



ALKALMAZOTT PSZICHOLÓGIA

2021/4

ALKALMAZOTT PSZICHOLÓGIA

2021/4

Alapítás éve: 1998

Megjelenik a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem,
az Eötvös Loránd Tudományegyetem
és a Debreceni Egyetem együttműködésének keretében,
a Magyar Tudományos Akadémia támogatásával.

A szerkesztőbizottság elnöke

Prof. Oláh Attila

E-mail: olah.attila@ppk.elte.hu

Szerkesztőbizottság

Demetrovics Zsolt	Faragó Klára
Jekkelné Kósa Éva	Juhász Márta
Kalmár Magda	Katona Nóra
Király Ildikó	Kiss Enikő Csilla
Molnárné Kovács Judit	N. Kollár Katalin
Münnich Ákos	Szabó Éva
Urbán Róbert	

Rovatvezetők

Balázs Katalin	Kun Ágota
Magyaródi Tímea	Pántya József

Főszerkesztő

Ujhelyi Adrienn

E-mail: ujhelyi.adrienn@ppk.elte.hu

A szerkesztőség címe

ELTE PPK Pszichológiai Intézet
1064 Budapest, Izabella u. 46.

Nyomdai előkészítés

ELTE Eötvös Kiadó

E-mail: info@eotvoskiado.hu

Kiadja

az ELTE PPK dékánja

ISSN 1419-872 X

DOI: 10.17627/ALKPSZICH.2021.4

TARTALOM

EMPIRIKUS TANULMÁNYOK

Egyes pajzsmirigybetegségek és az impulzivitás, az agresszivitás, valamint az érzelmi labilitás összefüggéseinek vizsgálata magyar nők körében 7
Kollerits Eliza, Matuszka Balázs

Társadalmi célú reklámok laikus értékelésének feltáró vizsgálata 29
Nagy Luca, Balázs Katalin

A szülői reziliencia mintázatai átlagos és átlagostól eltérő fejlődésű gyermeket nevelő anyák esetében 53
Sallay Viola, Simon-Zámbori Petra, Martos Tamás

MÓDSZERTAN

A robotokkal kapcsolatos negatív attitűd- és szorongásmérő eszközök vizsgálata 77
Órsi Balázs, Lipták Marcell András, Csukonyi Csilla

ÁTTEKINTÉS

A kognitív viselkedésterápia helye a mentálhigiénés ellátásban.
Az alacsony intenzitású intervenciók elemzése 103
Polyák Katalin, Vizin Gabriella

EMPIRIKUS TANULMÁNYOK

EGYES PAJZSMIRIGYBETEGSÉGEK ÉS AZ IMPULZIVITÁS, AZ AGRESSZIVITÁS, VALAMINT AZ ÉRZELMI LABILITÁS ÖSSZEFÜGGÉSEINEK VIZSGÁLATA MAGYAR NŐK KÖRÉBEN



KOLLERITS Eliza
PPKE Pszichológiai Intézet
eliza.kollerits@gmail.com

MATUSZKA Balázs
PPKE Pszichológiai Intézet
matuszka.balazs@btk.ppke.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: Korábbi vizsgálatokban összefüggést találtak a pajzsmirigy és a hormonrendszer különböző megbetegedései, valamint egyes pszichiátriai zavarok között. Ezen kutatások alapján feltételezhető, hogy a pajzsmirigy-megbetegedéssel küzdőknél az átlagpopulációtól eltérő személyiségjellemzők mutathatók ki. A jelen kutatás célja a pajzsmirigybetegek személyiségvonásbeli sajátosságainak feltárása volt (érzelmi labilitás, impulzivitás, vonásagresszió, ADHD-tünetek).

Módszer: Az online adatgyűjtést követően összesen 707 magyar nő (19–77 év, $M = 39,57$, $SD = 13,25$) adatait elemeztük. A pajzsmirigybeteg személyek négy csoportba kerültek: hypothyreosis (257 fő), hyperthyreosis (48 fő), Hashimoto-thyreoditis (182 fő), valamint Graves–Basedow-kór (75 fő). A kontroll- (nem pajzsmirigybeteg) csoport 145 főt tartalmazott. A teljes minta átlagéletkora 39,57 év ($SD = 13,25$) volt. A csoportokban meghatároztuk az érzelmi labilitás, az impulzivitás, a vonásagresszió és az ADHD-tünetek mértékét, majd a betegcsoportok és a kontrollcsoport közötti különbségeket tártuk fel. A kutatásban használt kérdőívek: Eysenck-féle Személyiség Kérdőív (EPQ), Barratt Impulzivitás Skála revideált változata (BIS-11-R), Buss–Perry Agresszió Kérdőív (AQ), Felnőtt ADHD Önértékelő Skála (ASRS). *Eredmények:* Az alkalmazott statisztikai eljárások (ANCOVA) alapján szignifikánsan magasabb érték mutatkozott a hypothyreosis-szal diagnosztizált betegeknél érzelmi labilitás ($p < 0,001$), impulzivitás ($p = 0,027$), agresszió ($p < 0,001$) és ADHD-tünetek ($p = 0,011$) tekintetében, mint a kontrollcsoportban. A Hashimoto-thyreoditis-csoport szignifikánsan

magasabb értéket mutatott érzelmi labilitás ($p < 0,001$), agresszió ($p = 0,004$) és ADHD-tünetek ($p = 0,004$) tekintetében. Az érzelmi instabilitás mértéke továbbá nagyobb volt, mint a kontrollcsoporté a hyperthyreosis esetében ($p = 0,004$) is.

Következtetések: A jelen tanulmány megerősíti, hogy a pajzsmirigybetegek pszichés támogatást igényelnek. A személyiségdimenziók mentén látható különbségekre magyarázatot adhatnak a bio-pszicho-szociális és neuroendokrin interakciók, így további vizsgálatok szükségesek a háttérmechanizmusok pontos feltárásának érdekében.

Kulcsszavak: pajzsmirigybetegség, neuroticizmus, impulzivitás, vonásagresszió, endokrin zavarok

BEVEZETŐ

A pajzsmirigy rendellenes működésén alapuló megbetegedések prevalenciája és incidenciája növekvő tendenciát mutat: 2019-ben 755 623 beteget regisztrált a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) Magyarországon (ebből: 632 673 nő), és ez a szám tovább növekszik (Uo.). Annak ellenére, hogy a pajzsmirigybetegséget akár népbetegségként is említhetjük, hazánkban viszonylag kevés pszichológiai kutatás irányult e területre, de a betegcsoport nemzetközileg is alulreprezentáltnak tekinthető a pszichológiai szakirodalomban. A pajzsmirigy rendellenességeinek sokszínűsége miatt a meglévő kutatások is jobban megoszlanak, eredményeik ellentmondásosak, sokszor nem egyértelműek.

Az endokrin betegségek és a pszichés tényezők összefüggései

Az endokrin rendszer kóros működése befolyásolja az ember testi és lelki működését. A leggyakoribb ilyen hormonális betegségek a cukorbetegség (Levitt Katz és mtsai, 2005; Pelizza és Pupo, 2016; Chen és mtsai, 2013), az inzulinrezisztencia (Halmos és Suba, 2009), a Cushing-szindróma és Cushing-kór (Kelly és mtsai, 1996; Tóth, 2012), és a policisztás ovárium szindróma (Scaruffi, 2018).

Mivel a pajzsmirigy az endokrin rendszer része, így az ezen betegségek területén feltárt eredmények modellül szolgáltak jelen vizsgálat hipotéziseinek kialakításakor. Az egyik legmeghatározóbb forrást Sheikh 2018-as kutatása adta, amelyben a gyermekkori bántalmazás összefüggéseit vizsgálta az egészséggel. A gyermekkorukban bántalmazott felnőttek 42%-ánál pajzsmirigy-alulműködés volt kimutatható (47%-uk pedig cukorbeteg volt) (Sheikh, 2018). Az őket ért bántalmazás olyan mértékű stresszt váltott ki, amely befolyással volt a hipotalamusz–hipofízis–mellékvese-tengely, azaz a HPA-tengely érintettsége okán a teljes hormonrendszerre, hiszen a stresszhormonok (adrenalin és kortizol) befolyásolják az endokrin rendszer működését is (Gaffey és Martinez, 2019).

Az endokrin rendszer részeként a pajzsmirigy az anyagcsere-folyamatok szabályozója. A pajzsmirigyhormonok hatására fokozódik az alapanyagcsere, a hőtermelés, az oxigénfelhasználás, a zsíryanycsere és a szénhidrát-anyagcsere. Nő a keringési perc-térfogat, a szívritmus, és ezek a hormonok szükségesek a növekedési és érési folyamatokhoz is (Fonyó, 2011). A pajzsmirigyhormonok a T4 (tiroxin) és a T3 (trijód-tiroxin). A TSH (thyreoidea-stimuláló hormon) a hipofízis által termelt hormon, amely

a pajzsmirigy hormontermelését szabályozza. Az anti-TPO (antitest a tireoperoxidáz ellen) magas értéke pedig a pajzsmirigy gyulladására utal, ami autoimmun folyamatok, így a Hashimoto-thyreoditis jellemzője is (Fonyó, 2011).

A jelen kutatásban a négy leggyakoribb pajzsmirigy-rendellenességet vizsgáltuk. A *hyperthyreosis* (pajzsmirigy-túlműködés) során a pajzsmirigy fokozott működése miatt hormontöbblet alakul ki a szervezetben. A betegség előfordulása: 23/100 000; nő-férfi-arány 5:1. Kialakulásában közrejátszanak genetikai faktorok (családi halmozódása ismert) és környezeti faktorok (fertőzések, pszichés tényezők, feleslegesen bevitt jód), de gyakran spontán jelentkeznek. A hormontöbblet hatására az energiaforgalom fokozódik, az anyagcsere gyorsul, testsúlycsökkenés jelentkezik. Nyugtalanság, labilitás, verejtékezés jellemzi a betegeket. Súlyos esetben *thyreotoxicosis*¹-hoz vezethet (Székely, 2018).

A *hypothyreosis* (pajzsmirigy-alulműködés) során alacsony hormonszint lép fel. Kialakulhat jódhiány miatt, de a pajzsmirigy-szövet spontán pusztulása vagy különböző gyógyszerek (pl. a lithium, amelyet bipoláris betegeknél használnak és a phenylbutazon) is okozhatják. Súlyos esetben *hypothyreoid kómához* is vezethet. Tünetei közé tartozik az anyagcsere lassulása, hízás, keringési zavarok, fáradékonyság (Székely, 2018).

A fejlett országokban tapasztalt pajzsmirigy-alulműködések legnagyobb százaléka *Hashimoto-thyreoditis*, amely a pajzsmirigy autoimmun betegsége. A pajzsmirigy krónikus gyulladását okozza. Nőknél és idősebeknél gyakoribb (Székely, 2018).

A *Graves-Baseow-kór* a pajzsmirigy-túlműködés egyik (autoimmun) fajtája. Ez a betegség adja körülbelül a túlműködéses esetek 80%-át. Jellegzetes szemtünettel jár együtt, a szemzárás nehézkessé válik, a tekintet megváltozik (Székely, 2018). A pajzsmirigy rendellenes működését a felsorolt betegségek nem teljesen fedik le. Bármelyik eset járhat golyvával/strúmával, amely a pajzsmirigy fizikai megnagyobbodását jelenti, de ez nem feltétlenül jár együtt a funkció fokozódásával. A golyvák három csoportra oszthatók: *hyperfunkciós* (túlműködő), *normofunkciós* (normálisan működő) és *hypofunkciós* (alulműködő) golyva. A golyván belül létrejöhetnek elhatárolt területek, ún. göbök. A „forró” göb a pajzsmirigy-túlműködés második leggyakoribb formája. Ha a göb „hideg”, akkor nem halmozza a jódot, gyakori ebben az esetben a pajzsmirigy-karcinóma (Székely, 2018).

A pajzsmirigybetegségek és pszichés tényezők összefüggései

A pajzsmirigybetegségek és pszichés tényezők összefüggései az endokrin rendszerrel kapcsolatos kutatások alapján predikálhatók. Több kutatás (Heinrichs és Gaab, 2007; Miller és mtsai, 2008; Gaffey és Martinez, 2019) is rámutat arra, hogy a mentális állapot és a neuroendokrin rendszer a HPA-tengetely működése mentén összefügg, így egy endokrin betegség miatti diszfunkció befolyásolhatja a mentális egészséget. A hangulati zavarok és a pajzsmirigy-diszfunkciók közötti összefüggés régóta dokumentált jelenség a szakirodalomban (Hage és Azar, 2012).

¹ *Thyreotoxicosis*: a szükségesnél több pajzsmirigyhormon termelődik, ezáltal biokémiai és kórleletani változások állnak be.

Elsőként közel kétszáz évvel ezelőtt írták le, mint a pajzsmirigy abnormális működésénél megfigyelt, gyakran előforduló *nervous affectation*² (Parry, 1825). A *mixödéma*³ és a pszichózis közötti összefüggést először Gull mutatta ki 1873-ban, amelyet később 1888-ban a Committee of the Clinical Society megerősített. 1949-ben bevezettek egy új fogalmat, amivel a hypothyreosis-szal diagnosztizált betegek mentális állapotát jelölték: ez volt a *myxedema madness*⁴ (Asher, 1949). A pajzsmirigybetegségek és a pszichiátriai betegségek összefüggéseit több kutatás is kimutatta, de sok zavar esetén nincsen konszenzus – ez eredhet a módszertani különbségekből, korábbi cikkek szabadabb publikálási és mintabeli sajátosságaiból, a vizsgált mutatók változékonyságából és a betegség sokszínűségéből is.

A pajzsmirigybetegek általános mentális egészségét több kutatás is érinti. D. Y. Chen és munkatársai 2012-ben Graves–Basedow-kór esetében vizsgálták a mentális egészségi státuszt és azon biológiai, pszichológiai és szociális faktorokat, amik befolyásolhatják azt. Háromszáz beteget vizsgáltak, és 6 évig követték nyomon őket. A hormonkezelés előtt és után az alábbi tesztekert vették fel: Eysenck Személyiség Kérdőív, Életesemény Skála, Egyszerűsített Megküzdési Stratégiák, Észlelt Szociális Támogatás Kérdőív és a Derogatis-féle Tünetlista (SCL-90-R). Minimum 18 hónap kezelés után gyógyultnak minősültek (ha utána 2 évig nem estek vissza). Az eredmények között szerepel, hogy a pozitív megküzdési stratégiák és a nagymértékű szociális támogatás hozzájárult

a mentális egészség fejlődéséhez (Chen és mtsai, 2012). A pajzsmirigybetegek általános mentális egészségéről az Orvosi Hetilapban olvasható az általunk talált egyetlen magyar forrás, amelyben összefoglalják néhány endokrin betegség neurológiai és pszichiátriai vonatkozását. Az elmúlt 20 évben egyértelművé vált a terület szakértői számára, hogy a pajzsmirigy hormonjai mind az agy perinatális fejlődése, mind pedig a felnőtt agy normális működése szempontjából kiemelkedő fontosságúak: a csecsemő- és kisgyermekkorai pajzsmirigy-alulműködés mentális elmaradást okoz, felnőttkorban pedig a depresszió és a demencia kockázata nő meg (Aszalós, 2007). Csaknem minden pajzsmirigy-túlműködéssel diagnosztizált betegnél megjelennek minor pszichiátriai tünetek – ritkábban kialakulhat demencia, konfúziós állapot, pszichózis, depresszió (Aszalós, 2007).

A pajzsmirigybetegségek szerepe ADHD esetében nem egyértelmű. Toren és munkatársai 1997-ben 43 ADHD-s gyermek pajzsmirigyhormon-értékeit hasonlították össze 28 korban és nemben egyező gyermek értékeivel. Nem találtak szignifikáns összefüggést (Toren és mtsai, 1997). Aszalós cikkében azonban azt írja, hogy az ADHD-val diagnosztizált betegek jelentős részénél generalizált pajzsmirigyhormon-rezisztenciát figyeltek meg (Aszalós, 2007). Az eredmények ellentmondásosak, ennek oka lehet, hogy a diagnosztizált ADHD és az ADHD-jellegű tünetek – pl. túlmozgások, koncentrációkészség zavara, figyelemhiány, amelyek ebben a kutatásban is mértek az ASRS-kérdőívvel – más értelmezést igényelnek.

² *Nervous affectation*: az átlagostól eltérő idegi viselkedés.

³ *Mixödéma*: a pajzsmirigy rendellenes működése miatt kialakuló ödémák.

⁴ *Myxedema madness*: más néven *myxedema psychosis*. A leggyakrabban idős korban fordul elő, lassan alakul ki a pajzsmirigy (kezeletlen) alulműködése miatt. Demencia, delírium, extrém esetben kóma vagy pszichózis kísérik.

A jelen cikk is hipotézisei közé emelte az ADHD-tünetek témakörét.

A depresszió esetében az eredmények hasonlóak. Több forrásban is megjelenik az összefüggés a pajzsmirigybetegség egyik fajtája, a hypothyreosis és a depresszió, a szorongás között (Burmeister és mtsai, 2001; Whybrow, 1996 idézi Constant és mtsai, 2005, Fugger és mtsai, 2018). Zavareh iráni nők körében végzett felmérésében is a hypothyreosis és a depresszió kapcsolatát kutatta. A 30 vizsgálati személy 25 és 40 év közötti volt, akiket kórházban figyeltek meg 4 hónapon keresztül. A mintához illesztett, 30 személyből álló kontrollmintát használtak. A depresszió mérésére a Depresszió, Szorongás, Stressz Kérdőív-21 (DASS-21) skálát használták. Magasabb átlagpontszám jellemezte a pajzsmirigy-alulműködéssel diagnosztizált csoportot depresszió tekintetében. Egyéb faktorokkal (depresszió, – iskolázottság és családi állapot között) nem volt korreláció (Zavareh és mtsai, 2016).

Egy hasonló kutatásban brazil nőket vizsgáltak. Ebben az esetben az elemszám jóval nagyobb volt (1289 fő, 35–91 év között). A résztvevők 45,7%-a mutatott depresszív tüneteket, és 12,3%-a volt pajzsmirigy-alulműködéssel diagnosztizált. A depressziót a Mentális Zavarok Szűrése az Alapellátásban Kérdőívvel (PRIME-MD-vel) mérték. Azok a nők, akik pajzsmirigy-alulműködésben szenvedtek, háromszor nagyobb eséllyel produkáltak depresszív tüneteket. A magas TSH-szint tehát növeli a depresszió kockázatát (Guimarães és mtsai, 2009). 60 éves kor felett a pajzsmirigy-alulműködés és a depresszió kockázata nő, ám a depresszió súlyossága általában nem korrelál az alulműködés súlyosságával. Az idős betegek között gyakori a rezisztencia az antidepresszívum-kezelés esetében, ám a betegek hangulata L-thy-

roxin-kezelés hatására javulhat (Chueire és mtsai, 2007, idézi Aszalós, 2007). Almeida és munkatársai 2007-ben 94 olyan személyt vizsgáltak, akiknek legalább két pajzsmirigyhormon-értéke a referenciatartományon kívülre esett. Kontrollcsoportként 43 egészséges személyt vizsgáltak. Félig strukturált interjú segítségével diagnosztizálták a személyeket. Az eredmények szerint a pszichiátriai zavarok prevalenciája magasabb a pajzsmirigybetegek körében (45,7% vs. 25,6%). A depresszió 2,3-szor gyakoribb, a szorongás 1,4-szer gyakrabban fordult elő (Almeida és mtsai, 2007). A hypothyreosis esetében Constant és munkatársai is különbséget találtak a beteg- és a kontrollcsoport között. A betegcsoport tagjai szorongóbbak és depresszívebbek voltak, mint a kontroll (Constant és mtsai, 2005).

A hypothyreosis gyakran jár együtt szexuális diszfunkciókkal és depresszióval (Krysiak és mtsai, 2018). Hormonpótlással ezek a deficitek legtöbbször helyreállíthatók (Parmentier és Sienaert, 2018), de nem minden esetben. Krysiak, Marek és Okopien 2018-as kutatásában két csoportot kezelt kétféle gyógyszerrel: vagy csak levothyroxint kaptak, vagy levothyroxin és liothyroxin kombinációját kapták. Az utóbbi csoportnál a szexuális vágy felerősödését tapasztalták, de sem a depresszió pontszámában, sem szexuális funkciók tekintetében nem volt szignifikáns különbség a csoportok között, bár mindkét csoport állapota javult szexuális funkciók terén.

A hormonok jelenlétének fontosságát erősíti az a tanulmány is, amelyet Evrensel, Ünsalver és Özşahin készített Törökországban 2016-ban. Bűncselekményt elkövető és el nem követő antiszociális személyiségzavarral élő személyek pajzsmirigyhormonszintjét vizsgálták. A nem bűnelkövető

antiszociális csoportban az FT3⁵ és az FT4⁶ szintje korrelációt mutatott az agresszió pontszámával – minél magasabb volt a hormonszint, annál agresszívabbak voltak a vizsgálati személyek (Evrensel és mtsai, 2016). A megfelelő hormonszintek fontosságára és befolyásoló szerepükre a Cushing-kórral kapcsolatban is fellelhető forrás (Kelly és mtsai, 1996). Ebben a kutatásban az EPQ-t használták a betegek neuroticizmus- és extravertzió-értékeinek megállapításához. A kezelés hatására a magas neuroticizmus-pontszámok normalizálódtak, az extravertzió nem változott. Ez az eredmény felveti az egyes pajzsmirigybetegek és a személyiségdimenziók közötti szoros összefüggések fennállásának lehetőségét.

A pajzsmirigybetegek és a személyiség kapcsolata

A pajzsmirigybetegek és az egyes személyiségjellemzők kapcsolata nem egyértelmű a szakirodalom alapján. Az endokrin rendszer megbetegedései összefüggést mutatnak bizonyos személyiségvonások gyakoribb előfordulásával (Kelly és mtsai, 1996; Scaruffi, 2018). A pajzsmirigybetegek esetében azonban a fellelhető tanulmányok közül egy sem foglalkozott az impulzivitás, az agresszió és az érzelmi labilitás személyiségvonásaival. Ez pedig indokolt lenne, hiszen a zavarok, amelyekkel összefüggést mutatnak (depresszió, szorongás, pánikbetegség, borderline személyiségzavar, ADHD) szintén összefüggenek ezen vonásokkal (Nussbaum, 2013).

Több tanulmány is fellelhető, amelyekben kapcsolatot találtak néhány személyiség-

vonás (és ehhez kapcsolódóan az ingerület-átviteli funkció) és endokrin változók között (Daitzman és Zuckerman, 1980; Orelan és mtsai, 1984; Perris és mtsai, 1984; Zuckerman, 1984 idézi Arqué és mtsai, 1987). Arqué, Segua és Torrubia 1987-ben személyiségjegyeket vizsgált pajzsmirigyhormonok függvényében. A pszichoszomatikus tüneteket mutató és az egészséges vizsgálati személyeket összehasonlító tanulmányban különböző TSH- és T4-profilok korrelációját mutattak ki olyan személyiségmérő kérdőívek faktoraival, mint a Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Minnesota Többfázisú Személyiségleltár – MMPI), a Sensation Seeking Scale (Szenzoros Élménykeresés Skála – SSS), és a Susceptibility to Punishment (Büntetésérzékenység – SP). Az eredmények között szerepel egy összefüggés a TSH és az élménykeresés között (minél nagyobb a TSH, annál kisebb az élménykeresés pontszáma), és egy korreláció a T4 és a depressziót és szorongást legjobban jósló skálák között (hipochondria, depresszió, introvertzió, büntetésre való fogékonyság), továbbá a Hypomania Skála negatív korrelációt mutat a T4-hormonnal a betegcsoportban. A kutatás utal több neurotranszmitterre is, amelyek jelenléte vagy hiánya szintén befolyásolhatja a személyiségvonásokat (Arqué és mtsai, 1987).

Egy másik személyiségvonásokat vizsgáló kutatásban a vizsgálati személyek kezeletlen veleszületett pajzsmirigy-alulműködésben szenvedtek. Az alanyoknál kognitív deficitek jelentkeztek, a tanulási képességek romlása volt megfigyelhető, illetve nehézség okozott számukra összetett cselekvéseket végrehajtani, időbeli eltolással. Mentális retar-

⁵ Free (szabad) T3.

⁶ Free (szabad) T4.

dáció 8 személyt érintett, ötnek volt az IQ-ja 85 felett (alsó határhoz közel). Személyiségüket az anyától való függés, a testük miatti aggodalom, a szocializációs problémák és rossz alkalmazkodás jellemezték, ám a személyiségkonstelláció normálistól eltérő felépítése nem a veleszületett hypothyreosis-nak volt köszönhető: a vizsgálati személyek édesanyái tudatában voltak, hogy a gyermekeik „mások”, és hogy „nem önállóak”. Így már gyermekük születésétől fogva nem voltak képesek megfelelően felismerni a gyermek jelzéseit, és reagálni a szükségleteire. Ez a csökkent visszajelzés lehet az oka a veleszületett hypothyreosis-szal diagnosztizált személyek személyiségkonstelláció-változásának a szerzők szerint (Mendorla és mtsai, 1988).

Nem csak hypothyreosis, hanem hyperthyreosis esetében is megjelenik a személyiségvonások vizsgálata. Fukao és mtsai kutatásában 2003-ban 69 Graves–Basedow-kóros és 32 kontrollszemély vett részt. A betegek két csoportra lettek osztva aszerint, hogy euthyroid állapotban voltak-e – azaz diagnosztizált betegségük volt, de a hormonszintjeik vagy megfelelőek voltak, vagy nem. 41 beteg visszaesett, 28 euthyroid maradt. MMPI-t használtak a személyiségvonások feltérképezésére. A két csoportot összehasonlítva négy dimenzió (hipochondriázis, depresszió, paranoia, pszichaszténia) pontszáma szignifikánsan magasabb volt a visszaesett Graves–Basedow-kóros csoportban. Hat dimenzióban (hisztéria, pszichopátia, férfiasság–nőiesség, szkizofrénia, hipománia, szociális introverzió) nem különbözött szignifikánsan a két csoport (Fukao és mtsai, 2003).

Az impulzivitás olyan viselkedésformákra utal, amelyeket gondos tervezés nélkül, hirtelen módon hajtunk végre (Dawe és mtsai, 2004 idézi Varga, 2014). Minden embernek lehetnek impulzív megnyilvánulásai, de

személyiségvonásként, állandó értéket mutató pszichológiai jellemzőként is jelen lehetnek (Evenden, 1999; Kreek és mtsai, 2005 idézi Varga, 2014). Az impulzivitás pszichiátriai betegségek konstruktumaként is gyakori: a DSM-5 szerint számos betegség diagnosztikai kritériuma. Ezek például: ADHD, mánia, pszichoaktív szer-abúzus, bipolaritás és borderline személyiségzavar. Az ADHD alkotóeleme az impulzuskontroll hiánya és a képtelenség a viselkedés szabályozására (American Psychiatric Association, 1987). Az ADHD társult betegsége lehet az endokrin problémáknak, csakúgy, mint a borderline személyiségzavar. Az impulzivitást mint személyiségvonást ennek ellenére még nem hozták összefüggésbe pajzsmirigybetegségekkel, pedig relevanciája valós lehet.

Az impulzivitáshoz hasonlóan az agresszivitás is számos pszichiátriai zavar diagnosztikai feltétele és velejárója. Több kutatásban is összefüggésbe hozták a pajzsmirigyhormonok szintjeivel. Az egyik ilyen kutatásban a pajzsmirigyhormonok és a személyközi agresszió összefüggéseit vizsgálták borderline személyiségzavarban szenvedő nők esetében. Két csoportot hasonlítottak össze: 92 euthyroid borderline személyiségzavarral diagnosztizált és 57 egészséges nőt vizsgáltak. Agresszió mérésére a Karolinska Interpersonal Violence Scales (Karolinska Személyközi Erőszak Skála – KIVS) kérdőívet használták. A pajzsmirigyhormonok közül mérték az fT3, fT4 és T3, T4, illetve TSH szintjét. A T3-szint szignifikáns korrelációt mutatott a személyközi agresszióval, amelynek kifejeződése szignifikánsan magasabb volt a borderline csoportnál, mint a kontrollcsoportnál. A magas T3-szint és az agresszivitás összefüggése, amit korábban csak férfiakhoz csatoltak, valid lehet nőknél is (Sinai és mtsai, 2015).

A pajzsmirigyhormonok és az agresszió közötti összefüggésekről szóló csekély számú kutatás nagy része férfi igazságügyi klinikai mintát vesz alapul. Ezekben a csoportokban a pszichopátia és az agresszióhoz kapcsolódó személyiségvonások kapcsolata igazolást nyert (Sinai és mtsai, 2009). Az agresszió a vezető személyiségjegyek között van az antiszociális személyiségzavarral diagnosztizált betegek esetében is (Evrensel és mtsai, 2016). A pajzsmirigyhormonszintek összefüggést mutatnak az agresszió kialakulásával. Egy kutatásban ennek alátámasztására kriminális (bűnelkövető) és nem kriminális antiszociális személyeket vizsgáltak. A nem kriminális antiszociális csoportban az FT3- és az FT4-szintek korrelációt mutattak az agressziópontszámmal, azaz minél magasabb volt a hormonszint, annál agresszívabban voltak a vizsgálati személyek (Evrensel és mtsai, 2016).

Az emocionális labilitás rengeteg pszichiátriai zavar velejárója, többek között a bipoláris depresszió, a szorongás és a borderline személyiségzavar alkotóeleme is (Nussbaum, 2013). Az érzelmileg instabil (magas *N*-értékkel jellemezhető az EPQ-ban) személy az ingerekre szélsőséges választ ad, túlreagál, és nehezen lehet megnyugtatni. Szorongó, aggodalmaskodó. Erős érzelmi reakciója megzavarja alkalmazkodóképességét, ezért gyakran irracionálisan viselkedik (Matolcsi, 1988). Az emocionálisan stabil (alacsony *N*-értékkel jellemezhető az EPQ-ban) személy nyugodt, általában képes kontrollálni az érzelmeit. Lassan reagál emocionálisan, és nyugalmát, egyensúlyát könnyen visszanyeri (Eysenck és Eysenck 1975).

A szakirodalmi háttér alapján látható, hogy egyes pszichiátriai zavarok összefüggésbe hozhatók egyes pajzsmirigybetegségekkel – ilyenek például a depresszió, a borderline

személyiségzavar, az antiszociális személyiségzavar, a bipoláris zavar vagy az ADHD. Néhány esetben nincsen konszenzus, más esetekben szinte egyértelműek az eredmények. A pszichés megbetegedések kapcsán feltárt jellegzetességekből kiindulva arra a következtetésre juthatunk, hogy a személyiség konstruktmái is összefüggésben állhatnak az ilyen hormonális betegségekkel – hiszen több kutatásban is kimutathatóvá vált az összefüggés, valamint az említett konstruktumok gyakran szoros összefüggésben állnak bizonyos pszichiátriai zavarokkal. A jelen kutatásban a pajzsmirigybetegségek és a különböző személyiségkonstruktumok (érzelmi labilitás, impulzivitás, vonásagresszió és ADHD-tünetek) összefüggéseit vizsgáljuk.

HIPOTÉZISEK

A jelen kutatásban megjelenő pajzsmirigybetegség-típusokkal (hypothyreosis, hyperthyreosis, Hashimoto-thyreoditis, Graves–Basedow-kór) diagnosztizált személyek és a kontrollcsoport között különbség lesz kimutatható a vizsgált konstruktumok esetében:

H1: Az általunk vizsgált mindegyik pajzsmirigybetegségben szenvedő nők csoportja érzelmileg labilisabb, mint a kontrollcsoport.

H2: Az általunk vizsgált mindegyik pajzsmirigybetegségben szenvedő nők csoportja impulzívabb, mint az egészséges kontrollcsoport.

H3: Az általunk vizsgált mindegyik pajzsmirigybetegségben szenvedő nők csoportjának vonásagresszió-pontszámai magasabbak, mint a kontrollcsoportéi.

H4: Az általunk vizsgált mindegyik pajzsmirigybetegségben szenvedő nők csoportja több ADHD-tünettel jellemezhető, mint a kontrollcsoport.

MÓDSZER

A kutatás etikai engedéllyel rendelkezik. Az engedélyező bizottság neve: PPKE BTK Pszichológiai Intézet Kutatásetikai Bizottsága, az engedély száma: 2019/2/17.

Minta

A vizsgálati minta célcsoportja a pajzsmirigybeteg nők voltak, a kontrollmintáé pedig a pajzsmirigy-megbetegedésben nem szenvedő magyar nők. A mintából való kizárás kritériumai a még be nem töltött 18 éves életkor, a nem női nem, valamint az elmúlt félév során bekövetkezett pszichiátriai kezelés voltak (férfi: 23 fő, hiányos kitöltések: 71 fő, pszichiátriai kezelésen vett részt: 7 fő). A válaszadók önbevallás alapján kerültek az

egyedülálló párosított mintákba (a „Van-e Önnek diagnosztizált pajzsmirigybetegsége?” kérdés alapján, azaz az önbevallás alapja a szakorvosi diagnózis volt). A minta elemszáma a kezdeti 808 főről 707 főre változott, őket vontuk be a statisztikai elemzések alapjául szolgáló végleges mintába. A teljes minta átlagéletkora $M = 39,57$ év, és szórása $SD = 13,25$ év. A betegcsoportok mintájának esetében szakértői mintavételt, a kontrollcsoport esetében kényelmi mintavételt alkalmaztunk. A részvétel önkéntes és anonim volt. A betegcsoport kitöltői egy közösségi média felületén létrejött, témát érintő csoportokból származnak: *Pajzsmirigy betegek közössége*, *Basedow-kóros betegek csoportja*. A minta legfontosabb jellemzőit az 1. táblázat tartalmazza.

1. táblázat. Demográfiai adatok

Változók		N	%
Lakóhely	Főváros	192	27,1
	Megyeszékhely	135	19,1
	Város/község/falu	380	53,7
Iskolai végzettség	Főiskolai/egyetemi diploma vagy magasabb	232	32,8
	Jelenleg felsőfokú tanulmányokat folytat	108	15,3
	Gimnáziumi/szakközépiskolai érettségi	271	38,3
	Szaktanulmányképző/szakiskolai bizonyítvánnyal (érettségi nélkül)	86	12,2
	Alapfokú	10	1,4
Diagnosztizált pajzsmirigybetegség	Egészséges (kontroll)	145	20,5
	Pajzsmirigy-alulműködés (hypothyreosis)	257	36,3
	Hashimoto-thyreoiditis	182	25,7
	Pajzsmirigy-túlműködés (hyperthyreosis)	48	6,7
	Graves–Basedow-kór	75	10,6

Mérőeszközök

Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Szűrőteszt

Az ASRS-t az Egészségügyi Világszervezet (WHO) fejlesztette ki. A kutatócsoport tagjai Lenard Adler, Ronald C. Kessler és Thomas Spencer voltak (Kessler és mtsai, 2007). Az ASRS-szűrőkérdőív 6 tételből áll, amely része a Felnőtt ADHD Önkitöltéses Kérdőív 18 tételének. Az ASRS részt használtuk, az 1–4. kérdés a figyelemzavar, az 5–6. kérdés a hiperaktivitás-impulzivitás vonásokat méri. A magyar változatot Bácskai Erika, Czobor Pál és Gerevich József készítette 2012-ben. Az eredeti mérőeszköz faktorainak Cronbach-alfái 0,63–0,72 között alakultak (Bácskai és mtsai, 2012). A saját mintán mért Cronbach-alfák: 0,75 (teljes), 0,65 (kontroll), 0,76 (hypothyreosis), 0,78 (Hashimoto-thyreoditis), 0,80 (hyperthyreosis), 0,82 (Graves–Basedow-kór).

Eysenck Személyiség Kérdőív

Az EPQ-t 1975-ben dolgozták ki, és a személyiség dimenzionális elméletéből kiinduló kérdőívek közül elsőként mért 4 dimenziót: az extravertió, a neuroticizmus, a hazugság (vagy „szociális konformitás”) és a pszichoticizmus dimenziót. Az eredeti kérdőívet Hans Eysenck készítette, a magyar változatot Matolcsi Ágnes validálta 1984-ben. A magyar változat megbízhatósági mutatói jók (0,62–0,84 közöttiek) (Matolcsi, 1988; Perczel-Forintos és mtsai, 2005). A kutatásban a Neuroticizmus Skálát használtuk fel. A saját mintán mért Cronbach-alfák: 0,87 (teljes), 0,86 (kontroll), 0,87 (hypothyreosis), 0,84 (Hashimoto-thyreoditis), 0,86 (hyperthyreosis), 0,90 (Graves–Basedow-kór).

Barratt Impulzivitás Skála revideált változata (BIS-11-R)

A Barratt Impulzivitás Skálát Ernest S. Barratt dolgozta ki 1995-ben. Célja az volt, hogy egy klinikai és egy egészséges mintán is alkalmazható mérőeszközt hozzon létre az impulzivitás mérésére. A kérdőív 29 tételből áll, jelenleg a 11-es verziót használják. A BIS-11 főskála 0,80-as Cronbach-alfa-értéke megfelelő. Az alskálák közül kettő, a Figyelmi Impulzivitás 0,65, a Tervezés Hiánya 0,63 Cronbach-alfa-értékű, de a Motoros Impulzivitás 0,6 alatti értéket mutat. Ez és az item-maradék korrelációk jelzik, hogy a teszt megbízhatósága megkérdőjelezhető (Varga, 2014). A BIS-11-R ennek a kérdőívnek a revideált változata 23 tétellel, amelyet Varga Gábor dolgozott ki doktori disszertációjában 2014-ben. Ezt a verziót használtuk az impulzivitás mérésére. 3 faktorból áll: Türelmetlenség, Impulzív Viselkedés, Önkontroll. Az átdolgozott verzió megbízhatósági mutatói: Önkontroll: 0,41–0,73 között, Impulzív Viselkedés: 0,39–0,78 között, Türelmetlenség: 0,33–0,61 között (Varga, 2014). A saját mintán mért Cronbach-alfák: 0,68 (teljes), 0,63 (kontroll), 0,69 (hypothyreosis), 0,67 (Hashimoto-thyreoditis), 0,79 (hyperthyreosis), 0,67 (Graves–Basedow-kór).

Buss–Perry Agresszió Kérdőív

Az AQ-t Buss és Perry fejlesztette ki 1992-ben. 29 tételt tartalmaz. Egy ötfokú Likert-skálán méri a vonásagressziót. 4 alskálája van: Fizikai Agresszió (9 tétel), Verbális Agresszió (5 tétel), Düh (7 tétel), Hosztilitás (8 tétel). A magyar változatot Gerevich József, Bácskai Erika és Czobor Pál készítette 2012-ben. Az eredeti kérdőív pszichometriai mutatói megfelelőek: Fizikai Agresszió ($\alpha = 0,82$), Verbális Agresszió ($\alpha = 0,68$), Düh ($\alpha = 0,70$), Hosztilitás ($\alpha = 0,75$) (Gere-

vich és mtsai, 2012). A saját mintán mért Cronbach-alfák: 0,89 (teljes), 0,87 (kontroll), 0,89 (hypothyreosis), 0,90 (Hashimoto-thyreoiditis), 0,89 (hyperthyreosis), 0,90 (Graves–Basedow-kór).

Eljárás

A kérdőívet online, a Google Űrlapok segítségével tettük közzé a már ismertetett tematikus csoportokban. Az etikai irányelveknek megfelelően a vizsgálati személyek a kérdőív elején informált beleegyező nyilatkozatot olvashattak el. Az adatfelvétel 9 napig tartott. A visszajelzések alapján a kérdőívcsomag kitöltésére fordított idő átlagosan 20 perc volt.

Statisztikai elemzések

A hipotézisek vizsgálata az IBM SPSS Statistics 25 és JASP 14.1 programmal történt. A minták elemszámai meghaladják a 40 főt az összes csoportban, így a központi határeloszlás tétel (*central limit theorem*) (Wilcox, 2010) miatt feltételezhető a minta normális eloszlása. A vizsgálati design miatt ANCOVÁ-t alkalmaztunk a hipotézisek tesztelésére, mivel így a kovariánsok (lakhely, iskolai végzettség, kor) esetleges hatásai kiszűrhetőek a főhatásból. Azt, hogy mely csoportok között van különbség, Tukey Post Hoc Teszttel állapítottuk meg, és Cohen-*d*-vel mértük a hatáserősséget.

EREDMÉNYEK

Hipotézisek elemzése

Valamennyi felállított hipotézist ANCOVA-elemzés segítségével vizsgáltunk. Valamennyi

hipotézis tekintetében az alkalmazott statisztikai modell statisztikailag szignifikánsnak bizonyult.

