 0,80$).

A súlyossági becslés egyetértése hét tünet esetében alacsonyabb volt (ICC $> 0,70$): 6.

Anorexia, 10. Korai ébredés, 17. Büntudat/Értéktelenség, 24. Pánik zavar, 28. Kényszer gondolatok, 33. Kritikátlan viselkedés, 50. Kognitív deficit becslése. Csak a „Csökkent alvásigény” tünet nem érte el a tünet jelenlétére vonatkozó, becslők közötti egyetértés elfogadott megbízhatósági fokát ($\kappa = 0,62$) (lásd 11. táblázat). Négy centrumban, ahol negyvennél több beteget vizsgáltak meg párban a kutatók, becslők közötti megbízhatóság vizsgálatot végeztünk. A legtöbb klinikai skálán magas becslők közötti megbízhatóságot találtunk szinte minden centrumban (12. táblázat). Mérsékelt becslők közötti megbízhatóság volt megfigyelhető (12. táblázat) az „Evészavarok skálán” Aucklandban, az „Alvásproblémák skálán” L’Aquila-ban, és a „Kognitív problémák skálán” L’Aquila-ban és Budapesten (Falloon és mtsai 2005).

12. táblázat. Becslések páronkénti egyezése a klinikai skálák tekintetében négy centrumban

	Tokyo (N=68)	Auckland (N=62)	L’Aquila (N=40)	Budapest (N=46)
Interjúk				
Szomatikus	0,98	0,97	0,91	0,93
Evés problémák	0,92	0,78	0,87	0,97
Alvásproblémák	0,92	0,91	0,78	0,92
Depresszív tünetek	0,97	0,96	0,96	0,95
Szorongás és OCD	0,90	0,93	0,89	0,96
Mániás tünetek	0,87	0,96	0,92	0,88
Pszichotikus tünetek	0,98	0,97	0,88	0,94
Kognitív problémák	0,92	0,84	0,78	0,66

4.10. CPS-50 faktoranalízise

A CPS-50 tételeinek faktoranalízisét (főkomponens elemzés varimax forgatással) 237 interjú alapján végeztük. A tételek nyolc fő faktorba töltődtek, melyek együtt a variancia 47%-át magyarázták. Az egyes faktorok esetében az eigenvalue értéke 6.47-től 1,60-ig terjedt. Az alábbi nevet kapták a faktorok, melyek egyes tételeinek faktortöltései a 11. táblázatban találhatóak: I. Depresszió (teljes variancia 13%), II. Pszichózis (8%), III. Mániás tünetek (7%), IV. Szorongásos tünetek (5%), V. Szomatikus tünetek (4%), VI. Alvásihiány (4%), VII. Korai pszichózis (3%), VIII. Evészavar (3%). Említésre méltó, hogy szoros kapcsolat van az előzetesen, elméletileg kialakított klinikai skálák és a statisztikailag azonosított faktorok között. Ötven tételből csak 6 esetben volt 0,40 alacsonyabb faktortöltés abban a faktorban,

amely az elméletileg megállapított klinikai skálának felelt meg. Három másik tétel adott olyan faktorban magas töltést, amely nem felelt meg klinikai beosztásának: 5. „Étvágy és súly növekedés”, amely a Korai pszichózis faktorba adott magas töltést (0,63); 20.

„Nyugtalan/Agitált” tétel a Korai pszichózis faktorba adott magasabb töltést (0,52) szemben az elméletileg elvárt Depresszió faktorial (0,26); és a 48. „Érzelmi ellaposodás” tétel magasabb töltést adott a Depresszió faktorba (0,42), mint az elméletileg elvárt Pszichózis faktorba (0,16). A Kognitív problémák klinikai skálát alkotó két tételből a 19. „Lelassult gondolkodás” tétel a Depresszió faktorba és az 50. „Kognitív szűrés” tétel pedig a Korai pszichózis faktorba töltődött. A főkomponens elemzés eredményeképp kapott „Korai pszichózis” faktorba magas töltést adó tételek: 5 „Étvágy és súlynövekedés”, 20.

„Nyugtalanág és agitáltság”, 35. „Perceptuális változások”, 37. „Szokatlan gondolatok” és 50. „Kognitív szűrés”. Az elméletileg megfogalmazott Korai pszichózis klinikai skálába három tétel (35-37) tartozott (Falloon és mtsai 2005).

12a. táblázat. A tünetek jelenlétére (kappa) és súlyosságára (ICC) vonatkozó becslők közötti egyetértés, és a fő komponens elemzés faktortöltései

Tünet	Cohen's kappa	ICC	Klinikai skála	Faktor név és faktortöltés
Általános egészség				
01 Szűrés	0,89	0,92	Szomatikus	Szomatikus 0,72
02 Egészség szorongás	0,81	0,88	Szomatikus	Szomatikus 0,79
03 Szomatizáció	0,81	0,92	Szomatikus	Szomatikus 0,73
04 Étvágy/Súly csökkenés	0,85	0,88	Evésproblémák Depresszió	Evészavar 0,16 Depresszió 0,31
05 Étvágy/Súly növekedés	0,81	0,84	Evésproblémák	Pszichózis 0,63
Evészavarok				
06 Anorexia	0,86	0,72	Evésproblémák	Evészavar 0,55
07 Bulimia	0,92	0,92	Evésproblémák	Evészavar 0,72
Alvás, fáradtság				
08 Energiátlanság	0,87	0,89	Depresszió	Depresszió 0,56
09 Álmatlanság	0,81	0,91	Alvásproblémák	Alváshiány 0,64
10 Korai ébredés	0,80	0,75	Alvásproblémák Depresszió	Alváshiány 0,60
11 Csökkent alvási igény	0,62	0,87	Alvásproblémák Mániás tünetek	Alváshiány 0,50 Mánia 0,53
12 Túlzott alvás	0,73	0,85	Alvásproblémák	Alváshiány -0,47
Rosshangulat				
13 Depresszió	0,88	0,94	Depresszió	Depresszió 0,76
14 Csökkent érdeklődés	0,84	0,87	Depresszió	Depresszió 0,72
15 Szexuális érdeklődés	0,81	0,85	Depresszió	Depresszió 0,52
16 Aggodalmaskodás/ Generalizált szorongás	0,78	0,80	Depresszió Szorongás	Depresszió 0,56

12b. táblázat. A tünetek jelenlétére (kappa) és súlyosságára (ICC) vonatkozó becslők közötti egyetértés, és a fő komponens elemzés faktortöltései (11aTáblázat folytatása).

17 Bűntudat/értéktelenség	0,79	0,70	Depresszió	Depresszió 0,54
18 Lelassult motorium	0,84	0,81	Depresszió	Depresszió 0,58
19 Lelassult gondolkodás	0,75	0,87	Depresszió Kognitív	Depresszió 0,59
20 Nyugtalanosság/agitáltság	0,84	0,81	Depresszió	Pszichózis 0,52 korai
21 Reménytelenség	0,80	0,89	Depresszió	Depresszió 0,73
22 Szuicid veszély	0,81	0,94	Depresszió	Depresszió 0,57
Szorongásos zavarok				
23 Specifikus fóbiák	0,78	0,89	Szorongás	Szorongás 0,45
24 Pánikzavar	0,85	0,75	Szorongás	Szorongás 0,47
25 Agorafóbia	0,82	0,80	Szorongás	Szorongás 0,58
26 Szociális fóbia	0,79	0,85	Szorongás	Szorongás 0,66
27 PTSD	0,83	0,84	Szorongás	Szorongás 0,54
28 Kényszergondolat	0,73	0,76	Szorongás	Szorongás 0,35
29 Kényszercselekedet	0,73	0,76	Szorongás	Szorongás 0,44
Emelkedett hangulat				
30 Emelkedett hangulat	0,90	0,90	Mánia	Mánia 0,78
31 Fokozott aktivitás	0,84	0,91	Mánia	Mánia 0,78
32 Inkoherenca	0,92	0,90	Mánia Pszichózis	Mánia 0,66
33 Kritikátlan viselkedés	0,73	0,76	Mánia	Mánia 0,56
34 Irritáltság	0,87	0,90	Mánia	Mánia 0,48
Pszichotikus tünetek				
35 Perceptuális változások	0,78	0,83	Pszichózis korai	Pszichózis 0,39 korai
36 Derealizáció/ deperszonalizáció	0,86	0,85	Pszichózis korai	Pszichózis 0,31
37 Szokatlan gondolatok	0,82	0,94	Pszichózis korai	Pszichózis 0,62 korai
38 Gondolat behelyezés	0,77	0,80	Pszichózis	Pszichózis 0,60
39 Gondolat elvonás	0,85	0,83	Pszichózis	Pszichózis 0,52
40 Gondolat sugárzás	0,91	0,87	Pszichózis	Pszichózis 0,64
41 Hang hallucináció	0,87	0,93	Pszichózis	Pszichózis 0,60
42 Vizuális hallucináció	0,75	0,80	Pszichózis	Pszichózis 0,38
43 Szag hallucináció	0,92	0,90	Pszichózis	Pszichózis 0,15
44 Passivity tap	0,86	0,90	Pszichózis	Pszichózis 0,64
45 Üldöztetési doxasmák	0,72	0,87	Pszichózis	Pszichózis 0,56
46 Vonatkoztatások	0,81	0,88	Pszichózis	Pszichózis 0,57
47 Nagyzasos doxasma	0,85	0,92	Pszichózis Mánia	Pszichózis 0,58
48 Érzelmi ellaposodás	0,80	0,82	Pszichózis	Depresszió 0,42
49 Belátás hiánya	0,71	0,84	Pszichózis	Pszichózis 0,40
50 Kognitív szűrés	0,71	0,74	Kognitív	Pszichózis 0,49 korai

5. MEGBESZÉLÉS –

5.1. Első célkitűzés – Temperamentum- és karakter-dimenziók tekintetében vett különbségek vizsgálata a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minta között.

A temperamentum és karakterdimenziók és betegségcsoportok közötti kapcsolatok kutatása igen kiterjedt a szakirodalomban, azonban viszonylag kevés kutatás vizsgálta a nagyobb tünetdimenziók – negatív affektivitás, pozitív affektivitás hiánya, impulzivitás, kapcsolati zavarok - tekintetében különböző betegmintákat együtt. A vizsgálat eredményei alapján arra lehet következtetni, hogy a temperamentum- és karakter-dimenziók a nagyobb tünetdimenzióknak megfelelően egyrészt, elkülönítik a normál mintától a betegcsoportokat, másrészt az egyes betegcsoportokat egymástól, harmadrészt, feltárják azokat a közös vonásokat, amelyekbe az egyes betegségcsoportok osztoznak.

Első hipotézisünk igazolódott és az ártalomkerülés a jelen vizsgálatban mind a négy betegminta esetében szignifikánsan magasabb értéket ért el, mint a Normál mintában, ami arra utal, hogy ezen betegségek háttérében azonosítható egy látens dimenzió, ami a kórképek közötti gyakori komorbiditási adatok háttérében is állhat. Ezen eredmények megfelelnek a Major Depresszióra (Cloninger és mtsai 2006, Farmer és mtsai 2003, Gruzca és mtsai 2003, Hirano és mtsai 2002, Smith és mtsai 2005, Bugán és mtsai 2006), a Szorongásos zavarokra (Saviotti és mtsai 1991, Perna és mtsai 1992, Kima és Hover 1996, Starcevic és mtsai 1996, Chatterjee és mtsai 1997, Pelissolo és mtsai 2002, Marteinsdottir és mtsai 2003, Hofman és Loh 2006, Mörtberg és mtsai 2007), a Bulimiás zavarokra (Fassino és mtsai 2004, Klump és mtsai 2004, Gruzca és mtsai 2007) és a Borderline személyiségzavarra (Joyce és mtsai 2003, Pukrop 2002; Korner és mtsai 2007; Anckarsäter és mtsai 2006) vonatkozó kutatások eredményeinek. A Borderline személyiségzavarra vonatkozó eredmény viszont ellentmond két kutatási eredménynek, amely szerint a Borderline személyiségzavart az alacsony ártalomkerülés jellemzi (Cloninger 1987, Goldman és mtsai 1994). Mivel a személyiségzavar egyik fő tünete a negatív affektivitás, és magas a komorbiditása a Major Depresszióval, a Szorongásos, az Evészavarokkal, melyek esetében mind megtalálható a magas ártalomkerülés, elmondhatjuk, hogy az általunk és a fentebb idézett kutatások által talált eredmények jobban illeszkednek a Borderline személyiségzavarra vonatkozó ismeretek közé. Az ártalomkerülés dimenzió tekintetében mind a négy vizsgált betegminta szignifikánsan magasabb értéket ér el, mint a Normál minta. Azonban az egyes betegminták között is találtunk szignifikáns eltérést az ártalomkerülés dimenzió tekintetében; a Borderline és a

Depressziós minta szignifikánsan magasabb értéket ért, mint a Bulimiás minta, ami arra utal, hogy a negatív affektivitás a Bulimiás minta számára is probléma, azonban a Borderline és Depressziós minta esetében ez jelentősen nagyobb.

Második globális, a teljes betegmintára vonatkozó hipotézisünk, - hogy az egyes betegminták a normál mintához képest az önirányítottság és az együttműködés tekintetében csökkent értéket fognak mutatni – csak részben igazolódott. Az önirányítottság terén mind a négy betegminta szignifikánsan alacsonyabb értéket ért el a Normál mintánál. A Borderline és a Bulimiás minta a Szorongásos mintánál is szignifikánsan alacsonyabb értéket ért el. Az önirányítottság dimenzió alacsony értéke a személyiség éretlenségét, önállótlanágát jelzi. Az általunk talált adat megfelel a korábbi kutatások eredményeinek a Depresszió esetében (Cloninger és mtsai 2006, Farmer és mtsai 2003, 2003, Hirano és mtsai 2002), a Szorongásos zavarokban (Chatterjee és mtsai 1997, Pelissolo és mtsai 2002, Martensdottir és mtsai 2003, Mörtberg és mtsai 2007), a Bulimiás zavarban (Fassino és mtsai 2004), és a Borderline személyiségzavarban (Daneluzzo és mtsai 2005, Mulder és mtsai 1999). Az együttműködési készségre vonatkozó hipotézis csak részben igazolódott, mert a Normál mintánál ugyan alacsonyabb értéket ér el az összes beteg minta (He: kis és közepes tartományban van), de szignifikáns különbség csak a Borderline mintában figyelhető meg, amely normál mintán kívül a Depressziós és a Szorongásos mintánál is alacsonyabb értékeket ért el. A Borderline mintánál megfigyelhető alacsony együttműködési készség egyrészt megfelel a cloningeri személyiség koncepciónak, amely szerint a személyiségzavar globális jele az alacsony önirányítottság és együttműködési készség (Svrakic és mtsai 1993). Másrészt megfelel a Borderline személyiségzavar egyik fő tünetdimenziójának, a kapcsolati zavarnak. Harmadrészt több korábbi kutatás eredményével is megegyezik (Daneluzzo és mtsai 2005, Mulder és mtsai 1999). A személyiség érettsége szempontjából felállíthatunk egy csökkenő sorrendet, ha figyelembe vesszük az önirányítottság dimenzióra vonatkoztatott hatáserekségeket; legérettebb a Szorongásos minta, azt követi a Depressziós, majd a Bulimiás és végül a legéretlenebb Borderline minta, akik ráadásul az egészségesen működő személyiség másik globális dimenziója, az együttműködési készség tekintetében is jelentősen különbözik a másik három beteg mintától.

Harmadik hipotézisünk, miszerint az újdonságkeresés tekintetében az externalizáló, impulzív jegyeket mutató Borderline és Bulimiás minta magasabb értéket fog mutatni, míg a nem-externalizáló Depressziós és Szorongásos minta alacsonyabb értékeket fog mutatni a Normál mintánál, nagyrészt igazolódott. Az externalizáló versus nem-externalizáló felosztás igazolódott, mert a Borderline és a Bulimiás minta szignifikánsan magasabb értéket ért el az

újdomságkeresés dimenzió, mind a Depressziós, mind pedig a Szorongásos mintánál. Depressziós és Szorongásos minta a Normál mintánál szignifikánsabban alacsonyabb értékeket ért el, a Borderline minta szignifikánsan magasabbat, a Bulimiás minta azonban, ugyan a feltételezett irányba, de nem szignifikáns mértékben tért el. Ezen eredmények is egyeznek a Depresszió esetében (Farmer és mtsai 2003), Bulimiásoknál (Fassino és mtsai 2004) és a Borderline személyiségzavarban (Joyce és mtsai 2003, Pukrop 2002; Korner és mtsai 2007; Anckarsäter és mtsai 2006) talált korábbi kutatások eredményeivel.

