

Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 12 (2011) 2, 125–147
DOI: 10.1556/Mental.12.2011.2.2

ELKERÜLŐ MAGATARTÁS ÉS KORAI TÁRGYKAPCSOLATOKRA VALÓ VISSZAEMLEKEZÉS: AZ AGORAFÓBIÁS ÉLMÉNYEKSEL KAPCSOLATOS FOKOZOTT ÉRZÉKENYSÉG ALAKULÁSA EGÉSZSÉGES FIATAL FELNŐTTEKNÉL

KEREKES ZSUZSANNA^{1*} – RÉVÉSZ GYÖRGY² –
KÁLLAI JÁNOS¹

¹ Pécsi Tudományegyetem, Magatartástudományi Intézet, Pécs

² Pécsi Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Pécs

(Beérkezett: 2010. augusztus 12.; elfogadva: 2011. március 31.)

Cél: A félelmet keltő helyzetek iránti fogékonyságot vizsgáljuk a szülői magatartásra való visszaemlékezés tükrében egészséges, fiatal felnőtt, egyetemi hallgatók körében. Célunk az elkerülő magatartással kísért félelenség családi szocializációs folyamatainak részleges feltérképezése. Elsősorban a szülők nevelési attitűdjéről őrzött reprezentációk és az elkerülő magatartás kapcsolatát elemeztük.

Módszerek: 305 egyetemi hallgató (140 nő és 165 férfi, átlagéletkor $22,0 \pm 2,0$) vett részt a vizsgálatban. Két önkitöltős kérdőívet használtunk: 1. Félelem Felmérő Kérdőív (Fear Survey Schedule – FSS) Agorafóbia-faktorának 13 állítása; 2. „Szülőkkel kapcsolatos gyermekkori emlékek” (Egna Minnen Beträffande Uppfostran – EMBU) kérdőíves értékelő lista, melynek célja, hogy a szülői nevelésre való visszaemlékezést értékelje.

Eredmények: Az eredmények alapján elmondható, hogy van összefüggés a félelenségre épülő elkerülés, agorafóbiás helyzetekkel kapcsolatos fokozott szenzitivitás és a szülői magatartással kapcsolatos emlékek között. Nemek tekintetében a szorongásos zavarok epidemiológiai adatainak megfelelően az agorafóbiás félelmek a lányok esetében statisztikailag szignifikánsan gyakrabban fordulnak elő ($\beta = -0,176$; $p = 0,005$). A szülői magatartásmódok tekintetében az apa szerető magatartásának hiánya ($\beta = 0,207$; $p = 0,011$), illetve a túlvédő magatartás megléte érzékenyítő tényező ($\beta = 0,214$; $p = 0,002$); az anyai magatartás esetében az anya érzelmi elfogadó magatartása ($\beta = 1,298$; $p < 0,001$) állt pozitív kapcsolatban a felnőttkori elkerülő magatartás kialakulásával az agorafóbiás aggodalmakat tartalmazó helyzetekben.

Következtetések: Típusos agorafóbiás elkerülési mintázatok tehát nemcsak klinikai szintű szorongás esetében, de sajátos nevelési körülmények következtében egészséges személyeknél is megjelenhetnek. A nevelési körülményekkel kapcsolatos emlékezeti sémák befolyásolják a személyek élményfeldolgozási módjait. Számos érzékenyítő tényezőt azonban nem

* Levelező szerző: Kerekes Zsuzsanna, PTE ÁOK Magatartástudományi Intézet, 7624 Pécs, Szigeti út 12. E-mail: zsuzsanna.kerekes@aok.pte.hu

vizsgáltunk, és a normál személyek vizsgálata is határt szab az eredmények értelmezésének. A felvázolt elméleti modellek az elkerülő magatartás további vizsgálati alapját képezhetik.

Kulcsszavak: szorongás, agorafóbiás félelmek, szülői magatartási sémák, egészséges személyek

1. BEVEZETÉS

Az elkerülő magatartás központi elemét képező agorafóbiás félelmek kialakulására több elképzelés is született (Beck & Emery, 1999; Freud, 1986, 1999; Klein & Gorman, 1987), és a különböző pszichológiai iskolák eltérő aspektusait hangsúlyozzák a folyamatnak (Kopp, 1992; Nemes, 1987; Nesse, 1987; Rosen & Schulkin, 1998; Szilvás & Túry, 2002). Konszenzust láthatunk azonban azzal kapcsolatban, hogy a gyermekkori szeparációs félelmek és a szülői magatartás befolyásolja az elkerüléssel kapcsolatos beállítódást, a félélnkséget, valamint a szorongásos zavarok és az agorafóbiás félelmek kialakulását (Bernstein, Layne, Egan, & Nelson, 2005; Kállai, Mácsai, & Fekete, 1991; Klein & Gittelman-Klein, 1984; Klein & Gorman, 1987; Kopp, 1991, 1992; Nesse, 1987; Margraf & Ehlers, 1988; Reitman & Asseff, 2010; Rihmer, 1999; Szilvás & Túry, 2002; Varela, Sanchez-Sosa, Biggs, & Luis, 2009).

Az elméletek többsége klinikai tapasztalatokon, interjúkkal, introspektív beszámolókkal kapott eredményeken alapszik, és az agorafóbiával kapcsolatos vizsgálatok nagy része is a patológiára vonatkozik (Barcy & Füredi, 1994; Kállai & Molnár, 1991; Kopp, 1992; Rihmer, 1995, 1999; Kállai, 2008). Ezek alapján állították fel mint kórképet, írták le jellemzőit, gyakoriságát, a nem arányokat, a kialakulás folyamatát (Beard, Weisberg, & Keller, 2010; Bitter, 1996; Kopp, 1991; Rihmer, 1995; Szendi, 2000). Az is nyilvánvaló, hogy nem lenne etikus, és nem kapnánk megbízható eredményeket, ha a jelenséget laboratóriumban szeretnénk kiváltani (Nesse, 1987), illetve a biokémiai úton kiváltott félelmek és pánikélmények számos metodológiai és validitási nehézséget is felvetettek (Margraf & Ehlers, 1988).

A szülői viselkedésről felidézett benyomások mintázata a gyermekkor elsődleges tárgykapcsolatainak belső reprezentációját jelenti, mely a későbbi élet során megjelenő pszichológiai állapotokra is hatással van (Fonagy & Target, 2005). A kötődés minőségéről négy reprezentációs minta árulkodik. A szülő valós viselkedése a reprezentációk első szintjét adja; kölcsönhatásban a gyermek viselkedésével. A második szintet az esemény-reprezentációk jelentik, ahol az élmények emlékei kerülnek feldolgozásra, a harmadik szintet az önéletrajzi emlékek jelentik. Itt a specifikus emlékek

a személyes és elbeszélte múltéhoz kötődnek, a narratívák és az önmegértés szerepe a hangsúlyos. A hetvenes évektől kezdve a kötődés fogalma is újradefiniálásra került, így kiterjeszhetővé vált a reprezentációk felsorolt szintjeire és az életet átívelő élményekre. A gondozó viselkedése sem a konkrét megfigyelt szintet jelenti csupán, hanem a fantázia és az emlékek, azaz a pszichés valóság éppen ennyire hangsúlyossá váltak a minőség és mintázat megítélésében (Fonagy & Target, 2005). A retrospektív adatokra vonatkozó kérdőívek tehát ezt a már megdolgozott, narratív reprezentációs szintet teszik elérhetővé a vizsgálat számára, és a szülői viselkedés, illetve attitűd fogalmait is ezek alapján használjuk.

A félelem és a szorongás közti különbségtétel nem mindig egyszerű, hiszen hasonló szomatikus jegyekkel és érzésekkel jelentkező emóciók, melyek pszichofiziológiai folyamatként a stresszre adott válaszként ragadhatóak meg (Molnár, 1987). Nesse (1999) szerint a patológiás és a normál félelmet az különbözteti meg egymástól, hogy az adott reakció mennyire felel meg a szituációnak, melyet viszont a személy tapasztalatai és az adott környezet szab meg. Beck és Emery (1999) ezt azzal egészíti ki, hogy a normál félelem arányos a fenyegetettség mértékével, amelyet a fent említett egyéni tapasztalatok és a szociális normák irányítanak.

A patológiás félelem úgy írható le, mint egy felnagyított, szélsőséges félelmi állapot, amikor az emocionális válaszok krónikusan diszfunkcionálisak és tartósak (Molnár, 1987). Ez a túlzott félelem káros autonóm, kognitív és szomatikus reakciókat eredményez. Rosen és Schulkin (1998) azt feltételezik, hogy a patológiás szorongás közvetlenül a normál félelmi válaszokból alakul ki. A félelem biológiai mechanizmusai, melyek a normál félelemérzés alatt működnek az agyban, túlaktiválódnak, ezért túlérzékenyé válnak. A félelmi folyamatok aktiválódása egyre függetlenebbé és autonómabbá válik az előidéző ingertől, és a személy tudatos kontrollja alól kikerül, így ennek a működésnek a következménye patológiás mértékű lehet.