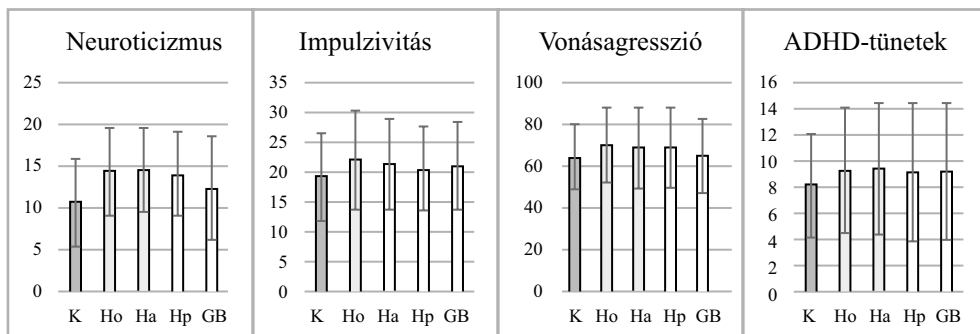
H1: Az érzelmi labilitás különbségeire irányuló ANCOVA eredményeképpen szignifikáns különbség volt kimutatható az egyes betegcsoportok között. $F(4, 702) = 14,206$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,072$.

H2: A csoportok között ANCOVA statisztikai próbát alkalmazva szignifikáns különbség van impulzivitás tekintetében. $F(4, 702) = 2,423$; $p = 0,04$; $\eta^2 = 0,013$.

H3: A csoportok között ANCOVA statisztikai próbát alkalmazva szignifikáns különbség van agresszivitás tekintetében. $F(4, 702) = 4,705$ $p < 0,001$ $\eta^2 = 0,025$.

H4: A csoportok között ANCOVA statisztikai próbát alkalmazva szignifikáns különbség van ADHD-tünetek tekintetében. $F(4, 702) = 3,629$ $p = 0,006$ $\eta^2 = 0,020$.

Az egyes modellek kapcsán alkalmazott *post hoc* tesztek alapján megállapítottuk, hogy mely csoportok közötti különbség eredményezte az ANCOVA-teszt szignifikáns eredményét. A hypothyreosis-szal, Hashimoto-thyreoiditis-szel és hyperthyreosis-szal diagnosztizált személyekre szignifikánsan magasabb neuroticitás-pontszám volt jellemző, mint az egészséges személyekre. Graves–Basedow-kór esetében ez a különbség nem szignifikáns. Impulzivitás esetében a próba a betegcsoportok közül csak a hypothyreosis esetében mutatott szignifikánsan magasabb értéket a kontrollcsoporttal szemben. Agresszió és ADHD-tünetek esetében a hypothyreosis- és a Hashimoto-thyreoiditis-csoport mutatott szignifikánsan magasabb értéket, mint a kontrollcsoport.



1. ábra. A személyiségvonások átlagai, szórása

K: kontroll, Ho: hypothyreosis, Ha: Hashimoto-thyreoiditis, Hp: hyperthyreosis, GB: Graves–Basedow-kór. Az ábrán a szürkével jelölt első oszlop minden esetben az egészséges kontrollcsoportot jelzi. Világosszürkével jelöltük, ha a betegcsoport a kontrollnál szignifikánsan magasabb értéket mutatott.

2. táblázat. A kérdőívek pontszámaiban kimutatható különbségek az egyes vizsgálati és kontrollcsoportok között

Személyiség-vonás	Betegség	Átlagok közti különbség	Standard hiba	<i>p</i>	Cohen- <i>d</i>
Neuroticitás	Pajzsmirigy-alulműködés (hypothyreosis) vs. kontroll	-3,68	0,58	< 0,001*	-0,734
	Hashimoto-thyreoiditis vs. kontroll	-4,18	0,61	< 0,001*	-0,828
	Pajzsmirigy-túlműködés (hyperthyreosis) vs. kontroll	-3,27	0,91	0,003*	-0,624
	Graves–Basedow-kór vs. kontroll	-2,03	0,76	0,063	-0,362
Impulzivitás	Pajzsmirigy-alulműködés (hypothyreosis) vs. kontroll	-2,52	0,85	0,027*	-0,320
	Hashimoto-thyreoiditis vs. kontroll	-2,13	0,89	0,122	-0,285
	Pajzsmirigy-túlműködés (hyperthyreosis) vs. kontroll	-1,20	1,33	0,895	-0,167
	Graves–Basedow-kór vs. kontroll	-2,12	1,15	0,316	-0,289
Vonás-agresszió	Pajzsmirigy-alulműködés (hypothyreosis) vs. kontroll	-7,76	1,97	< 0,001*	-0,457
	Hashimoto-thyreoiditis vs. kontroll	-7,27	2,06	0,004*	-0,412
	Pajzsmirigy-túlműködés (hyperthyreosis) vs. kontroll	-8,25	3,07	0,057	-0,506
	Graves–Basedow-kór vs. kontroll	-3,56	2,57	0,637	-0,219

ADHD-tünetek	Pajzsmirigy-alulműködés (hypothyreosis) vs. kontroll	-1,74	0,53	0,011*	-0,388
	Hashimoto-thyreoiditis vs. kontroll	-1,98	0,56	0,004*	-0,433
	Pajzsmirigy-túlműködés (hyperthyreosis) vs. kontroll	-1,90	0,83	0,152	-0,439
	Graves–Basedow-kór vs. kontroll	-1,80	0,70	0,077	-0,405

3. táblázat. Kovariánsok hatásai a mintára (*p*-értékek)

Kérdőív Kovariáns	EPQ	BIS-11-R	AQ	ADHD
Életkor	0,205	0,342	0,393	0,003
Lakhely	0,011	0,001	0,015	0,007
Iskolázottság	< 0,001	< 0,001	0,001	0,021

A kovariánsként bevont változók főhatásai közül az Iskolázottság és a Lakhely változók főhatásai mind a négy mérőeszköz pontszámának vonatkozásában szignifikánsnak bizonyultak, míg az Életkor változó főhatása az ADHD Szűrőteszt vonatkozásában érte el a statisztikai szignifikancia szintjét.

MEGVITATÁS

A szakirodalomban a szomatopszichés és a pszichoszomatikus összefüggések tisztázása a pajzsmirigybetegségek területén egy kurrens törekvés. Míg a pszichés zavarok szomatikus korrelátumaira nagy figyelem irányul, a testi megbetegedések lélekre gyakorolt hatására jóval kevesebb. Jelen kutatás ezt a területet kívánja gazdagítani.

A különleges személyiségkonstellációk vizsgálata megjelenik a szakirodalomban egyes betegségeknél (Pelizza és Pupo, 2016; Scaruffi és mtsai, 2018; Sinai és mtsai, 2009). Ezek a források endokrin betegségek (Cushing-kór, PCOS, cukorbetegség) és

személyiségvonások összefüggéseit kutatják, azonban a pajzsmirigybetegség esetében a fellelhető szakirodalomban kevés információ állt rendelkezésre (Fukao és mtsai, 2003; Mendorla és mtsai, 1988; Arqué és mtsai, 1987). A pajzsmirigybetegségről szóló kutatások nem a személyiségvonásokról, sokkal inkább a pszichiátriai zavarokról írtak (Chen és mtsai, 2012; Aszalós, 2007; Toren és mtsai, 1997; Burmeister és mtsai, 2001; Whybrow, 1996 idézi Constant és mtsai, 2005; Zavareh és mtsai, 2016; Guimarães és mtsai, 2009; Almeida és mtsai, 2007; Krysiak és mtsai, 2018). Ezek mind olyan mentális betegségekkel (borderline személyiségzavar, depresszió, szorongás, ADHD) való összefüggéseket említene, amelyek diagnosztikai feltételeik révén kapcsolódnak – a DSM-5 szerint jelen kutatáshoz kiválasztott három személyiségvonáshoz. Ezek az impulzivitás, az agresszió és az érzelmi labilitás. Míg a személyiség karaktervonásai a szocializáció során alakulnak ki, az e három vonással összefüggő temperamentumjellemzők háttere biológiai, amit neurofiziológiai

eredmények is alátámasztanak. Az agresszivitás és az impulzivitás például alacsony MAO-szinttel (monoamin-oxidáz) korrelál, illetve az impulzivitás és az érzelmi instabilitással járó állapotok alacsony 5-HIAA- (szerotonin bomlásterméke) szintet eredményeznek (Schalling és mtsai, 1988, idézi Mirnics, 2006). E két vonás esetében endokrin hatások is szerepet játszhatnak: a likvorban mérhető kortizolszint szintén az impulzivitás mutatója lehet (Ballenger, 1983 idézi Mirnics, 2006).

Az érzelmi instabilitás, az agresszió, az impulzivitás és az ADHD-tünetek jelenléte is igazolódott a *hypothyreosis*-szal diagnosztizált betegek csoportjában – szignifikánsan magasabb pontszámot értek el az ezeket mérő teszteken, mint az egészséges nők. A pajzsmirigy-alulműködés lassú anyagcserét okoz, ami fáradtságot, lassúságot, nyugodtságot eredményez (Székely, 2018), legkevésbé sem impulzivitást, agressziót és ADHD-tüneteket, így ez az eredmény a szakirodalommal nincs összhangban. A pszichiátriai zavarok tekintetében azonban összhangban lehet, ugyanis a *hypothyreosis* a mentális betegségekkel leggyakrabban összefüggésbe hozott pajzsmirigy-rendellenesség. A pajzsmirigy-diszfunkciókat olyan pszichiátriai zavarokkal hoztak összefüggésbe, amelyeknek legmarkánsabb jellemzője a „magas érzelmi instabilitás”, ilyen például a borderline személyiségzavar és a bipoláris zavar (Calento és mtsai, 2012). Ezeknek az alkotóelemei az agresszivitás, az impulzivitás és az érzelmi instabilitás, amely összefüggések jelen kutatásban is igazolást nyertek. Szubklinikus *hypothyreosis* esetében több forrás szerint egyértelmű összefüggés mutatkozik a depresszióval (Krysiak és mtsai, 2018; Almeida és mtsai, 2007), de számos olyan forrás is fellelhető, amelyek nem találtak összefüggést

(Blum és mtsai, 2016; Chen és mtsai, 2018; Benseñor és mtsai, 2016; Hong és mtsai, 2018). A szakirodalom tehát ellentmondásos abban a tekintetben, hogy milyen pszichés korrelátumai vannak a pajzsmirigy-diszfunkciónak, ráadásul ezen források gyakran nem specifikálják a depresszió formáját sem, így nem kapható pontos kép arról, hogy alátámasztják-e az érzelmi labilitást. (Nincs információ a szakcikkekben arról sem, hogy unipoláris major depresszióról van-e szó, ahol az érzelmi instabilitás nem jellemző, vagy bipoláris depresszióról, ami esetében ez a sajátosság egyértelműen jelen van.) Kérdéses tehát, hogy ez miért alakult így, mivel a szakirodalomban az érzelmi labilitás jelenlétét csak a pajzsmirigy túlműködéséhez kapcsolják (Aszalós, 2007; Székely, 2018). Jelen kutatás eredményei alapján a *hypothyreosis* csoport minden tekintetben a legveszélyeztetettebb a pszichés jóllét szempontjából.

A *Hashimoto-thyreoditis*-szel diagnosztizált betegcsoportban az érzelmi labilitás, az agresszivitás és az ADHD-tünetek mutatnak szignifikáns különbséget az egészséges nők csoportjával összehasonlítva. Mivel a *Hashimoto-thyreoditis* is a pajzsmirigy alulműködését jelenti (autoimmun formában), így nem meglepő az eredmények hasonlósága. A betegség olyan – vérből kimutatható – antitesteket eredményez (anti-TPO), amelyeknek a magas értéke a pajzsmirigy gyulladására utal – ez jelentősen befolyásolhatja az endokrinrendszer működését. Az autoimmun pajzsmirigy-alulműködésről még kevesebb a fellelhető forrás, mint a *hypothyreosis*-ról. A talált források alapján a *Hashimoto-thyreoditis*-szel diagnosztizált betegeknek nagyobb esélyük van arra, hogy depresszió, szorongás vagy borderline személyiségzavar tüneteit produkálják, vagy akár ezen betegségek teljesen kifejlődjenek náluk,

ha a pajzsmirigy-diszfunkció kezeletlen marad, mint az egészséges személyeknek (Siegmann és mtsai, 2018; Geraciotti és mtsai, 2003; Kirim és mtsai, 2012). Az anti-TPO-szintekhez (amik a betegség diagnosztikus feltételei) mint hormonális változókhöz kötik továbbá az unipoláris és a bipoláris depresszió kialakulását is (Degner és mtsai, 2015; Pop és mtsai, 1998), valamint a borderline személyiségzavar és a bipoláris zavar is összefüggést mutat ezen hormonokkal (Calento és mtsai, 2012). Az impulzivitás vonás főhatása jelen kutatásban nem volt szignifikáns, de a mérőeszköz és annak mintán való viselkedése befolyásolhatta az eredményeket. Az autoimmunitás miatt a Hashimoto-thyreoiditis-szel diagnosztizált betegek esetében felmerül, hogy a betegség mely stádiumában vizsgálták őket, hiszen az első stádiumban hyperfunkció észlelhető, és csak később változik hypofunkcióvá.

A *hyperthyreosis* esetében csak az érzelmi labilitás konstruktuma mutatott szignifikáns különbséget az egészséges személyekkel való összehasonlításban, azonban az agresszivitás, az impulzivitás és az ADHD tüneteinek nagyobb mértéke nem igazolódott, habár az agresszivitás szignifikancia-szintje $p = 0,057$ volt. Ezek jelenlétét a szakirodalom alapján feltételeztük (Székely, 2018).

Egy 2019 novemberében publikált nagymintás vizsgálat során világos összefüggés volt feltárható a pajzsmirigy-túlműködés és az ADHD, az alkalmazkodási zavar, a szorongás, a bipoláris zavar és az öngyilkossági késztetés között (Zader és mtsai, 2019), de ennek ellenére jelen kutatásban ez nem igazolódott. A szakirodalomban a pajzsmirigy-betegségek oksági szerepe az ADHD esetében nem egyértelmű (Toren és mtsai, 1997). A jelen kutatásban a kiindulási pont az volt,

hogy az ADHD alkotóelemei hasonlítanak a hyperthyreosis és a Graves–Basedow-kór tüneteire. A pajzsmirigy túlműködése esetén az anyagcsere felgyorsul, idegesség, szétszórtság, dekoncentrálttság, túlmozgás jelentkezik (Székely, 2018). Mindezen tények ellenére nem sikerült összefüggést találni az ADHD-tünetek és a pajzsmirigy túlműködése között – ahogyan Torenéknek (Toren és mtsai, 1997) sem –, ám a fent említett frissebb forrás (Zader és mtsai, 2019) talált. Lehetséges, hogy a jelen kutatásban egyfajta túlkompenzáció vagy maszkolás jelent meg, ami később vizsgálható egy Betegség-percepció Kérdőívvel a magyar mintán. A szubklinikus hyperthyreosist összefüggésbe hozták a megnövekedett depresszív tünetekkel is (Blum és mtsai, 2016; Hong és mtsai, 2018).

A *Graves–Basedow-kórral* diagnosztizált csoport esetében egyik vizsgált konstruktum sem mutatott szignifikáns különbséget az egészséges kontrollszemélyekkel való összehasonlításban, habár két változó is, az érzelmi labilitás ($p = 0,063$), valamint az ADHD-tünetek ($p = 0,077$) is közel szignifikánsan magasabb értéket mutattak. Ez a szakirodalom alapján meglepő, hiszen a Graves–Basedow-kór is egyfajta túlműködés, amely felgyorsult anyagcserével, folyamatos túlmozgással, idegességgel, nyugtalansággal jár (Székely, 2018). Erről az autoimmun betegségről is kevés forrás található. A hangulati zavarok és a szorongás gyakoribb a Graves–Basedow-kórral diagnosztizált nők esetében, mint az egészséges nők csoportjában (Bunevicius és mtsai, 2005).

A kutatás elsődleges korlátai közé tartozik, hogy keresztmetszeti elrendezést alkalmazott. Továbbá az online kérdőíves módszerek csak a populáció egy adott rétegéhez

tudnak eljutni (kitöltési nehézségek az idők körében, internet hiánya az alacsonyabb szocioökonómiai státuszú rétegben). Tényleges hormonmérésre a kutatás során nem volt lehetőség, a szakorvosi diagnózisokat önbevallásos alapon gyűjtöttük be. A fentiek függvényében érdekes eredmény és kérdés, hogy miért a hormon hiánya okoz tüneteket, és miért nem a hormon túlzott jelenléte – hiszen a túlműködés tünetei között nyugtalanság, labilitás (Székely, 2018) szerepel, ami hasonló mindhárom konstruktmához. Ennek ellenére nem a túlműködő, hanem az alulműködő esetek hoztak szignifikánsan magasabb eredményt.

Külön a pajzsmirigyhormonokkal több kutatás is foglalkozik. Összefüggésbe hozták már agresszióval (Evrensel és mtsai, 2016), öngyilkossággal (Sinai és mtsai, 2009), szkizoid személyiségzavarral, impulzív személyiségzavarral, borderline személyiségzavarral, agresszív, szadista és borderline vonásokkal is (de Dominguez és de Bortoli, 2015). Kérdéses tehát, hogy mivel a jelen kutatás nem kérdezett rá a pontos hormonszintekre, az önbevalláson alapuló diagnózisok mennyire tekinthetők validnak (mennyire friss a diagnózis, szakorvosi gondozás alatt áll-e, érti-e a betegségét) – bár az erre vonatkozó kérdés különösen egyértelműen *diagnosztizált betegségre* kérdez rá. A hormonális hatások esetében feltárt összefüggések a szakirodalomban a vonások biológiai természete kapcsán is érdekes eredményekkel szolgálhatnak. Az egyik legfontosabb kérdés a gyakorlati alkalmazást tekintve az, hogy ha ennyire függ a hormonoktól a pszichés állapot, miért nem javulnak gyakran azon betegek pszichés státuszai, akiknek hormonszintjei gyógyszerrel be vannak állítva? Másik érdekes kérdés, hogy a használt kérdőívek valóban személyiségvonást

mértek-e, amely időben állandó, vagy csupán állapotot? A személyiségjellemzők minden általunk talált forrásban hormonszintekkel voltak összefüggésben, amelyek jellemzői, hogy változhatnak. A hormonszintek változása akár a „vonások” változását is okozhatja, ami felveti az egyes mért jellemzők kapcsán a szakirodalomban gyakran olvasható *state-trait* ('állapotvonás') vitát.

Egyéb módszertani észrevétel, hogy az EPQ másik skáláját, a Pszichoticizmust is érdemes lett volna használni. A pszichoticizmus az agresszivitást, a hosztilitást és a meggondolatlanságot (impulzivitást) is magában foglalja (Eysenck és mtsai, 1985). Az impulzivitás mérésére használt eszköz (BIS-11-R) nem megfelelő reliabilitással rendelkezett, a mintán 3 faktor helyett 6 faktort mutatott a faktoranalízis, így minden ehhez kapcsolódó összefüggés fenntartásokkal kezelendő. Az impulzivitás jobb mérőeszközzel történő vizsgálatával feltételezhető a szignifikáns különbségek volta az impulzív viselkedések tekintetében – ismételt kutatás során érdemes az eredeti Barrett-kérdőívet használni.

Számos tényezőt nem tudunk nyomon követni jelen vizsgálatban: a vizsgálati személyek hormonszintjeit, a pajzsmirigybetegegség fennállásának időtartamát és a kezelés sikerességét. Egy következő kutatásban a hormonszintek mérése vagy a pontos értékek megkérdezése, a pontos diagnózis és a kezelés állapotának kontrollja mellett felfedhetőkké válhatnak azon eredmények, amelyek a jelen vizsgálat módszertani hibái miatt esetleg rejtve maradtak. Fontos azonban megjegyeznünk, hogy bár a jelen kutatás mintájának elemszáma megfelelően nagy ($N = 707$), a minta szakszerű adattisztításon esett át, és a statisztikai próbákat kiemelkedő gondossággal választottuk meg, mégis

vannak limitációi. Ahogy a szakirodalomban is látszik, a téma alulreprezentált, a meglévő kutatások ellentmondásos eredményekről számolnak be, így a téma komplex, interdiszciplinális megközelítése elengedhetetlen.

Kitekintésként említjük meg, hogy a pontos eredményekhez a hormonrendszer komplexitása miatt az összes idekapcsolható betegséget, szervet és hormont komplexen kellene figyelni, nem csak a depresszió, a borderline személyiségzavar, az ADHD, hanem a vizsgált vonások tekintetében is, amely komplexitás felveti, hogy egyénre szabott terápia és kezelés lenne szükséges a pajzsmirigybetegek személyek esetében.

A jelen kutatás alapján a pajzsmirigybetegek bizonyos csoportjai impulzívabbak, labilisabbak, agresszívabbak, és ADHD-tüneteket is produkálnak, ami jelentős terhet jelent nekik és a környezetüknek is, és ez a társas támogatást is gátolja. A jövőben érdemes a betegcsoport társas támogatottságát kutatni, hiszen más kutatások bizonyítják, hogy az hozzájárul a mentális egészség fejlődéséhez (Chen és mtsai, 2012).

Mindezek felhívják a figyelmet a betegek komplex ellátására: orvosi szempontból a gyógyszerelés, pszichológiai szempontból a lelki tünetek megszüntetése fontos (Samuels, 2014) a gyógyulás vagy szintentartás érdekében.

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN CERTAIN THYROID DISEASES AND IMPULSIVITY, AGGRESSION AND EMOTIONAL LABILITY AMONG HUNGARIAN WOMEN

Background and aims: Several studies have found an association between thyroid diseases, the hormonal system, and some psychiatric disorders. It can be assumed that those who are affected by these diseases might have different personality characteristics from the general population. Our aim was to explore the personality traits (neuroticism, impulsivity, trait-aggression, and ADHD symptoms) among people with thyroid diseases.

Methods: Data from 707 Hungarian women (19–77 years, $M = 39.57$, $SD = 13.25$) with various thyroid conditions (Hypothyroidism ($N = 257$), Hyperthyroidism ($N = 48$), Hashimoto's thyroiditis ($N = 182$), Graves–Basedow disease ($N = 75$)) and a control group of 145 healthy individuals were analyzed. We used EPQ, BIS-11-R, AQ and ASRS questionnaires to explore the differences.

Results: The statistical procedures (ANCOVA) showed a significant difference between hypothyroidism and the control group in terms of neuroticism ($p < 0.001$), impulsivity ($p = 0.027$), aggression ($p < 0.001$) and ADHD symptoms ($p = 0.011$). Hashimoto's thyroiditis differed significantly in terms of neuroticism ($p < 0.001$), aggression ($p = 0.004$), and ADHD symptoms ($p = 0.004$). Hyperthyroidism differed in the construct of neuroticism too ($p = 0.004$).

Discussion: Differences in personality traits have been found between the control and patient groups. These differences were particularly pronounced in the hypothyroidism and Hashimoto's thyroiditis groups. Considering the connections revealed, psychological support for thyroid patients is an important task. The present study confirms that the patient group requires

a more complex form of care (by endocrinologists, psychologists, dietitians together) instead of a simple pharmacological treatment. These results may pave the way to develop new therapeutic methods to improve the quality of life of people living with thyroid-related conditions.

Keywords: thyroid disease, neuroticism, impulsivity, trait-aggression, endocrine disorders

IRODALOM

- ALMEIDA, C., BRASIL, M. A., JOSÉ, A., COSTA, L., REIS, F. A. A., REUTERS, V., VAISMAN, M. (2007): Subclinical hypothyroidism: psychiatric disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2). 157–159.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., Revised [DSM-III-R]). APA, Washington, DC.
- ARQUÉ, J. M., SEGURA, R., TORRUBIA, R. (1987): Correlation of Thyroxine and Thyroid-Stimulating Hormone with Personality Measurements: A Study in Psychosomatic Patients and Healthy Subjects. *Neuropsychobiology*, 18(3). 127–133.
- ASHER, R. (1949): Myxoedematous Madness. *British Medical Journal*, 2(4627). 555–562.
- ASZALÓS, Zs. (2007): Some neurological and psychiatric complications in the disorders of the thyroid gland. *Orvosi Hetilap*, 148(7). 303–310.
- BÁCSKAI E., CZOBOR P., GEREVICH J. (2012): Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Szűrőteszt (Adult Self-Report Scale). In Gerevich, J., Bácskai, E. (szerk.): *Korszerű addiktológiai mérőmódszerek*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 84–92.
- BALLENGER J. C., POST, R. M., JIMERSON, D. C., LAKE, C. R., MURPHY, D., ZUCKERMAN, M., CRONIN, C. (1983): Biochemical correlates of personality trait in normals: an exploratory study. *Personality and Individual Differences*, 4(6). 615–625.
- BENSEÑOR, I., NUNES, M., SANDER DINIZ, M., SANTOS, I., BRUNONI, A., LOTUFO, P. (2016): Subclinical thyroid dysfunction and psychiatric disorders: Cross-sectional results from the Brazilian Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Clinical Endocrinology*, 84(2). 250–256.
- BLUM, M. R., WIJSMAN, L. W., VIRGINI, V. S., BAUER D. C., RODONDI, N. (2016): Subclinical Thyroid Dysfunction and Depressive Symptoms among Elderly: A Prospective Cohort Study. *Neuroendocrinology*, 103(3–4). 291–299.
- BUNEVICIUS, R., VELICKIENE, D., PRANGE, A. J. JR. (2005): Mood and anxiety disorders in women with treated hyperthyroidism and ophthalmopathy caused by Graves' disease. *General Hospital Psychiatry*, 27(2). 133–139.
- BURMEISTER, L. A., GANGULI, M., DODGE, H. H., TOCZEK, T., DEKOSTY, S. T., NEBES, R. D. (2001): Hypothyroidism and cognition: Preliminary evidence for a specific defect in memory. *Thyroid*, 11(12). 1177–1185.
- BUSS, A. H., PERRY, M. P. (1992): The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3). 452–459.

- CALENTO, A., AMMENDOLA, S., APUZZO, M., KUSMANN, F., MORLINO, M. (2012): P-386 – Relationship between thyroid dysfunctions and psychiatric disorders: A retrospective study in a university psychiatric service. *European Psychiatry*, 27. Supplement 1, 1.
- CHEN, D. Y., SCHNEIDER, P. F., ZHANG, X. S., HE, Z. M., JING, J., CHEN, T. H. (2012): Mental health status and factors that influence the course of Graves' disease and antithyroid treatments. *Experimental and Clinical Endocrinology and Diabetes*, 120(9). 524–528.
- CHEN, H. J., LEE, Y. J., YEH, G. C., LIN, H. C. (2013): Association of attention-deficit/hyperactivity disorder with diabetes: A population-based study. *Pediatric Research*, 73(4). 492–496.
- CHEN, P. H., SHYU, Y., TSAI, M., LEE, S., YANG, K., YANG, C., LEE, T., WANG, L. (2018): Correlation between attention-deficit/hyperactivity disorder, its pharmacotherapy, and thyroid dysfunction: A nationwide population-based study in Taiwan. *Clinical Endocrinology*, 89(4). 496–504.
- CHUEIRE V. B., ROMALDINI J. H., WARD L. S. (2007): Subclinical hypothyroidism increases the risk for depression in the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44(1). 21–28.
- CONSTANT, E. L., ADAM, S., SERON, X., BRUYER, R., SEGHERS, A., DAUMERIE, C. (2005): Anxiety and depression, attention, and executive functions in hypothyroidism. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11(5). 535–544.
- DAITZMAN, R. J., ZUCKERMAN, M. (1980): Disinhibitory sensation-seeking, personality and gonadal hormones. *Personality and Individual Differences*, 1(2). 103–111.
- DAWE, S., GULLO, M. J., LOXTON, N. J. (2004): Reward drive and rash impulsiveness as dimensions of impulsivity: implications for substance misuse. *Addictive Behaviors*, 29(7). 1389–1405.
- DEGNER D., HAUST M., MELLER J., RÜTHER E., REULBACH U. (2015): Association between autoimmune thyroiditis and depressive disorder in psychiatric outpatients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265(1). 67–72.
- DE DOMINGUEZ, M. B., DE BORTOLI, M. Á. (2015). Estados hipotiroideos y trastornos psicológico, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 61(1). 3–12.
- EVENDEN, J. (1999): Impulsivity: a discussion of clinical and experimental findings. *Journal of Psychopharmacology*, 13(2). 180–192.
- EVRENSEL, A., ÜNSALVER, B. Ö., ÖZŞAHİN, A. (2016): The relationship between aggression and serum thyroid hormone level in individuals diagnosed with antisocial personality disorder. *Noropsikiyatri Arsivi*, 53(2). 120–125.
- EYSENCK, H. J., EYSENCK, S. B. G. (1975): *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (Junior and Adult)*. Hodder and Stoughton Ltd, London.
- EYSENCK, S. B., EYSENCK, H. J., BARRETT, P. (1985): A revised version of the Psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6(1). 21–29.
- FONYÓ, A. (2011): *Az orvosi élettan tankönyve*. Medicina Kiadó, Budapest.
- FUGGER, G., DOLD, M., BARTOVA, L., KAUTZKY, A., SOUERY, D., MENDLEWICZ, J., SERRETTI, A., ZOHAR, J., MONTGOMERY, S., FREY, R., KASPER, S. (2018): Comorbid thyroid disease in patients with major depressive disorder – Results from The European Group for the Study of Resistant Depression (GSRD). *European Neuropsychopharmacology*, 28(6). 752–760.

- FUKAO, A., TAKAMATSU, J., MURAKAMI, Y., SAKANE, S., MIYAUCHI, A., KUMA, K., HANAFUSA, T. (2003): The relationship of psychological factors to the prognosis of hyperthyroidism in antithyroid drug-treated patients with Graves' disease. *Clinical Endocrinology*, 58(5). 550–555.
- GAFFEY, A., MARTINEZ, B. (2019): Neuroendocrine Mechanisms of Psychological Stress: Age and Sex Differences in Adults. In Sherman, S. M. (ed.): *Oxford Research Encyclopedia of Neuroscience*. Oxford University Press, Oxford. 1–17.
- GERACIOTI, T., KLING, M., POST, R., GOLD, P. (2003): Antithyroid antibody-linked symptoms in borderline personality disorder. *Endocrine*, 21(2). 153–158.
- GEREVICH, J., BÁCSKAI, E., CZOBOR, P. (2012): Buss–Perry Agresszió Kérdőív. In GEREVICH, J., BÁCSKAI, E. (szerk.): *Korszerű addiktológiai mérőmódszerek*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 121–134.
- GUIMARÃES, J. M. N., DE SOUZA LOPES, C., BAIMA, J., SICHIERI, R. (2009): Depression symptoms and hypothyroidism in a population-based study of middle-aged Brazilian women. *Journal of Affective Disorders*, 117(1–2). 120–123.
- HAGE, M. P., AZAR, S., T. (2012): The Link between Thyroid Function and Depression. *Journal of Thyroid Research*. 590648.
- HALMOS, T., SUBA, I. (2009): A depresszió kapcsolata a 2-es típusú diabétesszel és a metabolikus szindrómával. *Magyar Tudomány*, 170(9). 1118–1126.
- HEINRICHS M., GAAB J. (2007): Neuroendocrine mechanisms of stress and social interaction: implications for mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(2). 158–162.
- HONG J., NOH J., KIM D. (2018): Association between subclinical thyroid dysfunction and depressive symptoms in the Korean adult population: The 2014 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *PLoS ONE*, 13(8). e0202258.
- KELLY, W. F., KELLY, M. J., FARAGHER, B. (1996): A prospective study of psychiatric and psychological aspects of Cushing's syndrome. *Clinical Endocrinology*, 45(6). 715–720.
- KESSLER, R. C., ADLER, L. A., GRUBER, M. J., SPENCER, T., VAN BRUNT, D. L. (2007): Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(2). 52–65.
- KIRIM S., KEŞKEK Ş., KÖKSAL F., HAYDARDEDEOĞLU F., BOZKIRLI E., TOLEDANO Y. (2012): Depression in patients with euthyroid chronic autoimmune thyroiditis. *Endocrine Journal*, 59(8). 705–708.
- KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (2015): *Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2014*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (2021): *Tájékoztatósi Adatbázis*. <http://statinfo.ksh.hu/> (Letöltés ideje: 2021. január 16.)
- KREEK, M. J., NIELSEN, D. A., BUTELMAN, E. R., LAForge, K. S. (2005): Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nature Neuroscience*, 8(11). 1450–1457.

- KRYSIAK, R., MAREK, B., OKOPIEN, B. (2018): Sexual function and depressive symptoms in young men with hypothyroidism receiving levothyroxine/liothyronine combination therapy. *Endokrynologia Polska*, 69(1). 16–22.
- LEVITT KATZ, L. E., SWAMI, S., ABRAHAM, M., MURPHY, K. M., JAWAD, A. F., MCKNIGHT-MENCI, H., BERKOWITZ, R. (2005): Neuropsychiatric disorders at the presentation of type 2 diabetes mellitus in children. *Pediatric Diabetes*, 6(2). 84–89.
- MATOLCSI Á. (1988): Az Eysenck-féle Személyiség Kérdőív (EPQ) felnőtt változatának hazai adaptációja. In: Mérei F., Szakács F. (szerk.): *Pszichodiagnosztikai Vademecum 1/2*. Tankönyvkiadó, Budapest. 270–282.
- MENDORLA, G., SAVA, L., CALACIURA, F., LISI, E., CASTORINA, S. (1988): Personality traits and mental prognosis in patients with congenital hypothyroidism not treated from early life. *Journal of Endocrinological Investigation*, 11. 289–295.
- MILLER, A. H., ANCOLI-ISRAEL, S., BOWER, J. E., CAPURON, L., IRWIN, M. R. (2008): Neuroendocrine-immune mechanisms of behavioral comorbidities in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26(6). 971–982.
- MIRNICS Zs. (2006): *A személyiség építőkövei – Típus-, vonás- és biológiai elméletek*. Bölcsész Konzorcium, Budapest. 50.
- NUSSBAUM, A. M. (2013): *The Pocket Guide to the DSM-5™ Diagnostic Exam*. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, DC.
- ORELAND, L., KNORRING, L., VON SCHALLING, D. (1984): Connections between monoamine oxidase, temperament and disease. In Paton, W., Mitchell J., Turner P. (eds): *IUPHAR 9th International Congress of Pharmacology*. Palgrave, London. 193–202.
- PARMENTIER, T., SIENAERT, P. (2018): The use of triiodothyronine (T3) in the treatment of bipolar depression: A review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 229. 410–414.
- PARRY, C. (1825): *Collected works Vol. 1*. Underwood, London.
- PELIZZA, L., PUPO, S. (2016): Brittle diabetes: Psychopathology and personality. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 30(8). 1544–1547.
- PERCZEL-FORINTOS D., KISS Zs., AJTAY GY. (2005): *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Budapest. 150–151.
- PERRIS, C., EISEMANN, M., VON KNORRING, L., PERRIS, H. (1984): Personality traits and monoamine oxidase activity in platelets in depressed patients. *Neuropsychobiology*, 12(4). 201–205.
- POLANCZYK, G., DE LIMA, M. S., HORTA, B. L., BIEDERMAN, J., ROHDE, L. A. (2007): The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6). 942–948.
- POP, J., MAARTENS, H. J., LEUSINK, G., VANSON, J., KNOTTNERUS, A. A., WARD, A. M., METCALFE, R., WEETMAN, P. A. (1998): Are Autoimmune Thyroid Dysfunction and Depression Related? *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 83(9). 3194–3197.
- SAMUELS, M. H. (2014): Psychiatric and cognitive manifestations of hypothyroidism. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity*, 21(5). 377–383.

- SCARUFFI, E., FRANZOI, I. G., CIVILOTTI, C., GUGLIELMUCCI, F., MARCA L. L., TOMELINI, M., VEGLIA, F., GRANIERI, A. (2018): Body image, personality profiles and alexithymia in patients with polycystic ovary syndrome (PCOS). *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(4). 294–303.
- SCHALLING D., EDMAN G., ASBERG M., ORELAND L. (1988): Platelet MAO activity associated with impulsivity and aggressivity. *Personality and Individual Differences*, 9(3). 597–606.
- SHEIKH, M. A. (2018): Child maltreatment, psychopathological symptoms, and onset of diabetes mellitus, hypothyroidism and COPD in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 241. 80–85.
- SIEGMANN E., MÜLLER H., LUECKE C., PHILIPSEN A., KORNUBER J., GRÖMER T. (2018): Association of depression and anxiety disorders with autoimmune thyroiditis: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 75(6). 577–584.
- SINAI, C., HIRVIKOSKI, T., VANSVIK, E. D., NORDSTRÖM, A. L., LINDER, J., NORDSTRÖM, P., JOKINEN, J. (2009): Thyroid hormones and personality traits in attempted suicide. *Psychoneuroendocrinology*, 34(10). 1526–1532.
- SINAI, C., HIRVIKOSKI, T., NORDSTRÖM, A. L., NORDSTRÖM, P., NILSONNE, Å., WILCZEK, A., ÅSBERG, M., JOKINEN, J. (2015): Thyroid hormones and adult interpersonal violence among women with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 227(2–3). 253–257.
- SZÉKELY M. (2018): *Kóréletani alapok*. Medicina Kiadó, Budapest.
- TOREN, P., KARASIK, A., ELДАР, S., WOLMER, L., SHIMON, I., WEITZ, R., INBAR, D., KOREN, S., PARIENTE, C., REISS, A., WEIZMAN, R., LAOR, N. (1997): Thyroid function in attention deficit and hyperactivity disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 31(3). 359–363.
- TÓTH M. (2012): *Cushing-szindróma: Betegtájékoztató*. Magyar Endokrinológiai és Anyagcsere Társaság. http://www.endokrinologia.hu/upload/endokrinologia/document/Cushing_szindrroma.pdf (Letöltés ideje: 2019. június 11.)
- VARGA, G. (2014): *Az impulzivitás genetikai korrelátumai*. PhD-disszertáció. ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest.
- WHYBROW, P. C. (1996): Behavioral and psychiatric aspects of hypothyroidism. In Braverman, L. E., Utiger R. D. (eds): *The thyroid* (Werner & Ingbar's 7th ed.). Lippincott-Raven, Philadelphia, PA. 866–869.
- WILCOX, R. R. (2010): *Fundamentals of Modern Statistical Methods: Substantially Improving Power and Accuracy*. Springer Science & Business Media, New York, NY.
- ZADER, S. J., WILLIAMS, E., BURYK, M. A. (2019): Mental Health Conditions and Hyperthyroidism. *Pediatrics*. 144(5). e20182874.
- ZAVAREH, A. T., JOMHOURI, R., BEJESTANI, H. S., ARSHAD, M., DANESHMAND, M., ZIAEI, H., AMIRI, M. (2016): Depression and Hypothyroidism in a Population-Based Study of Iranian Women. *Romanian Journal of Internal Medicine*, 54(4). 217–221.
- ZUCKERMAN, M. (1984): Sensation seeking: A comparative approach to a human trait. *Behavioral and Brain Sciences*, 7(3). 413–471.

TÁRSADALMI CÉLÚ REKLÁMOK LAIKUS ÉRTÉKELÉSÉNEK FELTÁRÓ VIZSGÁLATA



NAGY Luca
DE Pszichológiai Intézet
nagy.luca@arts.unideb.hu

BALÁZS Katalin
DE Pszichológiai Intézet
balazs.katalin@arts.unideb.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A kvalitatív vizsgálat célja a társadalmi célú reklámra (TCR) vonatkozó laikus percepciók fiatal felnőttek körében történő vizsgálata; a TCR-meghatározások legjellemzőbb elemeinek, valamint a hatáselemeknek a vizsgálata. A kutatás központi kérdése, hogy a szakirodalom által megnevezett tényezők azonosak-e a laikusok által fontosnak tartott szempontokkal, valamint ha vannak eltérések, azok milyen jellegűek.

Módszer: Nyolc fókuszcsoporthoz alkalommal a vizsgálati személyek 1,5–2 órás ülések során társadalmi célú reklámokat idéztek fel, magát a fogalmat definiálták, közösen véleményeztek kivetített TCR-eket; valamint kisebb csoportokban kinyomtatott reklámokat csoportosítottak. A vizsgálatban 55 egyetemi hallgató vett részt.

Eredmények: Az interjúk szövegének tartalomelemzése alapján a reklámok értékelésekor elsődleges a vizuális látvány, a kiváltott érzélem; a megjelenített probléma komolysága; valamint az, hogy milyen célcsoport számára készült a TCR. A vizsgálati személyek véleménye alapján a reklámmal való ismétlődő találkozás növeli a reklám felidézésének valószínűségét, valamint rontja a megítélést. A személyek gyakran nyilvánítottak érzelmeket, de olykor attribúciókként utaltak rájuk, azaz azt fejezték ki, hogy a reklám mit akar kiváltani belőlük; valamint képesek voltak beszámolni a túlzó ingerek kiváltotta ellenállásról, hárításról is. A kísérleti személyek által említett TCR-definíciók nagyban hasonlítanak a szakirodalmi definíciókhoz.

Következtetések: A fókuszcsoporthoz adatok alapján a laikus befogadók képesek megnevezni a társadalmi célú reklámüzenetek céljait, megítélni a reklámok hatékonyságát, működési módját, rájuk vonatkozó hatásait. A vizsgálati személyek ilyen jellegű tudatossága alapján – legalábbis ebben a célcsoportban – az önbevalláson alapuló megkérdezés releváns válasszokkal szolgálhat a reklámvizsgálatok során.