Negyedik hipotézisünk, miszerint a jutalomfüggés tekintetében a Depressziós minta alacsonyabb, a Borderline minta magasabb értékeket fog mutatni, mint a Normál kontroll, csak a Depressziós minta esetében igazolódt. A Borderline minta hipotézisünkkel ellentétes, a Depressziós mintával azonos irányba mozdult el, azaz szignifikánsan alacsonyabb értéket ért el a Normál mintánál. A Borderline minta korábbi kutatási eredményektől eltérő (Cloninger 1987, Goldman és mtsai 1994, Joyce és mtsai 2003, Pukrop 2002, Korner és mtsai 2007, Anckarsäter és mtsai 2006), és a Depressziós mintára jellemző irányba való elmozdulása részben azzal magyarázható, hogy az általunk vizsgált Borderline mintában a Depressziós zavar komorbiditása 61%, ami viszont nem ritka arány klinikai mintán Borderline személyiségzavar esetén. Joyce és munkatársai vizsgálatában nem találtak különbséget Borderline személyiségzavarban szenvedő Depressziós páciensek és Depressziós, nem-Borderline páciensek között a Jutalomfüggőség tekintetében, ami egyezik az általunk talált eredményekkel (Joyce és mtsai 2003). A Depressziós minta és a Szorongásos minta közötti szignifikáns különbség igazolni látszik Clark és Wattson által megfogalmazott Háromosztatú (Tripartite) modellnek azt a részét, miszerint a negatív affektivitásban (vizsgálatunkban ezt az ártalomkerülés dimenzió képviseli) nem különbözik a két betegségcsoport, azonban a pozitív affektivitás tekintetében különbözik a depresszió a szorongástól. Vagyis, a Depressziónál a normálhoz és Szorongásos csoporthoz képest is csökkent a pozitív affektivitás, amit itt a jutalomfüggőség dimenzióval mértünk. Másrészt, ez az eredmény arra utal, hogy temperamentum vonásként konceptualizált dimenzió is megmutatkozik az a jelenség, amit a becki kognitív tartalom-specifitás hipotézis úgy fogalmaz meg, hogy a kapcsolatok kudarcára, a veszteségre vonatkozó kogníciók inkább jellemzőek a depresszióra, mint a szorongásos zavarokra. Itt nyilván felmerül az a módszertani probléma is, hogy mivel mindkét dimenziót önkitöltős kérdőívvel mértük, nagy az esélye annak, hogy a negatív kogníciók befolyásolják a temperamentumra vonatkozó kérdések kitöltését és fordítva. Ha a jutalomfüggőség temperamentumot valamilyen biológiai marker paradigmával azonosítanánk, amely mérésében nem játszanak szerepet a negatív

kogníciók, megbízhatóbban el lehetne különíteni a két dimenziót egymástól. Eredményünk összhangban van a Borderline személyiségzavarra vonatkozó más vizsgálatok eredményeivel: jellemző, hogy a Major depressziós mintánál intenzívebben élik át a depresszív tüneteket (Zanarini és mtsai 1998,; Stanley és Wilson 2006), és a dysphoriás állapot egyik vezető tünetként jelentkezik ebben a csoportban (Zittel és Westen 2005).

Összefoglalva a temperamentum- és karakter-dimanziókra vonatkozó eredményeinket elmondhatjuk, hogy az ártalomkerülés mind a négy betegségminta háttérében húzódó közös látens dimenzióra utal. Az újdonságkeresés dimenzió mentén a betegmintát két csoportra lehet osztani: externalizáló-impulzív tüneteket mutató Borderline-Bulimiás csoportra, valamint Depressziós-Szorongásos csoportra. A kapcsolati életben megjelenő pozitív affektivitással kapcsolatban álló Jutalomfüggőség elkülöníti a Depressziós és a Borderline csoportot a Szorongásos csoporttól. A karakterdimenziók tekintetében az önirányítottság mind a négy betegcsoportot elkülöníti a Normál mintától, azonban egy súlyossági sorrendet állít fel a betegminták között. Az együttműködési készség pedig tükrözi a Borderline személyiségzavarra jellemző komoly kapcsolati problémákat. A kitartás és a transzcendencia élmény dimenziók nem tértek el említésre méltó mértékben az egyes minták között.

5.2. Második Célkitűzés – Gyermekkorban átélt, retrospektíven felidézett, szülői bánásmód vizsgálata; a Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás, Borderline minta különbségei

A nem megfelelő szülői bánásmód sok eset kontroll-vizsgálatban együtt jár a különféle mentális zavarok fennállásával, és azon gyermekkortól felnőttkorig tartó longitudinális prospektív vizsgálatok esetében, ahol mérték a szülői bánásmód minőségét, több felnőttkori pszichopatológia kialakulásában is (depresszió, szorongásos zavarok, személyiségzavarok) komoly kockázati tényezőnek találták. Jelen keresztmetszeti vizsgálat azt vizsgálta, hogy a sémák kialakulásában feltételezetten szerepet játszó szülői viselkedésformákat a beteg mintában szereplő személyek valóban jellemzőbbnek tartják-e szüleikre, mint a normál mintában szereplő személyek, és a betegmintán belül a Borderline csoport éri-e el a legmagasabb értékeket.

Az első hipotézisünk részben igazolódott. Az apa összesített szülői bánásmódja (P-tot) tekintetében mind a négy betegminta szignifikánsan magasabb értéket ért a Normál mintánál, és a Borderline zavar mind a három betegmintától szignifikánsan magasabb értéket ért el. Az anya összesített szülői bánásmódja (M-tot) eltér hipotézisünktől, mert a Szorongásos minta

nem tér el szignifikáns mértékben a Normál mintától, a másik három betegminta szignifikánsan magasabb értéket ért el a Normál mintánál, és a Borderline minta a betegmintáknál is szignifikánsan magasabb értéket ért el. Ezen eredmények megfelelnek a szakirodalomban talált pozitív korrelációs kapcsolatnak a vizsgált betegségek és a nem-megfelelő szülői bánásmód között. A gyermekkori rossz bánásmódra vonatkozó retrospektív beszámolók a kutatási eredmények szerint többnyire a hamis negativitás irányába torzítanak (Hardt és Rutter 2004). A kapcsolat értelmezésében már kérdéses, hogy ez a különbség tényleges gyermekkori bánásmódbeli különbségeket tükröz-e, vagy a betegmintán talált fokozottabban aktív, maladaptív sémák által kifejtett, negatív emlékeket szelektáló, torzító hatás következménye (Young 2003). Másrészt esetleg a normál és betegminta közti hangulatkülönbséget is tükrözheti, az egészségesekre jellemző „pozitív illúzió” jelensége (Taylor és Brown 1988), és a hangulat emlékezet befolyásoló hatásának megfelelően (Bower 1981, Matt és mtsai 1992). Bár Brewin összefoglalója szerint pszichés zavarokban szenvedők visszaemlékezései a gyermekkorban elszenvedett rossz bánásmódra csak részben függenek az aktuális tüneteiktől (Brewin és mtsai 1993). Mindenesetre elmondhatjuk, hogy az általunk vizsgált betegségekben szenvedő személyek a normál mintánál negatívabban ítélik meg azt, hogy hogyan bántak velük gyermekkorukban a szüleik.

A YPI egyes alszkálái mind az anya, mind az apa viselkedésére vonatkozóan specifikus különbségeket mutatnak az egyes betegcsoportok között (138 szignifikáns különbség). A diszkusszióban eltekintek a minták közötti különbségek részletes páronkénti megbeszélésétől. Betegcsoportonként azokat a szülői bánásmódokat foglalom össze, ahol nagy vagy közepes hatáserősséget ért el az adott minta.

A nagy hatáserősség tartományba elsősorban a Borderline mintában találunk eredményeket: az elhagyatottság érzést kiváltó, kudarcra ítélő, megszegyenítő, érzelmileg rideg, abuzáló, bizalmatlanságot keltő, az önállósági törekvéseiben elbizonytalanító és a vágyait, céljait teljesen figyelmen kívül hagyó apai és anyai magatartás tekintetében a Borderline minta jelentősen eltér a Normál és a Szorongásos mintától. A közepes hatáserősség tartományba tartozó eltérések Borderline mintán az apa és az anya részéről érzelmeit ki nem fejező, zárkózott magatartás, pesszimista hozzáállás, korlátokat nem állító, túlzottan megengedő és keményen büntető magatartás. Az apa részéről a túlzott óvás a veszélyektől, betegségektől, és az anya részéről a felnőtt és a gyerekszerep felcserélése, fokozott támaszkodás a gyerekre, összeolvadtság érzés keltése, fegyelmezetlenség, és a gyerekekkel szembeni fegyelmezés hiánya. Ez az eredmény egybecseng a Borderline személyiségzavarra vonatkozó kutatások eredményeivel (Johnson és mtsai 2001, 2003).

A Depressziós minta nagyjából hasonló szülői magatartásmintázatot mutat, mint a Borderline minta, csak a közepes hatáserősség tartományában, azzal az eltéréssel, hogy a pesszimista és a szigorúan büntető bánásmód kis hatáserősség értékű. A Depresszió és a gyermekkori rossz bánásmód összefüggéseire vonatkozóan gazdag irodalom állt rendelkezésünkre (Kendler és mtsai 1995; (Gibb és mtsai 1991, Harris és Curtin 2002, Maciejewski 2006). A nem megfelelő szülői bánásmód disztális kockázati faktora, és a depressziós tünetek közötti közvetítőnek a rossz bánásmód hatására kialakult negatív kogníciókat tekintik, melyek a jelenben is torzítják a tapasztalatot (Harris és Curtin 2002).

A Szorongásos minta tagjai minkét szülő részéről érzelmileg rideg, kudarcra ítélő szülői bánásmódra, az anya részéről az önállósági törekvéseit elbizonytalanító, az apa részéről elhagyó, vágyait, céljait figyelmen kívül hagyó, fegyelmezetlen és kevés fegyelmet követelő szülői bánásmódra emlékeztek. Említésre méltó, hogy az apa részéről a kudarcraítélő szülői bánásmód - nem segített a tanulmányokban, tehetségtelennek tartotta gyermekét, jövőjét kudarcként írta le, nem akarta, hogy sikeres legyen – elérte a nagy hatáserősség tartományt. Eredményeink konzisztensek a korábbi vizsgálatokban talált összefüggésekkel, miszerint a szorongásos zavarok hátterében gyakoribb a korai bántalmazás, mint a normál mintán (Kendler és mtsai 1995, Kessler és mtsai 1997, Safren 2002).

A Bulimiás mintán nagy hatáserősséget ért el az anya részéről a rideg, szeretetlen, empátia nélküli magatartás. A közepes hatáserősséget elért szülői bánásmódok az alábbiak voltak: mindkét szülő részéről a megszegyenítő, kudarcra ítélő, önállósági törekvéseiben elbizonytalanító, vágyait, céljait figyelmen kívül hagyó magatartás, az apa részéről rideg bánásmód, az anya részéről elhanyagottság érzését keltő, abuzáló, bizalmatlanságot keltő magatartás volt a jellemző. Jelen vizsgálat eredményei összhangban állnak a korábbi kutatásokkal, melyek szerint mindkét szülő részéről a rossz bánásmód szoros összefüggést mutat a bulimiás zavarral (Kendler és mtsai 1995, Murray és mtsai 2000, Johnson és mtsai 2002). Említésre méltó, hogy az apai rossz bánásmód (P-tot) értéke magasabb az anyáénál (M-tot), ami összhangban áll Johnson és mtsai eredményeivel (2002). Az apára és az anyára vonatkozó eredményeink konzisztensek korábbi kutatások eredményeivel. Ezek szerint a szülők csökkent érzelemkifejezése, érzelmi bevonódása (Wonderlich és mtsai 1994; Johnson és mtsai 2002), törődése (Kendler és mtsai 1995, Johnson és mtsai 2002), empátiája (Steiger 1989, Johnson és mtsai 2002), fokozott apai kontroll (Wonderlich 1994, Johnson és mtsai 2002), barátságatlanság (Wonderlich és mtsai 1996), túlzott óvás (Johnson és mtsai 2002), csábító magatartás (Rorty és mtsai 2000) szoros kapcsolatban áll a bulimiás tünetekkel.

Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy a YPI által mért eltérések a vártnak megfelelően alakultak, és a szakirodalmi adatoknak megfelelően a rossz szülői bánásmód kifejezetten erős volt a Borderline mintában, érdekes módon a Depressziós minta is hasonló mintázatot mutatott csak kisebb hatáserősséggel. A kérdőív alszámai az egyes betegcsoportokra jellemző, egymástól különböző mintázatot alkottak. Ez arra utal, hogy a globális rossz szülői bánásmódon túl, ami minden betegmintára kisebb-nagyobb mértékben illet, elmondhatjuk, hogy az egyes betegmintákra specifikus rossz bánásmód mintákat is sikerült azonosítanunk. Kessler a „US National Comorbidity Survey” eredményei alapján kétségbe vonja az egyfajta-bántalmazás egyfajta-betegség oksági viszonyokat, mivel eredményeik szerint a gyermekkori bántalmazások egy nem-specifikus közös faktort alkotnak, mely a különféle mentális zavar kialakulásának nem specifikus kockázati tényezőit foglalja magába (Kessler és Mtsai 1997). A mi eredményeink részben ellentmondanak ennek a feltevésnek, mert a rossz bánásmód tekintetében specifikus különbségeket is találtunk az egyes betegminták között.

Az eredmények értelmezése során több szempontot kell figyelembe venni. Egyrészt, a sémák fentebb tárgyalt emlékezet torzító hatását, amit már itt nem részletezünk. Másrészt, a rossz szülői bánásmód értelmezésében külön kell választanunk a bántalmazott érzékenységét (ami temperamentumánál, illetve a később elsajátított sémák által egyénekenként különböző lehet) bizonyos szülői magatartásokkal szemben, és a bántalmazott temperamentuma folytán meghatározott magatartásbeli eltérését, ami kiválthat bizonyos nem megfelelő szülői magatartásokat az arra a magatartásra hajló szülőben. Jelen vizsgálati elrendezés e különböző folyamatok arányát, szerepét nem tudja különválasztani, azt azonban állíthatjuk, hogy a felidézett rossz szülői bánásmód reprezentációk szoros korrelációs kapcsolatban állnak az általunk vizsgált betegségek fennállásával, és ez az összefüggés legmagasabb a legsúlyosabb pszichopatológiai állapotot mutató Borderline minta esetében.

5.3. Harmadik célkitűzés - Korai maladaptív sémák vizsgálata Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás és Borderline mintán

Harmadik célunk a korai maladaptív sémák vizsgálata volt. Az első, az *általános diathézis hipotézisünknek* megfelelően a Normál mintától mind a négy betegminta szignifikáns mértékben különbözik majdnem minden korai maladaptív séma tekintetében. Második, a *séma tartalom-specificitás hipotézisünknek* megfelelően az egyes betegminták sok közös

séma mellett szignifikánsan különböznek egymástól az egyes sémák tekintetében, azaz a korai maladaptív sémák alkalmasak a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták elkülönítésére. Az Általános Lineáris Modell-analízissel talált 132 szignifikáns különbséget először a két fő hipotézis szerint, majd sémartományonként és betegmintánként mutatom be.

Az általános diathézis hipotézisnek megfelelően a korai maladaptív sémák tekintetében mind a négy betegmintánál szignifikánsan magasabb értéket találtunk, mint a Normál mintánál. Ezen állítás alól a Feljogosítottság/Grandiozítás séma a kivétel, mert ez a séma csak a Borderline mintában mutat szignifikánsan magasabb értéket a Normál mintához képest. Ez, a normál mintához viszonyított globális szignifikáns eltérés azt mutatja, hogy ugyan hatáserősségük tekintetében jelentős eltérés van sémánként az egyes betegcsoportok között, azonban minden egyes korai maladaptív séma, mind a négy betegmintában szerepet játszik a betegek mentális működésében egy adott mértékben. A J. E. Young által megfogalmazott hipotézisnek megfelelően az összes maladaptív séma mindenkinél jelen van, azonban a mentális zavarokban szenvedők körében sokkal meghatározóbb szerepet játszik, mint a normál populációban (Young és mtsai 2003).

Ez az eredmény sok tekintetben megfelel a korábban mások által talált eredményeknek. Hollandiában végzett kutatásban normál mintát hasonlítottak össze vegyes, beteg mintával és minden séma tekintetében szignifikáns eltérést találtak a két minta között (Rijkeboer és van den Bergh 2006). Riso és munkatársai (2003) Depressziós betegeket hasonlított össze normál mintával és minden séma tekintetében szignifikáns eltérést találtak a két csoport között. A Feljogosítottság/Grandiozítás séma tekintetében, a két vizsgálat eredményei közötti különbség annak tudható be, hogy az általuk vizsgált Depressziós mintában komorbid zavarként Borderline személyiségzavar is szerepelt. Waller és munkatársai vizsgálatukban a jelen vizsgálathoz hasonlóan azt találták, hogy a Bulimiás és a Normál kontrol nők csak a Feljogosítottság/Grandiozítás séma tekintetében nem különböztek (2001). Leung és munkatársai vizsgálatában az Anorexiában és Bulimiában szenvedők minden maladaptív séma tekintetében különböztek a normál mintától (Leung és mtsai 1999). Szociális fóbiások minden tekintetben különböztek a normál mintától a korai maladaptív sémák tekintetében, azonban ez nem volt elmondható a pánik-agorafóbiában szenvedő csoportra (Pinto-Gouveia 2006). Amellett, hogy e vizsgálat az általunk használt YSQ-kérdőív egy módosított változatával készült, a különbség részben annak tudható be, hogy egyrészt, az általunk vizsgált Szorongásos mintában egyesítettük a különféle szorongásos zavarokat, másrészt, mintájukban nem zárták ki a Borderline személyiségzavar komorbiditással bíró

pácienseket. A Borderline személyiségzavar Young elméleti feltevése és klinikai tapasztalata alapján szinte minden séma tekintetében emelkedett sémaértékeket mutat a normál csoporthoz képest, és a Feljogosítottság/Grandiozítás séma kifejezetten jellemző vonása a Borderline és a Nácisztikus személyiségzavaroknak (Young 2003). Az általunk végzett irodalmi áttekintés alapján nem találtunk empirikus vizsgálatot, amelyben Borderline személyiségzavarban szenvedőket normál mintával hasonlítottak össze. Az *általános diathézis hipotézis* szerint a maladaptív sémák fennállása fokozza a stresszt és a magasabb stressz szint a stressz – sérülékenység modellnek megfelelően az egyes betegmintákra specifikus sérülékenységi tényezők aktiválódását segíthetik elő. Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy vizsgálatunk eredményei azt mutatják, hogy az általunk vizsgált betegmintákban, a Feljogosítottság/Grandiozítás séma kivételével, minden egyes séma fennállásának a lehetőségére lehet számítani.