Beck, Emery és Lazarus szerint a szorongás emocionális válasz, amely a félelem kognitív kiértékelésére jelenik meg (Mórotz, 2005). Ebben az értelmezési keretben értelmét veszti a valós, racionális és irracionális szorongás megkülönböztetése, mert egy érzelmi, átélt élményt „nem érdemes” ilyen módon megközelíteni, és ezért nem is a szorongás a kulcsfontosságú, hanem azok a kognitív sémák, melyek működtetik (Beck & Emery, 1999).

A szorongás legjellemzőbb része a feszültség érzete, melynek tünetei megfelelnek a szervezet biopszichoszociális rendszerben való értelmezésének, amelyben az integrált rendszerek funkcióinak megfelelően: fiziológiai, affektív, kognitív és viselkedési tünetekről beszélhetünk (Rachman, 2002). A szorongás az emberi élet alapvető részeként számos pszicholó-

giai zavar alakulásában jelen van, és kiváltó okainak megszüntetése közvetve pszichoszomatikus betegségek esetében is gyógyító effektussal rendelkezik (Mórotz, 2005).

A szorongással kapcsolatos érzékenység kialakulásának egyik kulcsfontosságú tényezője az idegen helyzethez való alkalmazkodás képessége, valamint a szeparációra adott reakció intenzitása. Klein és Gittelman-Klein (1984), valamint Biederman és munkatársai (2007) kimutatták, hogy a pánik- és agorafóbiás betegek a szeparációs szorongásra érzékenyebbek. Ha a gyermek tehetetlennek érzi magát, társaival vagy szüleivel való kapcsolata nem nyújt biztonságot számára, akkor a félelem érzése, csillapító kapcsolat hiányában, extrém erejű lesz és hosszabb időn át a negatív értelmező sémák határozzák meg a jelentéshordozó események észlelését. Így az egyébként semleges események veszélyt hordozó jelentést kapnak. A félelem élménye tárgyat keresve semleges eseményekre is áttolódik, a negatív tartalmakat hordozó szimbólumok pedig extrém töltetet kapnak. A belső ok külső bizonytalansággal párosul (Fenichel, 1946).

A Fonagy és Target (1998) által képviselt modern kötődéelmélet szerint a korai tárgykapcsolatokban szerzett tapasztalat és annak érzelmi minősége befolyásolja egyrészt a gyermek mentális képességeit, másrészt ezáltal egy olyan reprezentációs rendszer kialakulását, melynek segítségével eligazodik a társas világban, kiválasztja azt, hogy mire fordítsa a figyelmét. A szülő a felelősség az egyensúly megfelelő fenntartásában, hiszen a szülő optimális pszichológiai és fizikai válaszkészsége az, amely segít a gyermeknek a biztonság élményét kialakítani és megtartani (Cole & Cole, 1998). Amennyiben az anya–csecsemő viszony affektív színezetében megjelenik a szorongás, a fejlődő gyermek vonatkoztatási kerete, célpontjainak kiválasztása, exploratív bátorsága a bizonytalanság miatt csorbát szenved (Fonagy & Target, 2005). A szorongó személy a veszélyt túl, önmagát pedig alábecsüli; a szorongás viselkedéses megnyilvánulásait felerősíti, hogy a gondozó vagy később a társ megfelelő reakcióját kiváltsa, miközben saját kétségbeesésére összpontosít (Fonagy, Target, & Gergely, 2001). A folyamat gyökere a reprezentációs illesztés nem megfelelő működésében ragadható meg. Nem alakul ki megfelelő reflektív funkció és biztonságos kötődés a gyermekben (Fonagy & Target, 1998), ezért fokozottabban éli át a szeparáció veszélyét, szorongó-elkerülő és szorongó-ellenálló gyermekké válik (Cole & Cole, 1998). Ez azonban nem feltétlenül azt jelenti, hogy több szeparációs tapasztalatuk lenne gyermekkorban, hanem hogy intenzívebben reagálnak az elkerülhetetlen szeparációs élményekre (Kopp, 1991, 1992). A szorongás nem más ebben az esetben, mint ösztönös reakció, amelynek alapja a segítségkérő magatartás kiváltása (Nesse, 1987).

A szeparációs szorongás tehát nem önmagában jelentős, hanem a kapcsolat minőségében. Ha a szülő reakciója a szorongásra megfelelő, akkor elviselhetővé válik, mert a reprezentációk kialakulásában egyaránt jelen vannak a pozitív és a negatív érzések is (Lyons-Ruth, 1991). A szülői magatartásminták közül az elutasító szülő nem képes reagálni a gyermek igényeire, hiszen rideg. A túlvédő (overprotective) szülő sem képes a kellő figyelmet megadni, mivel önmagával, önmaga bizonytalanságával van elfoglalva, nem figyel gyermeke igényeire. A túlvédő szülői attitűd ugyan szeretetet sugall, hiszen a szülő többnyire túlzott féltésről számol be, meta-kommunikatív jelzései intimitásra, dependencia fenntartására utalnak, amely fokozza az igényt a veszélyekkel teli helyzetekben a támogatásra, és ezáltal általában elkerülő magatartást eredményez (Cole & Cole, 1998).

A modern kötődésemélettel foglalkozó kutatók eredményei szerint a serdülőkori szorongásos zavarok az elkerülő típusú kötődést mutató csecsemők 70%-ánál jelenik meg, illetve a bizonytalan kötődés rizikófaktoraként szerepel a későbbi depresszió és a szorongásos zavarok kialakulásában (Fonagy és Target, 2005).

A túlvédő, elárasztó szülői magatartás és a szeparációs élmények hatásával több tanulmány is foglalkozott. Webster 1953-ban összehasonlította az agorafóbiás betegeit a pánikbeteg és a konverziós hisztériában szenvedő betegeivel, és azt tapasztalta, hogy az agorafóbiásoknál 96%-ban, a többi csoportban 44%-ban fordult elő dominánsan túlvédő szülői bánásmód. Azonban ezekben a vizsgálatokban nem volt megfelelő kontrollcsoport és objektív mérőeszközök sem, ezért az ezek alapján levont következtetések bizonytalanok (Mathews, Gelder, & Johnston, 1982).

Capelli, McGrath, MacDonald, Katsanis és Lascelles (1989) eredményei szerint a túlvédő szülői magatartás gátolta a gyermekek önállóságát és a hatékony megküzdési stratégiák kifejlődését, pszichoszociális alkalmazkodóképességükben is lényeges hiányosságok mutatkoztak. Biederman és munkatársai (2007) követéses vizsgálatából pedig, melyben 151 család 233 gyermeke vett részt, az derült ki, hogy a gyermekkori szeparációs szorongás szignifikánsan növelte a pánikzavarra való hajlamot, főleg, ha a szülők esetében is előfordult depresszió vagy pánikzavar. Doerfler, Toscano Jr. és Connor (2007) eredményei azt mutatják, hogy a diagnosztizált szeparációs szorongásos zavarban szenvedő fiatalok és a komorbid pánikzavarban szenvedő fiatalok nem különböznek az átélt szeparációs helyzetek számát tekintve, illetve a szerzők szerint lehetséges, hogy a szeparációs szorongás a pánikzavar gyermekkori megjelenési formája. Preter és Klein (2008) szerint a hirtelen veszteségek, a gyász és a gyermekkori szeparációs szorongás fontos előzményei a „spontán” kialakuló pánikrohamnak. Mind-

ezek a respirációs jelzőrendszer téves riasztásával, a megjelenő légszomjjal és az endogén opioid rendszeren keresztüli hatásmechanizmussal állnak összefüggésben. Reitman és Asseff (2010) vizsgálatában azt találta, hogy a vizsgált 200 pszichológushallgató közül, a 109 női hallgató esetében volt kimutatható szignifikáns összefüggés a szorongás és az anyai túlvédő, kontrolláló magatartás között. A 91 férfi hallgató esetében tendenciaszinten jelent meg ugyanez az eredmény. E vizsgálat különlegessége, hogy a hallgatók (STAI-val mért) szorongásszintjét összevetették a hallgatók és a szülők által is kérdőívek segítségével megítélt nevelői magatartással. A nevelői magatartás önbeszámoló jellegzése korrelált ($p < 0,01$) a hallgatók által észlelt gondozói magatartással.