Kulcsszavak: társadalmi célú reklám, laikus percepció, reklámfeldolgozás, reklámhatásosság

BEVEZETÉS

A jelen vizsgálat célja, hogy a társadalmi célú reklámok laikusok által történő befogadásának, kiértékelésének tényezőit összegezze, és empirikusan is vizsgálja. A TCR-ek célkitűzése alapjaiban eltér a kereskedelmi célú reklámokétól: nem egy áru eladása áll a fókuszában, hanem egy társadalmilag fontos üzenet átadása és az ennek megfelelő viselkedés ösztönzése (Donovan és Henley, 2010). A TCR-ek fogyasztói előny vagy anyagi haszon helyett jellemzően erkölcsi vagy hosszú távú jutalmat ígérnek (Sas, 2010). Ez önmagában hatással lehet a TCR-ek feldolgozására, kiértékelésére; így hatékonyságukra is. Ennélfogva a társadalmi célú reklámok különálló, elmélyült vizsgálata indokolt.

A társadalmi célú reklámok befogadásának megértését segítik a meggyőzési modellek (Chaiken, 1980; Petty és Cacioppo, 1981), valamint a specifikusan reklámokra vonatkozó Reklámhatás Modell (Mehta, 1994). A reklámokhoz való általános hozzáállás, azaz a reklám iránti attitűd fontos meghatározója a fogyasztói magatartásnak (Milaković és Mihić, 2015), így a társadalmi célú reklámok befogadásának is. Továbbá a meggyőzésben általában szerepet játszó érzelmelekeltés, s a TCR-ek szempontjából kifejezetten jelentős félelem- és büntudatkeltés (Basil és mtsai, 2008; Sas, 2010; Witte és Basil, 2012) szintén hozzájárul a reklám hatásosságához, a meggyőzés sikeréhez.

A szakirodalom szerint a reklám hatásossága, észlelt sikere olyan mutatókban ragadható meg, mint a reklámfelidezés (Soni, 2017), ezért ezt a mutatót a TCR-ek hatásmechanizmusának elemzése során is lényeges vizsgálni.

A kvalitatív módszertant követő fókuszcsoportos vizsgálat célja, hogy feltárja

a TCR-ek laikusok által történő befogadásának mechanizmusát az értékelés szempontjainak azonosításával; hogy megismerje a befogadók laikus TCR-definícióit, valamint a reklámfelidezés mögöttes tényezőit. A vizsgálat jelentősége, hogy további kérdőíves kutatások alapjául szolgálhat, nem csupán arra vonatkozóan, hogy a TCR-ek hatékonyságának megítélése kapcsán mely komponensek lekérdezése lényeges, hanem a válaszadók erre vonatkozó tudatosságára nézve is.

SZAKIRODALMI HÁTTER

Meggyőzés és társadalmi célú reklámok

A reklámok működésének és hatásának vizsgálatához az alapot a szociálpszichológiában a meggyőzés szakirodalma adja, amelynek középpontjában az attitűdök állnak (O’Keefe, 2004). Az érzelmi, kognitív és viselkedéses viszonyuláson alapuló attitűdök (Petty és Cacioppo, 1986) a meggyőzés során *formálódhatnak, megerősödhetnek*; vagy a már meglévő attitűdök és viselkedések megváltoztatásával *újak alakulhatnak* (Miller, 1980). Ebből fakadóan az ezekre épülő viselkedéses válaszok is (ki)alakulhatnak vagy megerősödhetnek.

A reklámok a meggyőzés eszközüül szolgálnak (pl. Sas, 2010), így hatással lehetnek az attitűdökre és a viselkedésre. Annak tekintetében azonban, hogy milyen módon és milyen hatékonysággal érik el ezeket a hatásokat, nagy eltérés mutatkozik a reklámok között. A reklámhatékonyságot befolyásoló lényeges tényező, hogy kereskedelmi vagy társas marketingből származik-e a reklám. A társadalmi célú marketingben (TCM) nem termékek és szolgáltatások cseréje megy végbe, hanem olyan programok tervezése és

megvalósítása, amelyek révén a befogadók valószínűleg megfontolják a társadalmi nehézségek jelentőségét (Kotler és Zaltman, 1971). A társadalmi célú marketing által alkalmazott egyik eszköz a társadalmi célú reklám (TCR) (Sas, 2010).

A társadalmi célú marketing elkülönítésére Donovan és Henley (2010) átfogó szempontrendszert dolgozott ki, amely a TCR-ekre is érvényes. A TCM egy társadalmi problémát és annak megoldását jelentő viselkedésformát igyekszik eladni. Ez a megoldás rendszerint áldozatokat és lemondást, időráfordítást követel, azonnali haszonnal nem jár, kivitelezése pedig nehézkes. Mivel az ügy érdekében tett erőfeszítés azonnali és személyes profitot nem hoz, a jutalom elsősorban közvetett, erkölcsi természetű, valamint kismértékű. A társadalmi célú marketing és a társadalmi célú reklám – szemben a kereskedelmi célú reklámok többségével – a kevésbé érintett magánszemélyeket igyekszik elérni, valamint a befolyással bíró döntéshozók csoportjaira fókuszál. A kommunikációs stratégia megválasztása így komoly feladat elé állítja a szakembereket.

A TCR-ekben megjelenített témák közé tartoznak például a megbetegedések és járványok, az erőszak, a környezetvédelem, a közlekedésbiztonság, a rasszizmus vagy a kisebbségek védelme. A társadalmi célokból adódóan a jogi és etikai szabályozások elnézőbbek a reklámok kialakítását tekintve, így nem ritka a drasztikus ábrázolás (Sas, 2010).

A TCR-ek csoportosíthatók abból a szempontból is, hogy a megjelenített nehézségek megoldása ki számára előnyös (Sas, 2010). Az *egyén érdekét* szolgáló reklámüzenetek által megjelenített következmények magát a befogadót érintik nagymértékben; főként új szokások kialakítására és a kényelmi szempontokról való lemondásra sarkallnak. Az erőfeszítés ellentételezett, de nem rövid távú haszonnal

jár. Ide sorolhatók az egészséges életmódot, a dohányzásról való leszokást vagy a szexuális védekezést promotáló TCR-ek.

A *mások érdekében* szóló reklámok hátrányos helyzetben lévő, kiszolgáltatott embereket, társadalmi csoportokat szolgálnak. Ilyenek például a bántalmazott nők és gyermekek, a szegénységben élők vagy a hajléktalanok. Az érdekükben szóló reklámok megsegítésükre kéri a befogadót, együttérzésük kiváltásával. Aki eleget tesz a reklám üzenetében foglalt felhívásnak, az erkölcsi jutalomban részesül.

A *közösség*, a társadalom, az emberiség érdekében szóló reklámok képezik a TCR-ek harmadik csoportját. Ezek a reklámok a befogadók hozzáállását igyekeznek formálni, olyan viselkedésekre sarkallva, amelyekből a jövőben profitálhatnak a személyek, utódaik és az egész társadalom; azaz a nagy közösséget érintő kérdésekről van szó. A TCR a kívánatos viselkedésért cserében közvetett jutalommal szolgálhat, hiszen olyan időben és térben távoli következményekről van szó (pl. állatfajok megmentése, erdők megóvása, energiaforrások megőrzése), amelyeknek kis valószínűséggel lesz haszonélvezője az üzenet fogadója (Sas, 2010). Tekintettel arra, hogy a három, érdekek szerint elkülönített TCR-csoport különböző ígérettel szolgál, ezek eltérő reklámkommunikációja vezethet a sikeres meggyőzéshez.

Meggyőzési modellek és a Reklámhatás Modell

A meggyőző üzenetek feldolgozásával számos elmélet foglalkozik, amelyek közül a legismertebb modellek az úgynevezett kettős-folyamat-elméletek (Fiske, 2006; Forgas, 2008; Griskevicius mtsai, 2010). A modellek segíthetnek megérteni, hogy a meggyőző kommunikáció elemei, mint például az üzenet

forrása vagy az érvek típusa miként hat a meggyőzésre (Engel és mtsai, 1995).

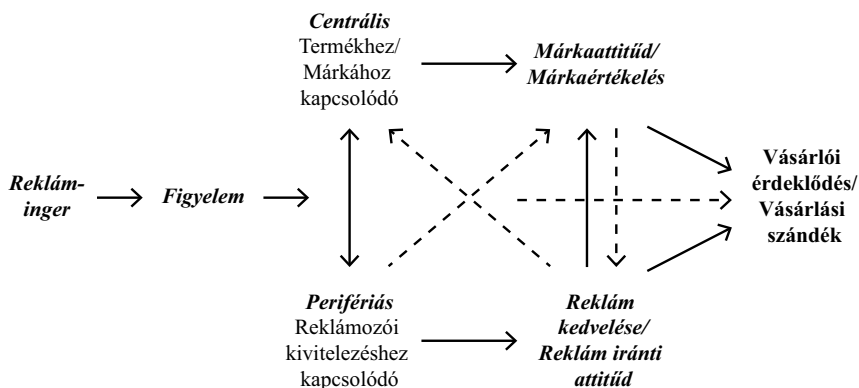
Chaiken (1980) Heurisztikus-Szisztematikus Feldolgozás, valamint Petty és Cacioppo (1981) Feldolgozási Valószínűség Modelljei az alapelképzelést tekintve nagyon hasonló elméletek. Chaiken (1980) szerint akkor valószínűsíthető tartós meggyőzés, amikor magas a befogadó *érintettsége* az üzenet tartalmát tekintve. Ekkor az üzenet tartalmának vizsgálata, az érvek gondos megfontolása, érvényességük becslése is végbemegy. Ekkor a feldolgozás szisztematikus. Alacsony érintettség mellett a befogadó jobbra egyszerű döntési szabályokra, a heurisztikákra hagyatkozik, és felületes feldolgozás zajlik. A Feldolgozási Valószínűség Modellje (Cacioppo és Petty, 1984) a meggyőzés *központi és perifériás útjait* azonosítja, rendre a szisztematikus és heurisztikus feldolgozáshoz hasonló módon. A központi úton nagy valószínűséggel megtörténik az üzenet mély feldolgozása, ami a perifériás úton kevésbé valószínű. A központi út az üzenet tartalmi aspektusaira vonatkozó, motivált feldolgozást jelenti, az információk a korábbi tudással és tapasztalatokkal való összekapcsolását; míg a perifé-

riális elaboráció egyszerű következtetések levonására, az üzenet tartalmi elemeinek elnagyolt feldolgozására vonatkozik.

A meggyőző üzenet érveinek központi úton való feldolgozása ugyanakkor abban az esetben vezet nagy eséllyel meggyőzéshez, ha az érvek nem túl erősek és nem is túlzottan gyengék. Az említett szélsőséges esetekben bumeránghatás alakulhat ki, amelynek révén a kívánt irányban történő változás helyett a korábbi attitűdök erősödhetnek meg (Haugtvedt és mtsai, 1988).

Nem csupán a meggyőzés, hanem specifikusan a reklámok feldolgozásának módjával is foglalkoztak kutatások. Mehta (1994) éppen a fent tárgyalt kettős folyamat-elméletekre építve alkotta meg Reklámhatás Modelljét (Advertising Response Modeling, ARM). A modell eredendően kereskedelmi reklámok hatásmechanizmusával foglalkozik, azonban a kereskedelmi és a társadalmi célú reklámok között vonható párhuzamokból adódóan az ARM megállapításai a TCR-ek csoportjára is vonatkoztathatók. A fő különbség a modell szempontjából, hogy a társadalmi célú reklámok nem egy termék megvásárlását, hanem egy elvárt viselkedésmódot promotálnak.

Kommunikációfeldolgozás



1. ábra. A Reklámhatás Modell (Mehta, 1994)

A modell szerint, amelyet az *1. ábra* mutat be, a reklám elsődleges feladata, hogy megragadja a figyelmet; ezt követően kezdődhet el a perifériás vagy centrális feldolgozás. Előfordul, hogy mindkét feldolgozási mód párhuzamosan zajlik, de ez esetben is dominál valamely út. Központi feldolgozás esetében a termék és márka tanulmányozására fordít figyelmet a befogadó, míg a perifériás elaboráció esetén a reklám megjelenítésének olyan jegyei dominálnak, mint az üzenetet kísérő zene vagy a kommunikátor külső megjelenése. Mehta szerint a központi úton való feldolgozás hat a termék és a márka iránti attitűdre, így a fogyasztó szándékaira; ezzel szemben a perifériás feldolgozás csak indirekt módon befolyásolja az attitűdöket. Ennélfogva a mély elaboráció tartós és ellenálló, a felületes feldolgozás pedig főként ideiglenesen fennmaradó attitűdök kialakulásáért felel. A társadalmi célú reklámok esetén a márkaattitűd és márkaértékelés elem helyett a modellben az üzenet tartalmának értékelése szerepelhet.

Érzelemkeltés a reklámokban

A legtöbb, az érzelmek és meggyőzés kapcsolatát tárgyaló publikáció abból az alapvető és elsődleges kérdésből indul ki, hogy mit értünk *érzelem* alatt. Az érzelmeket többnyire specifikusnak, fókuszálnak és tudatosságon alapulónak – így megnevezhetőeknek –, valamint komplex struktúráknak tekintik (Dillard és Peck, 2000). Az érzelmek kifejezhetők *bipoláris valenciaként*, eszerint egy kontinuum egy adott pontját képezik, ahol a skála egyik vége pozitív, másik vége negatív pólust jelent. Megfogalmazhatók *kategorikus valenciaként* is, tehát besorolhatók jó és rossz kategóriákba (Dillard és Seo, 2013). Ezt a felfogást tradicionális megközelítésnek

is nevezik (Griskevicius mtsai, 2010). Az újabb megközelítések *diszkrét érzelmekről* beszélnek, azaz az érzelmeket minőségükben és intenzitásukban eltérőnek tekintik; a kognitív kiértékelési modellek többnyire a diszkrét érzelmek értelmezésének keretszerei (Dillard és Seo, 2013).

Az érzelmek különféle felfogásaihoz eltérő elképzelések társulnak az érzelmek működése és feldolgozása szempontjából. Az egyik nézőpont szerint az érzelmek *heurisztikaként* funkcionálnak, kevés figyelmet igényelnek, így a perifériás úton történő feldolgozást teszik lehetővé (Forgas, 2008). Egyes szakemberek ehhez kapcsolják az érzelmek bipoláris valenciájának jelentőségét, miszerint a pozitív érzések facilitálják a heurisztikákon alapuló, egyszerű feldolgozást; míg a negatív érzések a centrális, szisztematikus elaborációnak kedveznek (Griskevicius és mtsai, 2010).

Scherer, Schorr és Johnstone szerint (2001, idézi Dillard és Seo, 2013: 151) a különböző elméletek többsége elismeri, hogy minden érzelem eltérő kognícióból ered, azaz *különböző kiértékelésből* származnak. Ez a diszkrét érzelmek megkülönböztetésének jelentőségét erősíti. A kiértékelés különbözősége például Lerner és Keltner szerint (2001) abban nyilvánul meg, hogy a félelem a kockázatkerülő, míg a harag a kockázatkereső viselkedéshez vezet. Ezzel szemben Bodenhausen, Sheppard és Kramer (1994) azt találta, hogy a harag a heurisztikus jegyekre való fokozott támaszkodást valószínűsíti. Az eltérő kogníciókból kiindulóan kiértékelési elméletek jöttek létre (pl. Lazarus, 1991), amelyeket a vizsgálat központi kérdésére fókuszálva ez esetben nem fejtünk ki.

A diszkrét érzelmeket társadalmi célú videóreklámok (konkrétabban Public Service Announcements – PSA) értékelésével összefüggésben vizsgálta Dillard és Peck (2000),

úgy, hogy az egyes érzelmeket a pozitív és negatív kontinuum mentén, tehát a bipoláris valencia tekintetében is tanulmányozták. Az eredmények részben megerősítették a hagyományos felfogást: a boldogság (mint pozitív valenciájú érzelem) fokozta az üzenetelfogadást, tehát növelte a meggyőzést, és direkt módon kapcsolódott a reklámüzenet kedveléséhez. A negatív valenciájú érzelmekek tekintetében bonyolultabb kép rajzolódott ki, amely nem támasztja alá egészében a bipoláris valenciával kapcsolatos nézőpontot: a büntudat érzése növelte az üzenetelfogadást egyes reklámok esetén, és több reklám esetében a negatív érzések direkt kapcsolatban álltak a reklámok hatékonyságának értékelésével. A félelmet könnyen kiváltható érzelmeként azonosították, amely a legtöbb esetben meggyőzéshez vezetett.

Dillard és Peck (2000) kutatásának eredményei alátámasztják, hogy az érzelmekek feldolgozásának és a meggyőzés összefüggéseinek vizsgálatában önmagában nem szolgál szisztematikus eredményekkel sem a bipoláris valencia, sem a diszkrétérzelmekek-megközelítés. A vizsgálat eredményei arra mindenképpen rámutatnak, hogy érdemes egymástól függetlenül tanulmányozni az érzelmekeket a meggyőzésre vonatkozó hatásuk kapcsán, kiváltképpen a PSA-k esetében. Azt, hogy az érzelmekek jellegétől függő hatások figyelhetők meg a feldolgozásban, Griskevicius és munkatársainak (2010) az eredményei is megerősítették.

Az érzelmekeket keltő, specifikusan a negatív érzelmekeket indukáló meggyőző kommunikációk halmazából a társadalmi célú reklámok tekintetében kiemelkedőek a félelmet, valamint a büntudatot kiváltó üzenetek. A félelemkeltő meggyőzés esetében a kommunikátor a megjelenített viselkedés veszélyeit hangsúlyozza az üzenetben, annak érdekében, hogy

az üzenet fogadója által észlelt fenyegetés elérje azt a szintet, amely mellett a befogadó elfogadja az üzenetben javasolt, a fenyegetés elkerülését szolgáló magatartásformát (Witte és Basil, 2012). A félelemkeltés gyakran használt szinonimája a fenyegetéskeltés, amely a kognitív válaszokat közvetítő érzelmek szélesebb körű tanulmányozását teszi lehetővé. Donovan és Henley (1997) a fenyegetés- és így a félelemkeltés három komponensét határozták meg: (1) negatív kimenetel; (2) a megoldást jelentő viselkedéses javaslat; és (3) a fenyegetés forrása. A félelemkeltés irodalmának hatásalapú definíciója pedig az erősebb és a gyengébb félelmet kiváltó meggyőző közléseket állítja kontrasztba (O'Keefe, 2003).

Reklámokon végzett tartalomelemzés útján Huhmann és Brotherton (1997) megállapította, hogy a büntudatkeltés módszerét a leggyakrabban jótékony és egészségügyi termékek eladása esetében alkalmazzák a reklámozók. Heidenreich (1970, idézi Basil és mtsai, 2008: 3) szerint a büntudat akkor jelenik meg, amikor a személy úgy észleli, hogy nem tett meg valamit, amit kellett volna; vagy amikor megszeg bizonyos társas szokásokat, etikai vagy morális szabályokat, jogszabályokat.

Basil és munkatársai (2008) anticipált büntudattal kapcsolatos kutatásának eredményei szerint a büntudatkeltésért az üzenet kiváltotta empátia és az észlelt hatékonyság a felelősek. Vizsgálatukban egy hipotetikus modellt tesztelve felvetéseik alátámasztást nyertek: az anticipált büntudat és maladaptív reakciók (pl. reaktancia, minimalizálás) közvetítik az empátia és a jótékonykodás kapcsolatát. Eszerint, az üzenet minél nagyobb empátiát vált ki, annál magasabb lesz az anticipált büntudat. Ennek az érzésnek a csökkentése érdekében a befogadók várhatóan jótékonyági viselkedést mutatnak.

Továbbá a hatékonyság közvetlenül is hatással lehet az adakozási szándékra.

Reklám iránti attitűd

A reklám iránti attitűd támpontot jelent a fogyasztói magatartás megismeréséhez (Milaković és Mihić, 2015). A szakirodalom különbséget tesz az általános és a specifikus reklám iránti attitűd között (Buvár, 2019). A következőkben a két konstruktumra vonatkozó kutatási eredményeket különállóan, illetve egymással összefüggésben is tárgyaljuk.

Pollay és Mittal (1993) kutatásukban arra keresték a választ, hogy a reklámokkal kapcsolatos hiedelmeik hogyan befolyásolják a fogyasztók *általános reklám iránti attitűd*-jeit. Három egyéni szintű, hasznalapú tényezőt, illetve négy intézményes, szociális és gazdasági természetű faktort határoztak meg, így kialakítva a 7-faktoros modellt. Az *egyéni, hasznalapú tényezők*: (1) termékről nyújtott információk; (2) reklám közvetítette ideális kép és társas szerep, amellyel a befogadó azonosulni tud; (3) a reklám szórakoztató jellege. Az *intézményes, szocioökonómiai faktorok*: (4) a gazdaság segítése; (5) anyagiasság, miszerint a reklám arra irányítja a befogadó figyelmét, hogy a fogyasztás a megelégedés és boldogság egyetlen forrása; (6) értékrombolás, aminek értelmében a reklám társadalmilag vagy egyénileg nem kívánatos értékeket közvetíthet; (7) és hamisság, miszerint a reklám a félrevezetés forrása, nem feltétlenül informatív.

Calfée és Ringold (1994) 1930 és 1992 közötti, reklámozáshoz fűződő tanulmányokat vizsgáltak a fogyasztók hiedelmei szempontjából. Az átfogó vizsgálat szerint a befogadók reklámokhoz fűződő vélekedései általánosságban három fő aspektus köré szerveződnek: (1) szkeptikusság a reklámokkal

szemben; (2) a reklámok meggyőzési szándéka; (3) a reklámok információértéke (Buvár, 2019; Calfée és Ringold, 1994).

Az ARM-et megalkotó Mehta (2000) azt találta, hogy a reklámok megítélésében döntő fontosságú, hogy a befogadó általában mennyire szereti megfigyelni a reklámokat, mennyire tekinti informatívnak azokat, mennyire tartja manipulatívnak őket általában, és mekkora igazságtartalmat tulajdonít nekik. A szerző szerint a reklám iránti attitűd befolyásolja a reklám megfigyelésének időtartamát, az emlékezeti tárolást és a reklám meggyőző erejét is.

Ami a *specifikus reklám iránti attitűd*öket illeti, MacKenzie és Lutz (1989) szerint egy szituáció által meghatározott konstruktumról van szó, amely tulajdonképpen reakció a reklámra, és a reklámmal való találkozás pillanatából ered. Oksági kapcsolatokat tanulmányozva megalkották a specifikus reklám iránti attitűd strukturális modelljét. A modellben öt, a speciális reklám iránti attitűdöt meghatározó faktort azonosítottak: (1) a reklám hitelessége; (2) a reklám percepciója; (3) a reklámozó iránti attitűd; (4) általános reklám iránti attitűd; (5) és a hangulat. A modell teszteléséből származó eredményeik alapján a reklámozó iránti attitűd erősebb prediktora volt az adott reklám iránti attitűdnek, mint az általános reklám iránti attitűd; valamint az öt változó a variancia több mint 70%-át magyarázta.

További vizsgálatok eredményei rávilágítanak arra, hogy azok, akik általában pozitív reklám iránti attitűddel rendelkeznek, azok a specifikus reklámokat is jobban kedvelik, szórakoztatóbbnak, elfogadhatóbbnak és informatívabbnak vélik őket. Az általános reklám iránti attitűd hatással van a reklám feldolgozási folyamatába történő bevonódásra is (James és Kover, 1992, idézi Buvár, 2019: 37).

Habár a fent összefoglalt elméletek és kutatási eredmények jobbára a márka iránti attitűdök és fogyasztói szándékok vonatkozásában tekintenek a reklám iránti attitűdre, a TCR-ek működésének és hatásmechanizmusának párhuzama okán a társadalmi célú reklámokra irányuló attitűdökre egyaránt vonatkoztathatók.

Reklámfelidezés és emlékezeti tárolás

Az előhívás, felidezés a reklámhatékonyság egyik mutatója (Soni, 2017). Dubow (1994, idézi Ambler és Burne, 1999: 27) megállapítja, hogy a felidezés a szükséges, de nem elégséges feltétele a reklám sikerességének. A felidézést sok, a hatékonysággal összefüggő változó viszonylatában vizsgálták (pl. érzelemkeltés), ennek szemléltetésére a következőkben röviden összefoglalunk néhány kutatást.

Chattopadhyay és Alba (1988) az attitűdök kapcsán tanulmányozva a felidézést azt találták, hogy az előhívás lehet az attitűdök bejósolója. Ambler és Burne (1999) az érzelemkeltő és a kognitív feldolgozást igénylő reklámok szempontjából vizsgálták a felidézést. Eredményeik szerint az érzelmek elősegítik a reklám hosszú távú emlékezetben való tárolását. Baack, Wilson és Till (2008) vizsgálati eredményei arra mutattak rá, hogy a reklámok kreatív kialakítása is felelős lehet a fokozott felidezésért; ugyanakkor az emlékezeti tároláshoz a reklám motivált megfigyelése és a növekvő figyelem ráfordítása is elengedhetetlen. A felidézést számos további kutatás hozta összefüggésbe a reklámkreativitással (pl. Lehnert és mtsai, 2013; Till és Baack, 2005), többnyire a fent leírt eredményeket megerősítve. Soni (2017) kutatása ugyan televízióreklámokba való bevonódás szempontjából vizsgálta a felidézést, ered-

ményei azonban figyelemre méltóak: a kognitív feldolgozást igénylő reklámokat főként alacsony, míg az érzelmet kiváltókat magas, a televíziós műsor iránti involváltság mellett idézték fel gyakrabban.

EMPIRIKUS VIZSGÁLAT

A vizsgálat célja és a kutatási kérdések

A vizsgálat arra fókuszál, hogy laikus résztvevők hogyan fogadják be a társadalmi célú reklámokat. A szakirodalomban összefoglaltak alapján egyrészt feltételezzük, hogy a TCR-ek definiálásában a laikus befogadók elsősorban a kiugró és könnyen azonosítható tényezőkre támaszkodnak (pl. téma, erkölcsi és etikai szempontok, pl. Sas, 2010); valamint, hogy a reklámvéleményezés során az üzenetek tartalmi tényezőiről mint szisztematikus jegyekről (pl. érvek erőssége, kommunikátor hitelessége), illetve a heurisztikus szempontokról (pl. színek, kivitelezés, kommunikátor megjelenése) egyaránt említést tesznek (pl. Mehta, 1994). Feltételezzük továbbá, hogy a reklámok keltette érzelmeket nem csak a valencia vonatkozásában, hanem kategorikus és diszkrét emóciók formájában is megnevezik (Dillard és Peck, 2000). Feltételezzük a reklámkreativitás említését, az emlékezeti tárolással és felidézéssel kapcsolatban (pl. Baack és mtsai, 2008), valamint azt is, hogy a reklám iránti attitűdök megnyilvánulásként a személyek a reklám meggyőzősi szándékáról (pl. Calfee és Ringold, 1994) és a reklámok keltette hatásokról is beszámolnak (pl. MacKenzie és Lutz, 1989).

A vizsgálat célja összességében, hogy feltárja a társadalmi célú reklámok laikus percepcióját, a reklámok megítélésének mögöttes tényezőit fiatal felnőtt mintán.

A célcsoportválasztás oka, hogy a fiatal felnőttek attitűdjei a szakirodalom szerint jobban befolyásolhatók (Eaton és mtsai, 2009), és megnyerésük a társadalmi ügyek számára hosszú távú haszonnal jár. A vizsgálat korábbi kutatások eredményeit hivatott vizsgálni társadalmi célú reklámokról gondolkodva, valamint azok befogadása közben. A kvalitatív kutatási kérdésemből eredően klaszszikus értelemben vett hipotézisvizsgálatot nem terveztünk.

Módszer

A vizsgálat menete

A vizsgálat fókuszcsoportos interjúk végrehajtásával zajlott, az Egyesített Pszichológiai Kutatási Etikai Bizottság által jóváhagyott intézményi etikai engedély birtokában. Az etikai engedély száma: 2018/111. A fókuszcsoport olyan csoportos interjúhelyzet, amely egy konkrét témára irányul (Vicsek, 2017), irányított kérdések mentén (DeMarrais, 2004) felmérve a vizsgálati személyek témához fűződő gondolatait és vélekedéseit, azok miértjét és hogyanját (Kitzinger, 1995). A résztvevők interakciójából származnak a vizsgálat adatai (Merton, Fiske és Kendall, 1956, idézi Kende, 2005: 53).

A másfél-kétórás fókuszcsoportos interjúkra a vizsgálati személyek 5–11 fős csoportjaiban került sor nyolc alkalommal. A fókuszcsoportok megkezdése előtt a vizsgálati személyek tájékoztatást kaptak a vizsgálatról, és arról, hogy adataikat bizalmasan, az anonimitást megőrizve kezeljük. A személyek beleegyezésüket adták a részvételhez, továbbá hangfelvétel készítéséhez.

A fókuszcsoport egyes egységeit röviden mutatjuk be, a részletes interjúvázlat az *1. mellékletben* található. A vizsgálati személyeket először *egyesével* (1) egy társadalmi

célú reklám felidézésére kértük, egyéni válaszadásra buzdítva őket; valamint megkérdeztük, vajon miért ezek a TCR-ek jutottak eszükbe.

A jégtörőnek szánt kérdést követően a további kérdéseket már *csoportos interjú* formájában tettük fel, tehát nem vártunk azokra egyéni választ minden résztvevőtől. A résztvevőket megkérdeztük arról, hogy (2) mit tartanak általában véve társadalmi célú reklámnak, illetve kérdeztük őket (3) szimpatikus és unszimpatikus reklámokról, a kedvelés és nemkedvelés indoklásával együtt. Az interjúk egységén belül továbbá arra kértük őket, hogy (4) azonosítsanak médiafelületeket, amelyeken TCR-ekkel lehet találkozni, valamint hogy amennyiben tudnak, (5) azonosítsanak a társadalmi célú reklámokon belül nagyobb csoportokat, kategóriákat.

A fókuszcsoport *harmadik egységében* egyenként 16 reklámingert mutattunk a személyeknek projektoron kivetítve, amelyeket szabadon véleményezhettek. A szabad és nyílt véleményalkotással újabb, spontán megjelenő reklámértékelési jegyek megjelenését vártuk. A *negyedik egységben* a személyek 2-3 fős csoportokba rendeződve 20 darab (korábban nem látott) nyomtatott társadalmi célú reklámot csoportosítottak, szintén saját maguk által megállapított aspektusok szerint; majd megosztották egymással a kategorizáció alapját, illetve, hogy mely reklámok kerültek egy-egy alcsoportba/kategóriába. Megengedett volt a több szempont szerint történő csoportba sorolás is.

A vizsgálatban összesen 36 reklámingert alkalmaztunk, amelyeket egy korábban kutatási célra jogtisztnan megvásárolt, nyomtatott társadalmi célú reklámokból álló, több száz reklámot tartalmazó csomagból választottunk ki, előre meghatározott szempontok mentén. Kritérium volt a választás során,

hogy a társadalmi célú reklámok halmazát tekintve a lehető legtöbb kategóriát lefedjük, ezért magyar és angol nyelvű, megítélésünk szerint eltérő érzelmeket kiváltó, illetve semleges, a témák tekintetében sokszínű, kialakításukat tekintve megszokott és kreatív TCR-eket egyaránt kiválasztottunk.

Ennek eredményeként humoros üzeneteket, illetve haragot, félelmet, büntudatot, együttérzést és undort kiváltó reklámokat is alkalmaztunk. A témák vonatkozásában társadalmi csoportokkal, azaz gyermekek, nők és hajléktalanok védelmével; rasszizmusmenteséggel; közlekedésbiztonsággal; környezetszennyezéssel és -védelemmel, a globális felmelegedéssel, állatvédelemmel; dohányzással és alkoholizmussal; valamint daganatos megbetegedésekkel és egész-

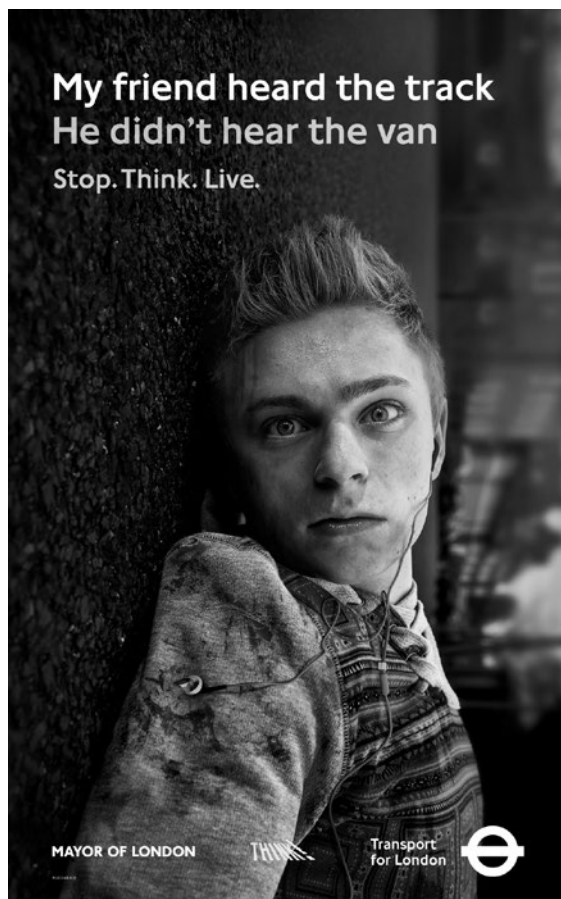
ségmegőrzéssel kapcsolatos reklámokat használtunk. A társadalmi célú reklámok kapcsán említett, a megjelenített érdekek szerint alakuló három kategória (Sas, 2010) mindegyikét egyforma arányban képviselték a felsorolt témák. A kivetített és a csoportosítandó reklámok a fent sorolt tényezők (nyelv, érzelem, téma, kialakítás) vonatkozásában kiegyenlítettek voltak, tehát mindkét esetben hasonlóan változatosan szerepeltek a TCR-ek. Az angol nyelvű reklámokat feliratukkal együtt jelenítettük meg. A 2. ábra egy alkoholizmussal kapcsolatos, semleges, egyszerű kivitelezést alkalmazó magyar reklámot mutat be; a 3. ábra pedig egy angol nyelvű, közlekedésbiztonsághoz kapcsolódó, félelem- és büntudatkeltő, kreatívnak tekinthető reklámot példáz.



2. ábra. Alkoholfogyasztásra vonatkozó reklám

Végül a vizsgálati személyek papíralapon egy rövid *demográfiai kérdéssort* válaszoltak meg, amelyben megkérdeztük a válaszadók életkorát, nemét, lakó- és tartózkodási helyét, egyetemi szakját, végzettségét, családi állapotát és gyermekeik számát. A csoportok zárásaként az állatvédelem témájában egy humoros társadalmi célú videóreklámot vetítettünk le, amelynek célja a reklámok

véleményezése és csoportosítása közben esetlegesen kialakult negatív benyomások és kellemetlen érzések eliminálása, csökkentése volt. A reklám és annak magyar fordítása Gerhát és Balázs (2018) kutatásából származik. A videóreklámból kivágott képkockák az 1. mellékletben találhatóak. A vizsgálati személyek apró ajándékokat (toll, kis alakú füzet, csoki) kaptak a részvételért.



3. ábra. Közlekedésbiztonságra vonatkozó reklám. A reklám felirata:
A barátom hallotta a zeneszámot. Nem hallotta a kamiont. Állj meg. Gondolkodj. Élj.

Vizsgálati minta

A fókuszcsoportos interjúkhoz a Debreceni Egyetemen toboroztunk aktív hallgatókat, oktatók és más hallgatók segítségével. Minden jelentkezőt fogadtunk a vizsgálatban. A fiatal felnőtt és felnőtt korosztály mint célcsoport megválasztását a korcsoport viszonylagos fogékonyága (Eaton és mtsai, 2009) indokolta. Ez a korosztály általában meggyőzőhetőbb, a társadalmi problémák kérdéskörét tekintve is, így különösen fontos a vélekedéseik feltérképezése.

Az 55 fős vizsgálati mintát 36 nő és 19 férfi alkotja. A minta szakok tekintetében a következő módon oszlik meg:

- gazdálkodás és menedzsment – 11 fő,
- gyógytorna – 2 fő,
- kereskedelem és marketing – 2 fő,
- munkaerőpiaci tanácsadás – 2 fő,
- pénzügy-számvitel – 7 fő,
- pszichológia – 16 fő,
- szociális munka – 1 fő,
- szociológia – 1 fő,
- tanárképző – 12 fő,
- vegyészet – 1 fő.

33 hallgató érettségivel, további három fő OKJ-s, 19 fő pedig diplomás végzettséggel rendelkezik. A vizsgálati személyek átlag-életkora 23,4 év ($SD = 7,26$).

EREDMÉNYEK

A kvalitatív vizsgálat során nyolc fókuszcsoporthoz interjú adatait összesítettük. Az adatokat kvalitatív és kvantitatív elemzésnek is alávetettük, elsősorban tartalomelemzéseket végezve és egyszerű statisztikai mutatókat (pl. gyakoriság) számolva.

Tartalomelemzést hajtottunk végre a *reklámfelidezésre, a szimpátiára, és a társadalmi célú reklámok meghatározására* vonatkozó válaszokon, és számszerűsítettük a vizsgálati személyek által megnevezett *TCR-kategóriák* előfordulását. Tartalomelemzéssel azonosítottuk, hogy milyen szempontrendszer szerint *értékelték ki* a reklámokat. A tartalomelemzést az első szerző végezte, a kérdéses említéseket a másik szerzővel egyeztetve kódolta.

A szövegelemzés első lépéseként összerendeztük a fókuszcsoporthoz tartozó válaszokat az egyes tartalmi egységek (azaz fókuszcsoporthoz tartozó feladatok) szerint. A mondanivalójukban egyezőséget mutató válaszokat összegeztük feladatonként különállóan egységenként; így meg tudtuk állapítani, hogy az adott választ nyolc esetből hányszor említették. A számszerűsítésen túl ezeket a tényezőket később minőségileg is vizsgáltuk, összevetve őket a szakirodalomban említett releváns faktorokkal.

Ami az egyes reklámok véleményezésére vonatkozó adatokat illeti, esetükben egyetlen reklám értékelésekor több reakció is érkezett, ezeket a reakciókat kategóriákba rendeztük. Szempontunkból nem egy adott

reklámra adott reakciók, hanem a reklámokra adott általános reakciók lényegesek. A kiértékelési tényezők esetében így nem azt vettük figyelembe, hogy az adott szempontot a nyolc interjúban hányszor említették, hanem azt, hogy összesen a nyolc interjú alkalommal, minden vetített reklámot figyelembe véve, hányszor fordult elő az adott kategóriába/szempontba tartozó komponensek említése. A reklámkiértékelés szempontjai esetében ezért a gyakoriságok magas értékeket vesznek fel. A tartalomelemzés nem csak a számszerűsítésre irányult, hanem tekintettel voltunk az egyes kiértékelési komponensek elhangzásának sorrendiségére, valamint a kategóriák minőségi elemzésére, értelmezésére egyaránt. Erre a szempontrendszer kapcsán részletesebben is kitérünk.

Reklámfelidezés, szimpátia

A fókuszcsoporthoz tartozó első egységeiben arra kértük a vizsgálati személyeket, hogy idézzenek fel társadalmi célú reklámokat, majd indokolják az emlékezetben maradás vélhető okát. További kérésünk volt, hogy nevezze meg azokat a tényezőket, amelyek szimpatikussá vagy unszimpatikussá teszik számukra a társadalmi célú reklámokat. A számszerű, zárójelben feltüntetett eredmények azt mutatják, hogy a nyolc fókuszcsoporthoz tartozó alkalomból hány esetben tértek ki a résztvevők egy-egy szempontra.

Válaszaik alapján a vizsgálati személyek főként a reklám ismételt bemutatásával (7 említés, pl. „a csapból is ez folyik”, „túl sokszor láttam”), valamint kialakításával, vizuális megjelenítésével (3 említés: pl. „túl primitív”, „kreatív”) indokolták az emlékezeti tárolást. A felidezés további okaként jelölték meg a TCR aktualitását és a megjelenített

téma előidézte érintettséget (rendre 2-2 említés). Egy-egy alkalommal a felidézést a reklámhoz fűződő friss benyomással és a szélsőséges témamegjelenítéssel (pl. bántalmazás) is indokolták.

A válaszadók – a felidézés okaként meghatározottakhoz – nagyon hasonló tényezők mentén fogalmazták meg, hogy mi okozza számukra a reklámok szimpátiáját/unszimpátiáját. Az unszimpátiát elsősorban a problémás kivitelezés, mint a „művies”, „hatásvadász”, „nem ötletes” megjelenítés (4 említés); a szélsőséges tállalás, akár politikai jellegű tartalom, a sztereotípiákra és előítéletre építő közlés, a reklám „tolakodó” jellege, illetve a „vélemények nyomása” váltja ki (4 említés); valamint az, ha sokat találkoznak a reklámmal (4 említés). További negatív jellemzőkként azonosították a túlzó érzelmeket kiváltó „drasztikus” és „erős ingerek”-et (2 említés). Egyetlen esetben negatívumként jelölték meg a reklámok túlzott hosszúságát.