A korai maladaptív séma tartalom-specifititás hipotézis beigazolódott, mivel szignifikáns mértékű eltérések és jelentős hatáserősség különbségek figyelhetők meg az egyes betegminták között. Az eredmények tárgyalása során a séma átlagok között talált szignifikáns különbségeket a hatáserősségek közötti különbségek figyelembe vételével együtt tárgyalom. Az egyes sémákra vonatkozó Normál mintához igazított hatáserősség megmutatja, hogy az adott betegminta átlaga milyen mértékben tér el a normál mintától és ez segít a Normál mintától egyaránt szignifikáns mértékben különböző egyes betegcsoportok közötti különbségek klinikai jelentőségének az értékelésében.

A Borderline minta az összes beteg minta között minden séma (kivéve a TE sémát, a Bulimiás minta tekintetében) tekintetében a legmagasabb értékeket érte el, és az egyes sémák hatáserősség értékei a nagy és a hatalmas hatáserősség skáláján helyezkednek el. Ez megfelel J. Young azon klinikai tapasztalatból levont elméleti megfontolásának, hogy a Borderline személyiségzavarban szenvedők körében az összes korai maladaptív séma előfordulhat és azok igen súlyos mértékben befolyásolják a személyek funkcionálását (Young 2003). Az általunk vizsgált Borderline minta magas komorbiditása más személyiségzavarokkal, és a beteg minta többi tagját kitevő I. tengely zavarokkal további magyarázatot ad a többi zavarral szemben mutatott jelentős különbségre. Lee és munkatársai I. tengely zavarban szenvedő pácienseket hasonlítottak össze I. és II. tengely zavarokban egyaránt szenvedő páciensekkel és azt találták, hogy a Sérülékenység/veszélyeztetettség, és a Behódolás/Őnalávetés séma kivételével az összes alsókálán a személyiségzavarban is szenvedő csoport szignifikánsan magasabb értéket ért el a csak I. tengely zavarban szenvedő betegeknél (Lee és mtsai 1999).

A Feljogosítottság/Grandiozítás séma tekintetében kiemelkedik a többi betegcsoport közül a Borderline minta abban a tekintetben, hogy a többi három betegmintánál és a Normál mintánál is szignifikánsan magasabb átlagot ért el, illetve, hogy a többi 3 betegminta nem különbözött szignifikáns mértékben e séma tekintetében a Normál mintától. A Borderline személyiségzavar problematikájára különösen jellemző – egymástól jelentősen különböző, elkülönülten megnyilvánuló, disszociatív én-állapotok, séma-modalitások, tárgykapcsolati reprezentációk váltakozása - jelenség, hogy a követelőző, mindenki érdekét a saját érdeke után soroló, önző, empátia nélküli felsőbbrendű hozzáállást leíró séma éppúgy jellemzi, mint a saját érdekeit a mások vágyainak alávétő (BÖ), önfeláldozó (ÖF), saját vágyait, érzelmét kifejezni nem merő (ÉG) sémák.

A korai maladaptív séma tartalom-specifititás hipotézis tekintetében új és fontos eredményt találtunk, mely szerint a Major Depressziós zavar a Borderline személyiségzavartól számos KMS tekintetében különbözik. A Borderline minta és a Depressziós minta közötti különbségek tárgyalásakor figyelembe kell vennünk, hogy a Borderline mintán belül a Major depressziós zavar előfordulása igen magas (61%). Az Érzelmi depriváció, a Társas elutasítottság, a Kudarcra ítélttség, a Sérülékenység/veszélyeztetettség, az Önfeláldozás és a Büntető készenlét kivételével minden más korai maladaptív séma esetében szignifikánsan magasabb értéket ért el a Borderline minta a Depressziós mintánál. Amely sémánál szignifikáns különbség volt található a két minta között, ott a Normál mintához igazított hatáserekségek tekintetében is jelentősnek mértékűek voltak a különbségek (6. Táblázat). Érdemes azonban megjegyezni, hogy amely sémák esetében szignifikáns különbség volt a két minta között - a Feljogosítottság/Grandiozítás séma kivételével - a Depressziós minta szignifikánsan eltért a Normál mintától, ami azt jelenti, hogy a Depressziós páciensekre is jellemzőek a csoportok közti különbséget jelző sémák, csak a Borderline mintánál kisebb mértékben. Ez a jelenség azonban nincs ellentmondásban a Beck által megfogalmazott kognitív tartalom-specifititás hipotézissel, mely nem kizárólagos, hanem fokozatbeli különbséget fogalmazott meg az egyes betegségentitásokra jellemző kogníciók tekintetében (Clark és Steer 2001). A szakirodalomban nem találtunk a KMS-ra vonatkozó Borderline személyiségzavar és Major depressziós zavar összehasonlítást.

A korai maladaptív sémák segítségével a Borderline minta a Szorongásos mintától is különbözik és szignifikánsan magasabb értéket ért el minden korai maladaptív séma esetében, kivéve az Érzelmi depriváció, a Társas elutasítottság, a Kudarcra ítélttség, a Sérülékenység/veszélyeztetettség és az Önfeláldozás sémát. Ez az eredmény csak a Büntető

készenlét tekintetében tér el a Depressziós mintával szemben talált különbségektől, ha csak a szignifikancia-beli különbségeket vesszük figyelembe. A hatáserőségeket is figyelembe véve elmondhatjuk, hogy a Depressziós mintánál is nagyobb a különbség a Borderline és a Szorongásos minta között. A szakirodalomban nem találtunk a Borderline személyiségzavar és Szorongásos zavarok összehasonlítását KMS-ra vonatkozóan vizsgáló kutatást.

A korai maladaptív séma tartalom-specifititás hipotézis a Borderline és a Bulimiás minta összehasonlítása esetében is igazolódott. A Borderline minta a legtöbb séma esetében szignifikánsan magasabb értékeket ért el a Bulimiás mintánál, kivéve a Csökkentértékűség/Szégyen, a Társas elutasítottság, a Kudarca ítélttség, az Összeolvadtság éretlenség, az Önfeláldozás, a Könyörtelen mércék/Hiperkritikusság és az Elismeréshajszolás tekintetében.

A Depressziós és a Szorongásos minta között is jelentős különbségeket találtunk a *korai maladaptív séma tartalom-specifititás hipotézisnek* megfelelően. Az „Elszakítottág és az elutasítottság” séma tartományban az Érzelmi depriváció, Elhagyatottság/Instabilitás, Bizalmatlanság/Abúzus, Társas izoláció, Csökkentértékűség szégyen, a „Károsodott autonómia és teljesítőképesség” sématartományban a Kudarca ítélttség, a Dependencia/Inkompetencia, a „Kóros másokra irányultság” séma tartományban a Behódolás/Önalávetés, az „Aggályosság és gátlás” sématartományban az Érzelmi gátoltság, Negativizmus/Pesszimizmus és a Büntető készenlét, a „Határok károsodott volta” séma tartományban az Elégtelen önkontroll-önfegyelem séma tekintetében a Depressziós minta szignifikánsan nagyobb értékeket ért el, mint a Szorongásos minta. Az A. T. Beck által megfogalmazott, kognitív tartalmak terén megfigyelhető különbséget a depresszió és a szorongásos zavar között jelen eredmények részben igazolják. Beck elmélete szerint a depressziót inkább a személyes veszteségre és az interperszonális kapcsolatok, illetve teljesítmény területén bekövetkezett kudarcra vonatkozó hiedelmek, a szorongást inkább a sérülékenységre, veszélyeztetettségre vonatkozó hiedelmek jellemzik (Clark és Steer 2001).

A Depressziós minta valóban szignifikánsan magasabb pontokat ért el a Beck által megfogalmazott hiedelmekhez hasonló jelenségeket leíró sémák terén, azonban a Sérülékenység/Veszélyeztetettség tekintetében nincs szignifikáns különbség a két minta között. Ha nem is tesz különbséget a két csoport között, fontos felhívni a figyelmet arra, hogy a Szorongásos minta az összes séma közül a Sérülékenység/veszélyeztetettség séma esetében éri el a legmagasabb Normál mintához igazított hatáserőséget. Több kutatásban is az eredményeinkkel egyezően azt találták, hogy a sérülékenységre vonatkozó kogníciók tekintetében a Depresszió és Szorongásos zavarok nem különböznek jelentősen. A becki

hipotézissel szemben azt állítjuk, hogy a sérülékenységre vonatkozó kogníciók a Depresszióban éppoly jelentősek, mint a Szorongásos zavarokban.

A Bulimiás minta és a Depressziós minta között is szignifikáns különbségek találhatók a korai maladaptív sémák tekintetében. A Depressziós minta szignifikánsan magasabb értéket ér el a Bulimiás mintánál az Érzelmi depriváció, a Sérülékenység/Veszélyeztetettség, az Önfeláldozás és a Negativizmus/Pesszimizmus séma terén, viszont az Elismerés hajszolás séma esetében a Bulimiás minta ért el szignifikánsan magasabb értéket. Cooper és Hunt eredeti hipotézise szerint a Depressziós és a Bulimiás minta a maghiedelmek tekintetében nem különböznek, csak az evési magatartást illető hiedelmek tekintetében van kognitív szempontból különbség (Cooper és Hunt 1998). Azonban Cooper és Hunt a maghiedelmeket csak egy unidimenzionális általuk kidolgozott skálával mérték. Waller és munkatársai (2001) vizsgálatukban a 16 sémát mérő YSQ-t használták, hogy differenciáltabb képet kapjanak a két minta közötti kognitív tartalmi különbségről. A Major depresszióban szenvedők szignifikánsan magasabb értéket értek el, hasonlóan az általunk végzett vizsgálathoz az Érzelmi depriváció, a Sérülékenység/Veszélyeztetettség séma esetében, azonban a mi vizsgálatunktól eltérően az Elhagyatottság, a Dependencia, a Csökkentértékűség/Szégyen, az Érzelmi gátlás, az Elégtelen önkontroll, a Bizalmatlanság/Abúzus és a Társas izoláció séma tekintetében is, mint a Bulimiás minta. Az eredmények részben ezért különböznek a két vizsgálat között, mert jelen vizsgálatunkban a séma kérdőív 19 sémát mérő változatát használtuk, és a Negativizmus-Pesszimizmus és az Elismeréshajszolás nem szerepel a Waller és mtsai által használt YSQ-ben. A másik különbség, hogy 18 fős Depressziós mintát használtak az általunk vizsgált 243 fővel szemben. Harmadik különbség az, hogy az általunk használt Bulimiás minta csak Bulimia nervosában szenvedő pácienseket tartalmaz, az általunk használt minta azonban bulimiás tüneteket mutató Bulimia nervosában és Falás/tisztulás típusú Anorexia nervosában szenvedő pácienseket is. Korábbi kutatásaink szerint a Falás/tisztulás típusú Anorexia nervosában szenvedő személyek több maladaptív séma esetében értek el magasabb értékeket, mint a Bulimia nervosában szenvedő személyek (Unoka és mtsai 2007), és részben ezzel magyarázható a jelen vizsgálatban talált kisebb különbség a Depressziós és a Bulimiás minta között.

A Bulimiás és a Szorongásos minta között is szignifikáns különbségek figyelhetők meg számos séma terén. A Bulimiás minta szignifikánsan magasabb értékeket ért el a Társas izoláció/Elidegenedés, a Csökkentértékűség/Szégyen, az Összeolvadtság/Éretlenség, az Elismeréshajszolás és az Elégtelen Önkontroll-Önfegyelem séma tekintetében, viszont a

Szorongásos minta szignifikánsan magasabb értéket ért el a Bulimiás mintánál. A Bulimiás és a Szorongásos mintát elkülönítő sémaprofil is sikerült azonosítani, mely a *korai maladaptív séma tartalom-specifitás hipotézis* e két minta tekintetében is igazolja.

A korai maladaptív sémákra vonatkozó vizsgálat előnyei között sorolható fel, hogy a J. E. Young által leírt korai maladaptív sémák teljes (19 KMS) tartományát vizsgálja. A három hozzáadott sémával kapcsolatosan saját publikációinkon kívül (Unoka és mtsai 2004, Unoka és mtsai 2007) közlemény még nem jelent meg. A három hozzáadott séma az egyes kórképek közötti differenciálásban fontos szerepet játszik (Negativizmus-Pesszimizmus, Büntető készenlét, Elismeréshajszolás). A vizsgálat másik előnye, hogy a pszichoterapiás gyakorlatban leggyakrabban kezelt betegcsoportokat vizsgáltuk, és hogy a normál mintát is bevettük az elemzésbe, így a korai maladaptív sémák, mint általános, betegcsoportokon átívelő, általános diathézisben szerepet játszó jelenségek, és az egyes betegcsoportokat specifikusan elkülönítő sémák is azonosíthatóvá váltak. A betegmintákat páronként elkülönítő sémák esetében is megfigyelhető, hogy a párból a szignifikánsan alacsonyabb értéket elérő betegcsoport is a Normál mintával összevetve szignifikánsan nagyobb értéket ér el. Ezen állítás alól egyedül a Feljogosítottság/Grandiozitás séma kivétel. Azonban a vizsgálat eredményei arra utalnak, hogy még így is sikerült differenciálni a betegcsoportok között. A Szorongásos mintában egyesítettük a Pánik zavar, a Pánik-agorafóbia, a Generalizált szorongás és a Szociális fóbia csoportot. Így az egyes szorongásos zavar csoportok közötti különbségek feltárása, melyre vonatkozóan már vannak adatok (Pinto-Gouveia 2006), későbbi kutatások célja lehet.

5.4. Negyedik célkitűzés – A Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás és a Borderline minták között az SCL-90 tünetdimenzióin mutatott különbségek vizsgálata

A szindróma-kategóriákra épülő diagnosztikai rendszerek (DSM, BNO) megfelelő számú és meghatározott fajtájú tünetek együttes előfordulásával definiált, éles kategóriális határokkal bíró szindrómákra épülnek. Az egyes szindrómák kritériumait kielégítő személyek esetében inkább kivételnek számít, mint szabálynak az, hogy az adott szindróma által definiált tüneteken kívül más tünetektől nem szenvednek. Vizsgálatunkkal az volt a célunk, hogy az egyes diagnosztikai mintákra jellemző tünetprofil megvizsgáljuk és a heterogén betegmintán az egyes minták közötti tünetdimenzió különbségeket feltárjuk. A felállított hipotéziseinknek nagyrészt megfelelő eredményeket kaptunk.

Az első hipotézisünknek megfelelően, mind a négy betegminta szignifikánsan különbözött a Normál mintától. Ha az SCL-90 összesített pontértékeinek (GSI) a Normál mintához igazított hatáserevése szempontjából, a tünetsúlyosság szerinti csökkenő sorrendbe soroljuk a beteg mintákat, akkor a Borderline minta mutatja a legsúlyosabb tüneteket (He: 2,23), azt követi közel egyforma súlyossággal a Szorongásos (He: 1,7) és a Depressziós (He: 1,65) és végül a Bulimiás (He: 1,43) minta. A Borderline mintára vonatkozó egyik hipotézisünknek megfelelően ezen eredmények arra utalnak, hogy ha a Depressziós, a Szorongásos, a Bulimiás zavarokhoz Borderline személyiségzavar is társul, az jelentős mértékben növeli a vizsgált személyek által átélt distresszt. A fenti adatok összhangban állnak azokkal a kutatási eredményekkel, melyek szerint a normál mintához képest az SCL-90 a Depressziós, a Szorongásos, Evészavaros és Személyiségzavaros mintákon, a legtöbb tünetdimenzió egy globális emelkedést mutat (Kennedy és mtsai 2001).

Második hipotézisünknek megfelelően igazolódott, hogy a Depressziós minta a SCL-90 depresszió dimenzió tekintetében szignifikánsan magasabb értéket ért el, mint a Szorongásos minta. Azonban említésre méltó, hogy a Szorongásos minta így is igen magas hatáserevést ért el ezen a dimenzió (He: 1,36). A második hipotézis azon része is igazolódott, hogy a Szorongásos minta az SCL-90 szorongás és a fóbia dimenzió magasabb értékeket ér el a depressziós mintánál. Ezen eredmény megfelel a szorongás és a depresszió Clark és Watson (1991) által megfogalmazott Háromosztatú hipotézisének (Tripartite) a magas fiziológiai ingerelhetőség készségre vonatkozó részének, miszerint a szorongást a depressziótól a magas fiziológiai ingerelhetőség különíti el. Azonban itt is érdemes megemlíteni, hogy a Depressziós minta által a fenti két tünetdimenzió elért értékek jelentősen eltérnek a Normál minta átlagaitól (szorongás He:1,57, fóbia He: 1,32). A hipotézisben nem szerepelt azonban említésre méltó eredmény, hogy a Depressziós minta szignifikánsan magasabb értékeket ért el a Szorongásos mintánál az interperszonális érzékenység és a paranoid tünetdimenzió.