A szorongásos zavarok, az agorafóbia, a pánikroham és a pánikzavar kifejezéseket a DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2001) meghatározása alapján használjuk, elkülönítve az agorafóbiás féleلمektől, mely a klinikai állapotot megelőző egészséges személyeknél is tapasztalható tartalmakat jelent (Arrindell és mtsai, 1987). A szorongásos állapotokban gyakran megjelenik a pánikroham is, mint azok kísérőjelensége. Ugyanakkor a megjelenés gyakorisága egyénenként és nozológiai kategóriánként is eltérő (Kállai, Kóczán, Sörédi, & Szabó, 1992). A szorongásos zavarok és a pánikbetegség diagnosztikai nehézségei egyrészt a tünetek fluktuáló jellegére, másrészt individuális elkerülő szokásokra vezethetők vissza. Ezért az a tapasztalat, hogy a pánikbetegek és az agorafóbiások összehasonlításakor a tünetek és a betegség etiológiája között nehézséget jelent a valós összefüggés feltárása. Az is kijelenthető, hogy minden agorafóbiás tünet magában foglal pániktüneteket is. Ez azonban nem mond ellent annak, hogy vannak olyan agorafóbiások, akik nem szenvednek pániksziptómáktól (Kállai és mtsai, 1992; Szendi, 2000). Agorafóbia a pánikbetegség lefolyása során 72–79%-ban megjelenik (Rihmer, 1995), elsősorban azokban az esetekben, amikor a pánikrohamok ismételt megjelenése hosszabb hatkilenc hónapnál (Kállai és mtsai, 1991). Megemlítjük, hogy a vélemények nem egyeznek azt illetően, hogy az agorafóbia szövődmény-e vagy kiváltó tényező. Egyes elképzelések szerint az agorafóbia tehető felelőssé a kialakult felnőttkori függőségi viszonyokért a családban vagy az egyéb kapcsolatokban (Kovács, 2002). Ekkor az agorafóbiához vezető szorongás miatt a személy életminősége jelentősen romlik, képtelen vagy csak kísérővel képes elhagyni lakását, ezért nemcsak szociálisan válik izolálttá, hanem munkahelyét, addigi életét is elveszíti (Ágoston & Rihmer, 1995).

Ahogy erről már szóltunk: a pánik érzése, a féleلمek és így az agorafóbiás féleلمek átélése, intenzitása szubjektív, nehéz meghatározni, mi az a mérték, amelytől már betegségnek számít. A legtöbb agorafóbiás féleلمet

kiváltó helyzetet, tényezőt a személy mindennapjai során ki tudja kerülni, ezért nem okoz számára különösebb fennakadást. Ha azonban ez már nem működik, az jelentősen rontja az életminőséget és súlyos következményekkel járhat. Ekkor kerülnek az ettől szenvedő személyek a klinikus látóterébe. A pánik- és pánik-agorafóbiás betegekkel kapcsolatos terápiás tapasztalatok, interjúik elemzése azt mutatja, hogy a személyek élettörténetében számos hasonlóság fedezhető fel. Például gyermekkorban az apa nem nyújtott biztonságot, védelmet, gyakran alkoholizált, az anya többnyire túlvédő volt, a környezetükben előfordult súlyosan beteg vagy pánikbeteghez hasonló tüneteket mutató személy (Kállai és mtsai, 1991).

A nemi különbségekkel kapcsolatban elmondható, hogy a különböző tanulmányok adatai szerint nőknél kétszer-háromszor gyakoribbak azok a megbetegedések, amelyek agorafóbiával is járnak, mint a férfiaknál (Bitter, 1996; Kovács, 2002, Mathews és mtsai, 1982; Rihmer, 1995). A nemek közti különbség korán kezdődik, már hatéves korban kimutatható, amely mögött biológiai okokat tételeznek fel (Howell, Castle & Yonkers, 2006). Arrindell és munkatársai (1987) vizsgálatában is a nők szignifikánsan magasabb eredményt értek el a Félelem Felmérő Kérdőív minden faktorában a vizsgált amerikai, angol és holland egyetemista csoportoknál egyaránt.

Sanua szerint azoknak a pszichiátereknek és pszichológusoknak, akiket a mentális betegségek etiológiája érdekel, meg kell barátkozzanak a normál családok szubkulturális és kultúrák közti vizsgálatának gondolatával, mert az ilyen fajta vizsgálatok alkalmasak arra, hogy érthetővé tegyék a különbségeket a speciális nevelési magatartások és azok hatásai, minőségei között (Arrindell és mtsai, 1992). Ezt a szemléletet az újabb kutatások egyértelműen alátámasztják (Varela és mtsai, 2009).

Mivel a szorongásos zavarok nagy része, akár a tünetek 80%-a (Gádoros, 1996) a serdülőkor végén és a fiatal felnőttkor elején (18 és 25 év között) alakul ki (Lieb & Wittchen, 2005; Rihmer, 1999), ezért munkánkban ezt a korosztályt vizsgáljuk. Egészséges fiatal felnőttek önbeszámolós kérdőívekkel kapott agorafóbiás félelmeit tanulmányozva keresünk összefüggéseket a kialakulásra, érzékenységre vonatkozó adatokkal (Barcy & Füredi, 1994; Horgász, 2001; Jacobs & Nadel, 1985; Kállai & Molnár, 1991; Kállai és mtsai, 1991; Klein & Gorman, 1987; Kopp, 1992; Rector, Szacun-Shimizu, & Leybman, 2007; Schmidt, Zvolensky, & Maner, 2006; Schmidt és mtsai, 2010), elsősorban a gyermekkorban tapasztalt szülői viselkedésre való visszaemlékezés eredményeivel (Arrindell és mtsai, 1992; Reitman & Asseff, 2010).

Az eddigi áttekintés fényében úgy gondoljuk, hogy az agorafóbiás félelmek etiológiájának megragadásához egészséges személyek vizsgálata

lényeges hozzájárulást jelenthet a tárgykapcsolati viszonyok, az elkerülő magatartás, a félnétség, illetve az agorafóbia kapcsolatának megértésében. Az eddigi ismeretek alapján úgy tűnik, hogy az agorafóbiás aggodalmakat mobilizáló helyzetekre vonatkozó érzékenység növekedésében a szülői-nevelői magatartás reprezentációjának egyes mintázatai más mintázatokhoz képest kiemelt jelentőségűek. A bemutatandó vizsgálat a különböző szülői magatartásokat és azok komponenseit, valamint az agorafóbiás jellegű élményfeldolgozás kapcsolatát vizsgálja pszichiátriai zavaroktól nem szenvedő 18–25 év közti populációban.

A korai szeparációs szorongás, a szorongásfejlődés és szülői magatartás alakulásának mérésére számos lehetőség van; a kora gyermekkori valós élethelyzetben végzett obszervációtól kezdve (Fonagy & Target, 2005) a longitudinális vizsgálatokon (Weiss & Last, 2001) át a szülő kérdőíves önjellemzésének és a gyermek szorongásszintjének összevetéséig (Reitman & Asseff, 2010), valamint a különféle retrospektív önjellemző kérdőívek használatáig (Silove & Manicavasagar, 2001). Jelen keretek között a tárgykapcsolatokra való visszaemlékezés reprezentációs mintáinak vizsgálata segítségével, a szubjektív emlékezés szisztematikus mérésével térképezzük fel az apa és az anya nevelési attitűdjéről kialakult sémák rendszerét, melynek mintázatát a felnőttkori agorafóbiás félelmek mértékével vetjük össze a következő kérdésekre keresve választ:

Empirikusan is kimutatható-e a főként elméleti és klinikai tapasztalatokon nyugvó, feltételezett összefüggés a szülői magatartás és az elkerülő magatartás részeknek tekintett agorafóbiás élményekkel kapcsolatos érzékenység között?

A szülői viselkedésre visszaemlékező személy neme befolyásoló tényező-e az agorafóbiás félelmek alakulásában?

A kapott eredményeket értelmezve szeretnénk megvilágítani a jelenség hátterét, az esetleges rizikófaktorokat és felkutatni azokat a tényezőket, amelyek mint beavatkozási pontok segíthetnek az agorafóbiás érzékenység etiológiájának megértésében, az elkerülő magatartás csillapításában.

2. MÓDSZER

2.1. Adatgyűjtés és minta

A Pécsi Tudományegyetem 305 hallgatója vett részt a vizsgálatban, akik közül 140 volt nő és 165 férfi, átlagéletkoruk $22,0 \pm 2,0$ év, a legfiatalabb 18, a legidősebb 25 éves volt. Valamennyien önkéntes jelentkezés alapján, ellenszolgáltatás nélkül működtek közre. A hallgatók 11%-a az Általános

Orvosi, 45%-a a Bölcsész tudományi, 31%-a a Természettudományi, 7%-a a Jogtudományi, 6%-a pedig a Közgazdaságtudományi Kar hallgatója. Valamennyi hallgató személyes instrukciót kapott, a kitöltési idő nem volt limitálva. A résztvevők egyénileg töltötték ki az önbeszámoló kérdőíveket. A résztvevőkkel személyes interjú nem készült.