A kísérleti személyek szerint a reklám kivitelezése, vizualitása fokozhatja a szimpátiát, amennyiben a TCR „jól kivitelezett”, „átgondolt”, vagy megnyerő a képi világa” (6 említés). Az unszimpátia kapcsán utóbb említett figyelemfelhívás-érzelemlkeltés tényezői azonban a reklámok szimpátiáját is okozhatják a vizsgálati személyek szerint (rendre 4 említés), amikor a reklám például „humorosan figyelemfelkeltő”. Önmagában a téma is fontos jellemző (4 említés), azaz hogy a reklám „fontos ügyet képvisel”. Egy-egy esetben szimpátiát fokozó pozitívumként említették meg, ha a TCR könnyű megoldást kínál, ha a közvetített értékével azonosul a befogadó, vagy azt, ha a reklám informatív.

Társadalmi célú reklámok meghatározása

A résztvevők elsősorban kulcsszavak, egyszerű mondatok formájában adták meg a TCR-definíciókat; nem alkottak átfogó fogalom meghatározásokat. Definícióik elsősorban a reklámok tartalmára, tipikus témáinak megjelölésére, a TCR-ek céljaira és célcsoportjára vonatkoztak (5 említés). Három alkalommal kiemelték azt, hogy a TCR-ek aktuális problémákat közölnek, két-két esetben pedig azt, hogy értékformálásra és figyelemfelkeltésre törekcszenek. Egyetlen csoportban specifikus jellemzőként nevezték meg a TCR-ek érzelmekre tett hatását.

A tartalmi szempontot illetően többen tipikus, aktuális témákat neveztek meg, mint például a környezetvédelmi, egészségügyi kérdések, az adó 1%-ának felajánlása. A TCR-célok esetében megfogalmazták, hogy „a társadalmi probléma eladása, elfogadtatása”, nem pedig „a profit és a termékadás” az elsődleges; valamint hogy „nem a haszon a lényeg, hanem az önzetlen felszólalás egy ügyért”. A célcsoport mint TCR-specifikáció esetében olyan meghatározásokat tettek, mint hogy „megszólítja az embert, felhívja a figyelmet”, „sok embert akar elérni”, a „társadalom egészének szól”.

Társadalmi célú reklámok kategóriái

A fókuszcsoport során a résztvevőknek szóban kellett megnevezniük TCR-alkategóriákat, akár több szempont alapján is. Majd egy későbbi szakaszban nyomtatott, papíralapú reklámokat kellett csoportosítaniuk. A kategorizálási szempontok esetén leggyakrabban a TCR-ek témák szerinti csoportosítását említették (6 esetben), valamint kiugró csoportosítási tényezőként nevezték meg

a célzott korcsoportot (3 esetben). További, kategóriákat megalapozó jellemzőkként azonosították egy-egy esetben

- a megjelenített szereplőket (élő szereplős vagy sem);
- a TCR bemutatásának idejét (pl. tavasz – adó 1%-os üzenetek);
- a téma specifikusságát (általános – globális felmelegedés; specifikus – dohányzás);
- a reklám által szolgált érdekcsoportot (közösségi érdek, más csoport vagy személy érdeke, saját érdek);
- a TCR célját (érzékenyítő vagy figyelemfelhívó vagy felszólító); valamint
- a reklám kommunikációs stílusát (támogatást kér, vagy valami ellen felszólal).

A későbbi kategorizációs gyakorlat során, mind a nyolc interjú alkalmával volt olyan csoport vagy személy, amely/aki a megjelenített téma alapján alkotott kategóriákat. További csoportosításokat a reklámok megjelenítése, kialakítása (3 esetben), a TCR hatásossága (2 esetben); valamint a reklám érthetősége, a megjelenített témák fontossága, a reklám által szolgált érdekcsoport, a megfogalmazott megoldási javaslat és a megszólítás jellege (rendre 1 említés) szerint végeztek a vizsgálati személyek.

Társadalmi célú reklámok laikus értékelése

A kivetített TCR-ek véleményezésére vonatkozóan azt is figyelembe vettük, hogy a különböző kiértékelési tényezőket milyen gyakorisággal említették meg a személyek. Ezeket az adatokat, eredményeket – az egyes szempontok és alszempontok szemléltetésére szolgáló példákkal együtt – az *1. táblázat* foglalja össze.

A táblázat alapján látható, hogy leggyakrabban a reklámok kiváltotta érzelmeikről, a reklám szövegezéséről, a vizuális megjelenítésről, valamint a reklám hatásosságáról, meggyőzőkészségéről nyilatkoztak a vizsgálati személyek. Az érzelmi reakciók kapcsán megjelent az a tendencia, hogy gyakran a vélemények elején, azaz a reklámokra adott első reakciókként számoltak be ezekről a személyek. Főként a mondandóik végén, mintegy összefoglalásként, de szintén kiemelkedő faktorként a látott társadalmi célú reklám hatásosságáról is nyilatkoztak. A szempontrendszer tehát részben arra is rávilágít, hogy a szempontok milyen sorrendben követték egymást a résztvevők véleményezéseiben.

1. táblázat. Laikusok reklámértékelésének szempontrendszere

Szempont	Alpont	Említések gyakorisága	Példa
Érzelemkeltés, érzelmi reakciók	–	73	„Nagyon ijesztő.” „Tisztára horror.” „Bűntudatot ébreszt a számonkérés.” „Jézusom.”
Figyelemfelkeltés, -megragadás	–	30	„Figyelemfelhívó.” „Annyira félelemkeltő, hogy sokan, lehet, nem is figyelik meg.”
Célcsoport, kihelyezés	–	17	„Kinek szól?” „Skóciában sikeres reklám lehet...”

Szerkesztés és kivitelezés	Szöveg és kép viszonya	25	„Van, ahol több infó vagy kifejezőbb kép kellene az értelmezéshez.”
	Szöveg, megfogalmazás	64	„Túl sok infó.” „Tartalmilag nem a lényegre koncentrálnak.”
	Kreativitás	18	„Ötletes.” „Kreatív.” „Nehéz feloldani.”
	Szereplők	15	„A szereplő problémás, sunyi.” „Kiragadott figura”
	Vizualitás, megjelenés	67	„Nagyon művi.” „Nagyon jók a színek.”
Téma, tartalom, hitelesség	–	43	„Hasznos üzenet.” „Megragadja a témát, de nem ér cél.” „Erős a kijelentés, amit a reklám tesz, nem hiteles...”
Hatásosság, meggyőzőkészség	–	90	„Hatásos.” „Nem meggyőző.”

Fontos megemlíteni azonban azt is, hogy a szempontok és alpontok a tartalomelemzés tekintetben ugyan elkülöníthető aspektusok, azonban a kiértékelés során összekapcsolódtak. A kivitelezés és a figyelemfelkeltés képessége; a téma és az érzelmeltetés; az érzelmi reakciók és a megjelenítés sok esetben szorosan társuló tényezők voltak a személyek megnyilvánulásai-ban. Például a kreatív kivitelezést a figyelemfelkeltő tulajdonsággal, míg az együttérzést gyakran a hátrányos helyzetű csoportok megsegítésével kapcsolták össze; illetve jellemző volt az is, hogy a drasztikus megjelenítéshez a félelem és az undor érzését társították.

A reklámértékelések tartalomelemzése egyéb eredményekre is rámutatott. Az érzelmek kommunikálása nem minden esetben konkrét érzelmek megnevezését jelentette, hanem olykor azonnali, de egyértelműen érzelmi alapú benyomások kinyilvánításaként, hangadások vagy nevetés kíséretével valósult

meg; például „Juj”, „Óó”, „Istenem”. A közös véleményezés során az is kiderült, hogy egyetlen reklám több érzelmet is kiválthat, és többféle módon értékelhetik: egyesek megdöbbennek az adott reklám láttán, míg másokból együttérzést vált ki ugyanaz az inger.

A reklámokra adott reakciók összességét tekintve, függetlenül a szempontoktól, jellemző volt, hogy a vizsgálati személyek attribúciókként fogalmazták meg a véleményeiket, pl.: „Mire akar kilyukadni a kép?”, „Kinek akar szólni?”, „nő akar hangsúlyozni”, „Autót akar ábrázolni”. Jellemző volt továbbá az is, hogy a résztvevők kifejezték a reklám iránti ellenszenvüket, illetve azt, ha az adott ingert nem kívánták befogadni; például olyan megnyilvánulásokkal, mint „ellenállást vált ki a számonkérés”, valamint azzal a reakcióval, hogy kérték a reklám átugrását. Esetenként a rekláminger túlzó hatását is azonosították: „[...] durva, visszasan sül el”.

DISZKUSSZIÓ

A kutatás célja a társadalmi célú reklámok befogadásának, feldolgozásának vizsgálata volt, részben a társadalmi célú reklám laikus értelmezésének megismerése, valamint a reklámértékelés szempontjainak összegzésével. A vizsgálat fókuszcsoporthoz interjúk végrehajtásával zajlott fiatal felnőttek mintáján.

A résztvevők által megfogalmazott TCR-definíciók szinte teljes egészében megfeleltethetők a szakirodalmi meghatározásnak (pl. Sas, 2010): kitérnek a társadalmi célú reklámok speciális témáira és céljaira, ebből fakadóan a specifikus célcsoport(ok)ra, valamint az anyagi haszonszerzés szándékának hiányára. A válaszok között megjelent továbbá a TCR-ek aktualitása és fokozott figyelemfelhívó jellege, értékformáló ereje.

A vizsgálati személyek saját reklámfelidézéseiből kiindulva arra következtettek, hogy főként attól válhat emlékezetessé egy reklám, ha többször találkoznak vele; ugyanakkor ez ellenszenvenessé is teheti a reklám megítélését. Schmidt és Eisend (2015) metaanalízisének eredményei szerint a reklámhoz fűződő attitűdöket (pl. márka iránti attitűd) 10 ismételt bemutatás maximalizálja, ugyanakkor ezt az összefüggést olyan tényezők is befolyásolhatják, mint az érintettség. Eredményeink tehát megerősítik az ismételt reklámbemutatás hosszú távú romboló hatását. A válaszadók a felidézés további okaként a vizualitást és a figyelemfelhívó jelleget, valamint a reklámtémára vonatkozó érintettséget és a téma aktualitását nevezték meg.

A reklám iránti szimpátia kiváltójaként, a vizualitás mellett, erősen befolyásoló tényezőként említették annak figyelemfelkeltő mivoltát. A reklámvéleményezések során is sok utalást tettek a kísérleti személyek a figyelem megragadásának fontosságára,

főként a megnyilvánulásaik elején. Azt, hogy a kiértékelés kezdeti szakaszában a figyelemnek nagyobb jelentősége van, Mehta (1994) Reklámhatás Modellje is alátámasztja. A modell szerint a centrális vagy perifériás reklámfeldolgozás csak akkor valósulhat meg, ha kellő figyelem irányul a reklámra. Habár Chaiken (1980), a meggyőzés Heurisztikus-Szisztematikus Feldolgozási Elméletének megalkotója szerint csak a szisztematikus elaboráció igényel figyelmet és erőfeszítést; a kvalitatív vizsgálat eredményei szerint a vizsgálati személyek minden esetben fontosnak tekintik a reklám figyelemmegragadó képességét Mehta modelljével egybehangzóan. A figyelem eltérő hangsúlya a modellekben abból fakad, hogy a Reklámhatás Modell speciálisan az általában erős reklámzajban ható reklámokra vonatkozik, míg a kettős folyamatmodellek elsősorban a társas meggyőzési helyzetre irányulnak, amelyek esetében kisebb a valószínűsége, hogy a befogadó nem veszi észre a meggyőző közlést.

A negatív reklámattitűd okaként említették a túlzó ingereket és a drasztikus megjelenítést. A reklámértékeléskor erre a szempontokra a figyelemmegragadás, a megjelenítés és kivitelezés, valamint a háritás és ellenállás tekintetében is kitértek a válaszadók. Az, hogy a drasztikus és intenzív ábrázolásmód háritást, ellenállást és unszimpátiát okozott, a bumerángeffektus megnyilvánulása lehet, ami a meggyőzés ellentétes hatását idézi elő (Quick és mtsai, 2013). Witte (1992) szerint az üzenet háritása, tagadása, az elkerülés mind tipikusan a félelemkeltő meggyőző üzenetekre adott maladaptív válaszok, védekező viselkedésformák, amelyek elsősorban akkor jelennek meg, amikor az üzenet okozta intenzív félelemérzetét szeretné redukálni a befogadó. A reaktanciát (Brehm, 1966)

többségében olyan maladaptív megküzdés-ként tartja számon a szakirodalom, amelynek esetében a személy magatartását az irányítja, hogy kibújjon a személyes szabadságának érzetét fenyegető gátak alól. Ezt a reakciót gyakran említik a meggyőzésre adott válaszok között is (pl. Wehbe és mtsai, 2017). A vizsgálat során a résztvevők mutatták a bumerángo-effektus hatásait, és a gyakorlatban is produkálták a szakirodalom által azonosított védekező elkerülés és reaktancia magatartásformáit.

A vizsgálati személyeket megkértük arra, hogy nevezzenek meg TCR-kategóriákat, majd később nyomtatott reklámok kategóriákba sorolását kellett elvégezniük. A két feladatban adott válaszok nem fedték egymást teljesen: voltak kategóriák, amelyeket megneveztek, de nem alkalmazták az aszerint történő csoportosítást, és fordítva. Ennek háttérben a nyomtatott reklámok kiugró tulajdonságai állhatnak, amelyek befolyással lehettek a tényleges csoportba sorolásra. A leggyakrabban megnevezett és alkalmazott csoportosítás a témán és a megjelenítésen-kivitelezésen alapuló kategorizációk voltak, ugyanakkor megemlítették a TCR-ekre jellemző, a megjelenített problémához fűződő érdekeket is (Sas, 2010). A résztvevők megfogalmazása alapján az érdekek a reklám specifikusabb célcsoportot érintő vagy általánosabb érvényű üzenetét jelentik. A reklámok érdekek szerinti különbözőségének felismerése azért lényeges, mert eszerint a befogadók tisztában lehetnek azzal is, hogy milyen mértékű ellentételezést és jutalmat kínálhat a reklám (Sas, 2010), ez pedig befolyásolhatja a reklámok üzenetének elfogadását.

A kivetített TCR-ek értékelésekor a laikus szempontok javarészt átfedésben voltak a szakirodalomban fellelhető szempontokkal.

A vizsgálati személyek érintettek heurisztikus jegyeket, kitérve a kommunikátor szerepére és megjelenésére, a vizualitásra, valamint említést tettek a szisztematikus elaboráció aspektusairól is, például a reklám érveiről, a szövegezésről és egyéb tartalmi tényezőkről, például a hitelességről. Ez – folyamatában vizsgálva a válaszadást – arra enged következtetni, hogy a heurisztikus és szisztematikus utak működése és használata nem vagylagos; mindkét úton történhet feldolgozás egyidejűleg. Ez megerősíti Mehta (2000) elképzelését, aki szerint egyszerre mindkét feldolgozási út működhet úgy, hogy az egyik útvonal működése dominánsabb.

A reklámok értékelésében az érzelmek szerepe az empirikus eredmények alapján is kiemelkedő: elsőbbséget élveztek a reklám-befogadás során, és a megnyilvánulások jelentős hányada hozzájuk kapcsolódott. Az reklám érzelmekeltésének működése Dillard és Seo (2013) szerint azonnali reakciókat vált ki; Engel, Blackwell és Miniard (1995) pedig úgy vélik, hogy az érzelmet kiváltó üzenet egyúttal az aktivációs szintet is növeli, ez pedig fokozza vagy gyorsítja az üzenet-feldolgozást. Ezek a hatások is felelősek lehetnek a szinte azonnali és fokozott érzelmi kiértékelésekhez.

Az azonnali érzelmi reakcióra hívja fel a figyelmet az úgynevezett észlelési kerék modell (König és Schattenhofer, 2014). Az Észlelési Kerék Modell azon tényezőket magyarázza, amelyek az információfelvételben és -feldolgozásban elkülönülő funkciók, azaz az észlelés, az értelmezés, az érzés, a szándék és a kifejezés. Ezek a funkciók összefüggenek és kölcsönösen hatnak egymásra, de olykor nem tudatos mindegyikük, közülük az érzelem az elsődleges (Antons és mtsai, 2019).

Egyetlen reklámüzenet ráadásul többféle érzelmet váltott ki; egyesek a bipoláris valencia (pl. pozitív/negatív), mások pedig a diszkrét érzelmi kategóriák (pl. együttérzés, büntudat) szerint nevezték meg őket. Ez alapján a reklámok érzelmi kiértékelést az érzelmek egyik felfogása (pl. bipoláris valencia, diszkrét érzelemelmélet) sem magyarázza maradéktalanul. Hasonló következtetésre jutott vizsgálatában Griskevicius, Shiota és Neufeld (2010) is.

A fókuszcsoportok során, elsősorban a TCR-értékelések esetében mutatkozott meg a vizsgálati személyek fokozott tudatossága. Erre utal a korábbiakban már tárgyalt tendencia, a bumerángeffektus, az ellenállás és a háritás megnevezése. Ugyancsak a befogadók tudatosságát támasztja alá, hogy nagy figyelmet szenteltek a célcsoport és az érintettség kérdésére. Az érintettség Chaiken (1980) Heurisztikus-Szisztematikus Feldolgozási Modelljének központi eleme, amely meghatározza a feldolgozás mélységét; mások szerint a relevancia a feldolgozás motivációjában lehet döntő tényező (pl. Perloff, 2003). Például Rogers (1975; 1983) Védelem-motivációs Elméletében, illetve erre épülően Kim Witte (1992) Kiterjesztett Párhuzamos Feldolgozási Modelljében a relevancia az észlelt fogékonyság aspektusában ragadható meg, azaz abban, hogy a befogadó szerint mennyire valószínű, hogy megjelenhet a fenyegetés. Látható, hogy az érintettség, avagy a relevancia vagy fogékonyság a meggyőzéssel foglalkozó modellek nagy részében kiemelt tényező, amely a laikus befogadók kiértékelésében is alapvető elemként jelenik meg.

A vizsgálati személyek a reklámoknak szándékokat tulajdonítottak. A reklám meggyőző szándékának felismerése befolyásolja az általános reklám iránti attitűdöt

(Calfée és Ringold, 1994), másrészt ez a jelenség a meggyőzési tudatossághoz köthető. A meggyőzési tudatosság magában foglal minden olyan tudást, attitűdöt és hiedelmet, amely a meggyőzési stratégiákhoz és a befogadók meggyőzés ellen való megküzdési stratégiáihoz fűződnek (pl. Balázs és mtsai, 2018, 2017; Campbell és Kirmani, 2008). Ilyen értelemben lehet, hogy a vizsgálati személyek által felvetett kérdések a reklám céljára, célcsoportjára és működésére vonatkoznak; valamint mind a TCR-ek kiváltotta háritás és ellenállás, mind a meggyőzési tudatosság aktiválásának megnyilvánulásai.

El kell ismernünk, hogy a kutatás alapján levont következtetéseket az alacsony mintaelemszám miatt érdemes fenntartásokkal kezelni. Előremutató lehetne a vizsgálat megismétlése háromdimenziós társadalmi célú videoreklámokkal, illetve a jelen vizsgálatban a személyek által azonosított kiértékelési szempontok tanulmányozása kvantitatív módszerekkel. A vizsgálat limitációja, hogy egyetemisták között zajlott. Ez elősegítette az észleletek, benyomások könnyed verbalizációját, de indokolhatja a fokozott tudatosságot is.

A fókuszcsoportos vizsgálat eredményei összességében rámutatnak arra, hogy a vizsgált befogadók tudatosak a társadalmi célú reklámok esetén, mind a reklám céljára, mind arra vonatkozóan, hogy ők maguk hogyan értékelik a TCR-t, az milyen reakciót vált ki belőlük. A reklámértékelés szempontjai nagyban átfednek a szakértők által megjelölt tényezőkkel, úgymint: a reklám keltette érzelmek, a reklám figyelemfelkeltő képessége, az üzenet relevanciája, a megjelenítés (kivitelezés, vizualitás, szöveg-kép viszonya, kreativitás), a téma jelentősége és aktualitása, a reklám célja, illetve hitelessége és hatékonysága. A reklámértékelések a szak-

irodalomban található szempontokkal összhangban alakultak.

A kvalitatív vizsgálat lehetőséget nyújtott arra, hogy folyamatában vizsgálva a TCR-befogadást, a gyakorlatban is tetten érje a kiértékelési folyamat lépéseit, szempontjait, egy lépéssel közelebb a befogadáshoz, mint a kvantitatív módszerű vezetett

kiértékelések esetén. Az eredmények gyakorlati jelentősége abban áll, hogy megerősíti az önbevalláson alapuló reklámvizsgálatok módszerének jogosultságát a reklámhatásra vonatkozóan, a befogadók tudatossága miatt. Továbbá az eredmények alátámasztják az általában használt kiértékelési szempontok relevanciáját.

SUMMARY

INVESTIGATING NAIVE CONSUMERS' ASSESSMENTS OF SOCIAL ADVERTISEMENTS

Background and aims: The aim of the qualitative research was to study naive young adults' perceptions of social advertisements; collecting typical elements of naive definitions; and to investigate elements of social advertisement effectiveness. The core question was whether the elements identified by the literature meet the important aspects specified by non-professionals; and, if there were any differences, what sort of differences can be found.

Methods: In eight, 1.5–2-hour-long focus group interviews, research participants were asked to recall social advertisements and to define social advertising. Later on, they assessed social ads together, and categorized advertisements in print format in small groups. The study sample consisted of 55 university students.

Results: Based on a content analysis of interview data, visual aspects, aroused emotions, the severity of the social problem and the target group seem to be primary factors in assessing social ads. According to the study participants, repeated presentation can enhance the recall; however, continuous repetition can ruin ad effectiveness. Participants showed emotions frequently, but often referring to them in a depersonalized manner, they sometimes specified them as attributions. They could report resistance and denial evoked by the presented advertisements. Definitions of social adverts set by naive participants closely resembled literature findings.

Discussion: According to the data of focus group interviews, it seems that naive participants can refer to aims of the ad messages, assess ad effectiveness and working mechanisms, and their impact on viewers. This awareness of the participants – at least in this population – confirms that self-reported queries in ad-related studies can offer relevant information on ad effectiveness.

Keywords: social advertisements, naïve perception, ad-processing, ad effectiveness.

IRODALOM

- AMBLER, T., BURNE, T. (1999): The impact of affect on memory of advertising. *Journal of Advertising Research*, 39(2). 25–34.
- ANTONS, K., EHRENSPERGER, H., MILESI, R. (2019): *A csoportdinamika gyakorlata – Gyakorlatok és modellek* (Kovács J. E. ford.). Z-Press Kiadó Kft., Miskolc.
- BAACK, D. W., WILSON, R. T., TILL, B. D. (2008): Creativity and memory effects – Recall, recognition, and an exploration of nontraditional media. *Journal of Advertising*, 37(4). 85–94.
- BALÁZS K., BAKÓ P., GERHÁT R. (2018): A meggyőzési tudatosság: A pszichológia mostoha-gyermeké. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 73(3). 391–410.
- BALÁZS, K., BENE, Á., HIDEGUTI, I. (2017): Vulnerable older consumers: New persuasion knowledge achievement measure. *International Journal of Consumer Research*, 41(6). 706–713.
- BASIL, D. Z., RIDGWAY, N. M., BASIL, M. D. (2008): Guilt and giving: A process model of empathy and efficacy. *Psychology and Marketing*, 25(1). 1–23.
- BUVÁR, Á. (2019): Ad revolution or evolution? Typical ad representation and general ad attitudes influence the effectiveness of branded content. PhD-disszertáció, Corvinus Egyetem, Budapest.
- BODENHAUSEN, G. V., SHEPPARD, L. A., KRAMER, G. P. (1994): Negative affect and social judgment: The differential impact of anger and sadness. *European Journal of Social Psychology*, 24(1). 45–62.
- BREHM, J. W. (1966): *A theory of psychological reactance*. Academic Press, New York, NY.
- CACIOPPO, J. T., PETTY, R. E. (1984): The Elaboration Likelihood Model of Persuasion. *Advances in Consumer Research*, 11. 673–675.
- CALFEE, J. E., RINGOLD, D. J. (1994): The 70% majority: Enduring consumer beliefs about advertising. *Journal of Public Policy & Marketing*, 13(2). 228–238.
- CAMPBELL, M. C., KIRMANI, A. (2008): I know what you're doing and why you're doing it: The use of the persuasion knowledge model in consumer research. In Haugtvedt, C. P., Herr, P. M., Kardes, F. R. (eds): *Handbook of Consumer Psychology*. Lawrence Erlbaum Associates, New York, NY. 549–575.
- CHAIKEN, S. (1980): Heuristic versus systematic information processing and the use of source versus message cues in persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(5). 752–766.
- CHATTOPADHYAY, A., ALBA, J. W. (1988): The situational importance of recall and inference in consumer decision making. *Journal of Consumer Research*, 15(1). 1–12.
- DEMARRAIS, K. (2004): Qualitative interview studies: Learning through experience. In DeMarrais, K., Lapan, S. D. (eds): *Foundations for Research – Methods of Inquiry in Education and the Social Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates, London. 51–68.
- DILLARD, J. P., PECK, E. (2000): Affect and persuasion – Emotional responses to public service announcements. *Communication Research*, 27(4). 461–495.

- DILLARD, J. P., SEO, K. (2013): Affect and persuasion. In Dillard, J. P., Shen, L. (eds): *The SAGE Handbook of Persuasion: Developments in Theory and Practice*. Sage, Thousand Oaks, CA. 150–166.
- DONOVAN, R. J., HENLEY, N. (1997): Negative outcomes, threats and threat appeals: Widening the conceptual framework for the study of fear and other emotions in social marketing communications. *Social Marketing Quarterly*, 4(1). 56–67.
- DONOVAN, R., HENLEY, N. (2010): *Principles and practice of social marketing an international perspective*. Cambridge University Press, Cambridge.
- DUBOW, J. S. (1994): Point of view: Recall revisited: Recall redux. *Journal of Advertising Research*, 34(3). 92–106.
- EATON, A. A., VISSER, P. S., KROSNICK, J. A., ANANAD, S. (2009): Social power and attitude strength over the life course. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35(12). 1646–1660.
- ENGEL, J. F., BLACKWELL, R. D., MINIARD, P. W. (1995): *Consumer behavior*. The Dryden Press, Chicago, IL.
- FISKE, S. T. (2006): *Társas alapotívumok* (Berkics M. ford.). Osiris, Budapest.
- FORGAS, J. (2008): The role of affect in attitudes and attitude change. In Crano, W. D., Prislin, R. (eds): *Attitude and Attitude Change*. Psychology Press, New York, NY. 131–158.
- GERHÁT R., BALÁZS K. (2018): Az emocionális tartalmú társadalmi célú reklámvideók hatásmechanizmusának vizsgálata: Félelem és humor. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 73(2). 213–235.
- GRISKEVICIUS, V., SHIOTA, M. N., NEUFELD, S. L. (2010): Influence of different positive emotions on persuasion processing: A functional evolutionary approach. *Emotion*, 10(2). 190–206.
- HAUGTVEDT, C., PETTY, R. E., CACIOPPO, J. T., STADLEY, T. (1988): Personality and ad effectiveness: Exploring the utility of need for cognition. *Advances in Consumer Research*, 15. 209–212.
- HEIDENREICH, C. A. (1970): *A dictionary of General Psychology: Basic Terminology and Key Concepts*. Kendall/Hunt, Dubuque, IA.
- HUHMANN, B. A., BROTHERTON, T. P. (1997): A content analysis of guilt appeals in popular magazine advertisements. *Journal of Advertising*, 26(2). 35–45.
- JAMES, W. L., KOVER, A. J. (1992): Do overall attitudes toward advertising affect involvement with specific advertisements? *Journal of Advertising Research*, 32(5). 78–83.
- KENDE A. (2005): „Én nem akarom elkülöníteni semmi szín alatt” – Fókuszcsoport vizsgálat az iskolai elhelyezésben érintett szakemberek és szülők körében. *Iskolakultúra*, 15(4). 52–64.
- KITZINGER, J. (1995): Qualitative research: Introducing focus groups. *The British Medical Journal*, 311(7000). 299–302.
- KOTLER, P., ZALTMAN, G. (1971): Social marketing: An approach to planned social change. *Journal of Marketing*, 35. 3–12.
- KÖNIG, O., SCHATTEHOFER K. (2014): *Bevezetés a csoportdinamikába* (Németh A. ford.). In Dynamics Consulting Kft., Budapest.

- LAZARUS, R. S. (1991): *Emotion and adaptation*. Oxford University Press, New York, NY.
- LERNER, J. S., KELTNER, D. (2001): Fear, anger and risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(1). 146–159.
- LEHNERT, K., TILL, B. D., CARLSON, B. D. (2013): Advertising creativity and repetition – Recall, wearout and wearin effects. *International Journal of Advertising – The Review of Marketing Communications*, 32(2). 211–231.
- MACKENZIE, S. B., LUTZ, R. J. (1989): An empirical examination of the structural antecedents of attitude toward the ad in an advertising pretesting context. *Journal of Marketing*, 53(2). 48–65.
- MEHTA, A. (1994): How Advertising Response Modeling (ARM) can increase ad effectiveness. *Journal of Advertising Research*, 34(3). 62–74.
- MEHTA, A. (2000): Advertising attitudes and advertising effectiveness. *Journal of Advertising Research*, 40(3). 67–72.
- MERTON, R. K., FISKE, M., KENDALL, P. (1956): *The Focused Interview: A manual of problems and procedures*. Free Press, Glencoe.
- MILAKOVIĆ, I. K., MIHIĆ, M. (2015): Predictors and outcome of attitudes towards advertising: Demographics, personal factors and wom. *Ekonomika Misao i Praksa*, 24(2). 409–432.
- MILLER, G. R. (1980): On being persuaded: Some basic distinctions. In Dillard, J. P., Pfau, M. (eds): *The Persuasion Handbook: Developments in Theory and Practice*. Sage, Thousand Oaks, CA. 3–16.
- O'KEEFE, D. J. (2003): Message properties, mediating states, and manipulation checks: Claims, evidence, and data analysis in experimental persuasive message effects research. *Communication Theory*, 13(3). 251–274.
- O'KEEFE, D. J. (2004): Trends and prospects in persuasion theory and research. In Seiter, J. S., Gass, R. H. (eds): *Readings in Persuasion, Social Influence and Compliance Gaining*. Allyn & Bacon, Boston, MA. 31–43.
- PERLOFF, R. M. (2003): *The Dynamics of Persuasion*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ.
- PETTY, R. E., CACIOPPO, J. T. (1981): *Attitudes and Persuasion: Classic and Contemporary Approaches*. Brown, Dubuque, IA.
- PETTY, R. E., CACIOPPO, J. T. (1986): The Elaboration Likelihood Model of Persuasion. *Advances in Experimental Social Psychology*, 19. 123–205.
- POLLAY, R. W., MITTAL, B. (1993): Here's the beef: Factors, determinants, and segments in consumer criticism of advertising. *Journal of Marketing*, 57(3). 99–114.
- QUICK, B. L., SHEN, L., DILLARD, J. P. (2013): Reactance theory and persuasion. In Dillard, J. P., Shen, L. (eds): *The SAGE Handbook of Persuasion: Developments in Theory and Practice*. Sage, Thousand Oaks, CA. 150–166.
- ROGERS, R. W. (1975): A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology*, 91. 93–114.
- ROGERS, R. W. (1983): Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In Cacioppo, J., Petty, R. (eds): *Social psychophysiology*. Guilford, New York, NY. 153–176.

- SAS I. (2010): *Reklám a jóért*. Kommunikációs Akadémia Kft., Budapest.
- SCHERER, K. R., SCHORR, A., JOHNSTONE, T. (2001): *Appraisal Processes in Emotion – Theory, Methods, Research*. Oxford University Press, Oxford.
- SCHMIDT, S., EISEND, M. (2015): Advertising repetition: A meta-analysis on effective frequency in advertising. *Journal of Advertising*, 44(4). 415–428.
- SONI, M. J. (2017): Effects of varying involvement level within a television program on recall of cognitive versus affective advertisement. *Journal of Consumer Marketing*, 34(4). 338–348.
- TILL, B. D., BAACK, D. W. (2005): Recall and persuasion: Does creative advertising matter? *Journal of Advertising*, 34(3). 47–57.
- VICSEK L. M. (2017): Online fókuszcsoportok alkalmazása – Lehetőségek, korlátok és tanácsok a hatékonyság növelésére. *Vezetéstudomány*, 48(4). 36–45.
- WEHBE, M. S., BASIL, M., BASIL, D. (2017): Reactance and coping responses to tobacco counter-advertisements. *Journal of Health Communication*, 22(7). 576–583.
- WITTE, K. (1992): Putting the fear back into fear appeals: The Extended Parallel Process Model. *Communication Monographs*, 59(4). 329–349.
- WITTE, K., BASIL, M. (2012): Health risk message design using the Extended Parallel Process Model. In Cho, H. (ed.): *Health Communication Message Design: Theory and Practice*. Sage, Thousand Oaks, CA. 41–58.

MELLÉKLET

1. melléklet

Fókuszcsoporthatás – Interjúvázlat

1. Beszélgetés kezdeményezése:

Egyéni válaszok ösztönzése mellett:

- Van-e olyan társadalmi célú reklám (TCR), amire emlékeztek, amit fel tudtok idézni?
- Ha igen, melyik, és mi lehet az oka, hogy emlékszel rá?

A csoportnak feltett kérdések:

- Van-e/vannak-e olyan TCR-ek, amelyeket valami miatt kifejezetten szimpatikusnak/unszimpatikusnak tartasz? Melyik/ melyek ezek és vajon miért?
- Milyen médiafelületen szoktál látni társadalmi célú reklámokat?
- Szerintetek mi tekinthető általában véve társadalmi célú reklámnak? ~ Mitől TCR a TCR? / Szerintetek mik lehetnek azok a szempontok, amelyektől TCR-nek tekinthető egy reklám?
- Ha a TCR-ekre gondoltok, jutnak-e eszetekbe kategóriák/ csoportok ezeken belül?
- Ha igen, tudtok azonosítani, megnevezni ilyeneket?

2. Kivetített ingeranyagra adott válaszok gyűjtése:

Projektoron kivetítve mutatunk be TCR-eket a résztvevőknek. Az ingeranyag-bemutatók között is azt ösztönözzük, hogy újabb szempontok merüljenek fel:

- Ha a most látott reklámok alapján újabb szempont vagy kategória jut eszetekbe, azt kérjük, hogy szóljatok, osszátok meg velünk!

3. Egyénileg megtekintett ingeranyagra adott válaszok gyűjtése:

2-3 fős kicsoporthatásba rendeződve tableten vagy papír alapon további reklámokat tekintenek meg a résztvevők; majd ezek véleményezését és kategorizációját kérjük tőlük, megbeszélés szintjén, a teljes csoportban.

4. Levezető kérdés:

Van-e még bármi, amivel – a fókuszcsoporthatás végéhez közeledve –, kiegészítenétek az eddig elhangzottakat?

5. Demográfiai adatok felmérése (kérdőíves formában, egyénileg)

6. Humoros, állatvédelemre vonatkozó társadalmi célú reklámfilm levetítése

A videóban egy fiatal pár bevallja szemben ülő kutyájának, hogy örökre fogadták, ezért tudnia kell, hogy a mellette ülő macskával és kacsával nincsenek vérszerinti kapcsolatban. A reklám üzenete: „megválogathatod a családtagjaidat!”.

A főbb képkockák a videóból:



A SZÜLŐI REZILIENCIA MINTÁZATAI ÁTLAGOS ÉS ÁTLAGOSTÓL ELTÉRŐ FEJLŐDÉSŰ GYERMEKET NEVELŐ ANYÁK ESETÉBEN



SALLAY Viola
SZTE BTK Pszichológiai Intézet
viola.sallay@psy.u-szeged.hu

SIMON-ZÁMBORI Petra
SZTE Neveléstudományi Doktori Iskola
zambori.petra@gmail.com

MARTOS Tamás
SZTE BTK Pszichológiai Intézet
tamas.martos@psy.u-szeged.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: Kutatásunk¹ célja az átlagos és átlagostól eltérő fejlődésű gyermeket nevelő anyák szülőireziliencia-faktorainak személyorientált elemzése volt. A három szülőireziliencia-faktor, amelynek mintázatait (profiljait) kerestük: a gyermek jellemzőinek ismerete, az észlelt társas támogatottság, illetve a szülőség pozitív észlelése. Célunk volt továbbá a feltárt profilokkal jellemezhető alcsoportok összevetése az egyéni és kapcsolati jóllét dimenziói mentén.

Módszer: Az átlagos ($n = 140$) és az átlagostól eltérő ($n = 125$) fejlődésű gyermeket nevelő anyák szülőireziliencia-profiljainak feltárásához a Szülői Reziliencia Kérdőív (PREQ) alskálait alkalmaztuk. Az elkülönülő profilokhoz tartozó almintákon megvizsgáltuk a szociodemográfiai jellemzők eltéréseit, ezután a profilokat a Gyermekgondozási/Gyermeknevelési Kérdőív (BMBI/CMBI), a Páros Megküzdés Kérdőív (DCI), illetve az Élettel Való Elégedettség Kérdőív (SWLS) pontszámai alapján hasonlítottuk össze.

Eredmények: A klaszterelemzés során négy elkülönülő profilt azonosítottunk: (1) „sérülékeny”, (2) „magányos reziliens”, (3) „kiemelkedően reziliens” és (4) „támogatott reziliens” profilt. A további elemzések arra utalnak, hogy a „sérülékeny” és a „magányos reziliens” profiljába

¹ A kutatás folyamatát és az alkalmazott módszereket az Egyesített Pszichológiai Kutatás-Értékelési Bizottság (EPKEB) előzetesen jóváhagyta (referenciaszám: 2019/126).

szignifikánsan nagyobb valószínűséggel tartoznak átlagostól eltérő fejlődésű gyermeket nevelő anyák. A négy elkülönülő profil továbbá jelentősen különbözik a szülői túlvédés-korlátozás, a közös páros megküzdés, illetve az étellel való elégedettség tekintetében.

Következtetések: A reziliens és sérülékeny alcsoportok azonosítása előmozdíthatja annak megértését, hogy a különböző típusba sorolható szülők esetében milyen rizikó-, illetve védőfaktorok állhatnak a megküzdés és az adaptáció hátterében. Mindez pedig segíthet megteremteni a tudományos alapokat egy célzott, elsősorban a sérülékeny alcsoportok igényeire szabott, szülői pszichoedukációs program felállításához.

Kulcsszavak: személyorientált elemzés, eltérő fejlődés, szülői reziliencia, szülői túlvédés-korlátozás, közös páros megküzdés, étellel való elégedettség

BEVEZETÉS

A gyermeknevelés a szülői lét központi tevékenysége és tapasztalata, amely még átlagos körülmények között is stresszes folyamatnak tekinthető (Miller és Sollie, 1980). A szülőknek ugyanis alkalmazkodnia és változnia kell a fejlődő gyermek igényeihez (Sinha és mtsai, 2016). A kihívások azonban fokozódhatnak a szülők számára egy átlagostól eltérő fejlődésű gyermek nevelése során (Ainbinder és mtsai, 1998; Sinha és mtsai, 2016). Az „eltérő fejlődés” széles körű fogalomként értelmezhető, amely különféle fizikális és/vagy mentális zavarokat foglalhat magában, akár az átlagosnál gyorsabb ütemű fejlődést bizonyos részterületeken, így különböző igényekkel és követelményekkel, valamint eltérő prognózissal járhatnak együtt (Morrod, 2004; Burkhalter, 2010).

A nehézségek ellenére számos szülő hatékony módokat talál a kedvezőtlen helyzetekkel való szembenézésre (Iacob és mtsai, 2020; Peer és Hillman, 2014). Más esetekben azonban megragadhatnak néhány merev, hatástalan reakciónál, vagy akár ellenállhatnak, és tagadhatják a diagnózis meglétét (Falik, 1995). A megküzdés és az adaptáció folyamata a rezilienciához köthető (Suzuki és mtsai, 2013). A reziliencia dinamikus folyamatnak tekint-

hető, amely során a személy sikeresen alkalmazkodik a jelentős nehézségek vagy traumák ellenére (Lutha és Cicchetti, 2000).

A szülői reziliencia ehhez kapcsolódóan pedig úgy határozható meg, hogy a szülő pozitív adaptációt mutat a gyermek nevelésével kapcsolatos nehézségek mellett (Suzuki és mtsai, 2013), amely pedig hozzájárulhat a szülők étellel való elégedettségéhez (Halstead és mtsai, 2018). Suzuki és munkatársai (2013, 2015) kutatásai alapján a szülői reziliencia jelenségéről pontosabb képet kaphatunk, ha a reziliencia általános megközelítése helyett kifejezetten az átlagostól eltérő fejlődésű gyermekek neveléséből adódó nehézségekhez való alkalmazkodás lehetőségeit és erőforrásait tárjuk fel. Ilyen erőforrásnak bizonyulhat például, ha a szülő úgy véli, hogy megfelelő ismeretekkel rendelkezik gyermekéről, továbbá ha társas támogatottságot észlel a környezetében fellelhető, hozzáférhető személyektől, illetve ha a szülői szerepét el tudja fogadni, pozitívan tudja azt észlelni (Suzuki és mtsai, 2015).

Mindezek alapján a szülői reziliencia belső (pl. pozitív percepció) és külső faktorból (pl. társas támogatás) áll (Suzuki és mtsai, 2013). Meghatározó belső faktornak bizonyulhat például a szülők által alkalmazott megküzdési mód (Suzuki és mtsai, 2015).