A Bulimiás mintára vonatkozó, az SCL-90 összes dimenziójára vonatkozó globális distressz emelkedés a Normál mintához képest igazolódott. Az interperszonális bizalmatlansággal kapcsolatos hipotézisünk is igazolódott, mivel az SCL-90 interperszonális érzékenység (He: 1,55) és a paranoid (He:1,45) dimenzióin kiemelkedően magas, hatalmas hatáserevést tartományba eső értékeket értek el. A Bulimiás zavarra, mint impulzív zavarra vonatkozó hipotézisünk szerint az impulzív harag kifejezést mérő SCL-90 ellenségesség dimenzió a nem impulzív két betegmintánál (Depressziós, Szorongásos) szignifikánsan magasabb értéket kellett volna elérnie, hasonlóan a Borderline mintához. Ez a hipotézisünk

nem igazolódott. Az eredményeink szerint az SCL-90 ellenségesség dimenziója elkülöníti a két impulzív tünetekkel jellemezhető betegmintát, mert a Bulimiás mintára a Borderline mintánál szignifikánsan kisebb mértékben jellemző az impulzív haragkifejezés, ellenséges magatartás.

A Borderline mintára vonatkozó globális hipotéziseinket már említettük. Említésre méltó, hogy a Borderline minta, SCL-90 ellenségesség dimenziója – ami a Borderline személyiségzavar egyik tüneteinek (az inadekvát intenzív harag és annak kontrollálási nehézsége) megfelelő jelenséget írja le - tekintetében, mind a három betegcsoporttól szignifikáns mértékben különbözik. Azonban erre a három betegmintára is jellemző az ellenségesség.

Összefoglalva eredményeinket azt mondhatjuk, hogy az SCL-90 tünetdimenziók mintázatai segítségével el lehet különíteni a négy betegcsoportot. Azonban egyenként a normál mintához hasonlítva csak egy globális, szignifikáns tünetemelkedést találtunk az összes tünetdimenzió mentén, amely jelenség miatt gyakori kritika éri az SCL-90-t, mint mérőeszközt. Azonban több betegcsoportot összehasonlítva és a hatáserősségeket is figyelembe véve világosan elkülöníti az általunk vizsgált mintákat. Egy másik szempontból, az SCL-90-re vonatkozó előbbi kritika, egyúttal tekinthető a mérőeszköz egyik előnyének. Ugyanis, szemben egy szindróma-kategória elkülönítésére kidolgozott eszközzel (pl. BDI, BAI, YBOCS stb.), amely világosan elkülöníti az adott szindrómát, viszont figyelmen kívül hagyja a szindróma definícióján kívül eső tüneteket, az SCL-90 segítségével feltárul egy, a pszichopatológiai jelenségek, és a szenvedő személyek megértése szempontjából nagyon fontos jelenség. Nevezetesen az, hogy szubszindrómális szinten mennyi más tünettől is szenvednek az adott szindrómával diagnosztizált személyek. Ezen eredmények felvetik a kategóriális-szindromatológiai diagnosztikus gondolkodás hátrányait.

5.5. Ötödik célkitűzés - A Sérülékenységi faktorok (korai maladaptív sémák, a szülői gondoskodás összesített értékei és a temperamentum vonások) halmaza és a diagnosztikai egységek halmaza között fellelhető, egymástól független látens pszichopatológiai dimenziók vizsgálata, és a Sérülékenységi kanonikus faktorok különbségeinek vizsgálata az egyes minták között Általános Lineáris Modell elemzéssel

Jelen vizsgálatunkkal azt a célt tűztük ki, hogy olyan látens, és egymástól független sérülékenységi dimenziókat azonosítsunk, melyek szoros összefüggést mutatnak a különböző diagnosztikai konstellációkkal.

Az volt a hipotézisünk, hogy értelmes összefüggéseket találunk a korai maladaptív sémák, a rossz szülői bánásmód és temperamentum dimenziók halmaza, és a diagnosztikai egységek halmaza között. Összességében három kanonikus faktorpár állt egymással szignifikáns kapcsolatban. Az első kanonikus faktorpár Sérülékenység kanonikus faktorát (V1) egydimenziós, globális sérülékenységi faktornak tekintjük, melybe a korai maladaptív sémák mindegyike, mindkét szülő rossz bánásmódja és az ártalomkerülés temperamentum dimenziója pozitívan töltődik. Az első Diagnosztikai egység kanonikus faktorába (D1) negatívan a Normál minta és pozitívan a Depressziós, a Borderline és a Kevert személyiségzavar csoport töltődött. Mivel a pár két faktora együtt alkot egy látens dimenziót, értelmezésükben mindkét kanonikus faktort egyszerre vesszük figyelembe. Ha egy személy magas és pozitív előjelű töltést ér el egy változón, akkor a faktor magas értéket ér el nála. Ha magas, de negatív előjelű töltés jellemző rá, akkor a faktoron alacsony pontot ér el. Például, a Normál minta vizsgálati személyeire nem jellemző a V1 kanonikus faktor, viszont a Depressziós, a Borderline és a Kevert személyiségzavaros csoportokba tartozó személyekre igen. Sikerült azonosítanunk egy olyan látens sérülékenység-dimenziót (V1), amely jelentős mértékben elkülöníti a Normál mintát a Depressziós, a Borderline és a Kevert személyiségzavar mintától. A V1 sérülékenység dimenzió egy olyan komplex jelenséget ír le, mely negatív affektivitást, elkerülő magatartást meghatározó temperamentum dimenziót, gyermekkori rossz bánásmódot mindkét szülő részéről, és a hétköznapi élethelyzeteket is súlyos stresszt okozó életeseményé torzító korai maladaptív kognitív sémákat foglal magába. Ez a dimenzió szoros kapcsolatban áll a depressziós és a személyiségzavaros mintákkal. Ezek az eredmények megfelelnek az 1.3. fejezetben összefoglaló eredményeknek. A keresztmetszeti vizsgálatokban bántalmazóként felidézett gyermekkori szülői bánásmód sok esetben szoros összefüggést mutatott a negatív kogníciókkal (Feiring és mtsai 1998, Gibb és mtsai 2001, Gibb 2002, Rose és mtsai 1994). Szintén összefüggést mutat a korai maladaptív sémákkal (Harris és Curtin 2002, Maciejewski 2006, Meyer és Gillings 2004, Turner és mtsai 2005), a negatív affektivitás személyiségdimenziójával (Muris 2006), és olyan biológiai változásokkal, amelyek a magas ártalomkerülés által jellemezett vonásjellegű állapotot hoznak létre (Heim és mtsai 2000). Másrészt, feltételez egy olyan közös hajlamot, ami az internalizáló zavarok hátterében felelhető (Fergusson és mtsai 2006, Moffit 2007).

A második kanonikus faktorpár Sérülékenység kanonikus faktora (V2) két pólusú. Egyik pólusán a faktorba pozitívan töltődő elégtelen önkontrollt, impulzivitást, csökkentértékűséget, és hibákért szigorú büntetés várását leíró sémák és kíváncsi, impulzív, extravagáns, ingerlékeny temperamentumot találjuk a másik pólusán a faktorba negatívan

töltődő veszélyekkel szembeni fokozott sérülékenységet leíró sémát és pesszimista, félnk, visszahúzódó, fáradékony vonásokkal jellemezhető temperamentumot találjuk. A második Diagnosztikai egység kanonikus faktor (D2) is két pólusú a pozitívan töltődő Bulimiás, Alkoholfüggő és Borderline csoportokat, és a negatívan töltődő Szorongásos zavar csoportot tartalmazza. A D2 kanonikus faktor két ellentétes pólusba sorolta az impulzív tüneteket mutató diagnosztikai csoportot és a szorongásos csoportot. A V2 kanonikus faktorban a Sérülékenység séma a szorongásos zavarok kognitív tartalom-specificitásának megfelelő elméletek szerint, az ártalomkerülés temperamentum a szorongás Háromosztatú elmélete szerint azonos póluson helyezkedik el a D2 Szorongásos zavar változójával. A V2 faktor Elégtelen önkontroll séma, és az újdonságkeresés temperamentum változója az externalizáló-impulzív csoportba sorolásuknak megfelelően ugyan azon póluson helyezkedik el, mint a D2 kanonikus faktor Bulimiás, Alkoholfüggő, Borderline változója. Említésre méltó, hogy az impulzív póluson a Csökkentértékűség szégyen és a Büntető készenlét sémák is jelentős töltést adnak, ami arra utal, hogy az impulzivitás ezekkel a jelentősen negatív sémákkal együtt komoly sérülékenységi faktort jelent a Borderline a Bulimiás és az Alkoholfüggő csoport számára, és a sérülékenységi sémák és az ártalomkerülés temperamentum sem szolgál, visszafogó protektív faktorként az impulzivitással szemben azoknál a személyeknél, akikre ez a dimenzió jellemző.

A harmadik kanonikus faktorpár Sérülékenység kanonikus faktora (V3) is kétpólusú. Az egyik pólusra a V3-ba pozitívan töltődő az önérvényesítés esetén büntudatot aktiváló séma és a kíváncsi, impulzív, extravagáns, ingerlékeny valamint az érzelmes, nyílt, melegszívű, együttérző temperamentum, a Diagnosztikai egység faktorban (D3) pozitívan töltődő Alkoholfüggőség került. A másik pólusra a V3-ba negatívan töltődő érzelmi támogatást nem remélő, magát izoláltnak érző, kirekesztett, kudarcra ítélt érzést aktiváló sémák és a pesszimista, félnk, visszahúzódó, fáradékony vonásokat meghatározó temperamentum került, együtt a D3 póluson levő, arra negatívan töltődő Depresszióval. Ez a kanonikus faktorpár egy olyan pszichopatológiai dimenziót ragad meg, amely a depressziós és az alkoholfüggő személyek egy csoportjára jellemző. Egyrészt az Alkoholfüggő személyek egy csoportjára a sérülékenységi faktorok közül főleg a temperamentum vonások a jellemzőek (magas újdonságkeresés és jutalomfüggés és alacsony ártalomkerülés), és a sémák közül csak egy, az Önfeláldozás. Tehát az alkoholfüggőségben szenvedőknél sikerült azonosítani egy olyan dimenziót, ami nem illik bele a fő modellünkbe, ami szerint a vizsgált minták mindegyike háttérben van egy közös vulnerabilitás faktor, amit az ártalomkerülés és a negatív sémák határoznak meg. Másrészt, a Depressziós személyek egy csoportjára magas

ártalomkerülés és az alacsony újdonságkeresés és jutalomfüggés a jellemző. Ez a temperamentum-konstelláció megfelel a szakirodalomban gyakran leírt jellegzetességeknek, és megfelel a depresszió Háromosztatú modelljének is, miszerint a magas negatív affektivitást képviselő ártalomkerülés, és csökkent pozitív affektivitás jellemző a depressziósokra. Ez esetben a V3 kanonikus faktorba negatívan töltődő újdonságkeresés, ami a viselkedésaktiváció veleszületetten csökkent hajlamára utal, valamint a negatívan töltődő jutalom-függőség, ami a személy jutalom iránti csökkent érzékenységet, és a jutalom viselkedés fentartását elősegítő hatásának csökkent mértékét jelenti. Mindkét temperamentum-vonásban megjelenik a kapcsolati probléma is, ami a depresszióval egy pólusra töltődő korai maladaptív sémákat is jellemzi (ÉD, TI, TE). A sémák tekintetében a V3 kanonikus faktor (ÉD, TI, TE, KÍ) ugyan teljesen megfelel a Beck által leírt, a depresszióra a tartalom szempontjából specifikus kognícióknak, melyeket főként a személyes veszteség, a kapcsolatok és a teljesítmény területén bekövetkező kudarc jellemez (Clarck és Steer 2001). Érdeemes megjegyezni, hogy ezek a kogníciók tartalmilag szoros kapcsolatot mutatnak a temperamentum vonásokkal. A szülői hatások nem töltődnek jelentős mértékben a V3 faktorba.

Összefoglalva eredményeinket kiemelnénk, hogy a kanonikus faktorelemzéssel sikerült a pszichopatológiai jelenségek differenciálása szempontjából jelentős, egymástól független dimenziókat elkülönítenünk, melyek segítségével az egyes betegcsoporton belül is alcsoportokat lehet elkülöníteni. Az így nyert kanonikus faktorok értelmezése során tudnunk kell, hogy egy adott személyre vonatkozóan több kanonikus faktor is elérhet számításba vehetően magas értéket, azaz, például a depresszióban szenvedő egyénre, akár mind a négy kanonikus faktor töltődhet, persze csak az előjeleknek megfelelően.

A Depressziós zavar esetében említésre méltó, hogy két, egymástól független sérülékenységi dimenziót sikerült azonosítanunk. Az egyik (V1), a személyiségzavarok és a depressziós állapotok háttérében álló nem-specifikus dimenzió, amit az averzív ingerekre adott fokozott válaszkészség hajlama, a rossz szülői bánásmód és minden egyes séma jellemez. A másik (V3), amelyet a depresszióra specifikus temperamentum kombináció jellemez, vagyis alacsony újdonságkeresés és jutalomfüggőség, magas ártalomkerülés, és a depresszióra A.T. Beck által legjellemzőbbnek tartott kapcsolati és teljesítménybeli problémákra vonatkozó negatív sémák jellemzőek. Ennél a faktornál a rossz szülői bánásmód nem játszik komoly szerepet. A depresszió kutatói és teoretikusai szerint a major depresszió egy heterogén betegség (Beck 1967, Craighead 1980, Depue és Monroe 1978, Rose és mtsai 1994). A depresszió kognitív teoretikusai szerint a depressziósok egyik alcsoportja a „negatív

kogníciós depresszió” (Beck 1987, Abramson és mtsai 1989), melyre az jellemző, hogy a normál kontrollnál és a „nem-kognitív” depressziósoknál jelentősen nagyobb mértékben mutatnak negatív kogníciókat. Hamilton és Abramson (1983) vizsgálatában súlyos unipoláris major depressziós epizódot átélő csoportban jól elkülönült a depressziós kogníciókat mutató, és a „nem-kognitív” depressziós csoport. Egy heterogén depressziós mintán végzett vizsgálat eredményei szerint a „negatív kogníciós depressziósokat” a „nem-kognitív” depressziósoktól elsősorban gyermekkorban átélt negatív életesemények különítették el, és a negatív kogníciók tekintetében is a legsúlyosabb értékeket a Borderline személyiségzavaros kognitív-depressziósok érték el (Rose 1994). Ez az eredmény összhangban van az általunk talált V1 Sérülékenységi dimenzióval található rossz szülői bánásmóddal, és az összes maladaptív séma által mutatott magas értékekkel, és a D1 diagnosztikai egység faktorpárján legnagyobb töltést adó Depressziós, Borderline és Kevert személyiségzavaros mintával. Azonban fontos megjegyeznünk, hogy a V1 Sérülékenység dimenzió nem csak a depresszióban és személyiségzavarban szenvedő mintákra volt jellemző, hanem a bulimiás és a szorongásos zavarban szenvedő személyekre is.

Az alkoholfüggőségben szenvedők esetében is két független vulnerabilitás dimenzió különült el. Az egyik vulnerabilitás kanonikus faktor (V2), ami az impulzív csoporttal (Alkoholfüggő, Bulimiás, Borderline) egy póluson van, és az alábbi változók jellemzik; magas újdonságkeresés és alacsony ártalomkerülés temperamentum vonás, csökkentértékűségi és szégyenérzést aktiváló hiedelmek, és az a hiedelem, hogy szigorúan meg kell büntetni a legkisebb hibákat is, illetve saját impulzusainak a kontrollálási képtelenségére vonatkozó hiedelmek jellemzik, viszont nem jellemzőek rájuk a testi egészséggel és veszélyekkel kapcsolatos katasztrofizáló hiedelmek, a szülői bánásmód nem játszik fontos szerepet ebben a faktorban. A másik vulnerabilitási faktort (V3), magas jutalomfüggőség és újdonságkeresés, és alacsony ártalomkerülés temperamentum vonás jellemzi és az önfeláldozáson kívül más negatív séma nem jellemzi, a szülői bánásmód nem játszik fontos szerepet ebben a faktorban. Tehát az alkoholfüggőségben két, a temperamentum vonások és korai maladaptív sémák tekintetében is különböző, független dimenziót találtunk.

A Borderline minta esetében is két független látens dimenziót – a V1 és a V2 - találtunk, melyek jellemzőit már az előző két bekezdésben említettük.

Most rátérünk a második vizsgálati célkitűzésünk áttekintésére, melyben Általános Lineáris Modell elemzéssel azt vizsgáltuk, hogy a Sérülékenység kanonikus faktorok tekintetében milyen különbségek találhatóak a Normál, a Depressziós, a Szorongásos, a

Bulimiás és a Borderline minta között. Felhívom a figyelmet arra, hogy a kanonikus faktorelemzésben vizsgált minták különböznek az Általános Lineáris Modell-elemzésben vizsgált mintáktól. Az előzőben komorbid eseteket is tartalmaztak a betegcsoportok, az utóbbiban a Borderline minta kivételével, „tisztá”, más betegségekkel együtt nem járó eseteket vizsgáltunk.

Az első Sérülékenység kanonikus faktor (V1) világosan elkülöníti a betegmintákat a Normál mintától, amelytől szignifikáns mértékben magasabb értéket ért el mind a négy betegminta. A Normál mintához igazított hatás erősség szempontjából a Borderline és Depressziós mintára hatalmas, a Szorongásos mintára nagyon nagy, a Bulimiás mintára nagy hatás erősség jellemző. A V1 vulnerabilitás faktor globális, mind a négy vizsgált mintán komoly sérülékenységi tényezőnek tekinthető.

A második Sérülékenység faktor (V2) az impulzív csoportba tartozó Bulimiás és Borderline mintát szignifikáns mértékben elkülöníti a Normál mintától és a Depressziós és a Szorongásos mintától. Tehát ez a faktor az impulzív nem impulzív betegcsoportokat különíti el egymástól. Említésre méltó, hogy a depressziós csoport is szignifikáns mértékben impulzívabb a Szorongásos mintánál.