2.2. Eszközök

A Félelem Felmérő Kérdőív (Fear Survey Schedule – FSS; Arrindell és mtsai, 1987) a „szociális félelem”, az „agorafóbia”, a „szexuális tartalmú jelenségekkel való találkozástól való félelem”, a „betegségekkel való félelem”, valamint az „állatoktól való félelem” elnevezésű faktorokat tartalmazza. A kérdőív a fenti faktorokba csoportosítható 52 kérdésre adott 0–4 között pontozható tételek alapján egyes félelmekkel kapcsolatos érzékenységet méri fel. Jelen vizsgálatban csak a kérdőív 2., 3., 6., 7., 11., 17., 18., 19., 23., 24., 35., 40., 42. tételeivel dolgozunk, mivel ezek alkotják a magyar standard Agorafóbia-faktorát (Cronbach-alfa = 0,85). Az FSS-t eredetileg a fóbias viselkedésben való változás értékelésére fejlesztette ki Wolpe és Lang (Arrindell és mtsai, 1987), hogy felmérjék a személyek emocionális reakcióinak kiváltó forrásait. Később klinikai használatra is alkalmassá tették. A fent felsorolt dimenziókat eredetileg faktoranalízissel nyerték, amelyeket 703, nem diagnosztizált fóbias, legfőképpen agorafóbias félelmektől szenvedő személy válaszaiból nyertek Hollandiában. További tanulmányok bizonyították, hogy a dimenziók megismételhetőek, a jellemzők állandóak, nem változnak azzal, hogy egészséges alanyokra is alkalmazzák. A kérdőív kialakításakor az is bizonyítást nyert, hogy a mérőeszköz jó belső konzisztenciával rendelkezik, az itemek homogének minden skálafaktorban, amelyet több nemzetközi (Arrindell és mtsai, 1987) és hazai vizsgálat (Arrindell és mtsai, 2003a,b; Kállai, Kerekes, Osváth, Makány, & Járαι, 2003) is megerősített.

A „Szülőkkel kapcsolatos gyermekkori emlékek” nevű mérőeszköz (Egna Minnen Beträffande Uppfostran, EMBU) 1-től 4 pontig minősítő kérdőíves értékelő lista, melynek az a feladata, hogy a szülői nevelésre való visszaemlékezést értékelje. Az apa és az anya magatartásának vizsgálatára ugyanazt a 23 tételből álló kérdéssort tartalmazza (Arrindell és mtsai, 1992). A kora gyermekkori nevelési körülményeket felidézve három faktor révén méri fel a szülők hajdani viselkedésével kapcsolatos sémákat: (1) elutasítás; (2) emocionális melegség; (3) túlvédő-korlátozó gondoskodás. A legtöbb szülői magatartásra vonatkozó vizsgálat pszichiátriai beteg gyermekek családjára vonatkozik, ezzel szemben az EMBU a

családi háttér megértése szempontjából nem csak páciens-alanyokat vizsgál (Arrindell és mtsai, 1992). Az EMBU-t több mint 15 országban, köztük Magyarországon is számos vizsgálatban alkalmazták, s az elemzések szerint, országtól függetlenül, ugyanazokat a szülői magatartásformákat tudták elkülöníteni és mérni a segítségével (Arrindell és mtsai, 1989, 1992, 1999; Kállai és mtsai, 2003).

Az EMBU kiválasztásakor is, hasonlóan az első kérdőív választásához, az egyik jelentős szempont az volt, hogy alkalmas a normál és a beteg populáció vizsgálatára is, másrészt a szülői magatartással kapcsolatban következetes és tapasztalatilag is igazoltan megbízható eredményeket mutat magyar mintán is (Arrindell és mtsai, 1999). A megfelelő módszerválasztást alátámasztja Rapee (1997, id. Reitman és Asseff, 2010) eredménye, mely szerint: az utódok szorongásfejlődése szorosabb összefüggést mutat az érintett gyermek vagy fiatal saját szüleivel kapcsolatos vélekedésével, mint a tényleges szülői magatartással.

Az adatelemzéshez az SPSS 11.0-es verziójú statisztikai programot használtuk.

3. EREDMÉNYEK

Az EMBU kérdőívet több, Magyarországot is érintő kultúrközi vizsgálatban alkalmazták. Ennek ellenére a főkomponens-elemzés varimax-forgatású módszerét Kaiser-féle normalizálással alkalmazva ellenőriztük, hogy a jelen mintán is megkapjuk-e az irodalomban említett faktorokat. Az apa magatartására vonatkozó adatokon végzett analízis az irodalmi adatoknak megfelelő három faktort azonosított, amelyek együttesen a teljes variancia 46%-át magyarázzák (1. táblázat), míg az anyai magatartásra vonatkozóan a faktorok magyarázóértéke 45% (2. táblázat).

1. táblázat. Az apa magatartására vonatkozó adatok faktoranalitikus elemzésének összegzése

Apa magatartására vonatkozó emlékek	Tételek	Ítemek száma	Cronbach-alfa
Szerető/elfogadó	1, 2, 6, 12, 14, 19, 23	7	0,82
Túlóvó	3, 5, 8, 9, 11, 17, 18, 20, 22	9	0,76
Rideg/korlátozó	4, 7, 13, 15, 16, 21, 10	7	0,78

2. táblázat. Az anya magatartására vonatkozó adatok faktoranalitikus elemzésének összegzése

Anya magatartására vonatkozó emlékek	Tételek	Itemek száma	Cronbach-alfa
Szerető/elfogadó	2, 6, 12, 14, 19, 23	6	0,79
Túlóvó	3, 5, 8, 9, 11, 17, 18, 20, 22	9	0,80
Rideg/korlátozó	1, 4, 7, 10, 13, 15, 16, 21	8	0,74

3. táblázat. Az Arrindell és munkatársai (1999) által magyar mintán standardizált adatok faktoranalitikus eredményeinek összegzése

Apa/anya magatartására vonatkozó emlékek	Tételek	Itemek száma	Cronbach-alfa – apai viselkedés	Cronbach-alfa – anyai viselkedés
Szerető/elfogadó	2, 6, 12, 14, 19, 23	6	0,85	0,81
Túlóvó	3, 5, 8, 9, 10, 11, 17, 18, 20, 22	10	0,77	0,78
Rideg/korlátozó	1, 4, 7, 13, 15, 16, 21	7	0,72	0,75

Összességében, mind az anyai, mind az apai viselkedésre való emlékezés kapcsán megkaptuk a szerető/elfogadó; túlóvó és rideg/korlátozó szülői magatartást (Arrindell és mtsai, 1999). A faktorok tartalmát tekintve azonban különbség van az apai és az anyai magatartást befolyásoló állítások és az irodalmi adatok (3. táblázat) között, azaz az apai magatartásnál a kemény, rideg bánásmód hiánya (1-es tétel, faktorsúly: $-0,569$) a szerető elfogadás érzését alakítja, míg az anyai magatartásnál ennek a megléte az elutasító/rideg attitűdre hat, összhangban az irodalmi adatokkal. A standard mintán a 10-es tétel („Magatartásukkal, például azzal, hogy szomorúnak néztek ki, szüleim elérték, hogy büntudatot érezsek, mert rosszul bánok velük”) a túlóvó szülői magatartásban játszik szerepet, míg jelen mintában mind az anyai, mind az apai magatartásra való emlékek tekintetében a rideg/korlátozó magatartással áll összefüggésben.

A 4. táblázat mutatja a megkapott három-három faktor leíró statisztikáját. Az eloszlás normálistól való eltérésére utal a két szélső kvartilis mediánhoz képest aszimmetrikus elhelyezkedése, ezért a két nem közti különbséget célszerűnek látszik nem-paraméteres próbával vizsgálni; ennek eredményeit az 5. táblázat mutatja be. Ebből kiderül, hogy a „Szerető apa” faktor esetén mutatható ki a legnagyobb eltérés a nemek között, bár még ez sem szignifikáns ($p = 0,064$).

4. táblázat. A megkapott három-három szülőigondoskodás-faktor leíró statisztikája

	N	Átlag	Szórás	Mini- mum	Maxi- mum	Kvartilisek		
						Q1	Q2 (Medián)	Q3
Szerető APA	255	16,243	4,240	6,00	24,00	13,00	16,00	20,00
Túlvédő APA	256	11,445	3,584	6,00	24,00	9,00	11,00	13,00
Rideg APA	256	5,8984	1,801	4,00	12,00	5,00	5,00	7,00
Szerető ANYA	256	18,222	3,742	8,00	24,00	15,00	19,00	21,00
Túlvédő ANYA	256	13,414	3,700	6,00	24,00	11,00	13,00	16,00
Rideg ANYA	255	10,670	3,139	6,00	22,00	8,00	10,00	12,00

5. táblázat. A szülői gondoskodás reprezentációjának kapcsolata a válaszadó nemével

	Szerető APA	Túlvédő APA	Rideg APA	Szerető ANYA	Túlvédő ANYA	Rideg ANYA
Mann-Whitney U	7019,0	8133,5	7181,5	7427,5	7947,0	7224,5
Wilcoxon W	14400,0	17313,5	16361,5	14808,5	17127,0	14605,5
Z	-1,854	-,058	-1,705	-1,256	-,374	-1,511
Szignifikancia	0,064	0,954	0,088	0,209	0,708	0,131

A standardizált szülői magatartás leíró statisztikáját a 6. táblázat mutatja. A további nemek közti különbségek vizsgálatára (a már említett aszimmetria, vagyis a normálistól némileg eltérő eloszlás miatt) továbbra is a Mann-Whitney-féle nem-paraméteres próbát alkalmaztuk, melynek eredményeit a 7. táblázatban láthatjuk. A rideg anyai magatartásban szignifikáns ($p = 0,002$) különbség van a nemek között, melynek iránya a rangszámok alapján a lánygyermeknél (140,89) nagyobb gyakoriságot jelez, mint a fiúgyermeknél (112,55).