A pozitív megküzdési stratégiák összefüggést mutathatnak a depresszív tünetek csökkent szintjével, ezzel szemben az elkerülő megküzdési stratégiák növelhetik a pszichológiai distressz mértékét az átlagostól eltérő fejlődésű gyermeket nevelő szülők esetében (Hastings és mtsai, 2005).

Továbbá a szülő kognitív stílusának is jelentős szerepe lehet (Markó és mtsai, 2019). Harrison és Sofronoff (2002) figyelemhiányos hiperaktivitás zavarral diagnosztizált gyermekek szüleit vizsgálva azt tapasztalták, hogy ha a szülők úgy vélik, hogy képesek a gyermekük viselkedését kezelni, kontrollálni, akkor ez jelentősen csökkentheti az általuk észlelt pszichológiai distressz mértékét. Mindehhez kapcsolódhat a szülői percepció, Hastings és Taunt (2002) tanulmánya alapján a pozitív szülői percepciók segíthetik az adaptációt az átlagostól eltérő fejlődésű gyermek nevelése során. Ugyanakkor fontos megemlíteni, hogy az átlagostól eltérő fejlődésű gyermeket nevelő szülők esetében fokozottabban megjelenhet a túlvédő-korlátozó szülői nevelési stílus, amely negatív összefüggést mutathat a szülői adaptációval (Hynes és mtsai, 2019; Raya és mtsai, 2013).

A külső faktorokat is figyelembe véve, a társas támogatás az egyik legfontosabb rezilienciátényezőnek tekinthető (Iacob és mtsai, 2020). Boyd (2002) autizmuspektrumban zavarral diagnosztizált gyermekek szüleit vizsgálva azt tapasztalta, hogy a szociális támogatás hiánya megnövekedett stresszszinttel járhat együtt. Mindemellett a társas támogatás területén belül, specifikus részterületként, kiemelt szerepe lehet a szülők párkapcsolatában megjelenő páros megküzdésnek is (Markó és mtsai, 2019). A diádikus stressz – amely fokozottan megjelenhet az átlagostól eltérő fejlődésű gyermek nevelése során – nemcsak az individuumra, hanem a párra mint

egységre is hatással lehet. Ezáltal a megküzdési folyamatok is dinamikusan, mindkét fél közreműködésével, illetve egymásra hatásával jelenhetnek meg (Martos és mtsai, 2018). A diádikus stressz észlelése és az ahhoz kapcsolódó megküzdés interperszonális folyamatként értelmezhető a pár tagjai között (Bodenmann, 2005; Martos és mtsai, 2012). García-López és munkatársai (2016) kutatása alapján a szülői adaptáció pozitív összefüggést mutathat a páros megküzdési folyamatokkal az átlagostól eltérő fejlődésű gyermeket nevelő szülők esetében.

Suzuki és munkatársai (2015) kutatása szerint mindazon protektív tényezők, amelyek hozzájárulhatnak az átlagostól eltérő fejlődésű gyermek neveléséből fakadó nehézségek, kockázatok csökkentéséhez, a reziliencia fogalmi keretén belül értelmezhetőek. Ennek következtében kulcsfontosságú lehet a megküzdés és az adaptáció háttérben álló rizikó-, illetve védőfaktorok azonosítása, különös tekintettel a szülői túlvédés-korlátozásra, a közös páros megküzdésre és az élettel való elégedettségre.

A KUTATÁS CÉLKITŰZÉSEI

A jelen kutatás célja az átlagos és átlagostól eltérő fejlődésű gyermeket nevelő anyák szülőireziliencia-faktorainak személyorientált elemzése. Míg a változóorientált elemzések során egyes kiválasztott változók közötti kapcsolatok feltárása az elsődleges cél, addig a személyorientált megközelítés során a válaszadók sajátos alcsoportjait helyezzük a középpontba (Takács és mtsai, 2015). Olyan személyeket sorolunk egy-egy típusba, akik az elemzett változók tekintetében hasonló együttes holisztikus mintázatot mutatnak (Bergman és mtsai, 2003).

A jelen elemzésben a szülői reziliencia három faktorának mintázatait kerestük átlagos és átlagostól eltérő fejlődésű gyermekeket nevelő anyák mintájában: a gyermek jellemzőinek ismeretét, az észlelt társas támogatottságot és a szülőség pozitív észlelését. A gyermek jellemzőinek ismerete azt jelöli, hogy a szülő úgy véli, hogy jól ismeri a gyermekét, és ez a tudás hozzájárul a gyermek felneveléséhez szükséges képességeihez. Az észlelt társas támogatottság a szülő környezetében fellelhető, hozzáférhető személyektől érkező támogatásra és annak következményeire vonatkozik. A szülőség pozitív észlelése a szülői szerep elfogadását, illetve a gyermeknevelésben lelt örömet és boldogságot foglalja magában (Markó és mtsai, 2019; Suzuki és mtsai, 2015).

A személyorientált elemzés során nem lehet előre megjósolni a profilok számát és azok pontos szerkezetét. Feltételezéseink szerint (*1. hipotézis*) azonban a klaszterelemzés során elkülönül majd egy „reziliens” profil, amelyre jellemző az észlelt társas támogatottságnak, a szülőség pozitív észlelésének, illetve a gyermeket jellemzők ismeretének magasabb szintje; valamint elkülönül egy „sérülékeny” profil, amelyre jellemző az észlelt társas támogatottságnak, a szülőség pozitív észlelésének, illetve a gyermeket jellemzők ismeretének alacsonyabb szintje.

A gyermeki, a szülői és a szociális faktorok interakcióban állhatnak egymással (Sloper és mtsai, 1991), így a klaszterelemzés során feltárt szülőireziliencia-profilok csoportjait összehasonlítjuk a szociodemográfiai jellemzők mentén, valamint a gyermekekre, az anyákra és a szülői kapcsolatra vonatkozó tényezők szerint. Mivel jelenleg nem áll rendelkezésünkre elegendő előzetes információ a profilok szociodemográfiai hátterének bejósolá-

sához, ezért ezt jelen kutatásunk keretében feltáró megközelítéssel vizsgáljuk meg. A gyermek, az anya és a szülői kapcsolat jellemzőit tekintve feltételezéseink szerint (*2. hipotézis*) a „reziliens” profil esetében alacsonyabb mértékű szülői túlvédés-korlátozás, valamint nagyobb mértékű közös páros megküzdés és élettel való elégedettség jelenik meg, mint a „sérülékeny” profil esetében.

MÓDSZEREK

Résztvevők

Átlagostól eltérő fejlődésű gyermeket nevelő csoport

Az átlagostól eltérő fejlődésű gyermeket nevelő csoport esetében hozzáférésalapú mintavételezést alkalmaztunk. A csoport 125 anyából áll, akiknek átlagéletkora 39,36 év (*szórás* = 6,40). Az iskolai tanulmányaikat tekintve tanulóval eltöltött éveik átlaga 17,07 év (*szórás* = 3,56). Ezen anyák párkapcsolatának időtartama átlagosan 15,84 év (*szórás* = 7,78), párjukkal nevelt gyermekeinek száma átlagosan 2,30 (*szórás* = 1,96). Több átlagostól eltérő fejlődésű gyermek nevelése esetében megkértük az anyát, hogy gondoljon arra a gyermekére, akinek a nevelése a legnagyobb kihívást jelenti számára. Az anyák által jellemzett eltérő fejlődésű gyermekek átlagéletkora 8,70 év (*szórás* = 5,52), nemi megoszlásukat tekintve 87 fiú és 38 lány (lásd *1. táblázat*). Az anyák beszámolóinak alapján a mintában előforduló eltérő fejlődési jellemzők és diagnózisok a következők: szenzoros integrációs zavar, autizmus spektrum-zavar, figyelemhiányos hiperaktivitás zavar, kevert specifikus fejlődési zavar, nem meghatározott pervazív fejlődési zavar, Down-szindróma, West-szindróma, hallássérülés, gyermek-

kori agyi bénulást követő fejlődési zavar, diszgráfia, diszlexia, értelmi fogyatékoság, szelektív mutizmus, kifejező beszédzavar, hipotónia.

Átlagos fejlődésű gyermeket nevelő csoport

Az átlagos fejlődésű gyermeket nevelő csoport esetében szintén hozzáférésalapú mintavételezést alkalmaztunk. Az eredetileg 181 főből álló csoportból illesztett mintavétellel választottunk ki 140 főt. Az illesztett mintavétel során figyelembe vettük az életkort, az iskolai végzettséget, a párkapcsolati időtartamot, illetve a gyermekek

számát. Az így keletkezett csoport 140 anyából áll, akiknek átlagéletkora 38,41 év (*szórás* = 5,65). Az iskolai tanulmányaikat tekintve tanulással eltöltött éveik átlaga 16,61 év (*szórás* = 3,54). Ezen anyák párkapcsolatának időtartama átlagosan 14,46 év (*szórás* = 6,11), párjukkal nevelt gyermekeinek száma átlagosan 1,99 (*szórás* = 0,84). Több átlagos fejlődésű gyermek nevelése esetében megkértük az anyát, hogy gondoljon arra a gyermekére, akinek a nevelése jelenleg a leginkább foglalkoztatja. Az anyák által jellemzett átlagos fejlődésű gyermekek átlagéletkora 7,04 év (*szórás* = 4,48), nemi megoszlásukat tekintve 61 fiú és 79 lány (lásd *1. táblázat*).

1. táblázat. Az átlagostól eltérő fejlődésű gyermeket nevelő csoport és az átlagos fejlődésű gyermeket nevelő csoport jellemzői

Jellemzők	Átlagostól eltérő fejlődésű gyermeket nevelő anyák (<i>n</i> = 125)		Átlagos fejlődésű gyermeket nevelő anyák (<i>n</i> = 140)	
	<i>átlag</i>	<i>szórás</i>	<i>átlag</i>	<i>szórás</i>
Életkor	39,36	6,40	38,41	5,54
Tanulással töltött évek	17,07	3,45	16,61	3,52
Párválasztási időtartam	15,84	7,70	14,46	6,11
Gyermekek száma	2,30	1,94	1,99	0,84
Jellemzett gyermek életkora	8,70	5,50	7,04	4,48

Mérőeszközök

Szociodemográfiai adatok

A kérdőívcsomagban a következő szociodemográfiai adatokra kérdeztünk rá: egyéni tényezők (pl. nem, életkor, iskolai végzettség, foglalkoztatottság, jelenlegi lakóhely, vélt egészségi állapot), párválasztási tényezők (pl. párja neme, párja életkora, párválasztási

időtartam, együttélés időtartama, kapcsolat jellege), gyermekkel kapcsolatos tényezők (pl. nevelt gyermekek száma, eltérő fejlődésű gyermek nevelése (nevel/nem nevel), jellemzett gyermek életkora, jellemzett gyermek neme), illetve pénzügyi tényezők (pl. pénzügyi biztonság, átlagos jövedelem más magyar családokkal összehasonlítva).

Eltérő fejlődési jellemzőkre vonatkozó adatok

Az eltérő fejlődés meglétének felmérésére a következő kritériumkérdést alkalmaztuk: „*Nevel olyan gyermeket, aki fejlesztő foglalkozásokban vagy bármilyen típusú szakellátásban részesül(t) eltérő fejlődés kapcsán, és az eltérő fejlődés jelei a jelenben is fennállnak?*”. Az eltérő fejlődési jellemzők mélyebb feltárása érdekében a következő adatokra kérdeztünk rá: fejlesztő foglalkozásra járás időtartama és gyakorisága, diagnózis megléte (van diagnózis/felmerült egy lehetséges diagnózis gyanúja/nincs diagnózis), eltérő fejlődés által érintett területek.

Szülői Reziliencia Kérdőív

A 13 tételes Szülői Reziliencia Kérdőívet (Parenting Resilience Elements Questionnaire – PREQ) Suzuki és munkatársai (2015) dolgozták ki, és a szülői reziliencia különböző faktorainak – gyermek jellemzőinek ismerete, észlelt társas támogatottság, szülőség pozitív észlelése – felmérésére szolgál. A gyermek jellemzőinek ismerete azt jelöli, hogy a szülő úgy véli, hogy jól ismeri a gyermekét, és ez a tudás hozzájárul a gyermek felneveléséhez szükséges képességeihez (ide kapcsolódó tétel például „*Rá tudok jönni, hogy mi az oka a gyermekem bajának.*”). Az észlelt társas támogatottság a szülő környezetében fellelhető, hozzáférhető személyektől érkező támogatásra és annak következményeire vonatkozik (ide kapcsolódó tétel például „*Van valaki, akivel tudok beszélni a gyermeknevelésről.*”). A szülőség pozitív észlelése a szülői szerep elfogadását, illetve a gyermeknevelésben lelt örömet és boldogságot foglalja magában (ide kapcsolódó tétel például „*Értékelem, ahogy a gyermekemmel egymásra hatunk.*”)

(Markó és mtsai, 2019; Suzuki és mtsai, 2015). A kérdőívet magyar mintán Markó és munkatársai (2019) vizsgálták (PREQ-H). Az alskálák belső megbízhatósága megfelelő volt (Cronbach-alfa-értékek a fenti sorrendben: 0,62, 0,81 és 0,70).

Gyermekgondozási/Gyermeknevelési Kérdőív

A 25 tételes Gyermekgondozási/Gyermeknevelési Kérdőívet (Baby/Child-Mother Bonding Instrument – BMBI/CMBI) Danis és munkatársai (2005) dolgozták ki, a Parental Bonding Instrument (PBI, Parker és mtsai, 1979) tétéleinek megfordításával (a magyar adaptáció leírását lásd Tóth és Gervai, 1999). A kérdőív a szülői érzések és viselkedések felmérésére szolgál a szeretet-törődés, illetve a túlvédés-korlátozás tekintetében, olyan tétélekkel, mint például: „*Hajlamos vagyok arra, hogy a gyerekeket gyámoltalannak tekintsem.*”. Az elemzés során a szülői túlvédés-korlátozás alskálát alkalmaztuk, amely elfogadható belső megbízhatóságot mutatott (Cronbach-alfa-érték: 0,68).

Páros Megküzdés Kérdőív

A 37 tételből álló Páros Megküzdés Kérdőívet (Dyadic Coping Inventory – DCI) Bodenmann (2008) dolgozta ki. A kérdőív a stresszhelyzetek során észlelt kommunikációt és páros megküzdést vizsgálja. A Páros Megküzdés Kérdőívet magyar mintán Martos és munkatársai (2012) mutatták be (DCI-H). Az elemzés során a közös páros megküzdés alskálát alkalmaztuk: ez azt a kapcsolati megküzdési módot méri fel, amely során a partnerek együttesen cselekszenek a stresszt okozó helyzet kezelésében. A tételek lehetséges válaszokat adnak meg a következő kérdésre: „*Mit kezd Ön és a párja az olyan stresszel, mely mindkettő-*

júket érinti?” (pl. „Megpróbáljuk együtt megoldani a problémát, és konkrét megoldásokat keresünk.”). A válaszadás 1-től 5-ig terjedő Likert-skálán történik, az alskála belső megbízhatósága megfelelő volt (Cronbach-alfa-érték: 0,82).

Élettel Való Elégedettség Kérdőív

Az Élettel Való Elégedettség Kérdőívet (Satisfaction With Life Scale – SWLS) Diener és munkatársai (1985) dolgozták ki, és az élettel való szubjektív elégedettség kognitív, értékelő összetevőjét méri. Az Élettel Való Elégedettség Kérdőívet magyar mintán Martos és munkatársai (2014) mutatták be (SWLS-H). Az 5 tételes kérdőív olyan állításokat tartalmaz, mint például: „Eddig minden fontosat megkaptam az életben, amit csak akartam.”. A kérdőív megfelelő belső megbízhatóságot mutatott (Cronbach-alfa-érték: 0,89).

Eljárás

Az adatfelvétel a LimeSurvey online kérdőív-szerkesztő és -felvevő programmal valósult meg két szakaszban, 2020 februárja és 2021 januárja között. A kérdőívcsomag első oldalán tájékoztattuk a kitöltőket a kutatás céljáról és módszeréről, illetve biztosítottuk őket, hogy a kutatásban való részvétel teljesen önkéntes, és a kitöltés során nyert adatokat anonim formában elemezzük. A kitöltés megkezdése előtt a résztvevők az informált beleegyező nyilatkozat elfogadásával tudták jelezni a részvételi szándékukat. A kérdőívcsomagot számos gyermekneveléssel és fejlesztéssel kapcsolatos online oldalon és csoportban megosztottuk. A kutatás az Egyesített Pszichológiai Kutatás-Értékelési Bizottság (EPKEB) hozzájárulásával zajlott (referenciaszám: 2019/126).

Statisztikai eljárások

Az adatbázis összeállítására és az alapvető számításokra az IBM SPSS Statistics 25, a profilok kialakítására és további elemzések kivitelezésére a ROPstat és a JASP 0.14.1.0 programot használtuk.

EREDMÉNYEK

Az egyes változók leíró statisztikáját, teljes mintán kapott korrelációs összefüggéseit és a két szülői csoport (átlagos és átlagostól eltérő fejlődésű gyermeket nevelő anyák) változók szerinti összehasonlítását a 2. és 3. táblázatban mutatjuk be. A következő lépésben a Szülői Reziliencia alskáláinak hierarchikus klaszterelemzését végeztük el. Ennek során először a klaszterek optimális számát állapítottuk meg: megvizsgáltuk a dendrogram és a k -közép klaszterelemzés adatait, és úgy találtuk, hogy a négyklaszteres megoldás megfelelő részletességgel és pontossággal reprezentálja az adatokat a szülői reziliencia tekintetében, illetve lehetővé teszi az egyes klaszterek egymástól való megkülönböztetését és értelmezését. A megoldást a ROPstat programcsomag (Vargha, 2016) mintázatfelismerő moduljával is ellenőriztük, a Vargha és munkatársai (Vargha és mtsai, 2016) szerinti elemzési algoritmust alkalmazva (hasonló eljárást lásd még korábbi munkáinkban: Fényszárosi és mtsai, 2018; Martos és mtsai, 2019). Az eredmények megerősítették, hogy a négyklaszteres megoldás optimális módon reprezentálja az adatokat. Így a további számításokhoz a válaszadókat a kapott négy klaszter szerinti alcsoportokban soroltuk, amelyeket az alábbiakban jellemzünk (lásd még 4. táblázat és 1. ábra).

2. táblázat. Az elemzésben szereplő változók leíró statisztikája és kétváltozós összefüggései

Változó	Alfa	Átlag	Szórás	Pearson-féle korrelációs együtthatók						
				1	2	3	4	5	6	
1 PREQ_Szülő	0,70	23,18	3,19							
2 PREQ_Gyerekek	0,62	27,02	3,54	0,54**						
3 PREQ_Támogatás	0,81	23,48	4,28	0,45**	0,38**					
4 CMBI_Tülvédés	0,68	26,94	5,00	-0,18**	-0,28**	-0,23**				
5 DCI_Közös	0,82	16,72	4,36	0,38**	0,32**	0,31**	-0,24**			
6 SWLS	0,89	5,15	1,27	0,33**	0,26**	0,36**	-0,37**	0,46**		

Megjegyzések: PREQ_Szülő = Szülői Reziliencia Kérdőív – Szülőség Pozitív Észlelése; PREQ_Gyerekek = Szülői Reziliencia Kérdőív – Gyermek Jellemzőinek Ismerete; PREQ_Támogatás = Szülői Reziliencia Kérdőív – Észlelt Társas Támogatottság; CMBI_Tülvédés = Gyermekgondozási/Gyermeknevelési Kérdőív – Tülvédés-Korlátozás; DCI_Közös = Páros Megküzdés Kérdőív – Közös Páros Megküzdés; SWLS = Élettel Való Elégedettség Kérdőív.

** p < 0,01

3. táblázat. A két szülői csoport összehasonlítása az elemzésben alkalmazott változók alapján

Változó	Átlagos fejlődésű gyermekek nevelő anyák (n = 140)		Eltérő fejlődésű gyermekek nevelő anyák (n = 125)		t	df	p	Cohen-d
	M	SD	M	SD				
PREQ_Szülő	23,88	2,69	22,39	3,51	-3,89	263	< 0,001	-0,48
PREQ_Gyerekek	27,59	3,53	26,38	3,45	-2,81	263	0,005	-0,35
PREQ_Támogatás	24,46	3,30	22,39	4,96	-4,03	263	< 0,001	-0,50
CMBI_Tülvédés	26,49	5,00	27,45	4,96	1,57	263	0,118	0,19
DCI_Közös	16,89	4,32	16,54	4,40	-0,65	263	0,515	-0,08
SWLS	5,35	1,18	4,92	1,33	-2,81	263	0,005	-0,35

Megjegyzések: PREQ_Szülő = Szülői Reziliencia Kérdőív – Szülőség Pozitív Észlelése; PREQ_Gyerekek = Szülői Reziliencia Kérdőív – Gyermek Jellemzőinek Ismerete; PREQ_Támogatás = Szülői Reziliencia Kérdőív – Észlelt Társas Támogatottság; CMBI_Tülvédés = Gyermekgondozási/Gyermeknevelési Kérdőív – Tülvédés-Korlátozás; DCI_Közös = Páros Megküzdés Kérdőív – Közös Páros Megküzdés; SWLS = Élettel Való Elégedettség Kérdőív.

A következőkben azt vizsgáltuk, hogy a klaszterelemzés során azonosított négy alcsoport valóban különbözik-e a három rezilienciafaktor tekintetében. A reziliencia alskálákon elért átlagok statisztikai különbségének tesztelésére egyszempontos varianciaanalízist alkalmaztunk. Ennek során a független változó a négyklaszteres megoldás mint csoportosító változó, a függő változó pedig a háromféle rezilienciafaktor – a szülőség pozitív észlelése, a gyermek jellemzőinek ismerete és az észlelt társas

támogatottság – volt. Az F -teszt eredményei alapján a klaszterek átlagpontszámai szignifikáns mértékben különböznek a szülőség pozitív észlelése ($F(3,26) = 119,28, p < 0,001$) a gyermek jellemzőinek ismerete ($F(3, 26) = 146,78, p < 0,001$), illetve az észlelt társas támogatottság ($F(3,26) = 151,52, p < 0,001$) tekintetében. Annak érdekében továbbá, hogy megállapítsuk, pontosan mely csoportok között van jelentős eltérés, Bonferroni-utótesztet alkalmaztunk (részletesen lásd 4. táblázat).

4. táblázat. A szülői reziliencia négy klaszterének jellemzői

	Klaszter	Elemszám	Átlagpontszám	Szórás
Szülőség pozitív észlelése	1	95	25,61 ^c	1,79
	2	92	22,98 ^b	2,20
	3	46	22,35 ^b	1,92
	4	32	17,72 ^a	2,68
	Összesen	265	23,18	3,19
Gyermek jellemzőinek ismerete	1	95	30,24 ^c	1,87
	2	92	25,87 ^b	2,02
	3	46	26,44 ^b	2,27
	4	32	21,56 ^a	3,12
	Összesen	265	27,02	3,54
Észlelt társas támogatottság	1	95	26,20 ^b	1,98
	2	92	25,09 ^c	1,97
	3	46	17,80 ^a	3,46
	4	32	18,97 ^a	4,04
	Összesen	265	23,48	4,28

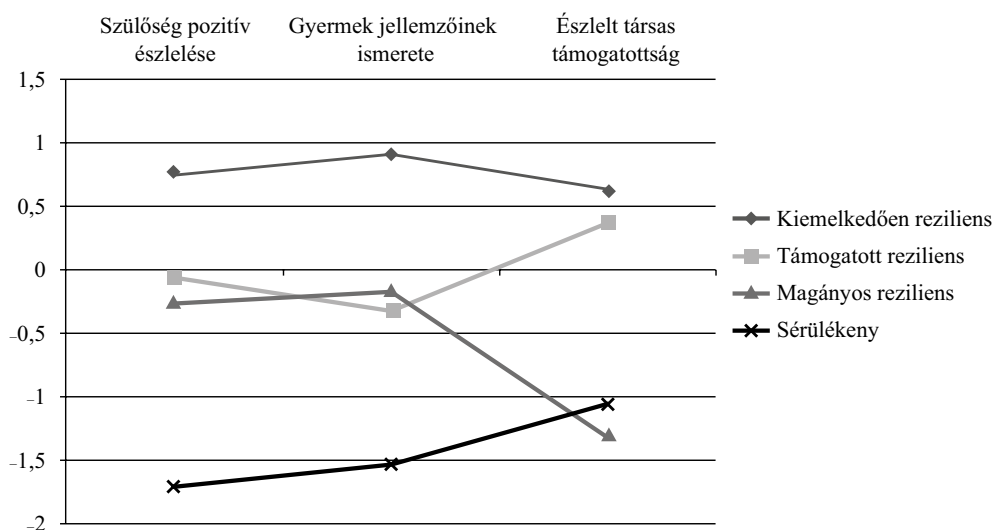
Megjegyzés: Az egyes rezilienciafaktorokon belül az eltérő felső indexszel jelölt átlagok statisztikailag jelentős mértékben különböznek egymástól ($p < 0,05$, a Bonferroni-utóteszt alapján).

A pontosabb értelmezés érdekében a klaszterek vizuális megjelenítésekor az egyes skálák standardizált z -pontszámaival dolgoz-

tunk (lásd 1. ábra). Az első klaszter egy „kiemelkedően reziliens” profil, amelyet magas mértékű pozitív szülőség észlelése,

gyermek jellemzőinek ismerete, illetve észlelt társas támogatottság jellemez. A második klaszter egy „támogatott reziliens” profilt takar, amelyet közepes mértékű pozitív szülőség észlelése, gyermek jellemzőinek ismerete, illetve magashoz közelítő, közepes mértékű észlelt társas támogatottság jellemez. A harmadikként elkülönülő klaszter egy „magányos reziliens” profilt, amelyet

közepes mértékű pozitív szülőség észlelése és gyermek jellemzőinek ismerete, valamint alacsony mértékű észlelt társas támogatottság jellemez. A negyedik klaszter egy „sérülékeny” profilt takar, amelyet alacsony mértékű pozitív szülőség észlelése, gyermek jellemzőinek ismerete, illetve észlelt társas támogatottság jellemez.



1. ábra. A négy klaszter vizuális megjelenítése a z-pontszámok alapján – az egyes pontok összekötése a klaszterek vizuális értelmezését szolgálja

A klasztereket különböző háttérváltozók tekintetében is megvizsgáltuk (lásd 5. táblázat). A négy klaszter esetében tendenciaszerű különbség mutatkozott az anyagi biztonság eloszlásának tekintetében ($\chi^2(9) = 15,92$, $p = 0,069$): a „magányos reziliens” és a „sérülékeny” alcsoportok valamivel alacsonyabb gyakorisággal jeleztek jó anyagi helyzetet. Ugyanakkor erősen szignifikáns különbség látható az eltérő fejlődésű gyermek nevelésének (nevel/nem nevel) eloszlásában: a „magányos reziliens” és a „sérülékeny”

profilba szignifikánsan nagyobb valószínűséggel tartoznak átlagostól eltérő fejlődésű gyermeket nevelő anyák ($\chi^2(3) = 15,83$, $p = 0,001$). Az egyszempontos varianciaanalízis nem mutatott szignifikáns eltérést a négy klaszter között az életkor, a tanulásal töltött évek, a párkapcsolati időtartam, illetve az anya által jellemzett gyermek életkora tekintetében. Azonban tendenciaszerű, szignifikáns különbség mutatkozott a négy klaszter között a gyermekek száma tekintetében.

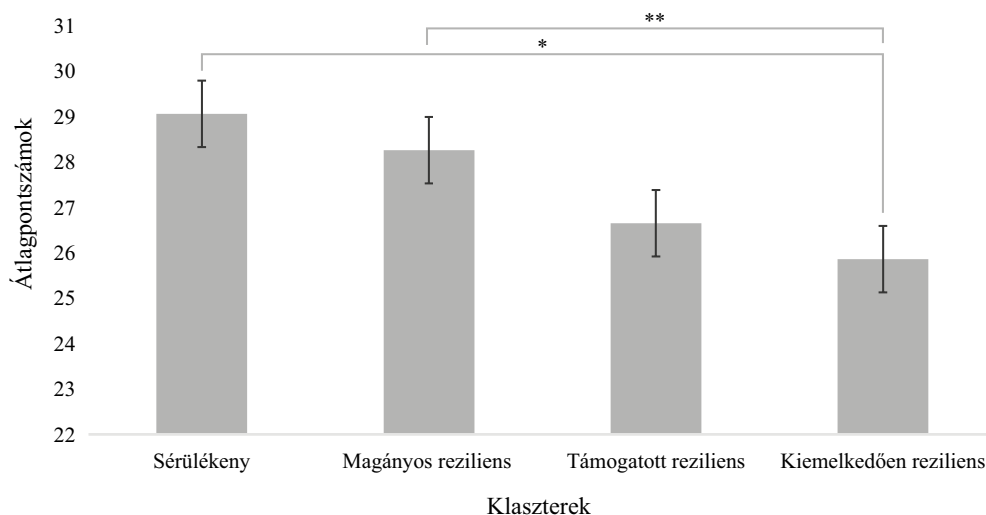
5. táblázat. A négy klaszter összehasonlítása különböző szociodemográfiai jellemzők tekintetében

	Khi-négyzet-próba										
	Kiemelkedően reziliens		Támogatott reziliens		Magányos reziliens		Sérülékeny		χ^2	df	p
	n	%	n	%	n	%	n	%			
<i>Eltérő fejlődés</i>									3	0,001	
Igen	34	35,8%	40		30	65,2%	21	65,6%			
Nem	61	64,2%	52		16	34,8%	11	34,4%			
<i>Anyagi biztonság</i>									9	0,069	
Komoly nehézségek	1	1,0%	-		2	4,3%	1	3,1%			
Kisebb nehézségek	15	15,8%	15		13	28,3%	9	28,1%			
Éppen elég	30	31,6%	23		16	34,8%	11	34,4%			
Tud félretenni	49	51,6%	54		15	32,6%	11	34,4%			
Egyszempontos varianciaanalízis											
	Kiemelkedően reziliens		Támogatott reziliens		Magányos reziliens		Sérülékeny		F	df	p
	m	SD	m	SD	m	SD	m	SD			
Életkor	39,4	6,20	39,30	6,25	38,10	4,74	37,00	6,27	1,70	261	0,167
Tanulással töltött évek	16,8	3,65	17,00	3,50	16,60	3,49	16,60	3,56	0,19	261	0,906
Párkapcsolat időtartama	15,7	7,07	15,50	6,86	13,60	6,40	14,40	7,65	1,21	261	0,307
Gyermekek száma	2,0	0,87	2,20	0,94	2,60	2,98	1,80	0,68	2,47	261	0,063
Gyermek életkora	8,3	5,70	7,80	4,74	7,90	4,51	6,60	4,62	0,83	261	0,476

Az előzetes feltételezéseinket tekintve, az elemzés során megjelent az első hipotézisben feltételezett két profil, a „reziliens” profil (esetünkben „kiemelkedően reziliens” profil) és a „sérülékeny” profil. A második hipotézist, amely szerint a „reziliens” profil esetében alacsonyabb mértékű szülői túlvédés-korlátozás, valamint nagyobb mértékű közös páros megküzdés és étellel való elégedettség jelenik meg, mint a „sérülékeny” profil esetében, egyszempontos varianciaanalízissel teszteltük, amelynek eredményei igazolták a hipotézisünket.

A szülői túlvédés-korlátozás klaszterek szerinti összehasonlítására egyszempontos varianciaanalízist és Bonferroni-utótesztet alkalmaztunk. A varianciaanalízis alapján

a klaszterek átlagai szignifikánsan eltérnek a szülői túlvédés-korlátozás tekintetében ($F(3, 26) = 4,77, p = 0,003$). A „sérülékeny” profil jellemezhető a legmagasabb szülői túlvédés-korlátozás átlagpontszámmal (átlag: 29,06, szórás: 4,89), majd a „magányos reziliens” profil (átlag: 28,26, szórás: 4,53), a „támogatott reziliens” profil (átlag: 26,65, szórás: 5,51), a legalacsonyabb szülői túlvédés-korlátozás átlagpontszámmal pedig a „kiemelkedően reziliens” profil jellemezhető (átlag: 25,86, szórás: 4,40). Az utóteszt alapján szignifikáns eltérés a „sérülékeny” és a „kiemelkedően reziliens” profil, illetve a „magányos reziliens” és a „kiemelkedően reziliens” profil között mutatkozik (lásd 2. ábra).



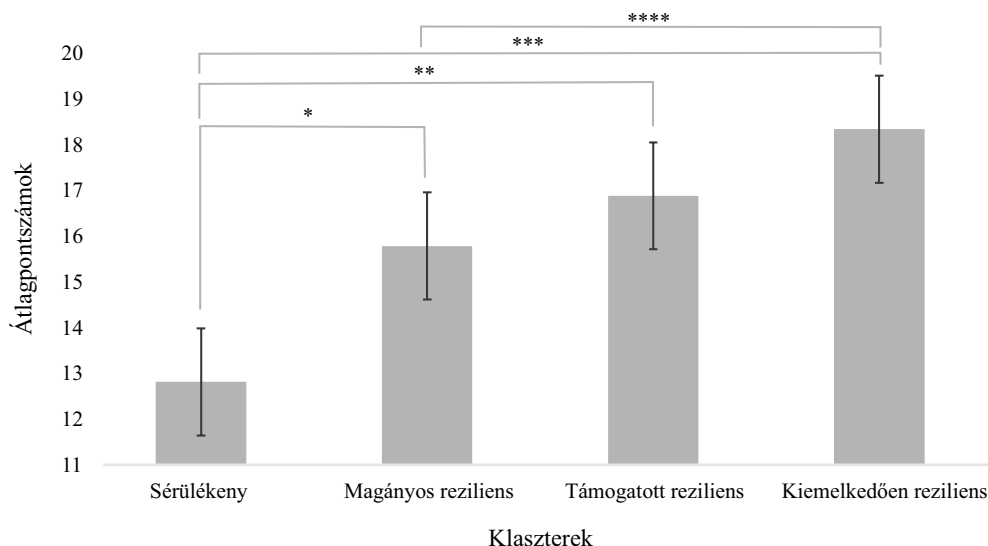
2. ábra. Az egyes alcsoportok átlagos szülői túlvédés-korlátozás pontszámai

A közös páros megküzdés klaszterek szerinti összehasonlítására is egy szempontos varianciaanalízist, majd Bonferroni-utótesztet alkalmaztunk. A varianciaanalízis kimutatta, hogy a klaszterek átlagai statisztikailag jelentős mértékben eltérnek a közös páros megküzdés tekintetében ($F(3, 26) = 16,04,$

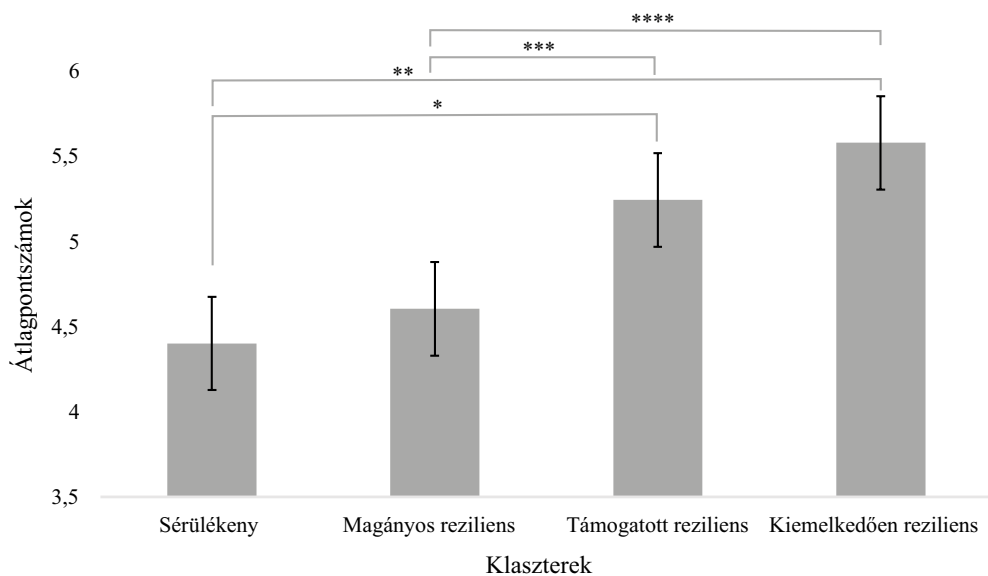
$p < 0,001$). A teszt eredményei alapján a „sérülékeny” profil jellemezhető a legalacsonyabb közös páros megküzdés átlagpontszámmal (átlag: 12,81, szórás: 4,78), majd a „magányos reziliens” profil (átlag: 15,78, szórás: 4,00), ezt követi a „támogatott reziliens” profil (átlag: 16,88, szórás: 3,80), végül a legmagasabb

közös páros megküzdés átlagpontszámával a „kiemelkedően reziliens” profil jellemezhető (átlag: 18,34, szórás: 3,98). Szignifikáns eltérés a „sérülékeny” és a „magányos rezili-

ens”, a „támogatott reziliens”, a „kiemelkedően reziliens” profilok, illetve a „magányos reziliens” és a „kiemelkedően reziliens” profilok között mutatkozik (lásd 3. ábra).



3. ábra. Az egyes alcsoportok átlagos közös páros megküzdés pontszámai



4. ábra. Az egyes alcsoportok átlagos étellel való elégedettség pontszámai

Az étellel való elégedettség klaszterek szerinti összehasonlítására szintén egyszempontos varianciaanalízist, illetve Bonferroni-utótesztet alkalmaztunk. A varianciaanalízis alapján a klaszterek átlagai szignifikánsan eltérnek az étellel való elégedettség tekintetében ($F(3, 26) = 11,59, p < 0,001$). A teszt eredményei alapján a „sérülékeny” profil jellemezhető a legalacsonyabb étellel való elégedettség átlagpontszámmal (átlag: 4,40, szórás: 1,47), majd a „magányos reziliens” profil (átlag: 4,60, szórás: 1,24), a „támogatott reziliens” profil (átlag: 5,58, szórás: 1,13), a legmagasabb étellel való elégedettség átlagpontszámmal pedig a „kiemelkedően reziliens” profil jellemezhető (átlag: 5,24, szórás: 1,15). Szignifikáns eltérés a „sérülékeny” és a „támogatott reziliens”, a „kiemelkedően reziliens” profilok, illetve a „magányos reziliens” és a „támogatott reziliens”, a „kiemelkedően reziliens” profilok között mutatkozik (lásd 4. ábra).

MEGVITATÁS

A jelen kutatás célja az átlagos és átlagostól eltérő fejlődésű gyermeket nevelő anyák szülőireziliencia-faktorainak személyorientált elemzése volt. A klaszterelemzés során négy eltérő profilt azonosítottunk: az első klaszter egy „kiemelkedően reziliens” profil, amelyet magas mértékű pozitív szülőség észlelése, gyermek jellemzőinek ismerete, illetve észlelt társas támogatottság jellemez. A második klaszter egy „támogatott reziliens” profilt takar, amelyet közepes mértékű pozitív szülőség észlelése, gyermek jellemzőinek ismerete, illetve magashoz közelítő, közepes mértékű észlelt társas támogatottság jellemez. A harmadikként elkülönülő klaszter egy „magányos reziliens” profil,

amelyet közepes mértékű pozitív szülőség észlelése és gyermek jellemzőinek ismerete, valamint alacsony mértékű észlelt társas támogatottság jellemez. A negyedik klaszter egy „sérülékeny” profilt takar, amelyet alacsony mértékű pozitív szülőség észlelése, gyermek jellemzőinek ismerete, illetve észlelt társas támogatottság jellemez. Mindezek alapján az első hipotézisünk igazolódott, ugyanis a klaszterelemzés során elkülönült a két feltételezett profil, vagyis a „reziliens” profil (esetünkben a „kiemelkedően reziliens” profil) és a „sérülékeny” profil.

A legtöbb háttérváltozó esetében – mint például az életkor, a tanulással töltött évek, a párkapcsolati időtartam, illetve az anya által jellemzett gyermek életkora – a négy klaszter között nem mutatkozott jelentős különbség. Azonban jelentős eltérés rajzolódott ki az anyagi biztonság és az átlagostól eltérő fejlődésű gyermek nevelésének tekintetében: a „magányos reziliens” és a „sérülékeny” alcsoportok valamivel alacsonyabb gyakorisággal jeleztek jó anyagi helyzetet, illetve e két alcsoport esetében nagyobb volt a száma azoknak az anyáknak, akik eltérő fejlődésű gyermeket nevelnek. Mindezt magyarázhatja, hogy az átlagostól eltérő fejlődésű gyermeket nevelő szülők – a tipikus gyermeknevelési stresszorok mellett – egyéb stresszforrásokat is megtapasztalhatnak a gyermek speciális gondozása kapcsán (Ainbinder és mtsai, 1998).