A harmadik Sérülékenységi faktor (V3), a Borderline mintát különíti el a Depressziós mintától. Ezen eredmény értelmezésekor figyelembe kell venni, hogy az összehasonlított mintákban „tisztá” betegcsoportokat alkalmaztunk a Borderline minta kivételével, amelyben az esetek 12%-ban alkoholfüggésben is szenvedtek a betegek. Tehát nem kizárható, hogy ez a különbség részben az alkoholfüggésben szenvedők és a depresszióban szenvedők közötti különbséget tükrözi.

Eredményeinket összefoglalva kiemeljük, hogy a kanonikus faktorelemzéssel talált három sérülékenység-dimenzió tekintetében a betegmintákat el tudjuk különíteni a Normál mintától, és az impulzív csoportot a nem impulzív csoporttól, illetve az alkoholfüggéssel komorbid Borderline személyiségzavar csoportot a depressziós mintától. Eredményeink alapján feltesszük, hogy ezen látens sérülékenység-dimenziók fontos szerepet játszhatnak az általunk vizsgált betegségek kialakulásában, fennmaradásában, és elkülönítésében.

5.6. Hatodik célkitűzés – Tünetdimenziók mérésére alkalmas félig-strukturált klinikai interjú (CPS-50) becslők közötti megbízhatóság vizsgálata és tünetdimenziók azonosítása faktorelemzéssel

A jelen vizsgálat eredményei szerint a CPS-50 megfelelő becslők közötti megbízhatósággal bíró, félig strukturált klinikai interjú a mentális zavarok tünetdimenzióinak felmérésére.

Magyar változata az interjú megbízhatóságát és érvényességét vizsgáló nemzetközi vizsgálat során lett kidolgozva. Alskáláinak becslők közötti megbízhatósága magas. A fő komponens elemzés 8 tünetdimenziót különített el és ezek a dimenziók szoros kapcsolatot mutattak az 50 tételből elméletileg megállapított klinikai skálákkal. A további klinikai vizsgálatokban használható, több tünetdimenzió együttjárásának mérésére alkalmas, megbízható eszközt dolgoztunk ki.

6. KÖVETKEZTETÉSEK –

Összességében a vizsgálatokban talált fő eredmények azt mutatják, hogy a vizsgált személyiségvonások és a rossz szülői bánásmódok szoros, és specifikus összefüggést mutatnak az egyes betegségmintákkal.

A temperamentum és karakterdimenziók vizsgálata során sikerült olyan személyiségvonásokat azonosítanunk, melyek az általunk vizsgált betegmintákra egyaránt jellemző közös vonások, illetve, amelyek segítenek elkülöníteni az egyes betegmintákat egymástól. A temperamentum vonások alapján kialakult kép szerint az averzív ingerekkel szembeni fokozott érzékenység, negatív affektivitás (ártalomkerülés) közös jellemzője a betegmintáknak, a normál mintával szemben. Az újdonságkeresés temperamentum dimenzió az impulzív tüneti tengelyen osztotta két csoportra a betegmintát (Bulimiás, Borderline versus Depressziós, Szorongásos). A pozitív-jutalmazó ingerekkel szembeni érzékenység (jutalomfüggőség), vagy pozitív affektivitás tengely mentén is két csoport különült el: a megtartott pozitív affektivitású Normál, Szorongásos, Bulimiás minta, és a pozitív affektivitás terén alacsony értéket elérő Depressziós és Borderline minta. A személyiség érettségét mérő karakterdimenziók közül a tanult, akaratlagos kontroll-funkciók, a hosszú távú tervezésre alapuló, a pillanatnyi kielégüléseket késleltetni tudó vonások tekintetében (önirányítottság) mind a négy betegcsoport szignifikánsabban alacsonyabb értéket ért el a Normál mintánál, és a betegmintán belül is megfigyelhető volt a komplex önkontroll képességnek egy növekvő grádiense az impulzív Borderline, Bulimiás mintától, a Depressziós, Szorongásos minta felé. Az együttműködési készség tekintetében az elsősorban kapcsolati zavarnak tekintett Borderline minta különült el. Ezek az eredmények megerősítik azt a nézetet, hogy az általunk vizsgált zavarok személyiségvonások mentén is elkülönülnek.

A bántalmazó szülői bánásmód mindkét szülő részéről szoros összefüggést mutat az egyes betegmintákkal. A Normál mintába tartozók visszaemlékezései szerint sokkal ritkábban érte őket rossz bánásmód a szülők részéről, mint a betegmintába tartozókat. Az egyes

betegminták közt a bántalmazó szülő neme, a bántalmazás mértéke és módja tekintetében is jelentős különbségeket találtunk. Említésre méltó, hogy magukat leginkább bántalmazottnak megélt személyek a Borderline mintába voltak találhatóak, majd a Depressziós minta következett, és a Szorongásos és Bulimiás minta közel azonos mértékű bántalmazást élt át a szülők részéről. Mint ahogy korábban kifejtettük, a retrospektív, gyerekkorra vonatkozó bántalmazás kérdőívek megbízhatóságának komoly korlátai vannak, ezért az eredmények értelmezésénél óvatosságnak kell lennünk. Azt minden esetre állíthatjuk eredményeink alapján, hogy a betegmintában az önéletrajzi emlékezetéből előhívott gyerekkorra vonatkozó szülőreprezentációk bántalmazóbbak, mint a normál minta esetén. A klinikai munka szempontjából levonható következtetésünk, hogy a betegek vizsgálatakor a gyermekkori bántalmazás felmérésének nagy szerepet kell tulajdonítanunk.

Eredményeink szerint a korai maladaptív sémák szoros kapcsolatban állnak mind a négy általunk vizsgált zavarral. A korai maladaptív sémák általános fokozott aktiváltsága a normál mintához képest, megfelel az általános diatézis hipotézisnek. A korai maladaptív sémák tartalomspecificitás hipotézisének megfelelően az egyes minták között specifikus különbségek figyelhetők meg a korai maladaptív sémák aktiváltsága tekintetében. Eredményeink csak részben igazolták a kognitív tartalomspecificitás becki hipotézisét, miszerint a Depresszió és a Szorongásos zavarok elkülöníthetőek bizonyos témákat illető diszfunkcionális kogníciók jelenléte és súlyossága szempontjából.

A becki hipotézisnek megfelelően a Depressziós minta valóban magasabb értéket ért el a Szorongásos mintánál a kapcsolati veszteség és a kapcsolati és teljesítmény kudarc sémák tekintetében, azonban a becki elmélet szerint a Szorongásos zavarokra jellemző sérülékenységet mérő sémák tekintetében nincs a Szorongásos és a Depressziós minta között különbség. A becki hipotézist vizsgáló több kutatásban velünk hasonló eredményre jutottak a sérülékenységre vonatkozó kogníciók tekintetében (Jolly és mtsai 1994). Eredményeink szerint a kapcsolati zavarra és teljesítmény kudarcra vonatkozó sémák fokozott aktivitása a Depresszióval szembeni sérülékenységet fokozhatja, a sérülékenységre vonatkozó kognitív sémák viszont egyaránt fontos szerepet játszanak a Szorongásos zavarban és a Depresszióban.

A borderline mintán talált eredmények megfelelnek a youngi koncepciónak, miszerint a borderline személyiségzavarban szenvedőkre nagyon gyakran mind a 19 séma jellemző. Mivel a korai maladaptív sémák célzott terápia hatására jelentős mértékben módosíthatóak és módosulásukkal párhuzamosan jelentős javulás áll be a funkcionálás és az életminőség terén (Giesen-Bloo és mtsai 2007), a klinikum szempontjából fontosnak tartjuk a sémák kérdőíves

azonosítását. Magas sémákkal bíró egyéneknél javasoljuk a sémák integrálását az esetkonceptualizációba és célzott kezelésüket beépíteni a terápiás tervbe.

Az SCL-90 segítségével a tünetek széles skáláját lehet azonosítani kérdőíves módszerrel. Alkalmos eszköznek bizonyult az egészséges és a beteg csoport elkülönítésében és az egyes csoportok között is különbséget tud tenni tünetdimenziók eloszlása és súlyossága tekintetében. A depressziós és szorongásos minta közötti különbségeket a két zavarra vonatkozó Háromosztatú modell (Clark és Watson 1991) szerint értelmezzük. A Háromosztatú modell szerint a Depresszió és a Szorongásos zavarok közös vonása az emelkedett negatív affektivitás, amiben különböznek az inkább a Szorongásos zavarokra jellemző fokozott vegetatív ingerelhetőség és inkább a Depresszióra jellemző csökkent pozitív affektivitás. A Háromosztatú modellnek megfelelően az alacsony pozitív affektivitásnak megfelelő depresszió SCL-90 dimenzió a Depressziós minta szignifikánsan magasabb értéket ért el a Szorongásos mintánál és a fokozott vegetatív ingerelhetőséget és aktiválhatóságot képviselő SCL-90 szorongás és fóbia dimenziókon a Szorongásos minta ért el magasabb értéket, a globális distresszt mérő GSI értéken, ami a konceptuálisan minden tünettől szoros kapcsolatban levő negatív affektivitásnak feleltethető meg egyaránt magas értéket értek el. A Bulimiás minta globálisan emelkedett distressz értékein belül említésre méltó, hogy a többnyire titokban tartott falásrohamok és önhánytatás együtt jár egy nagyfokú paranoiditással és interperszonális érzékenységgel. A Borderline minta szinte minden tünetdimenzió a beteg mintán belül is emelkedett értéket mutatott, ami megfelel a Borderline személyiségzavarban leírt súlyos negatív affektivitásnak, és a tüneti szinten a depresszióval és a szorongásos zavarnál mutatott súlyosabb értékeknek (Stanley és Wilson 2006; Comptois és mtsai 1999). Az SCL-90 mérőeszköz alkalmas eszköznek bizonyult a vizsgált betegminták elkülönítésére. Fontos új eredményként említjük meg, hogy az SCL-90 segítségével a vizsgált betegségek DSM-IV definíciói által leírt tünet együttesek mellett számos más, erős szubjektív kinnal járó tünetet is mutatnak. Ez az eredmény felhívja a figyelmet a diagnosztikus kategóriák által definiált tüneti kép elégtelen voltára.

A konceptuálisan sérülékenységi faktoroknak tekinthető szélsőséges temperamentum vonások, rossz szülői bánásmód és korai maladaptív sémák egymással és az egyes betegminta konstellációkkal való összefüggéseinek a feltárása olyan látens dimenziókra mutatott rá, amelyek segítségével jobban megérthetjük az egyes zavarok közötti kapcsolatokat, illetve különbségeket, illetve olyan látens dimenziókra találtunk, mely az egyes betegmintán belüli alcsoportokat különített el. A fenti jelenségek vizsgálatára végzett kanonikus faktorelemzés elkülönített három sérülékenység kanonikus faktort, melyek szoros kapcsolatban álltak

különböző betegség kombinációkkal. A nyert sérülékenység dimenziók közül az első a beteg és a normál mintát globálisan különíti el, a második az impulzív nem impulzív mintát, a harmadik a depresszió egy specifikus temperamentum és séma mintázatát különítette el az alkohol függők egy specifikus csoportjától. Az egyes betegségekhez kapcsolódó egymástól független dimenziók felvetik, hogy az egyes betegségek háttérében több független sérülékenység dimenzió is fontos szerepet játszhat, illetve felveti a betegségen belüli alcsoportok elkülönítésének a jelentőségét. Legnagyobb jelentőségű eredményünk a G faktornak tekinthető V1 sérülékenység faktor, mert ez, a sérülékenységi tényezők egy olyan konstellációját azonosítja (ártalomkerülés, rossz szülői bánásmód, maladaptív sémák), mely a vizsgált betegségekben alkalmazott antidepresszív gyógyszeres kezelések (ismert hatásuk az ártalomkerülés dimenzióra) és a pszichoterápiák (melyek a tanulás során kialakult mentális reprezentációk újra értelmezésével, átalakításával foglalkoznak) közös nem specifikus hatásának a háttérében állhat.

Az önkitöltő kérdőívek használata mellett, a klinikai kutatásokban fontos a klinikusok megbízható ítéletét elősegítő strukturált interjúk használata. Nemzetközi munkacsoportunk által kidolgozott mérőeszköz (CPS-50) a főbb pszichiátriai tünetdimenziók mérésére alkalmas megbízható munkaeszköznek bizonyult.

Összességében elmondhatjuk, hogy a pszichopatológiai spektrum általunk vizsgált területének a felosztásában fontos szerepet kellene adni közös látens sérülékenység dimenzióknak. Illetve figyelembe kellene venni az általunk talált közös sérülékenység dimenziót, amit a negatív affektivitás, rossz szülői bánásmód és a korai maladaptív sémák masszív jelenléte jellemez. Másik lényeges végkövetkeztetésünk, hogy mivel a korai maladaptív sémák és a temperamentum és karakter vonások jelentős kapcsolatban állnak az általunk vizsgált betegségcsoportokkal, fontos szerepet kellene játszaniuk a vizsgált betegségek pszichopatológiai felmérésében, esetkonceptualizációjában, és a terápias tervezésben.

ÖSSZEFOGLALÁS –

Célkitűzések: Első vizsgálatunknak két fő célja volt: 1.) Normál és beteg minták átlagai közötti különbségek vizsgálata Temperamentum és Karakter Kérdőívvel, Young Szülői Bánásmód Kérdőívvel, Young Séma Kérdőívvel, SCL-90-el mért személyiség vonások, szülői bánásmód, korai maladaptív sémák (KMS), tünetdimenziók tekintetében. 2.) Egymástól független, látens sérülékenység-diagnózis dimenziók azonosítása normál és beteg mintákon, ahol a sérülékenység változók a temperamentum vonások, a KMS és a szülői bánásmód voltak. Második vizsgálatunkban a Jelen Pszichiátriai Állapot interjú reliabilitását és faktorstruktúráját vizsgáltuk. **Módszerek:** Első vizsgálat: 157 normál és 395 depressziós, 138 szorongásos, 79 bulimiás, 50 alkoholfüggő, 69 Borderline, 60 Kevert személyiségzavaros személyt vizsgáltunk. 1) Az egyes minták közötti, a vizsgált változók átlagai tekintetében vett különbségeket Általános Lineáris Modell (GLM) elemzéssel vizsgáltuk. A GLM modellben a diagnosztikai egységeket (Normál, Depressziós, Szorongásos, Bulimiás, Borderline) független változókként, a kérdőívek alszálait és a kanonikus sérülékenység faktorokat függő változókként, a nemet és az életkort kovariánsként használtuk. 2) Egymástól független, látens pszichopatológiai dimenziók azonosítását kanonikus faktorelemzéssel végeztük. Az elemzés során kovariánsként az életkort és a nemet használtuk. 3) Második vizsgálat: 237 pszichiátriai tünetekben szenvedő páciens vizsgáltunk. Tételék és alszálák becslők közti megbízhatóságát és főkomponens elemzéssel az itemek faktorstruktúráját vizsgáltuk. **Eredmények:** 1.) A diagnosztikai csoportok közt szignifikáns különbségek voltak a temperamentum és karakter dimenziók, szülői bánásmód, KMS-k és a tünetdimenziók tekintetében. 2) A sérülékenység faktorok (KMS-k, szülői bánásmód, temperamentum vonások) és diagnosztikai csoportok közti összefüggések szignifikánsak voltak az első három kanonikus faktor esetében, ami a sérülékenység faktorok és a diagnosztikai csoportok közötti specifikus kapcsolatra utal. 3) 50-ből 46 item esetében elfogadható becslők közti megbízhatóságot találtunk. A főkomponens elemzés faktorai hasonlítottak a klinikai skálákra.

Megbeszélés: Eredményeink szerint a vizsgált változók különböznek diagnosztikai csoportonként, és a kanonikus sérülékenység faktorok tekintetében szignifikáns különbség van az egyes csoportok között. A CPS-50 megbízható klinikai interjúnak bizonyult, faktorstruktúrája az elméletileg elvárt szerint alakult.

SUMMARY:

Goals: Our first investigation had two main goals: 1) To investigate the mean differences between normal and psychiatric patient sample in terms of personality traits, childhood parenting experiences, symptom dimensions and canonical vulnerability factors, measured by Temperament and Character Inventory, Young Schema Questionnaire, Young Parenting Inventory and SCL-90 respectively. 2) To identify independent, latent vulnerability-diagnosis dimensions in a mixed sample, where the vulnerability variables were the following: temperament traits, early maladaptive schemas, parenting behaviors. 3) Our second investigation's goal was to study the reliability and factor structure of the Current Psychiatric State interview (CPS-50). **Methods:** Our first investigation's sample contains 157 normal subject and subjects who suffer from depression (395), anxiety disorders (138), bulimic symptoms (79), alcohol dependence (50), borderline (69), mixed personality disorder (60). 1) A mean difference among the diagnostic groups (normal, depressive, anxious, bulimic, borderline) in terms of different variables was investigated by General Linear Model (GLM) analysis. Diagnostic groups was used as independent variable in the GLM model while the subscales of the used questionnaires and the Vulnerability canonical variates served as dependent variables and gender and age served as covariate. 2) Relationship between vulnerability factors (EMS, parenting experiences and temperaments) and diagnostic groups was analyzed using canonical correlation analysis and gender and age served as covariate. In our second investigation CPS-50 was used to assess 237 patients with a range of psychiatric diagnoses. Comparisons of interrater reliability on each item and on 8 subscales were made and principal component analysis was used to investigate the factorstructure of the CPS-50's items. **Results:** 1.) The diagnostic groups showed a significant difference in their temperament and character dimensions, parenting experiences, early maladaptive schemas and symptom dimensions. 2.) Association between vulnerability factors (EMS, parenting experiences and temperaments) and diagnostic groups reached significance for the first three pair of canonical factors, indicating a specific relationship between diagnostic groups and vulnerability factors. 3.) Acceptable inter-rater reliability was found for 46 of the 50 items. The principal components analysis factors were similar to the clinical scales. **Discussion:** Our findings indicate that the investigated variables differ significantly among the diagnostic groups and that canonical vulnerability factors differ significantly among the diagnostic groups. The CPS-50 is a reliable standardized assessment of current mental status, and it has a theoretically sound factorstructure.