6. táblázat. A standardizált szülői magatartás leíró statisztikája

	N	Minimum	Maximum	Kvartilisek		
				Q1	Q2 (Medián)	Q3
Szerető APA	254	-3,185	1,874	-,625	,059	,768
Túlvédő APA	254	-2,007	4,327	-,667	-,151	,557
Rideg APA	254	-2,613	3,631	-,639	-,118	,577
Szerető ANYA	254	-2,832	2,062	-,718	,118	,764
Túlvédő ANYA	254	-3,196	3,435	-,761	-,147	,656
Rideg ANYA	254	-2,107	3,642	-,704	-,085	,536

7. táblázat. A szülői gondoskodást mérő standardizált változók kapcsolata a válaszadó nemével

	Szerető APA	Túlvédő APA	Rideg APA	Szerető ANYA	Túlvédő ANYA	Rideg ANYA
Mann-Whitney U	7185,00	7940,00	7061,00	7056,00	7488,00	6246,00
Wilcoxon W	14566,00	15321,00	15972,00	14316,00	16533,00	13506,00
Z	-1,473	-,182	-1,685	-1,683	-,944	-3,069
Szignifikancia	0,141	0,855	0,092	0,092	0,345	0,002

A szülői magatartások és a nem mint befolyásoló tényezők agorafóbiás félelmekkel való kapcsolatát többszörös lineáris regressziós modellel vizsgáltuk (8. táblázat). A determinációs együttható ($R^2 = 0,174$) és a szignifikanciaszint ($F = 7,36$; $p < 0,001$) azt mutatja, hogy a módszer statisztikailag alkalmazható. Az eredmények alapján azt mondhatjuk, hogy minél kevésbé szerető, emocionálisan elfogadó az apa magatartása, annál nagyobb az agorafóbiás helyzetekkel kapcsolatos érzékenység. Minél túlvédőbb az apai és szeretőbb az anyai viselkedésre vonatkozó, a kérdőívek alapján hozzáférhető reprezentáció, annál kifejezettebb lesz az agorafóbiás helyzetekre vonatkozó érzékenység. A nem szintén hatással van a megjelenő agorafóbiás félelmek intenzitására, de ennek irányát a Mann-Whitney-próba mutatja meg. Az átlagos rangszámok (9. táblázat) szerint a lányok esetében gyakoribb az agorafóbiás helyzetekkel kapcsolatos érzékenység.

8. táblázat. A nem és a szülői magatartással kapcsolatos reprezentációk kapcsolata az agorafóbiás félelmekkel

	Nem standardizált koefficiensek		Standardizált koefficiens (béta)	t	Szign.
	B	Std. Error			
Szerető APA	-1,228	0,479	-0,207	-2,565	0,011
Túlvédő APA	9,332	0,420	0,214	3,072	0,002
Rideg APA	0,295	0,439	0,050	0,671	0,503
Szerető ANYA	1,770	0,476	0,298	3,720	<0,001
Túlvédő ANYA	0,507	0,416	0,085	1,219	0,224
Rideg ANYA	0,509	0,446	0,086	1,143	0,254
Nem	-2,087	0,730	-0,176	-2,860	0,005

9. táblázat. A nem és az agorafóbiás félelmek kapcsolatának iránya

	Nem	N	Átlagrang	Rangok összege
Félelem	fiú	162	132,14	21406,00
	lány	135	169,24	22847,00

4. MEGVITATÁS

Az eredmények alapján elmondható, hogy van összefüggés az agorafóbiás helyzetekre vonatkozó érzékenység és a felidézett szülői magatartás reprezentációja között. Nemek tekintetében a szorongásos zavarok epidemiológiai adatainak megfelelően az agorafóbiás félelmek a lányok esetében statisztikailag szignifikánsan gyakrabban fordulnak elő. Adataink szerint a felidézett szülői magatartás – mely a biztonságélmény reprezentációjának egyik markáns faktora, az elkerülő magatartás fontos motivációs faktora – érzékenyíti az agorafóbiás helyzetek percepcióját. A szülői magatartás reprezentációinak következményeit az alábbiakban részletesebben tárgyaljuk.

4.1. Az apai magatartás hatása

Eredményeink szerint az apa szerető magatartásának hiánya, illetve a túlvédő magatartás megléte érzékenyítő tényező az agorafóbiás félelmek kialakulásában. Mivel a regressziós modell eredményeinek jelentése „minél... annál” keretben fogalmazható meg, elmondható, hogy minél kevésbé meleg az apai magatartás, annál inkább megjelennek az agorafóbiás félelmek. Ezt az összefüggést megfordítva talán hangsúlyosabbá válik, hogy minél szeretőbb az apa magatartásának reprezentációja, annál kevésbé válnak érzékennyé a gyermekek az agorafóbiás félelmekre, mert ez biztos támpontot ad, nem alakul ki belső bizonytalanság.

Ugyanakkor az anyai és apai attitűdben megjelenő különbség azt tükrözi, hogy az apánál a rideg magatartás hiányát a gyerekek már szerető magatartásként élik meg emlékezetükben. Ez egy minőségi eltérés a két szülő attitűdértékelésében, amely megfelel a Winnicott (2000) által leírt szülői szerepeknek. Az apa egyik fontos feladata a szabályok és a rend fenntartása a családban, ő képviseli az erőt, és az anyának elengedhetetlen támasza. Az ő viselkedése az, amely eligazít a tapasztalatok sűrűjében mint biztos támpont. Ezáltal nemcsak az válik érthetővé, hogy a szerető magatartás hiánya miért ilyen jelentős, hanem az is, hogy a túlvédő magatartás is hasonló eredményekhez vezet, még ha valószínűleg nem is ugyanolyan

mechanizmusok segítségével. A túlvédő magatartás esetén a szülői aggodalmak nem-verbális közvetítéssel eljutnak a gyerekhez, így nem képes az apa biztonságot nyújtani, vagy csak a biztonság illúzióját kísérli meg eljátszani, de nem válik valódi támasszá. Nincs kinél biztonságot keresni. A klinikai tapasztalatok alapján is, annak az átélése, hogy az apa nem nyújt biztonságot valamilyen ok miatt, alapvető szerepet játszik az agorafóbiás félelmek kialakulásában (Kállai és mtsai, 1991).

Muris és Merckelbach (1999) szintén az EMBU kérdőívet használó vizsgálatában kapcsolatot mutatott ki a szorongásos zavar tünetei és az apa emocionális melegsége között nyolc és tizenkét éves tipikus fejlődésű gyerekeknél. Azonban ezt az összefüggést indirekt hatásnak vélték a szerzők az apa aggódó viselkedése mint közvetítő tényező kapcsán. Figyelembe véve, hogy abban a vizsgálatban korrelációs elemzést végeztek, amely statisztikailag nemcsak gyengébb összefüggéseket mutat, hanem adatvesztéssel is jár a regressziós elemzéshez képest, ez a következtetés abban az értelmezési keretben logikusnak tűnik. Másrészt vizsgálatuk nem differenciált az általános szorongási tünetek és az agorafóbiás megnyilvánulások között, valamint az érintett korosztály még a serdülőkor küszöbén állt, így ennek a közvetítő tényezőnek a megjelenése későbbi vizsgálatok hipotézisalkotását segítheti, tovább finomítva a kérdést, hogy az apai magatartás és szerep hátterében milyen elvárások és szándéktulajdonítások állhatnak.

4.2. Az anyai magatartás hatása

Az anya visszaemlékezésben tetten érhető, szerető nevelési viselkedése pozitív kapcsolatban állt a megjelenő félelmekkel, amely az elkerülő magatartás genezisében is rámutat az anyai és az apai szerep eltérő funkcióira. Szem előtt tartva, hogy jelen eredmények egészséges fiatal felnőttekre vonatkoznak, a kapott adatok értelmezésére egy lehetséges, a személyiségfejlődés és a klinikai lélektan tudásbázisán alapuló, összegzést vázolunk fel, melyben a kötődés és a kérdőíves eljárásokkal kapott empirikus adatok eredményeit illesztjük össze.