A stresszforrásokat tekintve fontos figyelembe venni a gyermek eltérő fejlődési jellemzőit és az ahhoz való szülői viszonyulást (Berszán, 2015). A szülői szerep megélésében a sérülékenység forrása lehet a nagymértékű szorongással és fokozott aggodalommal járó, késői vagy téves diagnózis, a diagnózis közlésének módja, a rossz prognózis, illetve a kismértékű javulási esély. A fejlődési folya-

mat ingadozása (például fejlődési késlekedés, regresszió), illetve a képességek felmérési nehézsége (különbség aközött, hogy mit nem szeretne, vagy mit nem tud megtenni a gyermek) további szorongást okozhatnak a család számára (Marcus és mtsai, 2005). A társas kapcsolatoknak is kiemelt szerepe lehet, hiszen a párkapcsolati konfliktusok, illetve a környezetből érkező negatív reakciók is stresszforrásnak bizonyulhatnak, és társas izolációhoz vezethetnek (Berszán, 2015; Marcus és mtsai, 2005). Meghatározó lehet továbbá, hogy a család szociodemográfiai szempontok szerint milyen társadalmi osztályba tartozik, a családtagok mekkora jövedelemmel rendelkeznek, illetve milyenek a lakhatási feltételeik. Mindent összevetve, a szülő számára nagymértékű stresszt eredményezhet a gyermek mindennapi ellátásával és fejlesztésével kapcsolatos felelősség és a félelmek a gyermek jövőjét illetően (Berszán, 2015). Mindez pedig befolyásoló hatással lehet a szülők családon belüli viszonyaira, szociális kapcsolataira, jóllétére, illetve egészségi állapotára (Aivalioti és Pezirkianidis, 2020; Stancin és mtsai, 2008; Trute és Hiebert-Murphy, 2002).

A második hipotézisünk, amely szerint a „reziliens” profil (esetünkben a „kiemelkedően reziliens” profil) esetében alacsonyabb mértékű szülői túlvédés-korlátozás, valamint nagyobb mértékű közös páros megküzdés és étellel való elégedettség jelenik meg, mint a „sérülékeny” profil esetében, szintén igazolódott az eredményeink alapján. Mindemellett a további két kirajzoló profilt is megvizsgáltuk a szülői túlvédés-korlátozás, a közös páros megküzdés, illetve az étellel való elégedettség tekintetében. A négy elkülönülő profilt összevetve, a szülői túlvédés-korlátozás szignifikánsan jellemzőbb a „sérülékeny” és a „magányos

reziliens” profilokra a „kiemelkedően reziliens” profilhoz viszonyítva; ez esetben a „támogatott reziliens” profil mutat jelentős eltérést a többi profilhoz képest. Mindezt magyarázhatja, hogy a „sérülékeny”, illetve a „magányos reziliens” profilok esetében nagyobb a száma azoknak az anyáknak, akik átlagostól eltérő fejlődésű gyermeket nevelnek, és ezen szülők esetében gyakoribb lehet a túlvédő-korlátozó szülői nevelési stílus (Raya és mtsai, 2013).

A közös páros megküzdés tekintetében szignifikáns különbség mutatkozik a „sérülékeny” és a többi profil között, vagyis a „sérülékeny” profil jellemezhető a legkevesbé közös páros megküzdéssel. Érdeemes kiemelni, hogy a közös páros megküzdés tekintetében a „sérülékeny” és a „magányos reziliens” profilok között is jelentős eltérés mutatkozik. Ennek egyik magyarázata lehet, hogy – ellentétben a „sérülékeny” profillal – a „magányos reziliens” profil esetében a partneri támogatás megjelenik, azonban az egyéb társas támogatottsági formák hiányoznak. Boyd (2002) kutatása alapján az átlagostól eltérő fejlődésű gyermek nevelése csökkentheti az anya szociális támogatási forrásait, illetve potenciálisan stresszcsökkentő aktivitásait, ezért kiemelten fontos lehet figyelmet fordítani ezen szülőpárok párkapcsolati folyamataira és páros megküzdési módjaira.

Az étellel való elégedettség tekintetében a „támogatott reziliens” profil a „kiemelkedően reziliens” profilhoz közelítő, magasabb étellel való elégedettség értékekkel írható le. Ezzel szemben a „magányos reziliens” profil a „sérülékeny” profilhoz közelebbi értékeket mutatott, vagyis alacsonyabb mértékű étellel való elégedettséggel jellemezhető. Mindez megerősíti azoknak az intervenció programoknak a fontosságát, amelyek nemcsak

a gyermeket, hanem a család egészségét támogatják (Cousineau és mtsai, 2019; Parkes és mtsai, 2011), hiszen a szülőséggel kapcsolatos tapasztalatok fontos elemei lehetnek a szülők általános jóllétének (Cousineau és mtsai, 2019). A szülők párkapcsolatának támogatása pedig különösen fontos cél lehet Magyarországon, ahol a családi kapcsolatok könnyen túlterhelődnek (Martos és mtsai, 2016).

A személyorientált elemzés során nem a változók közötti kapcsolatot, hanem a személyen belüli holisztikus mintázatokat, a személyiségjellemzők konfigurációit érdemes fókuszba helyezni (Asendorpf, 2002). Mindezek alapján például a „magányos reziliens” profil esetében felmerülhet a kérdés, hogy hogyan működhetnek, mi lehet annak a hátterében, hogy az alacsony mértékű észlelt társas támogatottság ellenére a gyermek jellemzőinek ismerete és a szülőség pozitív észlelése tekintetében a többi csoporthoz viszonyítva közepes értékekkel jellemezhetőek. Azonban – ahogy korábban is említettük – a „magányos reziliens” profil mindezek mellett is a „sérülékeny” profilhoz közelítő, magasabb értékekkel jellemezhető a szülői túlvédés-korlátozás tekintetében, illetve alacsonyabb értékekkel jellemezhető az étellel való elégedettség esetében – dacára annak, hogy a közös páros megküzdés szintje esetükben magasabb a „sérülékeny” profilra jellemző értéknél.

Ezzel szemben érdemes lehet megérteni a „támogatott reziliens” profilt is. Milyen működések állhatnak annak a hátterében, hogy e profil esetében az észlelt társas támogatottság mutatja a legmagasabb értéket, a szülőség pozitív észlelését és a gyermek jellemzőinek ismeretét is figyelembe véve? Kérdés lehet például, hogy e profilnál milyen tényezők hiányozhatnak ahhoz, hogy a társas

támogatást jobban tudják hasznosítani. Ugyanakkor felmerülhet, hogy az e profilba tartozók éppen a viszonylag magas társas támogatással tudnak megfelelő szintet elérni a szülőség pozitív észlelése vagy a gyermek jellemzőinek ismerete tekintetében. Az utóbbi értelmezést erősítheti, hogy a „támogatott reziliens” profil több tekintetben is a „kiemelkedően reziliens” profilhoz közelebbi értékeket mutatott, vagyis alacsonyabb mértékű szülői túlvédés-korlátozással, illetve nagyobb mértékű közös páros megküzdéssel és étellel való elégedettséggel volt jellemezhető.

Mindez alátámasztja, hogy a rizikó- és védőfaktorokat meghatározó diszpozicionális (belső, személyiségbeli) tényezők mellett fontos szerepe lehet a kontextuális (külső, környezeti) tényezőknek is. A kontextuális faktorok esetében elsődleges lehet a családi környezet (pl. pozitív párkapcsolat és szülő-gyermek kapcsolat), mindemellett nagy jelentőséggel bírhat a családon kívüli társas környezet hatása (pl. közösségi erőforrások, kiterjedt szociális kapcsolatrendszer; Berszán, 2015), és az otthoni fizikai környezettel való kapcsolat is (Sallay és mtsai, 2019).

A kutatásunkban alkalmazott személyorientált elemzés eredményei többféle módon is támogatják a sérülékeny családokat segítő, jól célzott intervenciós programok jövőbeli fejlesztését. Míg az átlagos és átlagtól eltérő fejlődésű gyermeket nevelő anyák párkapcsolati és szülő-gyermek kapcsolati jellemzőiben nem mutatkozott eltérés, addig a klaszterelemzéssel azonosított sérülékeny és reziliens alcsoportok között már jelentős különbséget találtunk ezeknek a kapcsolati működéseknek a tekintetében. Mindez alátámasztja annak jelentőségét, hogy az eltérő fejlődésű gyermekek szüleit támogató intervenciók tervezése a kapcsolati rizikófakto-

rok figyelembevételével, személyre szabottan történjen. Másfelől a személyorientált elemzésben azonosított „kiemelkedően reziliens” anyák csoportjában is szerepeltek átlagostól eltérő fejlődésű gyermeket nevelők, amely azt is jelenti, hogy az ő tapasztalataik, megküzdési módjaik további feltárása szintén fontos alapot szolgáltat az intervenciók tervezéséhez.

Limitációk és továbbfejlesztési lehetőségek

Az eredmények értelmezése során érdemes figyelembe venni, hogy az átlagos és átlagostól eltérő fejlődésű gyermeket nevelő anyák tekintetében nem reprezentatív mintával dolgoztunk, így az eredmények általánosítása korlátozottan lehetséges. Emellett az elemzés során keresztmetszeti adatokra támaszkodtunk, amellyel ok-okozati viszonyok nem meghatározhatóak. Fontos továbbá kiemelni, hogy a kutatás az anyák kérdőívekkel kapott adataira fókuszált, vagyis további, az apákat is bevonó kutatás, illetve a szülőireziliencia-tapasztalathoz vezető egyéni és kapcsolati folyamatok kvalitatív feltárása lehet szükséges az átlagos és átlagostól

gostól eltérő fejlődésű gyermeket nevelő családok átfogóbb megismeréséhez.

Következtetések

A reziliens és sérülékeny profilok (illetve alsocsoportok) azonosítása előmozdíthatja annak megértését, hogy a különböző csoportokba sorolható szülők esetében milyen rizikó-, illetve védőfaktorok állhatnak a megküzdés és az adaptáció hátterében. A gyermeki, a szülői és a szociális faktorok interakcióban állhatnak egymással (Sloper és mtsai, 1991), és a pszichoszociális erőforrások fontos faktoroknak bizonyulhatnak olyan szülői viselkedések kialakulásában, amelyek a gyermek megfelelő fejlődését is biztosíthatják (Barnett és mtsai, 2003). Mindez megerősíti azoknak a családfókuszú programoknak a fontosságát, amelyek nemcsak az átlagostól eltérő fejlődésű gyermekekre, hanem a család egészére is koncentrálnak (Cousineau és mtsai, 2019; Parkes és mtsai, 2011). Emellett mindez segíthet megteremteni az alapokat egy célzott, elsősorban a sérülékeny alsocsoportok igényeire szabott, szülői pszichoedukációs program felállításához.

SUMMARY

PATTERNS OF RESILIENCE FACTORS IN MOTHERS RAISING CHILDREN WITH TYPICAL AND ATYPICAL DEVELOPMENT

Background and aims: The present study aims to provide a person-oriented analysis of resilience factors in mothers raising children with typical and atypical development. We explored patterns (profiles) of three factors of parental resilience: “knowledge of the child’s characteristics”, “perceived social supports” and “positive perceptions of parenting”. We also aimed to compare the subgroups characterized by the explored profiles along the dimensions of individual and relational well-being.

Methods: To assess the resilience patterns of the mothers raising children with typical ($n = 140$) and atypical ($n = 125$) developmental patterns, we used the Parenting Resilience Elements Questionnaire (PREQ). The subsamples of the distinct emergent profiles were examined in terms of sociodemographic characteristics, then the profiles were compared along the Baby/Child-Mother Bonding Instrument (BMBI/CMBI), the Dyadic Coping Inventory (DCI), and the Satisfaction with Life Scale (SWLS).

Results: Four clusters emerged in the analysis: the (1) „vulnerable”, (2) „lonely resilient”, (3) „extremely resilient” and (4) „supported resilient” profiles. Subsequent analyses proved that mothers raising children with atypical development belonged to the „vulnerable” and „lonely resilient” profiles with higher probability. Moreover, the four distinct profiles were different in the levels of parental overprotection and restriction, common dyadic coping, and satisfaction with life.

Discussion: Identification of the resilient and vulnerable subgroups may enhance our understanding of the potential risk and protective factors that each of the four parent subgroups may have for their coping and adaptation. This, in turn, may help to build the scientific basis for setting up a psychoeducational program specifically targeted to the needs of the vulnerable parental subgroups.

Keywords: person-oriented analysis, atypical development, parental resilience, parental overprotection and restriction, common dyadic coping, satisfaction with life

IRODALOM

- AINBINDER, J. G., BLANCHARD, L. W., SINGER, G. H. S., SULLIVAN, M. E., POWERS, L. K., MARQUIS, J. G., SANTELLI, B. (1998): A Qualitative Study of Parent to Parent Support for Parents of Children with Special Needs. *Journal of Pediatric Psychology*, 23(2). 99–109.
- AIVALIOTI, I., PEZIRKIANIDIS, C. (2020): The Role of Family Resilience on Parental Well-Being and Resilience Levels. *Psychology*, 11(11). 1705–1728.
- ASENDORPF, J. B. (2002): Editorial: The puzzle of personality types. *European Journal of Personality*, 16. S1–S5.
- BARNETT, D., CLEMENTS, M., KAPLAN-ESTRIN, M., FIALKA, J. (2003): Building New Dreams: Supporting Parents’ Adaptation to Their Child with Special Needs. *Infants & Young Children*, 16(3). 184–200.
- BERGMAN, L. R., MAGNUSSON, D., KHOURI, B. M. E. (2003): *Studying Individual Development in an Interindividual Context: A Person-oriented Approach*. Erlbaum, Mahwah, NJ.
- BERSZÁN L. (2015): Megküzdés és reziliencia? Amikor a kevesebb több. *Erdélyi Társadalom*, 13(1). 9–19.
- BODENMANN, G. (2005): Dyadic coping and its significance for marital functioning. In Revenson, T., Kayser, K., Bodenmann G. (eds): *Couples Coping with Stress: Emerging Perspectives on Dyadic Coping*. American Psychological Association, Washington, DC. 33–49.
- BODENMANN, G. (2008): *Dyadic Coping Inventory (DCI). Test manual*. Huber, Bern.

- BOYD, B. A. (2002): Examining the Relationship Between Stress and Lack of Social Support in Mothers of Children with Autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17(4). 208–215.
- BURKHALTER, T. (2010): Writing for special needs: The importance of the real relationship. *Psycho-analytic Psychotherapy in South Africa*, 18(1). 20–39.
- COUSINEAU, T. M., HOBBS, L. M., ARTHUR, K. C. (2019): The Role of Compassion and Mindfulness in Building Parental Resilience When Caring for Children with Chronic Conditions: A Conceptual Model. *Frontiers in Psychology*, 10. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01602
- DANIS I., OATES, J. M., GERVAI J. (2005): A szülő-gyermek kapcsolat kérdőíves felmérésének lehetőségei. *Alkalmazott Pszichológia*, 7(4). 27–37.
- DIENER, E., EMMONS, R. A., LARSEN, R. J., GRIFFIN, S. (1985): The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1). 71–75.
- FALIK, L. H. (1995): Family Patterns of Reaction to a Child with a Learning Disability: A Mediation Perspective. *Journal of Learning Disabilities*, 28(6). 335–341.
- FÉNYSZÁROSI É., SALLAY V., MATUSZKA B., MARTOS T. (2018): Munkával kapcsolatos motívációk és elégedettség – Személyorientált elemzés. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 73(3). 411–434.
- GARCÍA-LÓPEZ, C., SARRIÁ, E., POZO, P., RECIO, P. (2016): Supportive Dyadic Coping and Psychological Adaptation in Couples Parenting Children with Autism Spectrum Disorder: The Role of Relationship Satisfaction. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(11). 3434–3447.
- HALSTEAD, E., EKAS, N., HASTINGS, R. P., GRIFFITH, G. M. (2018): Associations between resilience and the well-being of mothers of children with autism spectrum disorder and other developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(4). 1108–1121.
- HARRISON, C., SOFRONOFF, K. (2002): ADHD and parental psychological distress: Role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(6). 703–711.
- HASTINGS, R. P., TAUNT, H. M. (2002): Positive perceptions in families of children with developmental disabilities. *American Journal of Mental Retardation*, 107(2). 116–127.
- HASTINGS, R. P., KOVSHOFF, H., BROWN, T., WARD, N. J., ESPINOSA, F. D., REMINGTON, B. (2005): Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 9(4). 377–391.
- HYNES, L., SAETES, S., MCGUIRE, B., CAES, L. (2019): Child and Family Adaptation to Juvenile Idiopathic Arthritis – A Systematic Review of the Role of Resilience Resources and Mechanisms. *Frontiers in Psychology*, 10. 2445.
- IACOB, C. I., AVRAM, E., COJOCARU, D., PODINA, I. R. (2020): Resilience in Familial Caregivers of Children with Developmental Disabilities: A Meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(11). 4053–4068.
- LUTHA, S. S., CICCETTI, D. (2000): The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(4). 857–885.

- MARCUS, L. M., KUNCE, L. J., SCHOPLER, E. (2005). Working with Families. In Volkmar, F. R., Paul, R., Klin, A., Cohen, D. (eds): *Handbook of autism and pervasive developmental disorders: Assessment, interventions, and policy*. John Wiley & Sons, Hoboken, NJ. 1055–1086.
- MARKÓ É., BANDI S., KISS E. (2019): A 16 Itemes Szülői Reziliencia Kérdőív (PREQ16) Magyar Adaptációja – Első Hazai Mérési Tapasztalatok. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 74(4). 447–462.
- MARTOS T., SALLAY V., NISTOR M., JÓZSA P. (2012): Párkapcsolati megküzdés és jóllét – A Páros Megküzdés Kérdőív magyar változata. *Psychiatria Hungarica*, 27(6). 446–458.
- MARTOS T., SALLAY V., DÉSFALVI J., SZABÓ T., ITTÉS A. (2014): Az Élettel való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 15(3). 289–303.
- MARTOS, T., SALLAY, V., TÓTH-VAJNA, R. (2016): Dyadic coping in Hungarian couples. In Falconier, M. K., Randall, A. K., Bodenmann, G. (eds): *Couples coping with stress: A cross-cultural perspective*. Routledge, London. 170–186.
- MARTOS J., SALLAY V., SZABÓ E., TÓTH-VAJNA R., MARTOS T. (2018): Diádikus stressz és megküzdés – Elméleti modellek és alkalmazások. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 19(1). 33–54.
- MARTOS, T., SALLAY, V., NAGY, M., GREGUS, H., FILEP, O. (2019): Stress and Dyadic Coping in Personal Projects of Couples – A Pattern-Oriented Analysis. *Frontiers in Psychology*, 10. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00400
- MILLER, B. C., SOLLIE, D. L. (1980): Normal Stresses during the Transition to Parenthood. *Family Relations*, 29(4). 459–465.
- MORROD, D. (2004): Make or break – who cares for couples when their children are sick? *Sexual and Relationship Therapy*, 19(3). 247–263.
- PARKER, G., TUPLING, H., BROWN, L. (1979): A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology* 52(1). 1–10.
- PARKES, J., CARAVALLE, B., MARCELLI, M., FRANCO, F., COLVER, A. (2011): Parenting stress and children with cerebral palsy: A European cross-sectional survey. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 53(9). 815–821.
- PEER, J. W., HILLMAN, S. B. (2014): Stress and Resilience for Parents of Children with Intellectual and Developmental Disabilities: A Review of Key Factors and Recommendations for Practitioners. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 11(2). 92–98.
- RAYA, A., RUIZ-OLIVARES, R., PINO, M., HERRUZO, J. (2013): A Review about Parenting Style and Parenting Practices and Their Consequences in Disabled and Non Disabled Children. *International Journal of Higher Education*, 2(4). 205–213.
- SALLAY, V., MARTOS, T., CHATFIELD, S. L., DÚLL, A. (2019): Strategies of Dyadic Coping and Self-Regulation in the Family Homes of Chronically Ill Persons: A Qualitative Research Study Using the Emotional Map of the Home Interview Method. *Frontiers in Psychology*, 10. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00403
- SINHA, D., VERMA, N., HARSHE, D. (2016): A Comparative Study of Parenting Styles, Parental Stress and Resilience among Parents of Children Having Autism Spectrum Disorder,

- Parents of Children Having Specific Learning Disorder and Parents of Children Not Diagnosed with Any Psychiatric Disorder. *Annals of International Medical and Dental Research*, 2(4). 106–111.
- SLOPER, P., KNUSSEN, C., TURNER, S., CUNNINGHAM, C. (1991): Factors Related to Stress and Satisfaction with Life in Families of Children with Down's Syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(4). 655–676.
- STANCIN, T., WADE, S. L., WALZ, N. C., YEATES, K. O., TAYLOR, H. G. (2008): Traumatic Brain Injuries in Early Childhood: Initial Impact on the Family. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 29(4). 253–261.
- SUZUKI, K., KOBAYASHI, T., MORIYAMA, K., KAGA, M., INAGAKI, M. (2013): A Framework for Resilience Research in Parents of Children with Developmental Disorders. *Asian Journal of Human Services*, 5. 104–111.
- SUZUKI, K., KOBAYASHI, T., MORIYAMA, K., KAGA, M., HIRATANI, M., WATANABE, K., YAMASHITA, Y., INAGAKI, M. (2015): Development and Evaluation of a Parenting Resilience Elements Questionnaire (PREQ) Measuring Resiliency in Rearing Children with Developmental Disorders. *PLOS ONE*, 10(12). 1–12.
- TAKÁCS SZ., MAKRAI B., VARGHA A. (2015): Klasszifikációs Módszerek Mutatói. *Psychologia Hungarica*, 3(1). 67–88.
- TÓTH I., GERVAI J. (1999): Szülői Bánásmód Kérdőív (H-PBI): A Parental Bonding Instrument (PBI) magyar változata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 54(4). 551–566.
- TRUTE, B., HIEBERT-MURPHY, D. (2002): Family Adjustment to Childhood Developmental Disability: A Measure of Parent Appraisal of Family Impacts. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(3). 271–280.
- VARGHA A. (2016): A ROPstat statisztikai programcsomag. *Statisztikai Szemle*, 94(11–12). 1165–1192.
- VARGHA, A., BERGMAN, L. R., TAKÁCS, S. (2016): Performing Cluster Analysis Within a Person-Oriented Context: Some Methods for Evaluating the Quality of Cluster Solutions. *Journal for Person-Oriented Research*, 2(1–2). 78–86.

MÓDSZERTAN

A ROBOTOKKAL KAPCSOLATOS NEGATÍV ATTITŰD- ÉS SZORONGÁSMÉRŐ ESZKÖZÖK VIZSGÁLATA



ÖRSI Balázs

DE Pszichológiai Intézet
orsibalazs@arts.unideb.hu

LIPTÁK Marcell András

DE Pszichológiai Intézet
marcell.liptak@gmail.com

CSUKONYI Csilla

DE Pszichológiai Intézet
csukonyi.csilla@arts.unideb.hu

ÖSSZEFOGLALÁS

Háttér és célkitűzések: A robotika rohamos fejlődésének köszönhetően egyre több közegben érintkezhetünk robotokkal, ám a hozzájuk való viszonyulás feltárásához jelenleg nem áll rendelkezésünkre magyar nyelvű mérőeszköz. Célunk az volt, hogy a nemzetközi kutatások során elismert, gyakran alkalmazott, ezen témához kapcsolódó mérőeszközöket magyar nyelvre adaptáljunk.

Módszer: Kutatásunk során¹ először oda-visszafordítással elkészítettük három nemzetközileg elismert, robotokkal kapcsolatos attitűdöket mérő mérőeszköz magyar verzióját. Ezek a NARS (Robotokkal Szembeni Negatív Attitűd Skála), a RAS (Robotokkal kapcsolatos Szorongás Skála) és a MdRAS (Többszempontos Robot Attitűd Skála) voltak. Ezt követően internetes megosztások segítségével elégséges mintát gyűjtöttünk a validáláshoz. A lefordított kérdőívek megbízhatóságát az eredeti változataikhoz viszonyítva teszteltük. Alkalmazhatóság érdekében egymáshoz is mértük a mérőeszközöket, alsókáláikkal tesztelve a megbízhatóságukat.

Eredmények: Az eredményeink szerint a lefordított mérőeszközök megfelelő mutatókkal rendelkeznek. Pár item esetében javaslatokkal éltünk a megváltoztatásuk vagy kihagyásuk

¹ A Debreceni Egyetem Pszichológiai Intézeti Kutatás-Értékelési Bizottsága által jóváhagyva. Etikai engedély száma: 2019/34.

tekintetében. Egymáshoz viszonyításuk során arra jutottunk, hogy az MdRAS negatív attitűdöket mérő alskálája elég jól szerepelt ahhoz, hogy a másik két mérőeszközt kiváltva önállóan is alkalmazható legyen a negatív attitűdök mérésére.

Következtetések: Véleményünk szerint a három mérőeszköz magyar nyelvre történő adaptálása sikeres volt. Javaslatainkat követve akár még gyorsabb és egyszerűbb felmérések is történhetnek a jövőben a robotokkal szembeni attitűdök mérését illetően, hiszen az MdRAS ezen alskálája önállóan is jól szerepelt.

Kulcsszavak: robot, attitűd, szorongás, mérőeszköz-adaptáció, validálás

Bevezetés

Ha a robotokkal kapcsolatos hozzáállást a technikai fejlődés alakulásán keresztül szeretnénk nyomon követni, talán a legjobb kordokumentumok a korabeli tudományos fantasztikus irodalom és filmművészet azon műveiből kerülnek ki, amelyek a közeljövővel foglalkoznak. Rengeteg technikai – és így a robotokkal való együttműködési – megoldási móddal, helyzetleírással fogunk ezekben találkozni, amelyek akkor saját koruk technikai, technológiai színvonalán megvalósíthatatlanok voltak, mára viszont már hétköznapi eszköznek minősülnek. Klasszikusan visszatérő ilyen eszköz a mobil kommunikátor (pl. Star Trek kommunikátor, Knight Rider óra), az élőképes telefon vagy az érintőképernyő. Az elképzelt futurisztikus eszközök megvalósítására való törekvés teljesen érthető. Egyrészt a legtöbb ilyen eszköz nemcsak izgalmas szellemi játék, hanem valamilyen korabeli problémára is kényelmesebb megoldást kínál.

Másrészt az irodalom nemcsak a fejlesztőket inspirálja, de szükségletet is generál fogyasztói oldalon, amelynek kielégítése már racionális gazdasági érdek. A fentiek ellenére vannak olyan eszközök a tudományos fantasztikum repertoárjában, amelyek megvalósítása – már ha egyáltalán lehetséges – generációk munkáját igényli. Az egyik ilyen eszköz a robot – *robot* alatt itt az önál-

ló cselekvésnek legalább az illúzióját keltő, humanoid felépítésű, háztartási vagy szolgáltatási robotokat értjük. Hiába szerepelnek ezek az eszközök szinte kötelező elemként a jövőről alkotott fantáziákban, ezeknek az elkészítése, kiváltképp a sorozatgyártása, egészen a közelmúltig meghaladta a technológiai lehetőségeinket. Az elmúlt két évtized informatikai robbanása viszont megteremtette azt a hátteret, hogy ezek a robotokkal való, napi szintű érintkezéssel és együttműködéssel kapcsolatos fantáziák valósággá válhassanak, mivel az ehhez szükséges technológia – bár a hozzáférés még erősen korlátozott – már létezik.

A jól ismert generációs különbségek mellett (pl. „Beleszületett az internetbe.,” „Telefonnal a kezükben jönnek a világra.”) figyelembe kell vennünk azt is, hogy a társadalom egy része mindig ellenállást mutat az újonnan megjelenő technikai eszközökkel szemben (Tusori, 2015). Ilyen jelenség volt a számítógépeket elutasító, azok pozitív szerepét megkérdőjelező magatartás az előző évszázad végén. Azt is ki kell emelnünk, hogy a robotokkal való együttműködés kérdése nem egy új generációs jelenség. A *robot* szó jelenleg is használt értelmében Karel Čapek 1921-ben megjelent *R.U.R.* című drámájában tűnt fel elsőként, és onnantól szerves része maradt a szórakoztató irodalom és a játékipar minden szegmensének. Annyira beleivódott a modern kultú-

rába, hogy fejlesztésébe szerte a világon jelentékeny erőforrásokat invesztálnak évtizedek óta. Hiába újszerű a robottechnológia, hiába drága és csak korlátozottan használható, feltételezhető, hogy az elmúlt közel száz évben a fogalomhoz kötődő utópisztikus és disztópikus gondolatok már a valós felhasználás előtt sok emberben a kíváncsiság mellett negatív érzelmeket is ébreszthettek.

Ahhoz, hogy megérthessük az új technológiák terjedésének menetét, fontos megismernünk és megértenünk az emberek robotokkal kapcsolatos attitűdjét. A távol-keleti országokat, mint Japán vagy Dél-Korea, gyakran azonosítják a fejlett technológiákkal, így ezekben az országokban az ilyen technológiákhoz köthető társadalomkutatók is élen járnak. Ezek gyakran úttörő jellegű, a legmodernebb technikákat és technológiákat felhasználó vizsgálatok és kísérletek, amelyek reprodukálása hazai környezetben nem mindig kivitelezhető. Ettől függetlenül a robotika témájában kifejezetten fontos, hogy kövessük a keleti kutatók munkásságát és eredményeit, és – a kulturális különbségek figyelembevételével – felhasználjuk azokat.

A robottechnológia fejlődése és elterjedése valószínűsíthetően lassabb folyamat lesz, mint amit a mobiltelefonok és a hozzájuk köthető egyéb technológiák kapcsán láttunk az elmúlt két évtizedben. Jelentőségében vélhetően mégsem marad el attól. Most egy olyan korai szakaszban vagyunk, ami időt biztosít számunkra, hogy megismerjük a robottechnológia emberekre és társadalomra gyakorolt hatásait. Így elmondható, hogy a robotokkal kapcsolatos negatív attitűd vizsgálata, mérési lehetőségeinek feltérképezése feltétlenül aktuális és időszerű. Az átalakuló munkaerőpiac, a folya-

matosan megreformált oktatás, a digitális megoldások előtérbe kerülése a pandémiás helyzet alatt és hazánk nemzetközi szerepvállalása indokoltá teszi annak vizsgálatát, hogy Magyarország lakossága miként viszonyul a mindezekkel együtt járó technikai fejlődéshez. A robottechnológia megjelenése már nem kérdéses, és – a korábbi ipari forradalmak tapasztalatait tekintve – abban is biztosak lehetünk, hogy ez kihatással lesz majd a társadalomra és annak tagjaira is. A robotokkal kapcsolatos attitűd ehhez kapcsolódó vizsgálata segíthet, hogy ezekre a változásokra felkészüljünk, és azokat a leghatékonyabb módon oldhassuk meg.

Mivel a legtöbb robot–humán–interakciót vizsgáló kutatást is távol-keleti mintákon végezték, így a téma időszerűsége mellett az is érdekes lehet, hogy a vizsgálat tárgyának választott attitűdskálák mennyire alkalmazhatóak egy nyugat-európai jellegű társadalomban. Kutatásunk ehhez kapcsolódó célja az volt, hogy feltérképezzük a Többszemponyos Robot Attitűd Skála alkalmazhatóságát magyar mintán, valamint hogy a skálán belül a negatív attitűdöket vizsgáló alskálát összehasonlítsuk a NARS (Robotokkal Szembeni Negatív Attitűd Skála) és a RAS (Robotokkal kapcsolatos Szorongás Skála) kérdőívek eredményeivel (Ninomiya és mtsai, 2015). Mivel a robottechnológia alkalmazása nagyon tőkeigényes, a szolgáltatószektorban is (pl. vendéglátásban) használható robotok jelenleg luxusfelszerelésnek számítanak. Így a túl korai vagy nem megfelelően bevezetett telepítésük súlyos anyagi vagy erkölcsi károkat is okozhat. Gondolhatunk itt akár a vásárlói, akár a dolgozói bizalom elvesztésére, a fogyasztói kör szűkülésére vagy a fluktuáció növekedésére. A robottechnológia jövőbeli használata

szempontjából mind szolgáltatói, mind munkaadói oldalról kiemelten fontos, hogy a lehető legdifferenciáltabb kép mellett – amelyet a Többszempontos Robot Attitűd Skála biztosítani tud – rendelkezünk egy olyan mérőeszközzel, amely kevés item felhasználásával, gyorsan értékelheti, mérheti az esetlegesen jelen lévő negatív attitűdöt, a robotokhoz kapcsolódó szorongást a választott telepítési környezetben; mind az esetleges célközönség, mind a jövőbeli „munkatársak” szempontjából.

SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

Az attitűdök

Az attitűdök fontos szerepet töltenek be, mivel ezek alakítják ki azt a módot, ahogy az ember érzékeli a környezetét, és reagál arra (Formádi, 2013). A szociálpszichológia egyik legnépszerűbb és széles körű területét az attitűdökkel kapcsolatos kutatások adják. Az attitűd elemeit a következőképpen határozták meg: létezik affektív (érzelmi) komponens, viselkedési összetevő és kognitív komponens. Az attitűdök gyakran vonatkozhatnak a tárgyval kapcsolatos ismeretekre és cselekedetekre, valamint kapcsolódhatnak érzésekhez és véleményekhez is (Formádi, 2013). Az attitűdök a három komponens együttesének tekinthetők, azonban ezek nem mindig ugyanolyan mértékben vannak jelen: például a sztereotípiá során a kognitív elem, az előítélet során az érzelmi elem, míg a diszkrimináció során a viselkedéses elem hangsúlyos (Budavári-Takács, 2011).

Az attitűdök nem figyelhetők meg közvetlenül, mérésük csupán azok megnyilvánulásain keresztül lehetséges. A szociálpszicho-

lógiában az attitűdök mérésének alapvetően két módja van: közvetett és közvetlen. A közvetlen módszerek közé tartozik az önbeszámoló, valamint a közvetlen megfigyelés. Közvetett mérés alatt olyan indirekt módszereket értünk, amelyek a fiziológiai válaszok értékelésén alapulnak (Smith és Mackie, 2004).

A Mesterséges Intelligencia (MI)

A mesterséges intelligenciát csak összefoglaló jelleggel tárgyaljuk. Kutatásunk középpontjában a robotok állnak, ám mivel a robotok egyre szélesebb elterjedése erősen kötődik és függ az MI fejlettségétől is, így ismertetés szintjén erről is szót ejtünk. A mesterséges intelligencia kutatásának fontosságát jól hangsúlyozzák azok az adatok, amelyek az MI fejlesztésével kapcsolatos anyagi beruházásokat érintik. Az Egyesült Királyság a közeljövőben nagymértékű beruházásokat tervez a területfejlesztésekre, míg Kína az elkövetkező évtizedben a vezető szerepét szeretné átvenni a mesterséges intelligencia alkalmazásában. Egyes kutatók úgy látják, hogy a mesterséges intelligencia a személyi számítógépeknél, az okostelefonoknál és az internetnél is markánsabban fogja megváltoztatni a mindennapi életünket (Gömböcz, 2018).

A szakirodalomban a mesterséges intelligenciára vonatkozó definíciók még nem egységesek. Egyes meghatározások szerint egy gép akkor tekinthető intelligensnek, ha olyan problémák megoldására is képes, amelyeket az emberek is csak intelligencia felhasználásával tudnak megoldani, kivitelezni. Abban az esetben is intelligensnek tekinthető a gép, amennyiben egy olyan környezetben is képes túlélni, amely intellektuális szempontból megerőltető. Egy

másik definíció szerint a mesterséges intelligencia célja és feladata meghatározni az információfeldolgozási problémákat, és rugalmas megoldásokat találni rájuk. A gépek tehát már olyan feladatok kivitelezésére is képesek, amelyekre ezelőtt az ember csak intellektuális képességei felhasználásával volt képes (Gömböcz, 2018). Továbbá Gömböcz (2018) szerint a mesterséges intelligencia alkalmazásának területe és definíciója időről időre átalakul, mivel a megszokott, gyakran és széleskörűen alkalmazott technológiákat egy bizonyos idő elteltével már nem mesterséges intelligenciaként definiáljuk. Jelenleg még ehhez a technológiához soroljuk az önvezető autókat, a természetes emberi nyelv gépi értelmezését, amelyek kivitelezéséhez a gépeknek képesnek kell lenniük érzékelni, problémákat megoldani és tanulni.

A robotok

A robotokat definiálni legalább olyan nehéz, mint ahogyan az MI-t. Ennek egyik legfőbb oka, hogy nagyon sokszor funkciók alapján definiálták és csoportosították őket. Ez mára már tarthatatlan megközelítés, hiszen a fejlődésnek köszönhetően a robotok egyre több és komplexebb folyamat végrehajtására képesek. Ahogyan korábbiakban is írtuk, maga a *robot* szó Karel Čapek 1921-es színdarabjából származik, az ehhez fűződő tudományos és gazdasági irányzat elnevezése, a *robotika* pedig Isaac Asimov 1940-es években írt novelláiból származtatható (Hegel és mtsai, 2009). A rengeteg különféle definíció közül Kaplan (2005) meghatározását fogjuk elfogadni, aki szerint a robot egy olyan tárgy, amely fizikai testtel rendelkezik, és működésre önállóan, előre meghatározott módon képes. Manapság – a leginkább elfogadott

tipologizálás szerint – a robotokat két nagy csoportba szoktuk sorolni, amelyeket *ipari robotoknak* és *szolgáltatói robotoknak* nevezünk (Wu és mtsai, 2018).

A technológia és a társadalom kapcsolata

A társadalom és a technológia egymásra kölcsönösen ható tényezők. A kutatók a kölcsönhatások megértése és leírása érdekében különböző tudományos modelleket alkottak (Monda és Ugray, 2014). Az ember gépekkel való kapcsolata már az ipari forradalom idején is több alkalommal okozott problémákat, ekkor jelent meg ugyanis először a *technofóbia* jelensége, azaz a technológiától való viszolygás problémája. A technofóbia a szervezeti hatékonyság csökkenése miatt került előtérbe, amelyet az okozott, hogy az alkalmazottak egy része visszautasította a gépek használatát, esetenként meg is rongálta azokat (Tusori, 2015). Az ellenérzés hátterét több kutató is vizsgálta korábban, Suchman (1987, idézi Tusori, 2015) kutatásában egy fénymásoló üzemeltetéséhez tervezett számítógépes súgó használata esetében jutott arra a következtetésre, hogy az emberekben azért vált ki ellenszenvet az interaktív súgó használata, mert az információk kinyerése eltér a megszokott kognitív sémáktól. Míg emberek közötti interakciók esetén a félreértéseket egyszerű tisztázni, gép és ember esetében a félreértések feloldása akadályokba ütközik (Tusori, 2015). A számítógéppel kapcsolatos ellenszenvet az a megfigyelés is alátámasztja, hogy a döntéstámogató rendszerek bevezetése annak ellenére is 70–80%-ban sikertelen, hogy az ember kalkulációs teljesítményét nagymértékben felülmúlják (Juhász, 2011, idézi Tusori, 2015).

A technikai fejlődés társadalmra gyakorolt hatása

A negyedik ipari forradalom társadalmi hatásaival kapcsolatos vita csupán néhány évtizede indult meg. Ennek klasszikus hivatkozása Frey és Osborne 2013-ban írt tanulmánya. Az itt leírt kutatás során 702 foglalkozást vizsgáltak meg automatizálhatóságuk szempontjából. Elemzésük arra az eredményre jutott, hogy az ipari robotok felhasználása és az MI széles körű megjelenése az Amerikában foglalkoztatott dolgozók 47%-ának az állását sodorja veszélybe (Szalavetz, 2018). Sokan vitatták ezeket az eredményeket; érveik között szerepelt, hogy az automatizálás nem fog teljes foglalkozásokat helyettesíteni, csak a foglalkozás körébe tartozó bizonyos tevékenységek kiváltására lesz alkalmas. Ez alapján későbbi becslések szerint a munkahelyeknek csupán a 9%-a szűnik meg. Több kutató azzal érvel, hogy az új technológia megjelenése új munkahelyeket fog teremteni, emiatt inkább foglalkozásbővülés várható, új szakmák és munkakörök jelennek meg. A negyedik ipari forradalom technológiáinak fejlődése várhatóan nem törli el az eddigi munkaköröket, foglalkozásokat, csupán újradefiniálja azokat. Ez azt eredményezi, hogy megváltozik az egyes munkakörökhöz szükséges tudás, valamint a képességek köre (Szalavetz, 2018).

A kutatók egyfajta polarizálódást vetítenek előre a munkaerőpiacon, az automatizálható feladatokat elvégző dolgozók kevésbé lesznek keresettek (Szalavetz, 2018). „A tapasztalatok azt mutatják, hogy az automatizálás és a mesterséges intelligencia miatt végleg elvesző állások nem a legalacsonyabb szaktudást igénylő munkakörök: a robotok a szakmunkások feladatait veszik át, a mesterséges intelligencia és a robotok a közepes

szaktudást igénylő szellemi rutinmunkát váltja ki” (Szalavetz, 2018: 58).

Az IKT, vagyis az információs és kommunikációs technológia eszközeinek elterjedése és folyamatos, gyors ütemű fejlődése a társadalmi különbségek elmélyítéséhez is vezethet. Egy generáción belül több technológiaváltás játszódik le, de az ezekhez való alkalmazkodás nem egyforma a különböző társadalmi rétegekben. Egy-egy innováció elsajátítása után az egyén kamatoztatni próbálja új ismereteit a munkaerőpiacon, miközben folyamatosan új innovációk jelennek meg. Mivel ehhez nem mindenki tud egyforma gyorsasággal alkalmazkodni, ezért a már meglévő gazdasági, társadalmi hátrányok és egyenlőtlenségek kiéleződését okozhatja az új technológia bevezetése (Molnár, 2018).