IRODALOMJEGYZÉK

1. Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB. (1989) Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychol Rev*, 96: 358-372.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Ed. 4, Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Press, Washington DC, 2000.
3. Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R, Maggini C. (1997) Temperament and personality features in panic disorder with or without comorbid mood disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 95: 420–423.
4. Anckarsäter H, Stahlberg O, Larson T, Hakansson C, Jutblad S, Niklasson L, Nydén A, Wentz E, Westergren E, Cloninger CR, Gillberg C, Rastam M. (2006) The Impact of ADHD and Autism Spectrum Disorders on Temperament, Character, and Personality Development. *Am J Psychiatry*, 163: 1239-1244.
5. Andreason N. (1982) Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 39: 784-788.
6. Bagby RM, Parker JD, Joffe RT. (1993) Confirmatory factor analysis of the Tridimensional Personality Questionnaire. *Pers Individ Dif*, 13: 1245–1246.
7. Ball SA, Cecero JJ. (2001) Addicted patients with personality disorders: Symptoms, schemas, and traits. *J Personal Disord*, 15: 72-83.
8. Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, Felthous A. (1997) Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression, *Biol Psychiatry*, 41: 1045–1061.
9. Battaglia M, Przybeck TR, Bellodi L, Cloninger CR. (1996) Temperament dimensions explain the comorbidity of psychiatric disorders. *Compr Psychiatry*, 37: 292-298.
10. Beck AT. Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. Harper and Row, New York, 1967.
11. Beck AT. Cognitive therapy of depression: New perspectives. In: Clayton PJ, Barrett JE, (szerk.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches*. Raven, New York, 1983: 265-290.
12. Beck AT. (1987) Cognitive models of depression. *J Cogn Psychother*, 1: 5–37.
13. Beck AT, Freeman A, *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford, New York, 1990.
14. Beck AT, Emery G. *A szorongásos zavarok és fóbiák kognitív szemlélete*. Animula, Budapest, 1999.
15. Bell RQ. (1968) A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization.

- Psychol Rev, 75: 81–95.
15. Bell RQ, Chapman M. (1986) Child effects in studies using experimental or brief longitudinal approaches to socialization. *Dev Psychol*, 22: 595–603.
 16. Bernstein DP, Fink L. Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report. Manual. The Psychological Cooperation, San Antonio, 1998.
 17. Bifulco A, Brown GW, Adler Z. (1991) Early sexual abuse and clinical depression in adult life. *Br J Psychiatry*, 159: 115–122.
 18. Bifulco A, Brown GW, Moran P, Ball C, Campbell C. (1998) Predicting depression in women: The role of past and present vulnerability. *Psychol Med*, 28: 39–50.
 19. Bolger KE, Patterson CJ. (2001) Pathways from child maltreatment to internalizing problems: Perceptions of control as mediators and moderators. *Dev Psychopathol*, 13: 913–940.
 20. Bonicatto S, Dew SA., Soria JJ, Seghezze ME. (1997) Validity and reliability of Symptom Checklist '90 (SCL-90) in an Argentine population sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32: 332-338.
 21. Boudewyn AC, Liem LH. (1995) Childhood sexual abuse as a precursor to depression and self-destructive behavior in adulthood. *J Trauma Stress*, 8: 445–459.
 22. Bower GH (1981) Mood and memory. *Am Psychol*, 36: 129–148.
 23. Bowlby J. Attachment and loss: Vol. 2. Separation. Basic Books, New York, 1973.
 24. Bowlby J. Attachment and loss: Vol. 3. Loss. Lippincott New Scale, Philadelphia, 1980.
 25. Brändaström S, Schlette P, Przybeck TR, Lundberg M, Forsgren T, Sigvardsson S, Nylander PO, Nilsson LG, Cloninger RC, Adolfsson R. (1998). Swedish normative data on personality using the Temperament and Character Inventory. *Compr Psychiatry*, 39: 122-128.
 26. Brewin CR, Andrews B, Gotlib IC. (1993) Psychopathology and early experience: A reappraisal of retrospective reports. *Psychol Bull*, 113: 82–98.
 27. Brotchie J, Meyer C, Copello A, Kidney R, Waller G. (2004) Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: The role of core beliefs. *Br J Clin Psychol*, 43: 337–342.
 28. Brown SL, Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR (1992) The relationship of personality to mood and anxiety states: a dimensional approach. *J. Psychiat. Res*, 26: 197–211.
 29. Brown TA, Barlow DH. (1992) Comorbidity among anxiety disorders: implications for treatment and DSM-IV. *J. Consult. Clin. Psychol*, 60: 835– 44.
 30. Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. (2001) Current and

- lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J. Abnorm. Psychol.* 110: 585-99.
31. Bucholz KK. (1999) Nosology and epidemiology of addictive disorders and their comorbidity. *Psychiatr Clin North Am*, 22: 221-40.
 32. Bugán A, Margitics F, Pauwlik Z. (2006) Vulnerabilitás faktorok depresszióra *Psychiatr Hung*, 21: 227-40.
 33. Carnelley, K. B., Pietromonaco, P. R., & Jaffe, K. (1994). Depression, working models of others, and relationship functioning. *J Pers Soc Psychol*, 66, 127–140.
 34. Carter CS. (2005) The chemistry of child neglect: Do oxytocin and vasopressin mediate the effects of early experience? *Proc Natl Acad Sci U S A*, 102: 18247–18248.
 35. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, Taylor A, Poulton R. (2002) Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*.297: 851-854.
 36. Charles S, Carver J, Miller CJ. (2006) Relations of serotonin function to personality: Current views and a key methodological issue. *Psychiatry Res*, 144: 1-15
 37. Carver CS (2004) Negative affects deriving from the behavioral approach system. *Emotion* 4: 3–22.
 38. Carver CS (2005) Impulse and constraint: perspectives from personality psychology, convergence with theory in other areas, and potential for integration. *Pers Soc Psychol Rev* 9: 312–333.
 39. Chatterjee S, Sunitha T, Velayudhan A, Khanna S. (1997) An investigation into the psychobiology of social phobia: personality domains and serotonergic function, *Acta Acta Psychiatr Scand* 95: 544–550.
 40. Clark DA, Steer RA. A szorongás és a depresszió kognitív modelljének empirikus státusza. In: Salkovskis PM (Szerk.). *A kognitív terápia térhódítása*. Animula, Budapest, 2001.
 41. Clark A, Friemann M J. (1983) Factor structure and discriminant validity of the SCL-90 in a veteran psychiatric population. *J Pers Assess*, 47: 396-404.
 42. Clark LA. (2005) Temperament as a Unifying Basis for Personality and Psychopathology. *J Abnorm Psychol*, 114: 505-521.
 43. Clark LA, Watson D. (1991) Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *J Abnorm Psychol*, 100: 316-336.
 44. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. (2006) Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *J Affect Disord*, 92: 35-44
 45. Cloninger CR. (1987) A systematic method for clinical description and classification of

- personality variants. *Arch Gen Psychiatry*, 44: 573-588.
46. Cloninger CR., Svrakic DM, Przybeck TR. (1993) A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 975-990.
 47. Cloninger CR. (1994) Temperament and personality. *Curr Opin Neurobiol*, 4: 266-273.
 48. Cloninger, C. R. (1997). Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment. *Psychiatry*, 60, 120-141.
 49. Cloninger CR, Przybeck TR, Svakic DM. (1991) The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data. *Psychol Rep*, 69: 1047-1057.
 50. Cloninger CR, Svrakic DM, Bayon C, Przybeck TR. Measurement of psychopathology as variants of personality. In: Cloninger CR, Svrakic DM, Bayon C, Przybeck TR (szerk.), *Personality and psychopathology*, American Psychiatric Press, Washington, DC, 1999. 33–65.
 51. Cloninger CR. (2000) Biology of personality dimensions. *Curr Opin Psychiatry*, 13: 611-616.
 52. Cloninger CR, Bayon C, Svrakic DM (1998) Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. *J Affect Disord*, 51: 21-32.
 53. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. Center for Psychobiology of Personality. Washington University, St Louis, MO, 1994.
 54. Cloninger CR. *The Tridimensional Personality Questionnaire, Version IV*. St. Louis, MO: Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, 1987.
 55. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM. (1991) The Tridimensional Personality Questionnaire: U. S. normative data. *Psychol Rep*, 69: 1047-1057.
 56. Cohen P, Brown J, Smailes E. (2001) Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Dev Psychopathol*, 13: 981–999.
 57. Comptois KA, Cowley DS, Dunner DL, Roy-Byrne PP. (1999) Relationship between borderline personality disorder and Axis I diagnosis in severity of depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*, 60: 752-758.
 58. Costa Jr PT, McCrae RR. *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual*, Psychological Assessment Resources, Odessa, FL 1992.
 59. Craighead WE. (1980) Away from a unitary model of depression. *Behav Therapy*, 11: 122-128.

60. Cyr JJ, McKenna-Foley JM, Peacock E. (1985) Factor structure of the SCL-90-R: Is there one? *J. Person. Assessment*, 49: 571-77.
61. Daneluzzo E, Stratta P, Rossi A. (2005) The contribution of temperament and character to schizotypy multidimensionality. *Compr Psychiatry*, 46: 50–55.
62. Davidson RJ, Jackson DC, Kalin NH. (2000) Emotion, plasticity, context, and regulation: perspectives from affective neuroscience. *Psychol Bull* 126: 890–909.
63. Depue RA, Monroe SM. (1978) Learned helplessness in the perspective of the depressive disorders. *J Abnorm Psychol*, 87: 3-20.
64. Depue RA. (1995) Neurobiological factors in personality and depression, *Eur J Pers*, 9: 413–439.
65. Depue RA, Collins PF. (1999) Neurobiology of the structure of personality: dopamine, facilitation of incentive motivation, and extraversion. *Behav Brain Sci*, 22: 491–517.
66. Derogatis LR, Cleary PA. (1977) Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90-R: A study in construct validation. *J Clinic Psych*, 33: 981-89.
67. Derogatis LR, Cleary PA. (1977) Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensions of the SCL-90. *Br J Soc Clinic Psych*, 16: 347-56.
68. Derogatis LR, Rickels K, Roch AF. (1976) The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry*, 129: 280-289.
69. Derryberry D, Rothbart MK. (1997) Reactive and effortful processes in the organization of temperament. *Dev Psychopathol*, 9: 633-52.
70. Dinning WD, Evan RG. (1977) Discriminant and convergent validity of the SCL-90 in psychiatric inpatients. *J Person Assess*, 41: 304-310
71. Erdelyi MH. (2006) The unified theory of repression. *Behav Brain Sci* 29: 499-511.
72. Eysenck HJ. *The Structure of Human Personality* (3rd ed), Methuen, London, 1970.
73. Eysenck HJ. (1992) Four ways five factors are not basic. *Personality and Individual Differences* 13: 667–673.
74. Falloon IRH, Mizuno M., Murakami M, Roncone R, Unoka Zs, Harangozó J, Pullman J, Gedye R, Held T, Hager B, Erickson D, Burnett K. (2005) Structured assessment of current mental state in clinical practice: an international study of the reliability and validity of the Current Psychiatric State interview, CPS-50. *Acta Psychiatr Scand*, 111: 44-50.
75. Farmer A, Mahmood A, Redman K, Harris T, Sadler S, McGuffin P. (2003) A sib-pair study of the Temperament and Character Inventory in major depression, *Arch Gen Psychiatry* 60: 490–496.

76. Farabaugh A, Fava M, Mischoulon D, Sklarsky K, Petersen T. (2005) Relationships between major depressive disorder and comorbid anxiety and personality disorders. *Compr Psychiatry*, 46: 266–71.
77. Fassino S, Amianto F, Gramaglia C, Facchini F, Abbate Daga G. (2004) Temperament and character in eating disorders: ten years of studies. *Eat Weight Disord*, 9: 81-90.
78. Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM.(2006) Structure of internalizing symptoms in early adulthood. *Br J Psychiatry*,189: 540-546.
79. Fichter M, Quadflieg N. (2001) The structured interview for anorexic and bulimic disorders for DSM-IV and ICD-10 (SIAB-EX): Reliability and validity *Eur Psychiatry*, 16: 38-48.
80. Fonagy P, Gergely G, Target M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *J Child Psychol Psychiatr*, 48: 288-328.
81. Fossati A, Barratt ES, Borroni S, Villa D, Grazioli F, Maffei C. (2007) Impulsivity, aggressiveness, and DSM-IV personality disorders. *Psychiatry Res*, 149: 157-16.
82. Fossey M, Roy-Byrne P Cowley D. (1989) Personality assessment using the Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ) in patients with panic disorder and generalized anxiety disorder. *Biol Psychiatry* 25: 10-13.
83. Feiring C, Taska L, Lewis M. (1998) The role of shame and attributional style in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Maltreat*, 3: 129–142.
84. Garner DM Professional Eating Disorder Inventory-2. Professional Manual.Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1991.
85. Ge X, Conger RD, Cadoret RJ, Neiderhiser JM, Yates W, Troughton E, Stewart MA. (1996) The developmental interface between nature and nurture: A mutual influence model of child antisocial behavior and parent behaviors. *Dev Psychol*, 32: 574-589.
89. Gergely G, Fonagy P, Target M (2002) Attachment, mentalization, and the etiology of borderline personality disorder. *Self Psychology*, 3: 73-82.
90. Gergely Gy, Unoka Zs. Kötődés, érzelemszabályozás és mentalizáció; Az affektív szelf reprezentációs fejlődése. In: Halász P. (szerk.) *Tudat és tudatváltozások*. Melinda Kiadó és Reklámügynökség, Budapest, 2007.
91. Gergely, G. & Unoka, Zs. The development of the unreflective self. In: Bush F N (Szerk.), *Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications*. The Analytic Press, New York, 2008: 57-102.
92. Gibb BE, Abela JRZ. (2007) Emotional Abuse, Verbal Victimization, and the

Development of Children's Negative Inferential Styles and Depressive Symptoms. *Cognit Ther Res*. DOI 10.1007/s10608-006-9106-x

93. Gibb BE, Alloy LB, Abramson LY, Rose DT, Whitehouse WG, Donovan P, Hogan ME. (2001) History of childhood maltreatment, depressogenic cognitive style, and episodes of depression in adulthood. *Cognit Ther Res*, 24: 425–446.
94. Gibb BE. (2002) Childhood maltreatment and negative cognitive styles: A quantitative and qualitative review. *Clin Psychol Rev*, 22: 223–246.
95. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A. (2006) Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 63: 649-58.
96. Godart N, Berthoz S, Rein Z, Perdereau F, Lang F, Venisse JL, Halfon O, Bizouard P, Loas G, Corcos M, Jeammets P, Flament M, Curt F. (2006) Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia nervosa and bulimia? *Int J Eat Disord*, 39: 772-8.
97. Goldberg LR. (1993) The structure of phenotypic personality traits, *Am Psychol* 48: 26–34.
98. Goldberg LR. (1992) The development of markers of the Big-Five factor structure. *Psychol Assess*, 4: 26-42.
99. Goldman RG, Skodol AE, McGrath PJ, Oldham JM. (1994) Relationship between the Tridimensional Personality Questionnaire and DSM-III-R personality traits. *Am J Psychiatry*, 151: 274–276.
100. Gongora CV, Derksen JJJ, van Der Staak CPF. (2004) The role of core beliefs in the specific cognitions of bulimic patients. *J Nerv Ment Dis*, 192: 297-303.
101. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA. (1989) The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. I Development, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 46: 1006-1011.
102. Gothelf D, Aharonovsky O, Horesh N, Carty T, Apter A. (2004) Life events and personality factors in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Comp Psychiatry*, 45: 192-198.
103. Gray JA. Personality dimensions and emotion systems. In: Ekman P and Davidson RJ, (szerk.), *The Nature of Emotion: Fundamental Questions*, Oxford University Press, New York, 1994a: 329–331.
104. Gray JA. Three fundamental emotion systems. In: Ekman P, Davidson RJ (szerk.), *The*