A szerető vagy emocionálisan meleg viselkedés (Ranschburg, 1998) a gyermek elfogadására, megértésére helyezi a súlyt, a szülő odafigyel a gyermekére. A biztonságos kötődés kialakulásának légköre ez, ahol a gyermek viselkedésében megjelenhet a szorongás és a stressz érzése is. A mahleri szimbiotikus fázisból kialakuló bizalomteli elvárások megerősödnek (Horváth, 1983), de nem a Mahler (1987) által elképzelt úton alakul a baba érzelemszabályozása a szeparáció-individuáció folyamatában, hanem komplexebb módon. A szeparációs szorongás nem önmagában jelentős,

hanem a kapcsolat minőségében. Ha a szülő reakciója a szorongásra megfelelő, akkor az elviselhetővé válik, mert a reprezentációk kialakulásában jelen vannak a pozitív és a negatív érzések is (Lyons-Ruth, 1991).

Az anyai szabályozás a gyermek kialakuló saját érzelmi szabályozásának az alapja. A szerető magatartású anya viselkedésével „segíthet” gyermekének elkerülni azt a kihívást, hogy a gyermeke integrálja a pozitív és negatív tapasztalatait, mert hiányozhatnak ezek a negatív tapasztalatok (Lyons-Ruth, 1991). A szeparációval való megküzdés ebben az esetben leginkább hasítás segítségével valósul meg, mivel a szeparáció első mintája, a szülőfigura jó és rossz vonásainak integrálása nem megy végbe (Lyons-Ruth, 1991), illetve mivel Gergely (1993) szerint a korai élmények az anyával kapcsolatban az érzelmek mentén kategorizálódnak, ezért ekkor csak a kellemes élmények alapján alakul ki az anya jóprototípus-reprezentációja. Ez a folyamat a későbbi fejlődés folyamán válik a védekezési mechanizmusok alapjává.

A következő lépés a projekció, és ez a Winnicott (1999) által leírt, az anya és a gyermek által létrehozott potenciális térben játszódik le, amely a bizalom állapotában jön létre, és mintegy ezt a bizalmat fogja szimbolizálni a későbbi fejlődésben. Viszont az egyoldalúság miatt nem élhetőek meg ebben a térben a kedvezőtlen élmények, ezért a Gehl által leírt módon (Horgász, 2001) a személy a konfliktusait először ebbe a térbe, majd később a valós térbe vetíti, és ennek révén végbemehet a belső ok külső okhoz való kötése, és így az agorafóbiás félelmek megjelenésének is teret adhat. Ebben a keretben érthetővé válik, hogy a fejlődés későbbi állomásain hogyan válik ez a folyamat egy belső védekezés bázisává, amelyhez visszalép a személy (Gergely, 1993) azokban az élethelyzetekben, amikor a függetlenség irányába kellene továbbhaladnia (Horgász, 2001), de ezek a helyzetek előhívják az eredeti bevésődés idejére jellemző affektív kontextusokat (Gergely, 1993).

Mivel az individuáció a kötődés mentén szerveződik, az ilyen gyermek nem tud önállóvá válni a kapcsolatokban, nem tudja biztonságosként használni a rendelkezésére álló támpontokat. Ez megmagyarázza egyrészt azt, hogy az érzelmileg meleg légkörben felnövő gyerek miért nem tapasztalja meg mégsem a biztonság érzését (Ranschburg, 1998), másrészt azt is, hogy a bizonytalanul kötődő (elkerülő) gyermek miért önállóbb gyakran, és miért van több exploratív tapasztalata, mint a biztonságosan kötődőnek (Lyons-Ruth, 1991).

4.3. Összegzés

Az anya szerető viselkedése a mentalizáció, a reprezentációs állapotok kontrolljának (Fonagy & Target, 1998) és a potenciális tér (Winnicott, 1999) megélésének alapja a fejlődő gyermekben. Az apa szerető viselkedése a rend és a szabályok megtartásának, a biztonság érzésének a kiindulópontja, amelyben biztonsággal és zavartalanul lehet fejlődni. Így ez a két magatartás együttesen hozza létre a bizalom és a biztonság érzését, amelyben érzelmi és fizikai értelemben is biztonságosan lehet felfedezni a környezetet. Ezért jelentős ezeknek a szülői magatartásoknak a szerepe az agorafóbiás terekkel, helyzetekkel kapcsolatos érzékenység megjelenésében.

Megjelent ugyan a szülői túlvédés szerepe a folyamat kialakulásában, de nem az anya, hanem az apa szerepéhez köthetően, amely ezáltal határozza meg a gyermek fejlődése során a bizonytalanság élményét. A tünet is érthetővé válik ebben az értelmezésben, hogy a szeparációs helyzetekben a személy miért ragaszkodik, kapaszkodik a biztonságot jelentő pontokba, az anyai biztonságot reprezentáló helyzetekbe, személyekbe. A biztos pont igénye, hogy lehetséges legyen bármikor az érzelmi feltöltődés (tankolás), a határok megtalálása jelentős. Mivel a mentalizációs képesség alakulásában nincsenek negatív tapasztalatok, ez torzítja az objektív valóság meglátását, a társas rendszerek megfelelő alakulását, és nem eredményez adaptív válaszokat (Fonagy & Target, 1998), nem alakulnak ki megfelelően működő sémák (Beck & Emery, 1999). A szeparációs élmények nem tudják megfelelően alakítani a határt a személy élményeiben (Lyons-Ruth, 1991), ezért a későbbi kapcsolatokban, élményekben sem lesz egyértelmű, hogy hol húzódik ez a határ (Barcy & Füredi, 1994).

Reitman és Asseff (2010) vizsgálata a vonásszorongás és a szülői magatartás kapcsolatára vonatkozik. Ebben a vizsgálatban egészséges pszichológushallgatók két kérdőívet töltöttek ki a szülői magatartásra vonatkozó emlékeik alapján. Eredményeikben az anyai magatartás meghatározóbb, de csak a női hallgatóknál érte el a szignifikáns szintet, itt az anyai kontroll, túlvédő magatartás és korlátozás volt az érzékenyítő tényező. Az apai magatartásra való emlékezés szempontjából az elfogadás és melegség volt hatással a hallgatók szorongására. Fordított szülői szerepekkel kapták meg azt az eredményt, mint mi a jelen vizsgálatban, de ők a STAI-val vizsgálták a szorongásosságot, míg mi az agorafóbiás félelmekre helyeztük a hangsúlyt. Ez két alternatívát vet fel: egyfelől az adatok összevetésében megragadható a szorongás és az agorafóbiás félelmek közötti különbség alaptermészete, melynek részletes kifejtésére egy következő vizsgálatban teszünk kísérletet. A másik lehetőség, hogy az eltérő eredmények háttérben kulturális különbségek játszhatnak komoly szerepet. Varela és munká-

társai (2009) 7 és 16 év közti USA-ban élő, kaukázusi és mexikói származású gyerekekkel végzett vizsgálata bizonyítja, hogy kaukázusi származású gyerekeknél az anyai elfogadó, szerető magatartás jelentősen növelte a szorongást, míg a mexikói gyermekek csoportjaiban ilyen hatás nem volt felfedezhető. Összességében, az általuk vizsgált etnikai csoportokban az anyai kontrolláló, túlvédő magatartás és az apai elfogadó, szerető magatartás volt szignifikáns tényező, az utóbbi negatív módon, a gyermekek szorongásával kapcsolatban. Ugyanakkor ez a vizsgálat is az általános szorongás(osság)t vizsgálta.

Vizsgálatunk korlátai között kell említsük, hogy természetesen számos tényezőt nem elemeztünk, amelyek a szorongásra és az agorafóbiára való érzékenységet befolyásolják, mint például a pszichofiziológiai változások (Kopp, 1992), az evolúciós hatások (Nesse, 1987), az életkori diszpozíciók (Beck & Emery, 1999; Haraszi, 1995), a fejlődési krízisek (Erikson, 1991), az elhárító mechanizmusok (Kállai és mtsai, 1992–93), a vesztibuláris rendszer szerepe (Viaud-Delmon, Ivanenko, Berthoz, & Jouvent, 2000; Furman & Jacob, 2001). Mivel a szülői magatartás önéletrajzi emlékezetben megoldozott reprezentációjáról tudtunk adatokat nyerni és ezt összevetni az agorafóbiás félelmek megjelenésével, fontos hangsúlyozni, hogy az emlékezetet befolyásoló tényezők, mint a szelektivitás az emlékek érzelmi színezetével kapcsolatban, nem képezik kutatásunk tárgyát. Amit vizsgáltunk, az egyfajta érzékenység egy egészséges populációban, melynek kapcsán érdemes lenne hosszmetészetében követni, vajon milyen diszpozícióval rendelkező személyeknél jelenik meg klinikai mértékű szorongás, ezen belül agorafóbia. Az egészséges személyek vizsgálata határt is szab az értelmezésnek, de egyben azt a fontos lehetőséget is nyújtja, hogy vizsgálhatóvá válnak olyan jelentős változók közti kapcsolatok, amelyekre eddig nem derült fény, vagy nincs ezzel kapcsolatos megbízható adat.