A robotokkal kapcsolatos vélemények, attitűdök

Bár a robotok napi használata már általánosan elfogadottá vált a háztartási környezetben, az is ismert tény, hogy vannak olyan emberek, akik vonakodnak az új technológiák alkalmazásától (Ninomiya és mtsai, 2015). Mivel az emberek és a robotok közötti interakciók egyre gyakoribbak és kiterjedtebbek (Carpinella és mtsai, 2017), ahhoz, hogy ezeket a technikai fejlesztéseket hatékonyan be lehessen vezetni az emberek életébe, elengedhetetlen, hogy feltárjuk az ezekkel kapcsolatos attitűdöket. Korábban több kutatás is vizsgálta a robotok elfogadásának és a robotokkal kapcsolatos attitűdöknek a kapcsolatát. A legtöbb tanulmány azonban az attitűdöknek csupán szűk dimenziójára fókuszált (Ninomiya és mtsai, 2015).

A számítógépekkel kapcsolatos attitűdök kutatások kimutatták, hogy a számítógépek

iránti attitűdöknek több dimenziója és konstrukciója van. Gressard és Loyd (1986) három dimenziót feltételeztek: tetszés (*liking*), szorongás (*anxiety*) és bizalom (*confidence*); míg Jay és Willis (1992) már hét dimenziót tárt fel: komfort (*comfort*), hatékonyság (*efficacy*), nemek közötti egyenlőség (*gender equality*), kontroll (*control*), dehumanizáció (*dehumanization*), érdeklődés (*interest*) és hasznosság (*utility*) (Ninomiya és mtsai, 2015). Az emberek szociális észlelésének alapját a szakirodalom szerint két központi dimenzió adja: kedveltség, kedvesség (*warmth*) és kompetencia (*competence*). Amennyiben egy személyt szociálisan kedveltebbnek és kompetensnek ítélnék meg társai, kedvezőbben látják őket, és ezáltal pozitívabb interakciókat tapasztalnak meg (Carpinella és mtsai, 2017).

A kedveltséggel kapcsolatos ítéletek nagyobb súllyal szerepelnek az interperszonális interakciókban, mert általában a kompetenciaítéletek előtt születnek meg. Például idegen arcok megmutatása esetén az észlelők a megbízhatóságukra vonatkozó ítéleteket előbb hozzák meg, mint a kompetenciájukra vonatkozó ítéleteket. A kedveltség- és a kompetenciaítéletek különböző kombinációi eltérő érzelmeket váltanak ki: a magas kedveltség- és alacsony kompetenciaszint például sajnálkozást és együttérzést kelt, míg az ellenkező kombináció irigységet (Carpinella és mtsai, 2017). A kedveltségdimenzió a robotok észlelésének alapjait is meghatározza.

A meglévő kutatások szerint a társadalmi észlelés alapját képező kategorizálási folyamatok a robotokkal kapcsolatban is általánosíthatóak. A vizsgált személyek külön felszólítás nélkül is, spontán módon a társadalmi kategóriák, azaz nem, rassz és nemzetiség szerint ítélték meg a humanoid roboto-

kat. A robotokat például hajviseletük alapján nemi kategóriákba sorolták. Egy másik kutatás pedig azt is kimutatta, hogy a hosszú hajjal és telt ajkakkal rendelkező robotokat barátságosabbnak, udvariasabbnak és szeretetteljesebbnek ítélték meg, míg a „férfi” robotokat magabiztosnak, határozottnak és hitelesnek. A kutatások alapján tehát a robotokkal kapcsolatban is alkalmazhatóak a különböző társas attribúciók. Az emberek hajlamosak a robotoknak emberi célokat, vonásokat és motivációt tulajdonítani, antropomorfizálják azokat. Azt is megfigyelték, hogy hajlamosabbak vagyunk erre az antropomorfizációra, ha a robotot saját csoportunk tagjaként észleljük (tehát amikor közös identitást osztunk meg vele), mint amikor csoporton kívüli tagnak tekintjük (Carpinella és mtsai, 2017).

A kérdés, hogy robotok esetén hogyan zajlik az attitűd kialakulása, legalább annyira izgalmas, mint emberközi kapcsolatok esetén. Az alapoktól kezdve kiindulhatunk abból, hogy a robotokkal kapcsolatos érzéseinket elsődlegesen belső, személyes változók alakítják ki. Erre találhatunk például a szakirodalmat áttekintve. Bizonyos eredmények alapján minél extrovertáltabb valaki, annál hajlamosabbabbabb és tovább beszélni egy robottal (Ivaldi és mtsai, 2017), a nagyobb szintű proaktivitással rendelkező egyének nagyobb távolságot tartanak maguk és a robotok között (Walters és mtsai, 2005), legalábbis a kutatások adott kontextusában. További érdekességként Aly és Tapus (2013) kutatásukban azt találták, hogy a résztvevők azokkal a robotokkal történő időtöltést részesítették előnyben, amik a saját személyiségükhöz hasonló viselkedésre voltak programozva.

Természetesen azonban a tapasztalat fontosságát sem szabad szem elől téveszteniük,

hiszen a robotok esetén is nagyon fontos az attitűd kialakulásában a korábbi emlékek, tapasztalatok szerepe. Stafford és munkatársai (2010) kutatásukban például egészségügyi robotokkal szembeni attitűdöket vizsgáltak idősotthonokban. Azt találták, hogy bár a kezdeti attitűdök és érzelmek meghatározóak voltak a robotokkal szemben kialakított kapcsolatokban, ezek flexibilisek voltak, és a robotokkal szerzett tapasztalatok révén jelentősen változtak a vizsgálat során.

KÉRDÉSFELVETÉS

Kutatásunkban elsőként azt szerettük volna megvizsgálni, hogy a Több szempontos Robot Attitűd Skála (MdRAS) milyen mértékben és formában adaptálható magyar környezetre és mintára. Mivel ez a teszt a robotokkal kapcsolatos attitűdök széles spektrumát vizsgálja, így a jövőben hasznos eszköz lehet a robotokkal összefüggő tanulmányokban vagy a robotok felhasználására vonatkozó kérdések tisztázásakor. Továbbá feltérképezzük, hogy a Több szempontos Robot Attitűd Skála Negatív Alskálája önmagában használható-e a robotokkal kapcsolatos negatív attitűd mérésére. Ez az alskála mindössze 5 elemből áll, szemben a NARS 14 megállapításával, így úgy gondoljuk, hogy azokon a helyeken, ahol nincs szükség szofisztikált, többdimenziós eredményre, ott jó alternatíva lehet egy ilyen rövid teszt alkalmazása. Mindezek mellett szeretnénk választ kapni arra is, hogy bizonyos szempontok alapján kialakított csoportok között van-e szignifikáns különbség a robotokkal kapcsolatos attitűd és szorongás tekintetében.

A kutatás bemutatása

Kutatásunkhoz a szükséges kérdőíveket elektronikus formában töltöttük ki. A kérdőívet a SoSci Survey (Leiner, 2016) használatával hoztuk létre, és a www.sosicisurvey.de weboldalon keresztül tettük elérhetővé.² A kitöltők a kérdőív egyes részeivel kötött sorrendben találkoztak. Elsőként a szociodemográfiával, azt követően a Több szempontos Robot Attitűd Skálával (Multi-dimensional Robot Attitude Scale, MdRAS; Ninomiya és mtsai, 2015), majd a Robotokkal Szembeni Negatív Attitűd Skálával (Negative Attitudes towards Robots Scale, NARS; Nomura és mtsai, 2004), végül a Robotokkal kapcsolatos Szorongás Skálával találkoztak (Robot Anxiety Scale, RAS; Nomura és mtsai, 2008). Minden egyes kitöltő véletlenszerű sorrendben kapta meg az egyes skálákon belül a kérdéseket. A skálákat oda-vissza fordítás és független bírálók (5 fő) módszerével angol nyelvről magyarra ültettük át.

A mintavétel hozzáférési alapon történt. Az elkészült online kérdéssor rövid linkjét e-mailen és online közösségi felületen keresztül osztottuk meg, és további megosztásra kértük fel ismerőseinket. A kérdőívek kitöltését 2510 fő kezdte meg. Ebből 674 fő produkált valamilyen szempontból értékelhető eredményt, de csak 389 fő olyan kitöltő volt, akinek a válaszait a munkánk során figyelembe tudtuk venni. A maradék 2121 fő nagyobb része nem fejezte be maradéktalanul a kérdőív kitöltését, esetleg válaszaik miatt kizártuk őket. Ilyen lehetett a valószínűtlen életkor, a túl alacsony életkor, illetve az automatikus kitöltésre utaló jelek.

A 389 fő érvényes kitöltő életkori átlaga 35,5 év ($SD = 12,01$). A legfiatalabb kitöltő 18 évesnek vallotta magát, míg a legidősebb

² Lásd bővebben: SoSci Survey, www.sosicisurvey.de (Letöltés ideje: 2021. december 2.).

77 évesnek. A 389 válaszadóból 151 fő (38,8%) vallotta magát férfinak, és 238 fő (61,2%) vallotta magát nőnek. Családi állapot tekintetében a válaszolók 23,4%-a (91 fő) egyedülállóként azonosította magát. 33,9% (132 fő) jelezte azt, hogy párkapcsolatban él, míg 36,0% (140 fő) választotta a „házas” opciót. A válaszadók mindössze 4,1%-a (16 fő) jelölte az elvált, illetve 2,6% (10 fő) az özvegy opciót. Lakhelyük tekintetében a kitöltők 13,1%-a (51 fő) azt nyilatkozta, hogy községben él, 32,6% (127 fő) azt, hogy városban él, 31,1% (121 fő) megyeszékhelyen vagy megyei jogú városban lakik, míg 23,1% (90 fő) jelenleg a fővárosban él. A kitöltők közül 173 fő, vagyis a válaszadók 44,5%-a nyilatkozott úgy, hogy jelenleg is aktív tanulmányokat folytat, míg a maradék 216 fő (55,5%) aktuálisan nem tanul. A kitöltők meghatározó többsége (249 fő, 64,0%) szellemi beosztottként dolgozik. 42 fő (10,8%) jelezte azt, hogy fizikai beosztottként alkalmazták. 61 fő (15,6%) jellemezte vezetői beosztásként a munkakörét, illetve 33 fő (8,5%) nyilatkozta, hogy tulajdonosa munkahelyének. A fentiek alapján 291 fő (74,8%) került a beosztott és 94 fő (24,2%) a vezető kategóriába. Arra a kérdésre, hogy jelenleg dolgozik-e robottal, a válaszadók negyede (26,2%, azaz 102 fő) adott igenlő választ. A kérdőívet kitöltők több mint fele (59,9%, 233 fő) nyilatkozott úgy, hogy vett már igénybe robot közvetítette szolgáltatást.

A felhasznált mérőeszközök

Többszempon-tos Robot Attitűd Skála (MdRAS) A Robotokkal Szembeni Negatív Attitűd Skála és a Robotokkal kapcsolatos Szorongás Skála a robotokkal kapcsolatos attitűdmérés tekintetében a Többszempon-tos Robot Attitűd Skála elődjének tekinthetőek, ezek azonban csak a negatív attitűdök mérésére voltak használ-

hatóak, így az attitűdök összetett konstrukciónak teljes körű felmérésére nem alkalmasak (Ninomiya és mtsai, 2015). A Többszempon-tos Robot Attitűd Skálát Ninomiya és munkatársai fejlesztették ki 2015-ben. A robotokhoz kapcsolódó attitűdök elemeit a résztvevők kötetlen leírásaiból és interjúkból, valamint irodalmi áttekintésekből szűrték ki. Céljuk az volt az újonnan létrehozott skálával, hogy a robotokkal kapcsolatos korábbi szűk tartományú attitűdmérés helyett egy olyan eszközt alkossanak, amely a robotokkal kapcsolatos attitűdök széles spektrumát lefedi.

82 fős minta segítségével (húszévesektől a nyolcvanas éveikben járókig) a résztvevők kötetlen leírásaiból és interjúiból, valamint irodalmi áttekintésekből szűrték ki azt a 125 mondatot, ami a résztvevők robotokkal kapcsolatos érzékelését, gondolatait és/vagy érzéseit reprezentálni tudta. Az így kapott kérdéseket egy hétfokozatú Likert-típusú skálához rendelték, és összesen 431 távol-keleti (japán 175 fő, kínai 126 fő, tajvani 130 fő), főleg fiatalokból álló mintán tesztelték (az átlagéletkor sehol sem haladta meg a 25 évet).

A kapott eredményből faktoranalízis segítségével végül 12 dimenziót azonosítottak: bizalmasság (*familiarity*), érdeklődés (*interest*), negatív attitűd (*negative attitude*), énhatékonyság (*self-efficacy*), megjelenés (*appearance*), hasznosság (*utility*), költség (*cost*), változatosság (*variety*), kontroll (*control*), társas támogatás (*social support*), működtetés (*operation*), környezeti illeszkedés (*environmental fit*). Minden alszkálához 2–7 reprezentatív itemet rendeltek, így végül a kezdeti 125-ből 49 kérdést tartottak meg. Az így kapott rövidebb teszt dimenzióinak Cronbach-alfája jellemzően az elvart 0,7–0,85 tartományba esett. A rövidített alszkálák értékei általában erős, pozitív együttjárást mutatnak a hosszabb teszt dimenzióival.

Az általunk felhasznált teszt összesen 49 itemet, állítást tartalmaz, amelyeken keresztül hétfokú Likert-skála segítségével mérhető fel a kitöltők robotokkal kapcsolatos attitűdje. Az egyes dimenziókhoz eltérő számú item tartozik.

Robotokkal Szembeni Negatív Attitűd Skála (NARS) és a Robotokkal kapcsolatos Szorongás Skála (RAS)

A Nomura és munkatársai által 2008-ban publikált Robotokkal Szembeni Negatív Attitűd Skála (NARS) és a Robotokkal kapcsolatos Szorongás Skála (RAS) a robotokkal kapcsolatos attitűdmérési tesztek egy korábbi generációjához tartoznak. Mindkét kérdésor a robot–humán-interakció egy-egy szűk elemét vizsgálja. Nem célja egyiknek sem, hogy átfogó képet adjon a robotokkal kapcsolatos attitűdök tekintetében.

Bár a NARS-tesztet a robotokkal kapcsolatos szorongások mérésének eszközéül szánták (Nomura és mtsai, 2004), végül a robotokkal kapcsolatos negatív attitűdök egyik mérőeszközeként terjedt el. A kezdeti, elméleti modellen alapuló 33 kérdést iteratív pszichológiai teszteléssel 14 itemre csökkentették. (Krägeloh és mtsai, 2019). Az itemek egytől ötig pontozódnak, ahol az 1 az „Egyáltalán nem értek egyet”, az 5 pedig a „Teljes mértékben egyetértek” válasznak felel meg. Faktoranalízis segítségével a szerzők 3 alskálát azonosítottak. Az első a „Negatív Attitűd a Robotokkal Való Interakcióban” nevet viseli, és 6 itemet tartalmaz; a második a „Negatív Attitűd a Robotok Társas Befolyásolásával Szemben” címet kapta, és 5 itemet tartalmaz; az utolsó alskála pedig a „Negatív Attitűd a Robotokkal Való Érzelmi Interakcióban” címet viseli, és mindössze 3 itemet tartalmaz. Kisebb változtatásokkal

ugyan, de a NARS használhatónak bizonyult a Távolságon kívül is. A tesztet validálták többek közt angol, portugál és lengyel nyelven is (Krägeloh és mtsai, 2019).

A robotokkal kapcsolatos negatív attitűdök főleg interakciós szinten mutattak szignifikáns korrelációt a viselkedéssel. Akik magasabb értéket értek el a NARS-teszten, lassabban vették fel a robotokkal a kapcsolatot, tovább haboztak, mielőtt megérintették azokat, és nagyobb távolságot tartottak tőlük. Mégis lehetséges, hogy egy konkrét interakcióban a fellépő érzelmek eltérnek a robotokkal kapcsolatos attitűdöktől (Nomura és mtsai, 2004). A szerzők olyan kérdőívet kívántak alkotni, amely a valóban fellépő és releváns érzelmet, a szorongást méri, mert a számítógéppel szembeni szorongáshoz hasonlóan a robotokhoz köthető szorongás is negatívan befolyásolhatja a személy akár mindennapos teljesítményét, közérzetét is (Hirata, 1990).

A RAS-teszt az a szorongást méri, amely az emberekben egy valós vagy elképzelt robot–humán-interakció kapcsán fellép. A kérdőív 11 itemet tartalmaz, amit 3 alskálára osztottak szét. Az első alskála „A Robotok Kommunikációképességével Szembeni Szorongás”-hoz kapcsolódó 3 kérdést sűríti, a második „A Robotok Viselkedésjellegzetességeivel Szembeni Szorongás”-hoz köthető 4 kérdést fogja össze, míg a harmadik „A Robotokkal Való Beszélgetéssel Szembeni Szorongás” 4 kérdését tömbösíti.

Eredményeink a mérőeszközök adaptálhatóságát illetően

Elmondható, hogy az MdRAS negatív alskálája használható önálló mérőeszközként a robotokkal kapcsolatos negatív attitűdök mérésére.

1. táblázat. A MdRAS alszkáláinak Cronbach-alfa-értéke az eredeti kutatásban, illetve magyar mintán

Sorsz.	Név (itemek sorsz.)	Cronbach-alfa (eredeti)	Cronbach-alfa (magyar)
1.	Bizalmasság (1–5)	0,829	0,785
2.	Érdeklődés (6–12)	0,737	0,720*
3.	Negatív attitűd (13–17)	0,731	0,736
4.	Énhatékonyság (18–21)	0,857	0,706
5.	Megjelenés (22–28)	0,702	0,758
6.	Hasznosság (29–33)	0,783	0,779
7.	Költség (34–36)	0,562	0,570
8.	Változatosság (37–39)	0,749	0,627
9.	Kontroll (40–42)	0,643	0,549
10.	Társas támogatás (43–45)	0,923	0,840
11.	Működtetés (46–47)	0,750	–0,035
12.	Környezeti Illeszkedés (48–49)	0,933	0,768

* 10. item nélkül

A teszt magyarításához az angol nyelvű verziót vettük alapul, majd oda-visszafordítás módszerével magyarítottuk azt. Az MdRAS szerzői saját cikkükben is korlátként említik, hogy a kérdéssort csak távol-keleti mintán vizsgálták, így mindenképp érdekesnek tartottuk a magyar minta eredményeit megvizsgálni. Meglátásunk szerint a magyar minta eredményei, amelyeket az 1. táblázat tartalmaz, azt sugallják, hogy a kérdőív jól használható lesz magyar kultúrkörnyezetben is. A 12 dimenzió közül 7 (Bizalmasság, Negatív attitűd, Énhatékonyság, Megjelenés, Hasznosság, Társas támogatás, Környezeti illeszkedés) az elvárt Cronbach-alfa-tartományon belülre esett. Az Érdeklődés Alskála esetében a kérdőív 10. itemét kiemelve („A robotok futurisztikusak és szupermodernekek.”), a korábbi 0,696-as Cron-

bach-alfa-érték 0,720-ra emelkedett. A Költség és Kontroll Alskálák esetében a kapott értékek az elvárt tartomány alá esnek, de ez az eredeti skálában is így van. A Változatosság Alskála esetében az eredményül kapott 0,627-es Cronbach-alfa valamivel elmarad mind az elvárt, mind az eredeti teszt Cronbach-alfa-értékétől. Igazán kirívó eredményt a magyar mintában a Működtetés Alskálában láthatunk. Az itt kapott –0,035-es Cronbach-alfa-eredmény azt sejteti, hogy az adott kérdések nem értelmezhetőek egy dimenzióként.

A NARS-teszt vizsgálata magyar mintán különösen izgalmasnak ígérkezett. A tesztet bár több nyelven használják, illesztésekor mindig akadt olyan item, amit ki kellett emelni, vagy cserélni (Krägeloh és mtsai, 2019). A magyar minta NARS-összpontszámának

Cronbach-alfa-értéke 0,856, ha minden itemet figyelembe veszünk. A kísérővizsgálatok viszont azt mutatták, hogy a 11. itemre nem szignifikánsak a korrelációk. Az item maga így hangzik: „Úgy érzem, hogy a jövő társadalmát a robotok fogják dominálni.”. Megítélésünk szerint ez az item jelen formájában nem alkalmas az attitűd irányának a feltérképezésére. Valószínűsíthető, hogy a szerzők itt egy disztópikus jövőképre vonatkozóan fogalmaztak meg tétéleket, de már az angol *dominate* ige sem hordozta ezt az érzést, a magyar fordításba pedig nem sikerült átvinni az erős negatív érzetet. A fentiek miatt az összesített pontszámra vonatkozó itemanalízist ismételten elvégeztük a 11. item kihagyásával. Ekkor a Cronbach-alfa értéke 0,873-ra nőtt. Az alskálák magyar mintán kapott 0,8 körüli Cronbach-alfa-mutatói megfelelő megbízhatóságot sejtetnek. Érdekesség, hogy kis-mértékben meghaladják a távol-keleti minta értékeit.

A fentiekhez hasonlóan a RAS-on is végrehajtottuk mind a teljes kérdőívre, mind pedig az alskálákra vonatkozóan a megbízhatósági elemzést. A teljes tesztre vonatkozóan a Cronbach-alfa értéke 0,932 lett, ami nagyon erős belső megbízhatóságot sugall, de egyben felveti, hogy az összpontszám tekintetében a kérdőív akár tovább is rövidíthető lenne. A korrelációk vizsgálatokor a Többszemponos Robot Attitűd Skálának már csak a számunkra releváns negatív alskáláját, annak is az összértékét használtuk. A többi alskála vizsgálata feleslegesen növelte volna a kutatás terjedelmét, és az alskálák jellegéből adódóan nem adott volna használható információt. Minden vizsgált esetben Spearman-féle korrelációt használtunk, és minden eredmény legalább $p < 0,01$ szinten volt szignifikáns.

A lefordított mérőeszközökön megerősítő faktoranalízist is végeztünk. A NARS esetében nem a legoptimálisabb eredményeket kaptuk ($CMIN/df = 4,216$, $CFI = 0,878$, $GFI = 0,894$, $IFI = 0,878$, $RMSEA = 0,091$), a modell nem illeszkedik eléggé. Ennek oka lehet az alacsony mintaszám is, hiszen bár az elfogadható értéken kívül esnek, tendenciaszerűen ekörül mozognak az értékek, valamint az a tény is, hogy az mérőeszközök származási kultúrájában megfogalmazott mondatok kézzelfoghatóbban voltak értelmezhetőek, hiszen külföldön már elterjedtebbek a robotok. Mindenesetre a teszt jelen állapotában nem mutat elfogadható illeszkedést.

A RAS fordított változatán végrehajtott megerősítő faktoranalízis eredményei szerint ($CMIN/df = 4,854$, $CFI = 0,942$, $GFI = 0,912$, $IFI = 0,943$, $RMSEA = 0,099$) a modell elfogadhatóan illeszkedik az adatokhoz, bár nem tökéletesen. Sajnos a $CMIN/DF$ - és az $RMSEA$ -értékek nem felelnek meg a jó illeszkedésnek. Az MdrAS magyarra adaptált változatának megerősítő faktoranalízises eredményei alapján ($CMIN/df = 2,453$, $CFI = 0,878$, $GFI = 0,896$, $IFI = 0,882$, $RMSEA = 0,0611$) a skáláról hasonló mondható el, mint a RAS lefordított változatáról. A modell bár nem jó illeszkedést mutat, de nem is elfogadhatatlant, a fontos mutatók közül több is megfelel a kívánt értéknek, míg a többi a jó illeszkedés határértékén mozog.

Első lépésként az MdrAS Negatív Alskálájának a NARS- és RAS-skálák összpontszámaival való együttjárását vizsgáltuk meg. A kapott eredményeket áttekintő formában a 2. táblázat tartalmazza. A Többszemponos Robot Attitűd Skála negatív attitűdöt mérő alskálája mind a két másik témába vágó teszt összesített pontszámával szignifikáns ($p < 0,01$), közepesen erős, pozitív együttjárást mutatott. A NARS-teszt pontszámával

mutatott korreláció magasabb értéket mutat, ami megfelel a várt eredménynek, hiszen mind a MdRAS negatív attitűdöket mérő alskálája, mind az NRAS a robotokkal kapcsolatos negatív attitűdök mérését tűzte

ki célul, míg a RAS a robotokkal kapcsolatos szorongásokra koncentrál. Az MdRAS Negatív Alskála mindkét tesztpontszámmal erősebb korrelációt mutatott, mint azok egymással.

2. táblázat. Az MdRAS Negatív Alskála pontszáma, valamint a NARS- és RAS-skálák összpontszámának korrelációs együtthatói

	MdRAS Negatív Alskála	NARS-összpontszám	RAS-összpontszám
MdRAS Negatív Alskála	1		
NARS-összpontszám	0,615	1	
RAS-összpontszám	0,418	0,445	1

Következő lépésként a Többszemponos Robot Attitűd Skála negatív attitűdöt mérő alskálája és a NARS alskálái közötti kapcsolatot vizsgáltuk meg. A kapott eredmények áttekintését a 3. táblázat tartalmazza. Ezek alapján az MdRAS negatív attitűdöt mérő alskálája szignifikáns, közepesen erős kapcsolatot mutatott a NARS S1 Alskálával (Negatív Attitűd a Robotokkal Való Interakcióban), és az S2 Alskálával (Negatív Attitűd a Robotok Társas Befolyásolásával Szemben), illetve szignifikáns, de csak gyenge pozitív kapcsolatot az S3 Alskálával (Negatív Attitűd a Robotokkal Való Érzelmi Interakcióban). Ahogy Nomura és munkatársai 2004-es kutatásukban kiemel-

ték, a cselekvés szempontjából főleg az interakciós attitűdök játszanak szerepet. Ezért úgy gondoljuk, hogy a MdRAS Negatív Alskála további használata szempontjából különösen szerencsés az S1 Alskála tekintetében mutatott 0,662 értékű korrelációs együttható. Meglátásunk szerint egy rövid és ezáltal csak korlátozott tartományt lefedő teszt esetében fontos, hogy a cselekvési hajlandósággal nagyobb összefüggést mutató attitűddimenziót vizsgálja. Az S3 Alskálával való alacsony korreláció oka is a kérdések korlátozott számában keresendő. Az MdRAS Negatív Alskálája nem tartalmaz érzelmi interakcióra vonatkozó itemet.

3. táblázat. Az MdRAS Negatív Alskála és NARS-alskálák korrelációs együtthatói

	MdRAS Negatív Alskála	NARS S1	NARS S2	NARS S3
MdRAS Negatív Alskála	1			
NARS S1	0,662	1		
NARS S2	0,527	0,669	1	
NARS S3	0,259	0,410	0,535	1

Végül a Többszemponos Robot Attitűd Skála negatív attitűdöt mérő alskálája és a RAS-alskálák közötti kapcsolatot vizsgáltuk meg. Itt kirívó érték nem született. Az eredményekről az összefoglalót a 4. táblázat tartalmazza. A 0,312–0,422 közötti korrelációs együtthatók megfelelnek az elvártnak. Nomura és munkatársai 2008-as kutatásában a NARS- és RAS-skálák alskálainak korrelációját is vizsgálta. Az eredményeik, mindhárom NARS-alskálát figyelembe véve, a RAS S2-, és S3-dimenzió tekintetében hasonlóak az MdRAS Negatív Alskála korrelációjához, míg a RAS S1 tekintetében jóval

alacsonyabbak, jellemzően nulla közeli. Így mondhatjuk, hogy a RAS-alskálák tekintetében az MdRAS Negatív Alskála nemcsak erősebb, de kiegyensúlyozottabb korrelációt is mutat.

A fentiek alapján úgy gondoljuk, hogy a Többszemponos Robot Attitűd Skála Negatív Alskálája rendelkezik minden olyan mutatóval, amely alkalmassá teszi arra, hogy önállóan is alkalmazni lehessen a robotokkal kapcsolatos attitűdök mérésére. A NARS-alskálákkal mutatott korrelációk pedig segítenek szűkíteni azokat a területeket, ahol ennek a rövid kérdéssornak a használata javasolt.

5. táblázat. Az MdRAS Negatív Alskála és RAS-alskálák korrelációs együtthatói

	MdRAS Negatív Alskála	RAS S1	RAS S2	RAS S3
MdRAS Negatív Alskála	1			
RAS S1	0,312	1		
RAS S2	0,422	0,678	1	
RAS S3	0,390	0,792	0,751	1

További eredmények

Az adatok elemzése során nemi különbségekre utaló eredményt is találtunk. Mind a Többszemponos Robot Attitűd Skála negatív attitűdöt mérő alskáláján ($Z = -5,83$, $p < 0,001$), mind a NARS- ($Z = -5,86$, $p < 0,001$) és RAS- ($Z = -3,015$, $p = 0,003$) skálák összesített pontszámában a nők szignifikánsan magasabb értéket értek el, mint a férfiak. Így nem csak azt mondhatjuk, hogy negatívabb attitűdöt mutatnak a robotok irányába, de a robotokkal kapcsolatos szorongásaik is szignifikánsan magasabbak. Meglátásunk szerint az eredmények a kulturális különbségek alapján elvártakat mutatják.

A tesztet kitöltők a saját, robotokkal kapcsolatos tájékozottságukat 1-től 7-ig terjedő skálán értékelték a felmérésben. Ennek átlaga 3,06 lett. Így az alacsony tájékozottságú és a magas tájékozottságú csoportok létrehozásakor a skála középtékét már a magas tájékozottságú csoporthoz soroltuk. Az így létrejött csoportokat használtuk csoportosító változóként annak vizsgálatához, hogy a robotokkal kapcsolatos tájékozottság okoz-e szignifikáns eltérést a robotokhoz kapcsolódó negatív attitűdöt mérő MdRAS Negatív Alskálán elért és a NARS összesített pontszámában, illetve van-e szignifikáns különbség az így létrehozott csoportok robotokhoz kapcsolódó szorongásértékében, vagy a RAS összesített pontszámában.

A robotok irányába mutatott negatív attitűdöt mérő NARS-skálán ($BMI(280,8) = 4,943, p < 0,001$) és a MdRAS Negatív Alskálán ($BMI(361,4) = 5,31, p < 0,001$) kapott eredmények azt mutatták, hogy a tájékozottabb csoportba tartozó személyek szignifikánsan alacsonyabb értéket értek el. A robotokkal kapcsolatos szorongást mérő RAS-teszt összesített pontszámán ($Z = 1,835, p = 0,067$) nem sikerült szignifikáns eredményt kimutatni a tájékozottság alapján létrehozott csoportok között. Az eredmények ismeretében kijelenthető, hogy a robotokkal kapcsolatban magukat tájékozottabbnak értékelő emberek pozitívabb attitűddel viszonyulnak a robotok irányába. Ez a tájékozottság azonban a szorongás tekintetében nem tesz különbséget a csoportok között. A robotokkal való munkavégzés tapasztalata alapján létrehozott csoportok között semelyik vizsgált teszt tekintetében nem sikerült szignifikáns különbséget kimutatni. A jelenlegi ipari robotok még megjelenésükben is eszközök. Nem lépnek értékelhető interakcióba a kezelőkkel, így nem biztosítanak olyan tapasztalatokat, amire a csoportok közötti attitűd-különbség épülhetne.

A szolgáltatói robotokkal kapcsolatos tapasztalatok alapján képzett csoportok között sem volt egyik teszt tekintetében sem szignifikáns eltérés. Mivel sem a tapasztalat irányát, intenzitását és gyakoriságát nem mértük fel, így azok mibenlétéről sincs információnk. De vélhetően az említett dimenziókban keresendő a válasz arra, hogy a tapasztalat miért nem okozott mérhető különbséget a csoportok között.

A jelen vizsgálat szempontjából a beosztás hatását feltérképezendően a különböző szintű vezetői beosztásokat és tulajdonosi kört egy csoportnak vettük, illetve a fizikai és szellemi dolgozókat szintén egy csoport-

ban vontuk össze, ugyanis ezeket külön csoportonként nehéz lett volna elemezni a mintában mutatott reprezentáltságukból adódóan. A munkahelyi beosztás tekintetében létrehozott csoportok között sem a MdRAS negatív attitűdöt mérő alskála pontszámában, sem a NARS- és RAS-skálák összesített pontszámában nem volt szignifikáns a különbség, így nem tudjuk kijelenteni, hogy a robotizáció által veszélyeztetettebb beosztásban dolgozók negatívabb attitűdöt mutatnának a robotok irányába, vagy esetleg magasabb robotokkal kapcsolatos szorongást mutatnának.

Következtetések és javaslatok

A robottechnológia térnyerésével valószínűsíthetően gyarapodni fognak a robotokkal direkt vagy érintőlegesen összefüggő tanulmányi, tudományos és gazdasági kutatások is. A kutatásunkban használt Többszempontos Robot Attitűd Skála ezekhez nyújthat hathatós segítséget. A robotokhoz köthető attitűdök széles spektrumát lefedi, és a kapott eredmények alapján a negatív attitűdöt mérő alskálája akár önmagában is használható eszköz, amelyet rövidege okán egyszerű beilleszteni bármely kérdőívbe, könnyebben alkalmazható munkahelyi környezetben. Ha pedig a negatív attitűd vizsgálatának szélesebb spektrumára lenne a jövőbeni felhasználónak szüksége, úgy a vizsgált NARS- és RAS-teszt sikerrel magyar nyelvre adaptált változata rendelkezésére áll. A kapott eredmények alapján úgy gondoljuk, hogy mind a NARS-, mind a RAS-teszt jól használható magyar környezetben, elég rövidек, könnyen értelmezhetőek és stabilak a széles körű használathoz.

A robotokhoz köthető negatív attitűdöt vizsgáló skálákon, illetve a Robotokkal

kapcsolatos Szorongás Skálán a nemek között mért szignifikáns különbség valószínűleg jó kiindulópontja lehet egy robotikát érintő genderkutatásnak. A robotok és a robottechnológia jövőbeni használata szempontjából kiemelten fontos az az eredmény, hogy a magukat tájékozottabbnak ítéelő emberek szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el a negatív attitűdöt vizsgáló skálákon. Ez az eredmény választ ad nekünk a gyakran felmerülő, „Mit tehetünk?” kérdésre. Ha csökkenteni akarjuk valahol a robotokkal kapcsolatos negatív attitűd mértékét, érzük el, hogy az emberek tájékozottabbnak érzékelik magukat. Tájékoztassuk őket, készítsünk és használjunk ismeretterjesztő anyagokat. Tegyük ezeket széles körben és változatos módon elérhetővé. Adjuk meg az embereknek a lehetőséget, hogy felmérjék és teszteljék a tudásukat, például játékos online kvízekkel, és adjunk gyakori, pozitív visszajelzést.

Kutatásunkban mind az ipari robotokkal szerzett munkatapasztalat, mind a szolgáltatói robotokkal kapcsolatban szerzett tapasztalat szempontjából vizsgáltuk a mintát, és nem sikerült a tapasztalattal rendelkező, illetve nem rendelkező csoportok között szignifikáns eltérést kimutatni a vizsgált változókban. Ez egy részről jelzésértékű, hiszen azt mutatja, hogy már a robotokkal, mesterséges intelligenciával tapasztalatot szerzett populáció esetében sem „dőlhetünk hátra”, hiszen a tapasztalat nem csökkenti a negatív attitűd előfordulását, másrészt pedig az eredmény azt sugallja, hogy helye van a további kutatásnak. A jövőben érdemes lenne nem csak a robotokkal kapcsolatos tapasztalatok meglétét vizsgálni, hanem azok irányát (pozitív vagy negatív volt-e az élmény), intenzitását és mennyiségét is. Mivel a populáció jelentékeny hányada aktuálisan nem fér hozzá

robotokhoz, még megvan arra a lehetőség, hogy laboratóriumi körülmények között szerezzék meg az első tapasztalatokat, és ezek hatását közvetlenül mérjük. Az ilyen eredmények ismeretében például kialakítható lenne egy „robot onboarding”, vagyis olyan oktató- és szemléltetőanyag, amely a robotokkal újonnan találkozó dolgozók, tanulók, résztvevők robotokkal kapcsolatos szorongását csökkentheti, és növelheti a jövőbeni elfogadás mértékét.

A vezető és beosztott státusz alapján képzett csoportok eredménye is komoly jelzéssel ér fel. Az, hogy a pozíció alapján képzett csoportok között nincs igazolható különbség, azt jelzi, hogy nincsenek a betöltött pozíciójuk alapján kiemelten kezelendő helyek. Egy munkahelyi robottechnológia bevezetésénél nincs a státusza alapján védett pozíció. Mindenkire figyelni kell, és minden pozícióban fel kell készíteni a munkatársakat a feladataiknak a megváltozására, a csúcsvezetőtől a munkásig. Úgy gondoljuk, hogy ez az eredmény jó gondolatébresztő, és felhívja a figyelmet arra, hogy további olyan vizsgálati csoportokat elemezzünk a munkahelyi környezetben, amelyek között a kutatások során szignifikáns különbséget találhatunk. Ha nem a beosztás, akkor az iskolai végzettség vagy a munkakör robotizálhatósága lehet az a csoportképző változó, amely segíti kiemelni a negatív attitűdnek jobban kitett csoportokat. Bár jelen kutatásunkban nem tértünk ki rá, de úgy gondoljuk, hogy a robotikát, a mesterséges intelligenciát és összességében a modern technológiát érintő kutatásokban egyre fontosabb tényezővé válik a generációk közötti különbségek értelmezése. Meglátásunk szerint a robotika témakörében is érdekes eredményeket hozna az egyes generációk összehasonlítása, illetve annak a vizsgálata, hogy

a jelen kutatásban talált különbségek minden generációra érvényesek-e, esetleg fel kell-e arra készülnünk, hogy a különböző életkori csoportokat másképp kezeljük.

Összefoglalás

Kutatásunk egyik elsődleges célja az volt, hogy magyar nyelvre adaptáljuk a Ninomiya és munkatársai által 2015-ben létrehozott Többszemponos Robot Attitűd Skálát (Multi-dimensional Robot Attitude Scale, MdRAS), illetve a Nomura és munkatársai által 2008-ban publikált Robotokkal Szembeni Negatív Attitűd Skálát (Negative Attitudes toward Robot Scale, NARS) és a Robotokkal kapcsolatos Szorongás Skálát (Robot Anxiety Scale, RAS). A mérőeszközöket oda-visszafordítás módszerével magyarítottuk, majd a 389 fős minta eredményei alapján összevetettük a skálák és alskáláik Cronbach-alfa-értékeit az eredeti cikkekben publikált értékekkel.

Az MdRAS-teszt esetében az alskálák Cronbach-alfa-értékei jól közelítették az eredeti tanulmányban megadott értéket. A megerősítő faktoranalízis eredményei szerint a magyar nyelvű változat nem mutatott igazán jó illeszkedést, ám rossz illeszkedést sem. Ezek alapján arra a következtetésre jutottunk, hogy az MdRAS-teszt jó szolgálatot tehet a későbbi, széles körű attitűdöket vizsgáló kutatásokban, némi finomítást követően. A viszonylag alacsony Cronbach-alfa-értéket produkáló alskálák finomhangolása és a Működtetés Alskála újragondolása remélhetőleg egy minden igényt kielégítő Robot Attitűd Tesztet eredményezne. Ez mindenképpen további kutatásokat igényel.

A NARS-teszt Cronbach-alfa-értéke 0,87, míg a RAS-skáláé 0,93 lett. Alskáláik tekin-

tetében a Cronbach-alfa értéke 0,79 és 0,86 közötti értékeket mutatott. A RAS SI Alskálától eltekintve meghaladták az eredeti kutatásban közzétett értékeket. A NARS magyar változata nem mutatott jó illeszkedést a megerősítő faktoranalízis során, míg a RAS az MdRAS-teszthez hasonlóan nem is jó, de nem is elfogadhatatlan illeszkedést mutatott. A fenti számok azt sugallják, hogy a három megvizsgált teszt közül a RAS és az MdRAS további finomítás után kiválóan használható lehet magyar viszonylatban, ám a NARS használhatósága a jelen vizsgálat alapján egyelőre megkérdőjelezhető.

Kutatásunk további célja volt az MdRAS-teszt negatív attitűdöt mérő alskálájának vizsgálata abból a szempontból, hogy használható-e önmagában robotokkal kapcsolatos negatív attitűdöt mérő eszközként. Ehhez az említett alskála NARS- és RAS-skálákkal, valamint ezen skálák alskáláival mutatott korrelációit vizsgáltuk. Az MdRAS Negatív Alskála közepesen erős, pozitív korrelációt mutatott mind a NARS- ($r = 0,615$), mind a RAS- ($r = 0,418$) skálákkal. A NARS-skálával mutatott erősebb korreláció és a NARS-RAS-teszt korrelációjához nagyon közel eső RAS-skálával mutatott érték számunkra megerősítette, hogy a teszt valóban a robotokkal kapcsolatos negatív attitűdöt méri. A NARS-teszt alskáláival vizsgált korrelációs mutató segített pontosítani, hogy az MdRAS negatív attitűdöt mérő alskálája a cselekvés szempontjából legrelevánsabb interakciós attitűd mérésére a legalkalmasabb. Mindhárom mérőeszköz magyar nyelvre adaptált változata megtalálható a mellékletek között.