- Nature of Emotion: Fundamental Questions. Oxford University Press, New York 1994b: 243–247.
105. Grucza RA, Przybeck TR, Spitznagel EL, Cloninger CR. (2003) Personality and depressive symptoms: a multi-dimensional analysis. *J Affect Disord* 74: 123–130.
 106. Grucza RA, Przybeck TR, Cloninger CR. (2007) Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Compr Psychiatry*. 48: 124-31,
 107. Hafkenscheid A. (1993) Psychometric evaluation of the Symptom Checklist (SCL-90) in psychiatric inpatients. *Person Individ Diff*, 14: 751-756.
 108. Hamilton EW, Abramson LY. (1983) Cognitive patterns in major depressive disorder: A longitudinal study in a hospital setting. *J Abnorm Psychol*, 92: 173-184.
 109. Hamilton M. (1959) The assessment of anxiety states by rating scale. *Br J Med Psychol*, 32: 50-55.
 110. Hamilton M. (1960) A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23: 56-61.
 111. Hankin BL. (2005) Childhood Maltreatment and Psychopathology: Prospective Tests of Attachment, Cognitive Vulnerability, and Stress as Mediating Processes *Cognit Ther Res*, 29: 645-671.
 112. Hankin BL, Kassel JD, Abela JRZ. (2005) Adult attachment styles and specificity of emotional distress: Prospective investigations of cognitive risk and interpersonal stress generation as mediating mechanisms. *Pers Soc Psychol Bull*, 31: 136–151.
 113. Hardt J, Rutter M. (2004) Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *J Child Psychol Psychiatry* 45: 260-273.
 114. Harris AE, Curtin L. (2002) Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognit Ther Res*, 26: 405–416.
 115. Heath AC, Cloninger CR, Martin NG. (1994) Testing a model for the genetic structure of personality: a comparison of the personality systems of Cloninger and Eysenck. *J Pers Soc Psychol*, 66: 762–775.
 116. Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall B, Miller AH, Nemeroff CB. (2000) Pituitary-Adrenal and Autonomic Responses to Stress in Women After Sexual and Physical Abuse in Childhood *JAMA*, 284: 592-597.
 117. Herbst H, Zonderman AB, McCrae RR, Costa PT. (2000) Do the dimensions of the Temperament and Character Inventory map a simple genetic architecture: evidence from molecular genetics and factor analysis. *Am J Psychiatry* 157: 1285–1290.
 118. Hinrichsen H, Waller G, Emanuelli F. (2004) Social anxiety and agoraphobia in the

- eating disorders: Associations with core beliefs. *J Nerv Ment Dis*, 192: 784–787.
119. Hirano S, Sato T, Narita T, Kusunoki K, Ozaki N, Kimura S. (2002) Evaluating the state dependency of the temperament and character inventory dimensions in patients with major depression: a methodological contribution, *J Affect Disord*, 69: 31–38.
 120. Hofmann SG, Loh R. (2006) The Tridimensional Personality Questionnaire: changes during psychological treatment of social phobia. *J Psychiatr Res* 40: 214–220.
 121. Hoffart A, Sexton H, Hedley LM, Wang CE, Holthe H, Haugum JA, Nordahl HM, Hovland OJ, Holte A. (2005) The Structure of Maladaptive Schemas: A Confirmatory Factor Analysis and a Psychometric Evaluation of Factor-Derived Scales. *Cognit Ther Res*, 29: 627-644.
 122. Hoffart A, Versland S, Sexton H. (2002) Self-understanding, empathy, guided-discovery, and schema belief in schema-focused cognitive therapy of personality disorders: A process-outcome study. *Cognit Ther Res*, 26: 199–219.
 123. Hoffman NG, Overall PB. (1978) Factor structure of the SCL-90 in a psychiatric population. *J Consult Clinic Psych*, 46: 1187-91.
 124. Holcomb WR, Adams NA, Ponder HM. (1983) Factor structure of the Symptom Checklist-90 with acute psychiatric inpatients. *J Consult Clinic Psych*, 51: 535-38.
 125. Holi MM, Sammallahti PR, Aalberg VA. (1998) A Finish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatr Scand*, 97: 42-46.
 126. Horowitz MJ. *Person Schemas and Maladaptive Interpersonal Behavior Patterns*. University of Chicago Press, Chicago, 1991.
 127. Inczédy-Farkas G, Simon L, Unoka Zs, Czobor P. (2007) Csoporttagok kognitív sémáinak hatása a kölcsönös érzelmi választásban. *Pszichoterápia*, 16: 46-52.
 128. Jang KL, Livesley WJ, Angleitner A, Riemann R, Vernon PA. (2002) Genetic and environmental influences on the covariance of facets defining the domains of the five-factor model of personality, *Pers Individ Dif* 33: 83–101.
 129. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. (1999) Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 56: 600-606.
 130. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Smailes E, Brook JS. (2001) Association of Maladaptive Parental Behavior With Psychiatric Disorder Among Parents and Their Offspring. *Arch Gen Psychiatry*, 58: 453-460.
 131. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Smailes E, Brook JS. (2002) Childhood Adversities Associated With Risk for Eating Disorders or Weight Problems During Adolescence or

- Early Adulthood. *Am J Psychiatry*, 159: 394-400.
132. Johnson JG, Cohen P, Chen H, Kasen S, Smailes E, Brook JS. (2006) Parenting Behaviors Associated With Risk for Offspring Personality Disorder During Adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 63: 579-587.
133. Jolly JB, Murray JD, Kramer TA, Wherry JN. (1994) Integration of Positive and Negative Affectivity and Cognitive Content-Specificity: Improved Discrimination of Anxious and Depressive Symptoms. *J Abnorm Psychol*, 103: 544-552.
134. Jovev M, Jackson HJ. (2004) Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *J Personal Disord*, 18: 467-78.
135. Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, McKenzie JM, Sullivan PF, Cloninger RC. (2003) Borderline personality disorder in major depression: symptomatology, temperament, character, differential drug response, and 6-month outcome. *Compr Psychiatry* 44: 35–43.
136. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V. (1999) Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38: 1214–1222.
137. Kaufman J, Charney D. (2001) Effects of early stress on brain structure and function: Implications for understanding the relationship between child maltreatment and depression. *Dev Psychopathol*, 13: 451–471.
138. Kay SR, Fiszbein S, Opier LA. (1982) The Positive and Negative Syndrome Scale (PANS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 13: 262-273.
139. Kennedy BL, Morris RL, Pedley LL, Schwab JJ. (2001) The ability of the Symptom Checklist SCL-90 to differentiate various anxiety and depressive disorders. *Psychiatr Q*, 72: 277-88.
140. Kendler KS, Walters EE, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. (1995) The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*, 52: 374-383.
141. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. (1997) Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med*, 27: 1101-1119.
142. Kim S, Hoover K. (1996) Tridimensional Personality Questionnaire. Assessment in patients with social phobia and control group. *Psychol Rep*, 78: 43–49.
143. Kirk KM, Eaves LJ, Martin NG. (1999) Self-transcendence as a measure of spirituality in a sample of older Australian twins. *Twin Res*, 2: 81–87.
144. Kleifield EI, Sunday S, Hurt S, Halmi KA. (1993) Psychometric validation of the

- Tridimensional Personality Questionnaire: application to subgroups of eating disorders. *Compr Psychiatry*, 34: 249–253.
145. Klump K, Strober M, Bulik C, Thornton L, Johnson C, Devlin B, Fichter M, Halmi K, Kaplan A, Woodside D, Crow S, Mitchell J, Rotondo A, Keel P, Berrettiini W, Plottnicov K, Pollice C, Lilienfeld L, Kaye W. (2004) Personality characteristics of women before and after recovery from an eating disorder. *Psychol Med*, 34: 1407–1418.
146. Koeter MWJ. (1992) Validity of the GHQ and SCL anxiety and depression scales: a comparative study. *J Affect Disord*, 24: 271–280.
147. Kopp M, Fóris N. A szorongás kognitív viselkedésterápiája. Végeken Kiadó, Budapest, 1995.
148. Korner A, Gerull F, Stevenson J, Meares R. (2007) Harm avoidance, self-harm, psychic pain, and the borderline personality: life in a “haunted house”. *Compr Psychiatry*, 48: 303–308.
149. Krueger RF, Hicks BM, Patrick CJ, Carlson SR, Iacono WG, McGue M. 2002. Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: modeling the externalizing spectrum. *J Abnorm Psychol*, 111: 411–24.
150. Krueger RF, Markon KE, Patrick CJ, Iacono W. 2005. Externalizing psychopathology in adulthood: a dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V. *J Abnorm Psychol*, 114: 537–50.
151. LeDoux JE. *The Emotional Brain The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. Simon & Schuster, New York 1996.
152. Lee CW, Taylor G, Dunn J. (1999) Factor structure of the Schema-Questionnaire in a large clinical sample. *Cognit Ther Res*, 23: 441–451.
153. Leung N, Waller G, Thomas G. (1999) Core beliefs in anorexic and bulimic women. *J Nerv Ment Dis*, 187: 736–741.
154. Lewinsohn PM, Rosenbaum M. (1987) Recall of parental behavior by acute depressives, remitted depressives, and nondepressives. *J Pers Soc Psychol*, 52: 611–619.
155. Lewis M. (1995) Memory and psychoanalysis: A new look at infantile amnesia and transference. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34: 405–417.
156. Lieb R, Wittchen HU, Hofler M, Fuetsch M, Stein MB, Merikangas KR. (2000) Parental Psychopathology, Parenting Styles, and the Risk of Social Phobia in Offspring: A Prospective-Longitudinal Community Study. *Arch Gen Psychiatry*, 57: 859–866.
157. Liu D, Diorio J, Tannenbaum B. (1997) Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science* 277:

- 1659-1662.
158. Loftus EF. (1994) The repressed memory controversy. *Am Psychol*, 49: 443–445.
 159. Lucas RE, Diener E, Grob A, Suh EM, Shao L. (2000) Cross-cultural evidence for the fundamental features of extraversion, *J Pers Soc Psychol* 79: 452–468.
 160. MacDonald DA, Friedman HL, Kuentzel JG. (1999) A survey of measures of spiritual and transpersonal constructs: Part one—research update. *J Transpers Psychol* 31: 137–154.
 161. Maciejewski PK, Mazure CM. (2006) Fear of Criticism and Rejection Mediates an Association Between Childhood Emotional Abuse and Adult Onset of Major Depression. *Cognit Ther Res*, 30: 105-122.
 162. Maggini C, Ampollini P, Marchesi C, Gariboldi S, Cloninger CR. (2000) Relationships between Tridimensional Personality Questionnaire dimensions and DSM-III-R personality traits in Italian adolescents. *Compr Psychiatry*, 41: 426–31.
 163. Manara F, Manara A, Todisco P. (2005) Correlation between psychometric and biological parameters in anorexic and bulimic patients during and after an intensive day hospital treatment. *Eat Weight Disord*, 10: 236-44.
 164. Marijnissen G, Tuinier S, Sijben AE, Verhoeven WM. (2002) The temperament and character inventory in major depression. *J Affect Disord* 70: 219–223.
 165. Marteinsdottir M, Tilfors T, Furmark U, Ekselius L. (2003) Personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory (TCI) in subjects with social phobia, *Nord J Psychiatry*, 57: 1.
 166. McCrae RR, Costa PT. (1987) Validation of the Five Factor model of personality across instrument and observers. *J Pers Soc Psychol*, 52: 81-90.
 167. McCrae RR, Costa PT Jr. (1997) Personality trait structure as a human universal. *Am Psychol*, 52: 509-16.
 168. McCrae RR, John OP. (1992) An introduction to the five-factor model and its applications. *J Pers*, 60: 175-215.
 169. Meyer C, Gillings K. (2004) Parental bonding and bulimic psychopathology: The mediating role of mistrust/abuse beliefs. *Int J Eat Disord*, 35: 229–233.
 170. Mischel W. Processes in delay of gratification. In: Berkowitz L (szerk.), *Advances in Experimental Social Psychology* vol. 7, Academic Press, New York, 1974: 249–292.
 171. Moffett LA, Radenhausen RA (1990) Assessing depression in substance abusers: Beck Depression Inventory and SCL-90R. *Addict Behav*, 15: 179–181.
 172. Moffitt TE, Harrington HL, Caspi A, Kim-Cohen J, Goldberg D, Gregory AL, Poulton

- R. (2007) Depression and Generalized Anxiety Disorder: Cumulative and Sequential Comorbidity in a Birth Cohort Followed Prospectively to Age 32 Years. *Arch Gen Psychiatry*, 64: 651-660.
173. Morgan CD, Wiederman MW, Magnus RD. (1998) Discriminant validity of the SCL-90 dimensions of anxiety and depression. *Assessment*, 5: 197-201.
174. Mörtberg E, Bejerot S, Wistedt AÅ. (2007) Temperament and character dimensions in patients with social phobia: Patterns of change following treatments? *Psychiatry Res*, 152: 81-90.
175. Mulder RT, Joyce PR, Sullivan PF, Bulik CM, Carter FA. (1999) The relationship among three models of personality psychopathology: DSM-III-R personality disorder, TCI scores and DSQ defences. *Psychol Med*, 29: 943-51.
176. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. (1996) The long term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse Negl*, 20: 7-21.
177. Muris P. (2006) Maladaptive Schemas in Non-Clinical Adolescents: Relations to Perceived Parental Rearing Behaviours, Big Five Personality Factors and Psychopathological Symptoms. *Clin Psychol Psychother*, 13: 405-413.
178. Murray C, Waller G, Legg C. (2000) Family dysfunction and bulimic psychopathology: The mediating role of shame. *Int J Eat Disord*, 25: 319-326.
179. Nemeroff L. (2003) Differential response to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients of chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 100: 14239-14296.
180. Nigg JT. (2000) On inhibition/disinhibition in developmental psychopathology: views from cognitive and personality psychology as a working inhibition taxonomy. *Psychol Bull*, 126: 220-246.
181. Osváth A, Kállai J, Sasvári-Székely M, Rózsa S, Bánki MCs. (2002) Cloninger Temperamentum és Karakter Kérdőívének (TCI) biológiai és pszichológiai vonatkozásainak ismertetése. *Psychiatr Hung*, 17: 168-181.
182. Plomin R, Daniels D. (1987) Why are children in the same family so different from one another? *Behav Brain Sci*, 10: 1-16.
183. Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Both L, Kumar S, Wilhelm K, Olley A. (2004) Measuring disordered personality functioning: to love and to work revisited. *Acta Psychiatr Scand*, 110: 230-39.
184. Parker G. (1979) Parental characteristics in relation to depressive disorders. *Br J*

- Psychiatry, 134: 138–147.
185. Pélissolo A, Saïd S, Pezous AM, Guillem E, Lépine JP. (1997) Personality profiles in substance abusers using the temperament and character inventory (TCI) *Biol Psychiatry*, 42: 31-38.
 186. Pélissolo A, Lépine JP. (2000) Normative data and factor structure of the Temperament and Character Inventory (TCI) in the French version. *Psychiatry Res*, 94: 67-76.
 187. Pelissolo A, André C, Pujol H, Yao S, Servant D, Braconnier A, Orain-Pélissolo S, Bouchez S, Lépine J. (2002) Personality dimensions in social phobics with and without depression. *Acta Psychiatr Scand*, 105: 94–103.
 188. Perna G, Caldirola D, Garberi A. (1992) Personality dimension in panic disorder: state versus trait issues. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry* 8: 49–54.
 189. Perris C, Jacobsson L, Lindström H, von Knorring L, Perris H. (1980) Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatr Scand*, 61: 265–274.
 190. Persinger MA, Makarec K. (1993) Complex partial epileptic signs as a continuum from normals to epileptics: normative data and clinical populations. *J Clin Psychol* 49: 33–45.
 191. Petrocelli JV, Glaser BA, Calhoun GB, Campbell LF. (2001) Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. *J Personal Disord*, 15: 546–559.
 192. Pine DS, Cohen JA. (2002) Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biol Psychiatry*, 51: 519–531.
 193. Pinto-Gouveia J, Castilho P, Galhardo A, Cunha M. (2006) Early Maladaptive Schemas and Social Phobia. *Cognit Ther Res*, 30: 571-584.
 194. Plomin R, Daniels D (1987) Why are children in the same family so different from one another? *Behav Brain Sci* 10: 1-16.
 195. Pukrop R. (2002) Dimensional profiles of borderline personality disorder in comparison with other personality disorders and healthy controls. *J Pers Disord*, 16: 135–147.
 196. Rief W, Fichter M. (1992) The Symptom-Check-List SCL-90-R and its ability to discriminate between dysthymia, anxiety, and anorexia nervosa. *Psychopathology*, 25: 128-138.
 197. Rijkeboer MM, van den Bergh H. (2006) Multiple Group Confirmatory Factor Analysis of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch Clinical versus Non-clinical Population. *Cognit Ther Res*, 30: 263-278.
 198. Riso LP, du Toit PL, Blandino JA, Penna S, Dacey S, Duin JS. (2003) Cognitive aspects of chronic depression. *J Abnorm Psychol*, 112: 72–80.

199. Riso LP, Froman SE, Raouf M, Gable P, Maddux RE, Turini-Santorelli N, Penna S, Blandino JA, Jacobs CH, Cherry M. (2006) The Long-Term Stability of Early Maladaptive Schemas. *Cognit Ther Res*, 30: 515-529.
200. Robins LN, Schoenberg SP, Holmes SJ, Ratcliff KS, Benham A, Works J. (1985) Early home environment and retrospective recall: A test of concordance between siblings with and without psychiatric disorders. *Am J Orthopsychiatry*, 55: 27–41.
201. Rorty M, Yager J, Rossotto E, Buckwalter G. (2000) Parental intrusiveness recalled by women with a history of bulimia nervosa and comparison women. *Int J Eat Disord*, 28: 202-208.
202. Rózsa S, Kállai J, Osváth A, Bánki MCs. *Temperamentum és karakter: Cloninger pszichobiológiai modellje. A Cloninger-féle temperamentum és karakter kérdőív felhasználói kézikönyve.* Medicina, Budapest, 2005.
203. Rose DT, Abramson LY, Hodulik CJ, Halberstadt L, Jeff G. (1994) Heterogeneity of cognitive style among depressed inpatients. *J Abnorm Psychol*, 103: 419–429.
204. Rounsaville BJ, Alarcon RD, Andrews G, Jackson JS, Kendell RE, Kendler K. Basic nomenclature issues for DSM-V; in Kupfer DJ, First MB, Regier DE (szerk.), *A Research Agenda for DSM-V.* American Psychiatric Association, Washington, 2002: 1-29.
205. Rutter M. (2005) Environmentally mediated risks for psychopathology: research strategies and findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44: 3-18.
206. Safren SA, Gershuny BS, Marzol P, Otto MW, Pollack MH. (2002) History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis*, 190: 453-456.
207. Salkovskis PM. *A kognitív terápia térhódítása.* Animula, Budapest, 2001.
208. Saviotti FM, Grandi S, Savron G, Ermentini R, Bartolucci G, Conti S, Fava GA. (1991) Characterological traits of recovered patients with panic disorder and agoraphobia. *J Affect Disord*, 23: 113-117.
209. Schacter DL, Koutstaal W, Norman KA. (1996) Can cognitive neuroscience illuminate the nature of traumatic childhood memories? *Curr Opin Neurobiol*, 6: 207–214.
210. Schmidt NB, Joiner TE, Young JE, Telch MJ. (1995) The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognit Ther Res*, 19: 295-321.
211. Schore AN. (2001) Contribution from the decade of the brain to infant mental health: An overview. *Infant Ment Health J*, 22: 1-6.