Adataink szerint az agorafóbiás élményekkel kapcsolatos érzékenység, valamint a szülők nevelési attitűdjére való visszaemlékezés során kirajzolódó sémák között összefüggés mutatkozik. Mivel az említett érzékenység pszichofiziológiai és kognitív komponensei egyaránt fontos szerepet játszanak a pszichoszomatikus védekező rendszer sérülékenységében, kiemelten fontosnak tartjuk ezen szülői attitűdökre vonatkozó retrospektív sémák terápiás kapcsolatban való kifejtését, az autonómia–dependencia-konfliktusok feloldását, az autonóm felnőtt létbe való továbblépés megkönnyítését. A terápia vagy bármely orvosi kezelés „holding”-funkciója, átmeneti biztonsága, reális lehetőséget kínál – pszichopatológiai zavaroktól mentes személyek esetében is – a pszichoszomatikus sérülékenység jelentős csökkentésére. A személyiségfejlődés katalizálása, orvosi és pszichoterápiás

beavatkozások során végzett fejlesztése, fiatal felnőtt, de még idősebb korú személyek esetében is elkerülhetetlen szakmai feladat.

Eredményeink ismételten kiemelik Bálint (1990) szeparációs élményekkel és az autonómiával kapcsolatos elképzelésinek fontosságát. Az agorafóbiás érzékenység oldaláról felvázoltunk egy lehetséges értelmezési keretet, amely a szeretet-elutasítás viszonyrendszerében leírja a társas tapasztalat megszerzésének biztonsági oldalait. Kopp (1991, 1992) véleményével egyetértve, a szeparáció mennyiségi fogalmakkal való leírása helyett figyelmünket összpontosítsuk a szükségszerűen bekövetkező szeparációk megoldási módjainak megismerésére; a különböző megoldási módzatok okainak bemutatására; a szeparációra való érzékenység pszichofiziológiai és kognitív mechanizmusainak egységbe foglalására; a beteg és az egészséges személy ellátásával kapcsolatos beavatkozások személyiségfejlesztő hatásainak ösztönzésére.

IRODALOM

- Ágoston, G., & Rihmer, Z. (1995). A pánikbetegség jelentősége az általános orvosi gyakorlatban. *Lege Artis Medicinae*, 5, 302–310.
- American Psychiatric Association (2001). *DSM-IV-TR*. Budapest: Animula Kiadó
- Arrindell, W.A., Eisemann, M., Richter, J., Oei, T.P.S., Caballo, E., van der Ende, V., et al. (2003a). Phobic anxiety in 11 nations. Part 1: Dimensional constancy of the five-factor model. *Behavior Research and Therapy*, 41, 461–479.
- Arrindell, W.A., Eisemann, M., Richter, J., Oei, T.P.S., Caballo, E., van der Ende, V., et al. (2003b). Masculinity-femininity as a national characteristic and its relationship with national agoraphobic fear levels: Fodor's sex role hypothesis revitalized. *Behavior Research and Therapy*, 41, 795–807.
- Arrindell, W.A., Perris, C., Eisemann, M., de Aldaz, E.G., Van der Ende, J., Kong Sim Guan, D., et al. (1992). Cross-national transferability of the two - factor model of parental rearing behaviour: A contrast of data from Canada, the Federal Republic of Germany, Hungary, Japan, Singapore and Venezuela with Dutch target ratings on the EMBU. *Personality and Individual Differences*, 31, 343–353.
- Arrindell, W.A., Perris, C., Van der Ende, J., Gaszner, P., Eisemann, M., & Perris, H. (1989). Cross-national generalizability of dimensions of perceived parental rearing practices: Hungary and the Netherlands, a correction and repetition with healthy adolescents. *Psychological Reports*, 65, 1079–1088.
- Arrindell, W.A., Pickersgill, M.J., Bridges, K.R., Kartsounis, L.D., Mervyn-Smith, J., Van der Ende, J., et al. (1987). Self-reported fears of American, British and Dutch university students: A cross-cultural comparative study. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 9, 207–245.
- Arrindell, W.A., Sanavio, E., Aguilar, G., Sica, C., Hatzichristou, C., Eisemann, M., et al. (1999). The development of a short form of the EMBU: Its appraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary, and Italy. *Personality and Individual Differences*, 27, 613–628

- Bálint, M. (1990). *Az orvos, a betege és a betegség*. Budapest: Animula
- Barcy, M., & Füredi, J. (1994). „A vér nem válik vízzé”. Egy agorafóbiás páciens párterápiája. *Pszichoterápia*, 3(4), 285–296.
- Beard, C., Weisberg, R.B., & Keller, M.B. (2010). Health-related quality of life across the anxiety disorders: Findings from a sample of primary care patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 559–564.
- Beck, A.T., Emery, G. (1999). *A szorongásos zavarok és fóbiák kognitív szemlélete*. Budapest: Animula
- Bernstein, G.A., Layne, A.E., Egan, E.A., & Nelson, L.P. (2005). Maternal phobic anxiety and child anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 658–672.
- Biederman, J., Petty, C.R., Hirshfeld-Becker, D.R., Henin, A., Faraone, S.V., Fraire, M., et al. (2007). Developmental trajectories of anxiety disorders in offspring at high risk for panic disorder and major depression. *Psychiatry Research*, 153, 245–252.
- Bitter, I. (1996). *Szorongásos kórképek. Családorvosok és klinikai társszakmák számára*. Budapest: Springer Kiadó
- Capelli, M., McGrath, P.J., Macdonald, N.E., Katsanis, J., & Lascelles, M. (1989). Parental care and overprotection of children with cystic fibrosis. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 281–289.
- Cole, M., & Cole, S.R. (1998). *Fejlődéslélektan*. Budapest: Osiris Kiadó
- Doerfler, L.A., Toscano Jr., P.F., Connor, D.F. (2008). Separation anxiety and panic disorder in clinically referred youth. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 602–611.
- Erikson, E.H. (1991). Az életciklus: az identitás epigenezise. In E.H. Erikson, *A fiatal Luther és más írások* (437–498). Budapest: Gondolat
- Fenichel, O. (1946). *The psychoanalytic theory of neuroses*. New York: Tavistock
- Fonagy, P., & Target, M. (1998). A kötődés és a reflektív funkció szerepe a szelf fejlődésében. *Thalassa*, 1, 5–43.
- Fonagy, P., & Target, M. (2005): *Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében*. Budapest: Gondolat Kiadó
- Fonagy, P., Target, M., & Gergely, Gy. (2001). A kötődés és a borderline személyiségzavar. *Thalassa*, 1, 21–49.
- Freud, S. (1986). *Bevezetés a pszichoanalízisbe*. Budapest: Gondolat Kiadó
- Freud, S. (1999). *Újabb előadások a lélekelemzésről*. Budapest: Filum Könyvkiadó
- Furman, J.M., & Jacob, R.G. (2001). A clinical taxonomy of dizziness and anxiety in the otoneurological setting. *Journal of Anxiety Disorders*, 1(2), 9–26.
- Gádoros, J. (1996). Depresszió és szorongásos zavarok gyermek- és serdülőkorban. *Házi- orvos Továbbképző Szemle*, 1, 76–78.
- Gergely, Gy. (1993). Pszichoanalitikus rekonstrukciók a kognitív pszichológia szemszögéből: a hasítás és a projekció ontogenetikai eredete Melanie Klein és Margaret Mahler elméleteiben. *Thalassa*, 1, 117–149.
- Haraszti, L. (1995). A fóbiák pszichoterápiája. *Pszichoterápia*, 4, 251–265.
- Horgász, Cs. (2001). Szkizoid mechanizmusok a klausztrófóbiában. In L. Bokor (szerk.), *Fejlődés és gyógyás – Új utak és lehetőségek az ezredforduló pszichoanalízisében* (95–103). Budapest: Animula
- Horváth, K. (1983). Tárgykapcsolatok – Személyiségfejlődés. Margaret Mahler életművéről. *Pszichológia*, 4, 559–571.
- Howell, H.B., Castle, D., & Yonkers, K.A. (2006). Anxiety disorders in women. In D. Castle, J. Kulkarni, & K.M. Abel (Eds.), *Mood and anxiety disorders in women* (59–74). Cambridge: Cambridge University Press