212. Segal ZV. (1988) Appraisal of the self-schemata construct in cognitive models of depression. *Psychol Bull*, 103: 147-162.
213. Shah R, Waller G. (2000) Parental style and vulnerability to depression: The role of core beliefs. *J Nerv Ment Dis*, 188: 19–25.
214. Sheffield A, Waller G, Emanuelli F, Murray J. (2006) Is comorbidity in the eating disorders related to perceptions of parenting? Criterion validity of the revised Young Parenting Inventory. *Eat Behav*, 7: 37-45.
215. Sheffield A, Waller G, Emanuelli F, Murray J, Meyer C. (2005) Links Between Parenting and Core Beliefs: Preliminary Psychometric Validation of the Young Parenting Inventory. *Cognit Ther Res*, 29: 787-802.
216. Simeon D, Guralnik O, Knutelska M, Schmeidler J. (2002) Personality factors associated with dissociation: Temperament, defences, and cognitive schemata. *Am J Psychiatry*, 159: 489–491.
217. Slap JW, Saykin AJ. (1983) The schema: Basic concept in a nonmetapsychological model of the mind. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6: 305-325.
218. Smith DJ, Duffy L, Stewart ME, Muir WJ, Blackwood DH. (2005) High harm avoidance and low self-directedness in euthymic young adults with recurrent, early-onset depression, *J Affect Disord*, 87: 83–89.
219. Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. (1992) The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: history, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry*, 49: 624-629.
220. Stallings MC, Hewitt JK, Cloninger CR, Heath AC, Eaves LJ. (1996) Genetic and environmental structure of the Tridimensional Personality Questionnaire: three or four temperament dimensions? *J Pers Soc Psychol* 70: 127–140.
220. Stanley B, Wilson ST. (2006) Heightened subjective experience of depression in borderline personality disorder. *J Personal Disord* 20: 307-318.
221. Starcevic V, Uhlenhuth EH, Fallon S, Pathak D. (1996) Personality dimensions in panic disorder and generalized anxiety disorder. *J Affect Disord*, 37: 75-79.
222. Steiger H, Van der Feen J, Goldstein C, Leichner P. (1989) Defense styles and parental bonding in eating-disordered women. *Int J Eat Disord*, 8: 131-140.
223. Stein DJ, Young JE, editors. *Cognitive science and clinical disorders*. Academic Press, San Diego, 1993.
224. Strakowski SM, Faedda GI, Thoen M, Goodwin DC, Stoll AL. (1992) Possible affective-state dependence of the tridimensional personality questionnaire. *Psychol Res*, 41:

- 215–226.
225. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman D. (1996) The revised conflict tactics scale (CTS2). *J Fam Issues*, 17: 283–316.
226. Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR. (1991) Further contribution to the conceptual validity of the unified biosocial model of personality: US and Yugoslav data. *Compr Psychiatry*, 32: 195–209.
227. Svrakic DM, Witehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. (1993) Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 991-999.
228. Svrakic DM, Przybeck TT, Whitehead C, Cloninger CR. Emotional traits and personality dimensions. In: Cloninger CR (szerk.), *Personality and psychopathology*, American Psychiatric Press, Washington DC, 1994.
229. Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR. (1992) Mood states and personality traits. *J Affect Disord*, 24: 217–226.
230. Taylor SE, Brown JD. (1988) Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychol Bull*, 103: 193–210.
231. Tellegen A. Structure of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In: Tuma AH és Maser JD (szerk.), *Anxiety and the Anxiety Disorders*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ, 1985: 681–706.
232. Thalheimer W, Cook S. (2002) How to calculate effect sizes from published research articles: A simplified methodology. Retrieved July 10, 2007 from http://work-learning.com/effect_sizes.htm.
233. Toth SL, Manly JT, Cicchetti D. (1992) Child maltreatment and vulnerability to depression. *Dev Psychopathol*, 4: 97–112.
234. Tóth O. Erőszak a családban. TÁRKI Társadalompolitikai Tanulmányok. 12. Budapest, 1999.
235. Tringer L. A pszichiátria tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest, 1999.
236. Turner HM, Rose KS, Cooper MJ. (2005) Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: The meditating role of core beliefs. *Eat Behav*, 6: 113–118.
237. Túry F, Szabó, P (szerk.), *A táplálkozási magatartás zavarai: Az Anorexia Nervosa és a Bulimia Nervosa*. Medicina Könyvkiadó RT, Budapest, 2000.
238. Unoka Zs. (1998) Az integrált pszichiátriai ellátásban használt becslőmódszerek. *Pszichoterápia, Supplementum*, 1:33-52.
239. Unoka Zs, Rózsa S, Kő N, Kállai J, Fábíán Á, Simon L. (2004a) A Derogatis-féle

- Tünetlista hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok. *Psychiatr Hung*, 3: 28-35.
240. Unoka Zs, Rózsa S, Fábrián Á, Mervó B, Simon L. (2004b) A Young-féle Séma kérdőív: A Korai maladaptív sémák jelenlétét mérő eszköz pszichometriai jellemzőinek vizsgálata. *Psychiatr Hung*, 3: 235-243.
241. Unoka Zs. (2006a) A korai traumák jelentősége a pszichiátriai zavarok kialakulásában I. rész. *Családorvosi Fórum*. 7: 25-30.
242. Unoka Zs. (2006b) A korai traumák jelentősége a pszichiátriai zavarok kialakulásában II. rész. *Családorvosi Fórum*. 8: 23-26.
243. Unoka Zs, Czobor P, Tölgyes T. (2007) Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: a differential association. *Compr Psychiatry*, 48: 199-204.
244. Ventura J, Green MF, Shaner A, Liberman RP. (1993) Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale: 'The drift busters'. *Int J Methods Psychiatr Res*, 3: 221-244.
245. Vitousek KB, Hollon SD. (1990) The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognit Ther Res*, 14: 191-214.
246. Wachtel PL. *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. Basic Books, New York, 1977.
247. Waller NG, Kojetin BA, Bouchard TJ, Lykken DT, Tellegen A. (1990) Genetic and environmental influences on religious interests, attitudes, and values. *Psychol Sci*, 1: 138-142.
248. Waller NG, Lilienfeld SO, Tellegen A, Lykken DT. (1991) The Tridimensional Personality Questionnaire: structural validity and comparison with the Multidimensional Personality Questionnaire. *Multivariate Behav Res*, 26: 1-23.
249. Waller G, Dickson C, Ohanian V. (2002) Cognitive content in bulimic disorders: Core beliefs and eating attitudes. *Eat Behav*, 3: 171-178.
250. Waller G, Meyer C, Ohanian V. (2001a) Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema-Questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognit Ther Res*, 25: 137-147.
251. Waller G, Shah R, Ohanian V, Elliott P. (2001b) Core beliefs in bulimia nervosa and depression: The discriminant validity of Young's Schema-Questionnaire. *Behav Ther*, 32: 139-153.
252. Waller G, Ohanian V, Meyer C, Osman S. (2000) Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *Int J Eat Disord*, 28: 235-241.

253. Watson D, Wiese D, Vaidya J, Tellegen A. (1999) The two general activation systems of affect: structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *J Pers Soc Psychol*, 76: 820–838.
254. Widiger TA. (2005) A Dimensional Model of Psychopathology. *Psychopathology*, 38: 211-214
255. Wills TA, Vaccaro D, McNamara G. (1994) Novelty seeking, risk taking, and related constructs as predictors of adolescent substance use: an application of Cloninger's theory. *J Subst Abuse*, 6: 1–20.
256. Wing J. (1996) SCAN and the PSE tradition. *Soc Psychiatry and Psychiatr Epidemiol*, 31:50-54.
257. Wismer-Fries AB, Ziegler TE, Kurian JR, Jacoris S, Pollak SD. (2005) Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 102: 17237–17240.
258. Wonderlich S, Ukestad L, Perzacki R. (1994) Perceptions of nonshared childhood environment in bulimia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33: 740-747.
259. Wonderlich S, Klein MH, Council JR (1996) Relationship of social perceptions and self-concept in bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol*, 64: 1231-1237.
260. Young JE. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (revised edition). Professional Resource Press, Sarasota, Florida, 1999.
261. Young JE. (2000) Young Parenting Inventory (YPI) (On-line). New York: Cognitive Therapy Centre. (Available: <http://www.schematherapy.com>).
262. Young JE, Klosko JS, Weishaar M. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Publications, New York, 2003.
263. Young JE, Flanagan C. Schema-focused therapy for narcissistic patients. In: Ronningstam E (szerk.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications*. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1998: 239-268.
264. Young JE, Gluhoski VL. Schema-focused diagnosis for personality disorders. In: Kaslow FW (szerk.), *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns*. Wiley, New York, 1996: 300-321.
265. Zanarini MC, Frankenburg FR, DeLuca CJ, Hennen J, Khera GS, Gunderson JG. (1998) The pain of being borderline: Dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry*, 6: 201-207.
266. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. (2003) The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the

- phenomenology of borderline personality disorders. *Am J Psychiatry*, 160: 274-283.
267. Zittel C, Westen D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *Am J Psychiatry*, 162: 867-875.
268. Zuckerman M. (1995) Good and bad humors: biochemical bases of personality and its disorders. *Psychol Sci*, 6: 325–332.
269. Zuckerman M, Kuhlman DM, Joireman J, Teta P, Kraft M. (1993) A comparison of three structural models for personality: the Big Three, the Big five, and the Alternative Five. *J Pers Soc Psychol*, 65: 757–768.
270. Zuckerman M, *Psychobiology of Personality* (2nd ed.). Cambridge University Press, New York, 2005.

SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE:

A/ A disszertációhoz kapcsolódó közlemények

1. Unoka Zs. (1998) Az integrált pszichiátriai ellátásban használt becslőmódszerek. *Pszichoterápia, Supplementum*, 1:33-52.
2. Unoka Zs, Rózsa S, Kő N, Kállai J, Fábíán Á, Simon L. (2004a) A Derogatis-féle Tünetlista hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok. *Psychiatr Hung*, 3: 28-35.
3. Unoka Zs, Rózsa S, Fábíán Á, Mervó B, Simon L. (2004b) A Young-féle Séma kérdőív: A Korai maladaptív sémák jelenlétét mérő eszköz pszichometriai jellemzőinek vizsgálata. *Psychiatr Hung*, 3: 235-243.
4. Falloon IRH, Mizuno M., Murakami M, Roncone R, Unoka Zs, Harangozó J, Pullman J, Gedye R, Held T, Hager B, Erickson D, Burnett K. (2005) Structured assessment of current mental state in clinical practice: an international study of the reliability and validity of the Current Psychiatric State interview, CPS-50. *Acta Psychiatr Scand*, 111: 44-50.
5. Unoka Zs. (2006a) A korai traumák jelentősége a pszichiátriai zavarok kialakulásában I. rész. *Családorvosi Fórum*. 7: 25-30.
6. Unoka Zs. (2006b) A korai traumák jelentősége a pszichiátriai zavarok kialakulásában II. rész. *Családorvosi Fórum*. 8: 23-26.
7. Inczédy-Farkas G, Simon L, Unoka Zs, Czobor P. (2007) Csoporttagok kognitív sémáinak hatása a kölcsönös érzelmi választásban. *Pszichoterápia*, 16: 46-52.
8. Gergely Gy, Unoka Zs. Kötődés, érzelemszabályozás és mentalizáció; Az affektív szelf reprezentációs fejlődése. In Halász P. (szerk.) *Tudat és tudatváltozások*. Melinda Kiadó és Reklámügynökség. Budapest, 2007.

9. Gergely, G. & Unoka, Zs. The development of the unreflective self. In: Bush F N (Szerk.), *Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications*. The Analytic Press, New York, 2008: 57-102.
10. Unoka Zs, Czobor P, Tölgyes T. (2007) Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: a differential association. *Compr Psychiatry*, 48:199-204.

B/ Egyéb publikációk

1. Gazdag G, Csorba J, Unoka Zs, Koczka Zs. (1999) Produktív tünetek történeti változása. Pszichotikus betegek téveszméinek pszichiátriatörténeti vizsgálata. *Psychiatr Hung*, 2:158-164.
2. Unoka Zs. Az érzelmek forogatókönyv elmélete. In: Unoka Zs. (szerk.): *Pszichoterápia és klinikai kutatás*. SOTE, Budapest, 1999: 177-189.
3. Unoka Zs. (2000) A depresszió kognitív terápiája - Esetismertetés. *Családorvosi Fórum*, 10: 74-76.
4. Unoka Zs, Simon L, Beran E, Szily E, Szölössy O. (2002) Érzelem-előzmény értékelés profilok szerepe az érzelmek kialakulásában és differenciálódásában : az inger értékelés ellenőrzések modell vizsgálata magyar mintán. *Psychiatr Hung*, 5: 464-488.
5. Szily, E., Unoka Zs., Simon, L. (2002) A harag kognitív értékelés profiljának vizsgálata Depressziós betegek és egészséges kontrol személyek körében. *Psychiatr Hung*, 5: 489-498.
6. Beran E., Unoka Zs.: A narratív perspektíva váltás kölcsönös szabályozása mint az affektus-reguláció egy módja a pszichoanalitikus helyzetben. In: Pető K (szerk.) *Életciklusok*. Animula, Budapest, 2005: 113-121.
7. Beran E, Unoka Zs. Construction of self-narrative in a psychotherapeutic setting: An analysis of the mutual determination of narrative perspective taken by patient and therapist. In: Quasthoff UM, Becker T (Szerk.), *Narrative Interaction*. Jon Benjamins Publishing Company, Amsterdam/Philadelphia, 2005: 151-167.
8. Unoka Zs, Beran E. A narratív pozíciók és elkülönítésük szerepe az analitikus intervenciókban. In: Pető K (szerk.), *Életciklusok*. Animula, Budapest, (2005): 113-121.
10. Unoka Zs, Beran E. (2006) Figyelemirányítás, mint az analitikus terápia hatótényezője: az analitikus figyelmének hatása a szelf-narratívumok konstrukciós folyamatára. *Lélekelemzés*. 1: 51-61.
11. Beran E, Unoka Zs. (2007) Figyelemirányítás, mint az analitikus terápia hatótényezője. *Lélekelemzés*, 1: 101-115.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.

Szeretnék köszönetet mondani családtagjaimnak: Beran Eszternek, Unoka Mihálynak és Unoka Sámuelnek türelmükért, hogy időm jelentős részét nem velük töltöttem, és az általuk nyújtott sokrétű inspirációért. Szüleimnek, Dr. Unoka Józsefnek, és Illés Erzsébetnek a kézirat megírása során nyújtott támogatásukért, az erős családi háttérért és összefogásért, ami nélkül ez a munka nem készülhetett volna el, valamint köszönet illeti anyósomat és apósomat Dr. Berán Vencelt és Dr. Kóródi Editet ugyanezért, és a nehézségek leküzdésében nyújtott önzetlen támogatásukért. További köszönet Berán Sárának, Feig Andrásnak, gyermekeiknek, valamint Kóródi Máriának és Berán Dánielnek.

Köszönet Dr. Simon Lajosnak témavezetőmnek, hogy a kutatás kezdetétől a dolgozat megírásáig támogatott, és segített.

Dr. Czobor Pálnak statisztikai és konceptuális segítségéért.

Beran Eszternek a kézirat és a kérdőívek fordításában nyújtott segítségért.

Bfszt. nővéreinek a kérdőívek felvételében nyújtott segítségért.

Bfszt. orvosainak a közös munka során nyújtott támogatásért.

Dr. Tölgyes Tamásnak a közös kutatásainkban végzett munkájáért, és támogatásáért.

Prof. Ian Falloonnak a CPS-50 képzés, kutatás során nyújtott segítségéért.

Dr. Kovács Zoltánnak a CPS-50 megbízhatóságának vizsgálata során nyújtott segítségéért.

Dr. Harangozó Juditnak a Közösségi Pszichiátriai Program során nyújtott segítségéért.

Rózsa Sándornak a közös vizsgálatainkban végzett munkájáért, lelki és szellemi támogatásáért.

Személyiségzavar munkacsoportnak - Fogd Dóra, Mervó Barbara, Újpál Zsófia, Simor Péter, Mangel Berény - az adatfelvételbe nyújtott segítségéért.

Milák Piroskának az egyes kérdőívek fordításában, nyelvi ellenőrzésében és a kutatásban nyújtott segítségéért.

Fiat Mariannának az adatbevitelben nyújtott segítségéért.