- Jacobs, W.J., & Nadel, L. (1985). Stress induced recovery of fears and phobias. *Psychological Review*, 92, 512–531.
- Kállai, J. (2008). A szorongásos és védekező magatartás kognitív neuropszichológiai mechanizmusai II. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 63(2), 291–310.
- Kállai, J., Kerekes, Zs., Osváth, A., Makány, T., & Járjai, R. (2003). Korai navigációs tapasztalatok, valamint a szorongás és félelmek hatása nők és férfiak tájékozódási stratégiáinak alakulására. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 58(3), 319–340.
- Kállai, J., Kóczán, Gy., & Martin, L. (1992–93). Pániktünetek és az én védelmét szolgáló mechanizmusok kapcsolata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 48–49(5/6), 430–444.
- Kállai, J., Kóczán, Gy., Sörédi, P., & Szabó, I. (1992). Pániktünetek különböző diagnosztikai kategóriákban. *Psychiatria Hungarica*, 7, 235–244.
- Kállai, J., Mácsai, E., & Fekete, S. (1991). Az első pánikroham kognitív közvetítő elemei pánikbeteg és agorafóbiás személyeknél. *Psychiatria Hungarica*, 6(1), 31–41.
- Kállai, J., & Molnár, P. (1991). A környezetről kialakított kognitív térkép megszerkesztésének hiányosságai agorafóbiás személyeknél. *Ideggyógyászati Szemle*, 44, 297–302.
- Klein, D.F., & Gittelman-Klein, R. (1984). Relationship between separation anxiety and panic and agoraphobic disorders. *Psychopathology*, 1, 17–56.
- Klein, D.F., & Gorman, J.M. (1987). A model of panic and agoraphobic development. *Acta Psychiatria Scandinavica*, 76, 87–95.
- Kopp, M. (1991). A szorongás. *Lege Artis Medicinae*, 1(4), 216–225.
- Kopp, M. (1992). A szorongásos megbetegedések pszichofiziológiai modellje és pszichofiziológiai kontroll kezelésének alapelvei. *Psychiatria Hungarica*, 1, 43–55.
- Kovács, A. (2002). A pánikbetegség és kezelése. *Medicus Anonymus*, 3, 15–19.
- Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2005). Angststörungen. In M. Perrez, & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (893–938). Bern: Verlag Hans Huber
- Lyons-Ruth, K. (1991). Reapprochement or approachment: Mahler's relationship reconsidered from the vantage point of recent research on early attachment relationships. *Psychoanalytic Psychology*, 8, 1–23.
- Mahler, M. (1987). *A korai lelki fejlődés egészséges útja. Kézirat*. Budapest: Magyar Pszichológiai Társaság
- Margraf, J., & Ehlers, A. (1988). Biological models of panic disorder and agoraphobia: Theory and evidence. In M. Roth, G. D. Burrows, & R. Noyes (Eds.), *Handbook of anxiety* (1–39). Amsterdam: Elsevier
- Mathews, A.M., Gelder, M.G., & Johnston, D.W. (1982). *Agoraphobia. Nature and treatment*. London–New York: Tavistock Publications
- Molnár, Gy. (1987). Szorongás. In Sz. Vizi E., & K. Magyar (szerk.), *Az idegrendszer megbetegedéseinek neurokémiai alapjai* (81–106). Budapest: Medicina Könyvkiadó
- Mórotz, K. (2005). A pánik és az agorafóbia. In K. Mórotz, & D. Perczel Forintos (szerk.), *Kognitív viselkedésterápia* (277–336). Budapest: Medicina Kiadó
- Muris, P., & Merckelbach, H. (1998). Perceived parental rearing behaviour and anxiety disorders symptoms in normal children. *Personality and Individual Differences*, 6, 1199–1206.
- Nemes, L. (1987). *A fóbiás tünetek pszichoanalitikus felfogása. Kézirat*. Magyar Pszichológiai Társaság, Pszichoterápiás szekció
- Nesse, R.M. (1987). An evolutionary perspective on panic disorder and agoraphobia. *Ethology and Sociobiology*, 8, 73–83.

- Nesse, R.M. (1999). Proximate and evolutionary studies of anxiety, stress and depression: Synergy at the interface. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 23, 895–903.
- Preter, M., & Klein, D.F. (2008). Panic, suffocation false alarms, separation anxiety and endogenous opioids. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 32, 603–612.
- Rachman, S. (2002). *Anxiety*. East Sussex: Psychology Press
- Ranschburg, J. (1998). *Félelem, harag, agresszió*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó
- Rector, N.A., Szacun-Shimizu, K., & Leybman, M. (2007). Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: Disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1967–1975.
- Reitman, D., & Asseff, J. (2010). Parenting practices and their relation to anxiety in young adulthood. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 565–572.
- Rihmer, Z. (1995). A pánikbetegség epidemiológiája. *Psychiatria Hungarica*, 2, 171–178.
- Rihmer, Z. (1999). A pánikbetegség mai szemlélete és kezelése. *Novitates*, 3, 7–13.
- Rosen, J.B., & Schulkin, J. (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review*, 2, 325–350.
- Silove, D., & Manicavasagar, V. (2001). Early separation anxiety and its relationship to adult anxiety disorders. In M.W. Vasey, & M.R. Dadds (Eds.), *The Developmental Psychopathology of Anxiety* (459–480). Oxford: Oxford University Press
- Schmidt, N.B., Keough, M.E., Mitchell, M.A., Reynolds, E.K., MacPherson, L., Zvolensky, M.J., et al. (2010). Anxiety sensitivity: Prospective prediction of anxiety among early adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 503–508.
- Schmidt, N.B., Zvolensky, M.J., & Maner, J.K. (2006). Anxiety sensitivity: Prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 691–699.
- Szendi, G. (2000). Pánikbetegség: a probléma még nincs megoldva. *Praxis*, 10, 13–17.
- Szilvás, A., & Túry, F. (2002). Az agorafóbia párkapcsolati dinamikája és párterápiás lehetőségei. *Pszichoterápia*, 3, 208–214.
- Varela, R.E., Sanchez-Sosa, J.J., Biggs, B.K., & Luis, T.M. (2009). Parenting strategies and socio-cultural influences in childhood anxiety: Mexican, Latin American descent, and European American families. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 609–616.
- Viaud-Delmon, I., Ivanenko, Y.P., Berthoz, A., & Jouvent, R. (2000). Adaptation as a sensorial profile in trait anxiety: A study with virtual reality. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 583–601.
- Weiss, D.D., & Last, C.G. (2001). Developmental variations in the prevalence and manifestation of anxiety disorders. In M.W. Vasey, & M.R. Dadds (Eds.), *The Developmental Psychopathology of Anxiety* (27–44). Oxford: Oxford University Press
- Winnicott, D.W. (1999). *Játás és valóság*. Budapest: Animula
- Winnicott, D.W. (2000). *Kisgyermek, család, külvilág*. Budapest: Animula

ENHANCED SENSITIVITY TO FEAR-RELATED AVOIDANCE AMONG HEALTHY YOUNG ADULTS: AGORAPHOBIC EXPERIENCES AND EARLY REPRESENTATION OF PARENTAL REARING BEHAVIOUR

KEREKES, ZSUZSANNA - RÉVÉSZ, GYÖRGY - KÁLLAI, JÁNOS

Background: This study examined the sensitivity to agoraphobic fears influenced by perceived parental rearing behavior using a sample of healthy, young university students. Our goal was the partial mapping of the development of avoidance behavior, which can play an important role in the emergence of psychosomatic illnesses. In the first place, we analyzed the relationship between the memory representations of the parents' rearing style and the avoidance behavior.

Methods: 305 students (140 women and 165 men, mean age 22.0 ± 2.0) participated in the study. Self-reported questionnaires were used: the Fear Survey Schedule (FSS) and the EMBU evaluation list questionnaire (Egna Minne Beträffande Uppfostran; "On My Memories of Upbringing"), which is responsible to assess the recall of the parental rearing style.

Results: The results show that there is a link between agoraphobic fear and the representations of parents' rearing behavior. With respect to gender differences and in accordance with the anxiety disorder epidemiological data, agoraphobic fears were found to be more frequent among girls than boys, and the difference was statistically significant ($\beta = -0.176$; $p = 0.005$). With respect to the parents' rearing attitudes, the data show that the lack of an emotionally warm father ($\beta = 0.207$; $p = 0.011$), and paternal overprotection ($\beta = 0.214$; $p = 0.002$) are sensitizing factors. Further, both the mothers' attitude of acceptance and their emotional warmth was positively related to agoraphobic fears ($\beta = 1.298$; $p < 0.001$).

Conclusions: The results suggest that agoraphobic avoidance behavior can occur not only among individuals with clinical levels of anxiety, but also among healthy individuals as a result of unique upbringing conditions. The representations of parents' rearing behavior adversely affect a person's process of experience. Several sensitizing factors were not examined, and the investigation of normal people limits the interpretation of the results. The outlined theoretical model, however, could serve as a basis of further investigations on avoidance behavior.

Keywords: anxiety, agoraphobic fear, perceived parental rearing behavior, healthy subjects