Kutatásunkat összességében eredményesnek tekinthetjük, hiszen mind a három célzott skálát megfelelő megbízhatósággal magyar nyelvre fordítottuk, és elég széles mintán

validáltuk ahhoz, hogy kezdeti mérőeszközök kerüljenek a kezünkbe a témakört illetően, bár mindenképp érdemes lenne tovább finomítani ezeket a magyar nyelvhez és kontextushoz a teljesen magabiztos felhasználás érdekében. Továbbá a gyakorlati és terepen történő felhasználások érdekében szintén

sikerrel megállapítottuk, hogy az MdRAS-teszt negatív attitűdöt mérő alskálája akár önállóan is eredményesen felhasználható lehet. Így mindenképpen olyan eredmények születtek, amelyek hasznosak lesznek a jövőbeli hazai robotizációs és automatizációs ipari és gazdasági folyamatokban.

SUMMARY

EXAMINATION OF NEGATIVE ATTITUDE AND ANXIETY MEASUREMENTS RELATED TO ROBOTS

Background and aims: As a result of advancements in robotics, we are able to interact with artificial intelligences in many contexts, but we lack the appropriate Hungarian methods to evaluate the relations towards them. Our aim was to translate and adapt internationally accepted and widely applied measurement tools regarding this topic.

Methods: In our study, first we applied three measurements with back-and-forth translations. These were the NARS (Negative Attitudes towards Robots Scale), the RAS (Robot Anxiety Scale) and the MdRAS (Multi-dimensional Robot Attitude Scale). Then we collected a sufficient number of participants on Internet to validate the scales. We compared the 'reliability of the translated scales to that of the original ones'. For the sake of adaptability, we also compared the scales to each other.

Results: Based on our results, the translated scales show appropriate indicators. In the case of some items, we suggested alteration or elimination. By comparing the scales to each other, we found that the negative attitude subscale of the MdRAS had reliability indicators that make it possible to be used on its own, replacing the other two scales.

Discussion: We conclude that the adaptation of the measured three scales was appropriate. In future studies, we could assess attitudes towards robots in a simpler and quicker way, owing to the results of the negative attitude subscale of the MdRAS.

Keywords: robots, attitude, anxiety, tool adaptation, validity

IRODALOM

- ALY, A., TAPUS, A. (2013): A model for synthesizing a combined verbal and nonverbal behavior based on personality traits in human-robot interaction. In Kuzuoka, H., Evers, V., Imai, M., Forlizzi, J. (eds): *Proceedings of the 8th ACM/IEEE International Conference on Human-Robot Interaction (HRI)*. IEEE, Piscataway, NJ. 325–332.
- BUDAVÁRI-TAKÁCS I. (2011): *A tanácsadás szociálpszichológiája*. Szent István Egyetem, Budapest.

- CARPINELLA, C. M., PEREZ, M. A., STROESSNER, J. S., WYMAN, A. B. (2017): The Robotic Social Attributes Scale (RoSAS): Development and Validation. <https://ieeexplore.ieee.org/document/8534914> (Letöltés ideje: 2020. január 20.)
- FORMÁDI K. (2013): A klímaváltozás mint kockázat érzékelése és a megoldásával kapcsolatos attitűdök szakirodalmi vizsgálata. *Iskolakultúra*, 23(12). 49–58.
- FREY, C. B., OSBORNE, M. A. (2013): The Future of Employment: How Susceptible Are Jobs to Computerisation? Working paper. Oxford Martin School, Oxford.
- GÖMBÖCZ Z. (2018): *A MI korunk, avagy a posztmodern robotizáció hatásának vizsgálata*. Szakdolgozat. BGE Gazdálkodási Kar, Zalaegerszeg. http://dolgozattar.repozitorium.bgf.hu/17473/1/g%C3%B6mb%C3%B6cz_zolt%C3%A1n_2018m%C3%A1j_publikus.pdf (Letöltés ideje: 2020. január 20.)
- GRESSARD, C. P., LOYD, B. H. (1986): Validation studies of a new computer attitude scale. *Association for Educational Data Systems Journal*, 18(4). 295–301.
- HEGEL, F., MUHL, C., WREDE, B., HIELSCHER-FASTABEND, M., SAGERER, G. (2009): Understanding social robots. In IEEE Computer Society (ed.): *The Second International Conferences on Advances in Computer-Human Interactions (ACHI)*. IEEE, Cancun, Mexico. 169–174.
- HIRATA K. (1990): The Concept of Computer Anxiety and Measurement of it. *Bulletin of Aichi University of Education*, 39. 203–212.
- IVALDI, S., LEFORT, S., PETERS, J., CHETOUANI, M., PROVASI, J., ZIBETTI, E. (2017): Towards engagement models that consider individual factors in HRI: On the relation of extroversion and negative attitude towards robots to gaze and speech during a human–robot assembly task. *International Journal of Social Robotics*, 9(1). 63–86.
- JAY, G. M., WILLIS, S. L. (1992): Influence of direct computer experience on older adults' attitudes toward computers. *Journal of Gerontology*, 47(4). 250–257.
- JUHÁSZ S. (2011): *Vállalati információs rendszerek műszaki alapjai*. Szak Kiadó Kft., Bicske.
- KAPLAN, F. (2005): Everyday robotics: robots as everyday objects. In *Proceedings of the 2005 joint conference on Smart objects and ambient intelligence: innovative context-aware services: usages and technologies*. (sOc-EUSAI05. Grenoble, France.) Association for Computing Machinery, New York, NY. 59–64.
- KRÄGELOH, C. U., BHARATHARAJ, J., KUTTY, S. K. S., NIRMALA, P. R., HUANG, L. (2019): Questionnaires to Measure Acceptability of Social Robots: A Critical Review. *Robotics*, 8(4). 88.
- LEINER, D. J. (2019): *SoSci Survey* (Version 3.1.06) [Computer software]. <https://www.sosicisurvey.de> (Letöltés ideje: 2021. december 10.)
- MOLNÁR SZ. (2018): *A negyedik ipari forradalom nem várt hatásai*. http://kozszov.org.hu/dokumentumok/UMK_2018/3/06_Negyedik_ipari_forradalom.pdf (Letöltés ideje: 2020. január 20.)
- MONDA E., UGRAY Zs. (2014): Az IKT-eszközökkel kapcsolatos preferenciák és használatuk előrejelzése. *Vezetéstudomány*, 45(5). 21–38.
- NINOMIYA, T., FUJITA, A., SUZUKI, D., UMEMURO, H. (2015): Development of the Multi-dimensional Robot Attitude Scale: Constructs of People's Attitudes Towards Domestic

- Robots. In Tapus, A., André, E., Martin, J-C., Ferland, F., Ammi, M. (eds): *Social Robotics. 7th International Conference, ICSR 2015, Paris, France, October 26-30, 2015, Proceedings*. Vol. 9388. Springer, Cham. 482–491. DOI: 10.1007/978-3-319-25554-5_48
- NOMURA T., KANDA T., SUZUKI T., KATO K. (2004): Psychology in human-robot communication: An attempt through investigation of negative attitudes and anxiety toward robots. In *Proceedings, 2004. ROMAN 2004. 13th IEEE International Workshop on Robot and Human Interactive Communication*. 35–40. DOI: 10.1109/ROMAN.2004.1374726
- NOMURA T., KANDA T., SUZUKI T., KATO K. (2008): Prediction of Human Behavior. Human-Robot Interaction Using Psychological Scales for Anxiety and Negative Attitude Toward Robots. *IEEE Transactions on Robotics*, 24(2). 442–451.
- SMITH, E. R., MACKIE, D. M. (2004): *Szociálpszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest.
- STAFFORD, R. Q., BROADBENT, E., JAYAWARDENA, C., UNGER, U., KUO, I. H., IGIC, A., WONG, R., KERSE, N., WATSON, C., MACDONALD, B. A. (2010): Improved robot attitudes and emotions at a retirement home after meeting a robot. In Asano, T., Honda, S. (eds): *19th International Symposium in Robot and Human Interactive Communication*. IEEE, Viareggio. 82–87.
- SUCHMAN, L. (1987): *Plans and situated actions. The problem of human machine communication*. PhD Dissertation. Cambridge University Press, Cambridge. <https://course.ccs.neu.edu/cs5100f12/resources/reading/suchman-situatedactions.pdf> (Letöltés ideje: 2020. január 20.)
- SZALAVETZ A. (2018): Ipari fejlődés és munka a tudásalapú társadalomban. *Magyar Tudomány*, 179(1). 55–60.
- TUSORI SZ. (2015): „Rábeszélőgépek” a szervezetben: a humán és a számítógépes ágensek javaslatainak operatív döntéshozókra gyakorolt hatásai a lezárás iránti igény szintjének függvényében. PhD-disszertáció. PTE BTK Pszichológia Doktori Iskola, Pécs. <https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/15541/tusori-szabolcs-phd-2016.pdf> (Letöltés ideje: 2020. január 20.)
- WALTERS, M. L., DAUTENHAHN, K., TE BOEKHORST, R., KOAY, K. L., KAOURI, C., WOODS, S., NEHANIV, C., LEE, D., WERRY, I. (2005): The influence of subjects’ personality traits on personal spatial zones in a human-robot interaction experiment. *ROMAN 2005. IEEE International Workshop on Robot and Human Interactive Communication*. IEEE, Nashville, TN. 347–352.
- WU, Q., LIU, Y., WU, C. (2018): An overview of current situations of robot industry development. In *ITM Web of Conferences*, 17. EDP Sciences. 03019

MELLÉKLET

1. melléklet

Negative Attitudes towards Robots Scale (NARS) (Nomura és mtsai, 2004) –
Robotokkal Szembeni Negatív Attitűd Skála, magyar fordítás

Kérem, jelölje 1–5 közötti pontszámmal, mennyire ért egyet az alábbi állításokkal, ahol

- 1 – Egyáltalán nem értek egyet
- 2 – Inkább nem értek egyet
- 3 – Nem tudom
- 4 – Inkább egyetértek
- 5 – Teljes mértékben egyetértek

1. Kényelmetlenül érezném magam, ha olyan munkát kapnék, ahol robotot kell használnom.
2. Az a szó, hogy „robot” semmit sem jelent számomra.
3. Ideges lennék, ha mások előtt kéne robotot üzemeltetnem.
4. Utálnám a gondolatot, hogy robot vagy mesterséges intelligencia hozzon döntést valamiről.
5. Már attól is nagyon ideges lennék, ha egy robot előtt kéne állnom.
6. Paranoidnak érezném magam, ha egy robottal beszélgetnék.
7. Kényelmetlennek érezném, ha a robotoknak tényleg lennének érzelmeik.
8. Valami rossz történhet, ha a robotok élőlényekké fejlődnek.
9. Úgy érzem, ha túlságosan függök a robotoktól, valami baj történhet.
10. Aggódok, hogy a robotok rossz hatással lehetnek a gyermekekre.
11. Úgy érzem, hogy a jövő társadalmát a robotok fogják dominálni.
12. Megnyugtató, ha robottal beszélnek.
13. Ha a robotoknak lennének érzelmeik, barátságot tudnék velük kötni.
14. Komfortosan érzem magam olyan robotokkal, amiknek vannak érzelmeik.

*2. melléklet*Robot Anxiety Scale (RAS) (Nomura és mtsai, 2008)
Robotokkal kapcsolatos Szorongás Skála, magyar fordítás

Kérem, képzelje el, hogy hamarosan egy robottal találkozik, jelölje 1–6 terjedő skálán, hogy mennyire aggódna az egyes dolgok miatt, ahol:

- 1 – Egyáltalán nem aggódom emiatt
- 2 – Alig érzek bármiféle aggodalmat emiatt
- 3 – Nem aggódom túlságosan emiatt
- 4 – Egy kicsit aggódom emiatt
- 5 – Eléggé aggódom emiatt
- 6 – Nagyon aggódom emiatt

- 1. Talán mond majd a robot valami irreleváns dolgot a beszélgetés közben.
- 2. Talán nem lesz majd elég alkalmazkodó, hogy kövesse a beszélgetésünket.
- 3. Talán nem érti majd a bonyolult beszédtemákat.
- 4. Milyen fajta beszélgetést szeretne a robot?
- 5. Mit fog tenni a robot?
- 6. Milyen erős a robot?
- 7. Milyen gyorsan mozoghat a robot?
- 8. Hogyan kéne a robothoz beszélnem?
- 9. Miképp kéne válaszolnom, amikor a robot megszólít?
- 10. Vajon megérti-e amit mondok neki?
- 11. Vajon meg fogom-e érteni miről beszél a robot?

3. melléklet

Multi-dimensional Robot Attitude Scale (Ninomiya és mtsai, 2015)

Többszempontos Robot Attitűd Skála, magyar fordítás

Kérem, jelölje egy -3 és +3 közötti skálán, hogy mennyire igazak önre az alábbi állítások, ahol -3 = egyáltalán nem igaz, 3 = teljes mértékben igaz.

1. Ha kapnék otthonra egy robotot, úgy érezném, új családtag érkezett.
2. Nyugodt lennék egy robottal az otthonomban.
3. Szeretem, hogy a robot biztatni tud engem.
4. Úgy gondolom, hogy a robot kommunikációs partner lehet.
5. Beszélgetni akarok egy robottal.
6. Dicsekedni akarnék azzal, hogy van otthon egy robotom.
7. Ha kapnék otthonra egy robotot, a gyermekeim, unokáim elégedettek lennének.
8. Ha a barátaim robotot használnak, én is akarok egyet.
9. Robotokat akarok használni, ha a barátaimmal együtt használhatjuk őket.
10. A robotok futurisztikusak és szupermodernekek.
11. Az jó, ha egy robot meg tudja csinálni az ember munkáját.
12. Kényelmesen érzem magam a robotokkal, mert nem kell rájuk úgy figyelnem, mint az emberekre.
13. Kár lenne otthon robotot tartani.
14. A robot mozgása kellemetlen.
15. Természetellenes, hogy egy robot emberi nyelven beszéljen.
16. Úgy érzem én is géppé válok, amikor robottal vagyok.
17. Rémült vagyok robotok közelében.
18. Megfelelő szakértelmem van, hogy robotot használjak.
19. Teljes mértékben ki tudok használni egy robotot.
20. Robotot használni egyszerű.
21. Könnyen megtanulom, hogyan használjak egy robotot.
22. Úgy gondolom, hogy a robotokat cukira kéne tervezni.
23. Úgy gondolom, hogy a robotoknak állatformájúnak kéne lennie.
24. Úgy gondolom, hogy a robotok formájának kerekdednek kéne lennie.
25. Úgy gondolom, egy robot hangjának olyannak kéne lennie, mint egy élőlényé.
26. Úgy gondolom, hogy a robotokat gyönyörűre kéne tervezni.
27. Úgy gondolom, hogy a robotokat nőre kéne tervezni.
28. Úgy gondolom, hogy a robotoknak emberformájúnak kéne lenniük..
29. A robotok praktikusak.
30. A robotok felhasználóbarátok.
31. A robotoknak vannak olyan funkciói, amivel elégedett vagyok.
32. A robotok kényelmesek.
33. Érzem a robotok szükségességét a mindennapi életemben.
34. Úgy gondolom, hogy a robotok nehezek.

35. Úgy gondolom, hogy a robotok karbantartása bonyolult.
36. Aggódok, hogy a robot lerobban.
37. Úgy gondolom, hogy a robotoknak különféle hangokat kéne adniuk.
38. Úgy gondolom, hogy a robotoknak különféle formájúnak kéne lenniük.
39. Úgy gondolom, hogy a robotoknak különféle színűeknek kéne lenniük.
40. Úgy gondolom, hogy a robotnak fel kellene ismernie engem, és reagálnia kellene rám.
41. Úgy gondolom, hogy a robotnak engedelmeskednie kell az utasításoknak.
42. A robotot az igényeimnek megfelelően szeretném idomítani.
43. Azt remélem, hogy a családom vagy a barátaim megtanítanak, miképp használjam a robotot.
44. Azt remélem, hogy a családom vagy a barátaim segítenek, amikor robotot használok.
45. Azt remélem, hogy a családom vagy a barátaim tanácsot adnak, miképp használjam a robotot.
46. A robotokat távirányítással használhatjuk.
47. A robotokat (a roboton elhelyezett) gombbal irányíthatjuk.
48. Aggódok, hogy a robotok beleillenének-e a lakókörnyezetem mostani állapotába (bútorok elhelyezése stb.).
49. Aggódok, hogy a robotok beleillenének-e a lakókörnyezetem mostani körülményeibe (szélesség vagy feljárók).

ÁTTEKINTÉS

A KOGNITÍV VISELKEDÉSTERÁPIA HELYE A MENTÁLHIGIÉNÉS ELLÁTÁSBAN

AZ ALACSONY INTENZITÁSÚ INTERVENCIÓK ELEMZÉSE



POLYÁK Katalin
ELTE PPK Pszichológiai Intézet
katalinpolyak93@gmail.com

VIZIN Gabriella
ELTE PPK Pszichológiai Intézet
Semmelweis Egyetem ÁOK Klinikai Pszichológia Tanszék
vizin.gabriella@ppk.elte.hu

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A pszichés zavarok egyre növekvő aránya, valamint a bizonyítékokon alapuló intervenciók iránti kereslet növekedése az elmúlt évtizedekben világszerte súlyos terhet rótt a mentálhigiénés ellátórendszerekre: a korlátozott kapacitással dolgozó tradicionális betegellátás már nem képes megfelelően kielégíteni a betegek igényeit. Tanulmányunk célja a probléma megoldására tett kezdeményezések, különösen a lépcsőzetes ellátási rendszer, valamint az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápiás intervenciók bemutatása.

Módszer: A bizonyítékokon alapuló kognitív viselkedésterápia (CBT) nemzetközi szakirodalmának áttekintése. A CBT módszertanára épülő, de az önsegítő technikákat hangsúlyozó alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia átfogó vizsgálatára SWOT-analízist alkalmaztunk.

Eredmények: A szakirodalom alapján a kutatások és a klinikai gyakorlat is többszörösen alátámasztják a CBT hatékonyságát számos pszichés és szomatikus zavar kezelésében.

Következtetések: A lépcsőzetes ellátás és az idő- és költséghatékony, rugalmasan alkalmazható alacsony intenzitású intervenciók bevezetéséhez hazánkban a mentálhigiénés ellátórendszer átfogó fejlesztésére lenne szükség. Ha az alacsony intenzitású CBT az alapellátás részévé válna, az a kezelőszemélyzet és a betegek számára is számtalan előnnyel járna: tehermentesíthetné az ellátórendszert, és széles körben elérhetővé tehetné a bizonyítékokon alapuló terápiás intervenciókat.

Kulcsszavak: kognitív viselkedésterápia, mentálhigiénés ellátás, lépcsőzetes ellátás, alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók, SWOT-analízis

BEVEZETÉS

A kognitív viselkedésterápia (*cognitive behavioral therapy*, CBT) az egyik legjobban kidolgozott, legtöbbet kutatott, bizonyítékokon alapuló pszichoterápiás módszer (Dobson és Dozois, 2019), amelyet világszerte alkalmaznak a pszichológiai, pszichiátriai, szociális ellátás és a szomatikus orvoslás különféle területein, különböző problémák és célcsoportok esetén (Beck és Dozois, 2011).

A CBT-terapeuták egyetértenek abban, hogy léteznek olyan belső működések – mint a gondolkodás –, amelyek befolyásolhatják az érzelmeket és a viselkedést, ugyanakkor módosításukkor a viselkedés is változni fog (Dobson és Dozois, 2019). Ez a szemlélet egy olyan eszköztár létrehozását teszi lehetővé, amely különböző ellátási szinteken és területeken kínálhat bizonyítottan hatékony és időben behatárolható segítséget. Annak ellenére, hogy a mentálhigiénés ellátás ma hazánkban kevésbé elérhető, és a CBT eszköztárára támaszkodva ez az ellátási rés kitölthetőnek mutatkozik, gyakran éri elvetés vagy elutasítás szakmai körökben a jól kidolgozott, bizonyítottan hatékony eszközöket és módszereket alkalmazó kognitív viselkedésterápiás szemléletet.

A jelen tanulmány fő célja a hazai mentálhigiénés hiányosságok feltárásán túl a kognitív viselkedésterápia, különösen az alacsony intenzitású CBT bemutatása és felmerülő erősségeinek és esetleges gyengeségeinek objektívabb elemzése SWOT-analízis segítségével. A szerzők nem titkolt célja továbbá a CBT-szemlélet elérhetőségének, hasznosságának és humánus attitűdjének bemutatá-

sa, hozzájárulva ezzel azon ismeretek átadásához, amelyek a CBT-vel kapcsolatos ellenérzések mérsékléséhez vezethetnek.

A MENTÁLHIGIÉNÉS ELLÁTÁS

A mentális zavarok ellátásának problémái

A mentális zavarok világszerte egyre növekvő terhet rónak a különböző társadalmakra mind egészségügyi, mind szociális, mind pedig gazdasági szempontból. Noha jól ismert és hatékony kezelési lehetőségek állnak rendelkezésünkre, az egészségügyi ellátás gyakran nem áll készen ezen zavarok megfelelő ellátására (GBD, 2017; Wang és mtsai, 2007). A szorongásos zavarok élettartam-prevalenciáját 33% (Bandelow és Michaelis, 2015), míg a depresszív zavarokét 20% körüli értékre becsülik (Hasin és mtsai, 2018). Az érintettek egy része tartósan vagy ideiglenesen munkaképtelenné válhat, ami össztársadalmi szinten komoly költségeket és terheket jelent (Craske, 2018; Naeem és mtsai, 2017). A páciensek nagy részénél egy időben több zavar is fennállhat; esetükben rosszabb prognózis várható, és az általános életminőségük is alacsonyabb, valamint a komorbid pszichiátriai zavarok a szomatikus rendellenességek menedzselését is megnehezítik (Dindo és mtsai, 2017). A tradicionális betegellátás a magasan képzett szakemberek által nyújtott egyéni, bizonyítottan hatékony pszichoterápián alapul, azonban a kezelésre szorulóknak száma jóval meghaladja az elérhető szakemberekét, ezért a súlyos

állapotban lévő betegek ellátása elsőbbséget élvez (Craske, 2018; Perczel-Forintos, 2011). Ennek következtében a legnagyobb prevalenciával jellemezhető zavarok kezelése gyakran farmakoterápiával történik, amit nem az állapot súlyossága, hanem a gyógyszerek elérhetősége indokol (Naeem és mtsai, 2017). A szakemberek regionális eloszlása egyenetlen, így vannak olyan területek, ahonnan órákat kellene utazniuk a pácienseknek ahhoz, hogy kezelést kapjanak (Craske, 2018). Hazánkban különösen rossz a helyzet: az evidencián alapuló módszerek alig érhetőek el, a szakembereknél hosszú várólisták alakulnak ki, és korlátozott számú azon intézmények száma is, ahova az ellátást igénylőket tovább lehetne küldeni (Asztalos és mtsai, 2020; Perczel-Forintos, 2011).

A pszichológiai intervenciókkal kapcsolatban számos további limitáció is megjelenik: a kezelést visszautasítók aránya akár a 30%-ot is elérheti. Ennek egyik oka a stigmatizációtól való félelem (Asztalos és mtsai, 2020), de a terápiát elkezdő pácienseknek is csak egy része jut el az intervenció végéig (Craske, 2018; Dindo és mtsai, 2017; Lambert, 2017). Sajnos a terápia befejezése sem biztosítja a gyógyulást, mivel a vizsgálati eredmények alapján a szorongásos és hangulatzavarok esetén a betegek jelentős része nem tapasztal klinikai szempontból szignifikáns javulást a kezelés végére, továbbá a visszasesések aránya is elfogadhatatlanul magas (Ali és mtsai, 2017; Craske, 2018).

A mentális zavarok ellátásával kapcsolatos lehetőségek

A mentális zavarok ellátásában jelentős előrelépést jelent az ún. transzdiagnosztikus modell, valamint a kognitív viselkedésterápiás eszköztár alkalmazása. A transzdiag-

nosztikus megközelítés alapját azon kutatási eredmények és klinikai tapasztalatok adják, amelyek szerint a különböző mentális zavarral küzdő páciensek gondolkodásában és viselkedésében számos közös vonás található. Emellett a több diagnózissal rendelkező páciensek esetén egységes intervenciók hatására gyakran nemcsak a megcélzott, hanem a komorbid zavarok tüneteiben is javulás mutatkozhat (Mansell és mtsai, 2008; Perczel-Forintos, 2011). Ilyen transzdiagnosztikus tényező lehet a perfekcionizmus, amelynek emelkedett szintjét kényszeres zavar, szorongásos zavarok és poszttraumás stressz zavar, valamint bipoláris zavar esetén is kimutatták; sőt, depresszió és evészavarok esetén nemcsak a patológia kialakulásához, hanem fenntartásához is hozzájárul (Egan és mtsai, 2012). A rumináció szerepét hangulatzavarok, szorongásos zavarok és egyes pszichotikus zavarok (Hsu és mtsai, 2015), valamint szerhasználati és alkoholhasználati zavar esetén is alátámasztották (Grierson és mtsai, 2016). A legújabb kutatások a pszichológiai rugalmatlanság és az érzelmi diszreguláció szerepére hívják fel a figyelmet számos pszichés zavarnál (Abdi és Pak, 2019; Faustino, 2021).

A transzdiagnosztikus protokollok lehetővé tennék a komplex problémák és kapcsolódó zavarok rugalmas, egyidejű kezelését, és az alkalmazásukhoz szükséges végzettség megszerzése is gyorsabb és egyszerűbb lehetne a szakemberek számára (Craske, 2018; Dobson és Dozois, 2019). Az ideális ellátás tehát rövid, rugalmas, hatékony, a komorbid zavarokat is megcélzó és lehetőleg evidencián alapuló intervenciót nyújt a legkisebb várakozási idővel, a transzdiagnosztikus szemlélet alapján (Dindo és mtsai, 2017). A transzdiagnosztikus protokollok hatékonyságára vonatkozóan egyelőre

kevés empirikus eredmény áll rendelkezésre (Craske, 2018; Dindo és mtsai, 2017), és kérdéses, hogy a módszert valójában mennyire lehetne az egyéni szükségletekhez igazítani, de ígéretes terápiás és kutatási iránynak bizonyul (Dobson és Dozois, 2019).

Egy másik megközelítés alapján a leghatékonyabb intervenció csakis célzott, zavar-specifikus és teljes mértékben személyre szabott lehet, ami az evidencián alapuló, sztenderd kognitív viselkedésterápiás eszközkészletet használja (Craske, 2018). Az elmúlt években egyre több kezelési protokollt dolgoztak ki a pszichés és szomatikus zavarok kezelésére, amelyek valóban hatékony, könnyen követhető struktúrát biztosítanak a terapeutáknak (Dobson és Dozois, 2019). Bizonyos diagnózisok esetén azonban a bőség zavara alakult ki: a kezelők számára nehézséget okoz a számos, egymással gyakran átfedő módszerrel rendelkező protokollok közül a legmegfelelőbb kiválasztása, illetve a specifikus képzettség és a szupervízió megszerzése is.

Angliában a bizonyítékokon alapuló terápiák hozzáférhetőségének javítása érdekében drasztikusabb megoldásokat eszközöltek: a 2008-ban indított IAPT-program (*Improving Access to Psychological Therapies*) keretein belül kognitív viselkedésterápiás centrumokat nyitottak, új terapeutákat képeztek, és egészségügyi sztenderdeket dolgoztak ki a mentálhigiénés problémák kezelésére (Clark, 2018; Perczel-Forintos, 2011), valamint a terapeuták területi elhelyezkedésének tudatosabb szervezésével megpróbálták fizikailag is elérhető közelségre hozni a kezeléseket (Cavanagh, 2014).

Nemzetközi szinten a szakemberek egy új rendszer létrehozásában látják a probléma hatékony megoldását, ami egyszerre növelné a bizonyítékokon alapuló kezelések elérhetőségét, és tehermentesítené az egészség-

ügyet is: ez a lépcsőzetes ellátási modell bevezetése és az alacsony intenzitású, kognitív viselkedésterápián alapuló intervenciók implementálása.

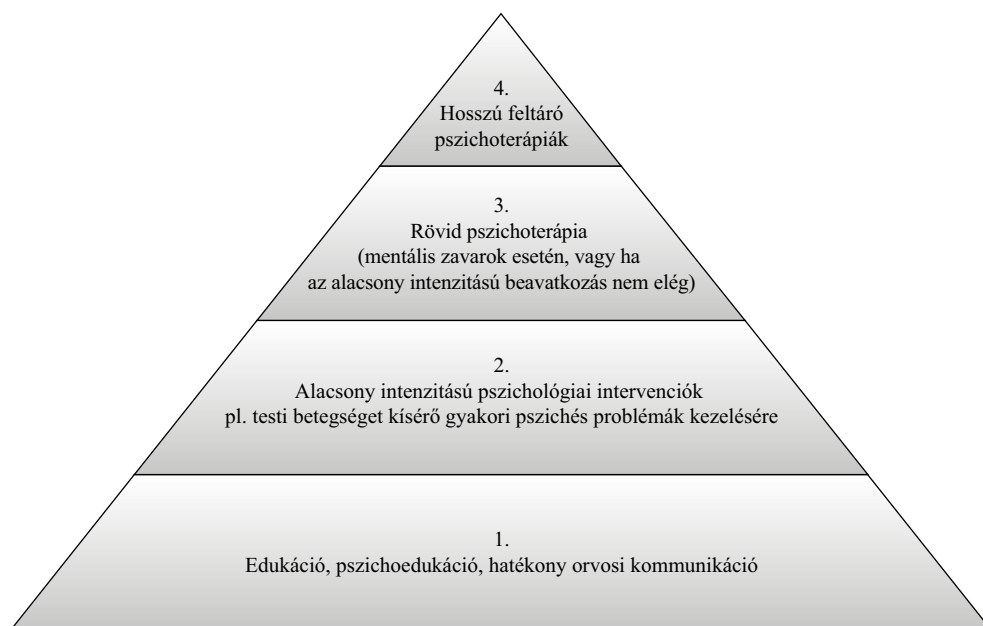
A lépcsőzetes ellátás és az alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók

A lépcsőzetes ellátási modell értelmében az azonos elméleti háttérű és módszertanú kezeléseket intenzitásuk alapján egy kontinuum mentén helyezhetjük el (Bower és Gilbody, 2005); az ellátás különböző szintjei eltérő technikákat alkalmazhatnak, és más lehet a kezelést nyújtó mentálhigiénés szakember is (lásd *1. ábra*). A modell alapelve szerint a terápia kiválasztásakor először a legkisebb beavatkozást igénylő intervenciót választják, figyelembe véve nemcsak a páciens diagnózisát és egyéni jellemzőit, hanem személyes preferenciáit is, így a kezelő a legkisebb befektetéssel a lehető legnagyobb eredményt érheti el. A terápia folyamatát szisztematikusan monitorozzák, amihez sztenderdizált módszereket – például kérdőíveket – használnak, és szükség esetén magasabb intenzitású kezelést ajánlanak a páciens számára. A modell kivitelezéséhez új munkaerő szükséges, ami a szomatikus, mentálhigiénés vagy szociális ellátásban dolgozók – orvosok, ápolók, nővérek, szociális munkások – bevonásával is megoldható (Craske, 2018), ugyanakkor lehetővé teszi, hogy a mentálhigiénés segítségnyújtás államilag támogatott formában, az alapellátás részeként is elérhető legyen (Nacem és mtsai, 2017).

Mivel a modell elsődleges célja, hogy fokozza a bizonyítékokon alapuló pszichoterápiák elérhetőségét, így a leggyakrabban kognitív viselkedésterápiás protokollokat alkalmaznak. A lépcsőzetes ellátás második fokán (az edukatív, hatékony orvosi kommu-

nikáció lépcsőfokát követően) az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápiás inter-

venciók helyezkednek el (Bennett-Levy és mtsai, 2010; Naeem és mtsai, 2017).



1. ábra. A lépcsőzetes ellátás modellje, Purebl (2018: 10) alapján

A KOGNITÍV VISELKEDÉSTERÁPIÁRÓL

A kognitív viselkedésterápia kialakulásának körülményei

A módszer viszonylag fiatalnak tekinthető: bár a kognitív fordulat hatására az 1960-as években a kogníciók a figyelem középpontjában kerültek, a klinikai pszichológia és a kutatási gyakorlat területeire az új irányzat csak fokozatosan, az 1970-es években épült be (Dobson és Dozois, 2019). Közvetlen előzményeinek a viselkedésterápiás módszerek, illetve a pszichodinamikus modellek tekinthetőek. A hatvanas években virágkorát élő viselkedésterápia – népszerűsége és hatékonysága ellenére – bizonyos

problémákra, mint például a kényszerszergondolatokra nem tudott megoldást kínálni, így szinte elkerülhetetlenné vált a kognitív nézőpont beemelése a terápiás térbe. Aaron T. Beck dinamikus szemléletű terápiás háttérrel írta le az eleinte tudatelőtes tartalmaként meghatározott, de a komputációs paradigmával később jól alátámasztható negatív automatikus gondolatok és a kognitív struktúra működését (Beck és Dozois, 2011). A kognitív viselkedésterápia a viselkedéses stratégiák és kognitív folyamatok összefonódásából született meg.

Ahhoz, hogy egy intervenciót kognitív viselkedésterápiásnak nevezünk, három fő feltételezésen kell alapulnia elméletének és

módszertanának (Beck és Dozois, 2011; Dobson és Dozois, 2019; Vaida és Ormeņiřan, 2013):

1. Az események egyéni interpretációja, vagyis kognitív értékelése határozza meg a rájuk adott affektív és viselkedéses válaszokat. A mediációhipotézisként is ismert felvetés értelmében a kogníciók mediátor-változóként vesznek részt az ingerek és az általuk kiváltott válaszok között.

2. A kognitív aktivitás monitorozható, tehát a személyes kogníciók hozzáférhetőek és megismerhetőek. Azonosításuk nem automatikus folyamat, de megfelelő tanítással és figyelemmel azzá tehető.

3. A kogníció, vagyis a helyzet értékelésének megváltoztatása maga után vonja a reakciók módosulását – ezen a feltételezésen alapul a kognitív átkeretezés technikája.

Fontos megjegyezni, hogy a CBT korai modelljei éles kontrasztban álltak a pszichodinamikus személyiség- és terápiamodellel, mivel a hangsúly a tudattalan folyamatokról és a hosszú távú, áttételen alapuló terápiákról a rövid, tünetekre és aktuális problémákra fókuszáló megoldásokra tevődött át (Dobson és Dozois, 2019). Ez a fajta „szembenállás” szakmai berkeken belül a mai napig érezteti hatását.

A kognitív viselkedésterápiák általános módszertani jellemzői

A kognitív viselkedésterápia a rövid terápiák közé tartozik, átlagosan 12–24 alkalomból áll (Beck és Dozois, 2011); unipoláris depresszió esetén 20, pánik zavarnál 5, szociális fóbia esetén 14 ülés alatt klinikailag jelentős változás érhető el a tünetekben (Perczel-Forintos, 2010). A találkozások limitált száma a terápia erősen strukturált jellegének és problémaorientációjának

köszönhető, amihez elengedhetetlen a páciens aktív közreműködése (Dobson és Dozois, 2019).

A kognitív viselkedésterápia edukatív módszer: a terapeuta segítségével a páciens elsajátítja a pszichopatológia kognitív megközelítését, ami saját esetének konceptualizálásával egészül ki. A konceptualizálás során a terapeuta a kognitív modell értelmezési keretében felvázolja a páciens élettörténetének releváns pontjait, valamint az azonosított problémákat és tüneteket (Perczel-Forintos, 2010). Az eset konceptualizálásához a páciens gondolatainak, hiedelmeinek, sémáinak azonosítása szükséges, erre szolgál a gondolatnapló vezetése és a szókratészi dialógus technikája: a terapeuta irányított kérdéseivel, reflexióival lehetővé teszi, hogy a páciens önmaga ismerhesse fel jelentésadási folyamatait, gondolatainak és viselkedésének következményeit. A gondolatnapló vezetésével a páciens – kezdetben a terapeuta támogatásával, majd az alapok elsajátításával önmagától – feljegyzi, hogy a specifikus életesemények milyen érzéseket, gondolatokat és testi tüneteket váltanak ki belőle. A gondolatnaplóval azonosíthatóak a kontextuális ingerek által kiváltott negatív automatikus gondolatok, amik funkcionális kapcsolatban állnak a személy hiedelmeivel és sémáival, ezért aktivációjuk esetén asszociatívan is megjelenhetnek (Beck és Dozois, 2011). A gondolatnapló vezetése lehetővé teszi, hogy a páciens objektívebb képet kapjon saját működéséről és kogníciójáról, megtanulja a gondolatok érvényességének vizsgálatát, és felismerheti bennük a kognitív torzításokat. A negatív automatikus gondolatok és torzítások mintázatából feltárhatóak a személy alaphiedelmei és sémái, így a terápia későbbi szakaszában

ezekre a mélyebben fekvő tartalmakra irányulhat a fókusz.

Fontos megjegyezni, hogy a terápia során nem az a cél, hogy a páciens negatív gondolatait pozitívvá cserélje. A technika segítségével a páciens saját kognícióit hipotézisekként kezelheti, amelyeket megkérdőjelez, bizonyítékokat keres, amik alátámaszthatják és megcáfolhatják őket, és alternatív magyarázatokat adhat helyettük az események interpretációjakor – tehát a cél a reális, adaptív értékelés kialakítása. A terapeuta problémamegoldási stratégiákat és relaxációs módszereket is taníthat a kognitív átstrukturálás mellett, amelyeket a házi feladatok során a páciens saját otthonában, hétköznapi környezetében gyakorolhat, ami elősegíti a készségek generalizációját. A terápia végéhez közeledve az ülések gyakorisága és sűrűsége csökken, a fókusz a tanult stratégiák megerősítésére, a visszaesések megelőzésére és a lehetséges triggererek felismerésére irányul. A sikeres terápia végén a páciens az elsajátított készségek és tudás birtokában képessé válik jövőbeli problémáinak önálló kezelésére (Dobson és Dozois, 2019).

A felsorolt technikák mellett nem szabad elfeledkezni a nem specifikus terápiás hatóanyagokról, így a terápiás szövetség kialakítása és a rogersi alapelvek betartása is nélkülözhetetlen (Perczel-Forintos, 2010). A terápiás kapcsolat különleges jelentőségű, mivel a páciens és a terapeuta között egyenrangú viszonynak kell kialakulnia. Bár a terápia alapvetően direktív jellegű, és a korai üléseken a terapeuta van aktívabb szerepben, a kollaboratív empirizmus értelmében a terapeuta a páciens saját életében szakértőnek tekinti, akivel együttműködve, közösen dolgoznak a terápiás cél elérése érdekében.

A kognitív viselkedésterápiák fejlődésének köszönhetően az ún. második hullámhoz tartozó intervenciók új megközelítéseket alkalmaznak a sztenderd módszerekre nem reagáló, főként személyiségzavarral küzdő páciensek kezelésére. A hosszabb, integratív módszertant alkalmazó intervenciókban viselkedéses, kognitív, érzelemfókuszú és élményalapú technikák egyaránt megjelenhetnek, és markáns fókusz helyeződik a terápiás kapcsolatra is (Kellogg és Young, 2006). Az ún. harmadik hullám terápiái pedig a metakognitív folyamatokra és a tudatos jelenlétre fókuszálnak: céljuk a figyelem irányítása és a metakognitív hiedelmek megkérdőjelezése (Wells, 2008), a pszichológiai rugalmasság fejlesztése (Dindo és mtsai, 2017), valamint az ítékezésmentes attitűd kialakítása – ezáltal az emocionális reaktivitás csökkentése. Így ezek az intervenciók a relapszus-prevencióban is sikeresen alkalmazhatóak (Kuyken és mtsai, 2015).

A kognitív viselkedésterápiás intervenciók hatékonysága

A sztenderd CBT-intervenciók hatékonyságát számos randomizált kontrollált vizsgálat és metaanalízis alátámasztotta. Bár a kutatók egy része kis elemszámmal dolgozik, és módszertanilag gyenge (Hofmann és mtsai, 2012), eredményeik a CBT hatékonyságára utalnak. Szorongásos zavarok, így generalizált szorongásos zavar, pánik zavar (agorafóbiával vagy anélkül) és szociális fóbia esetén konzisztensen nagy hatásméreteket találtak (Cuijpers, 2017; Hofmann és mtsai, 2012), és az eredmények alapján a CBT hatékonyabb, mint önmagában a farmakoterápia. A kutatási eredményekre támaszkodva a nemzetközi protokollok a szorongásos zavarok kezelésé-

re elsődlegesen a kognitív viselkedésterápiát javasolják (Dobson és Dozois, 2019). A depresszív zavarok esetén kicsi vagy közepes hatásméreteket találtak (Hofmann és mtsai, 2012), ugyanakkor egyes eredmények alapján a terápia hatékonyabb (Butler és mtsai, 2006), vagy legalább olyan hatékony, mint önmagukban az antidepresszívumok (Cuijpers, 2017). Újabb eredmények alapján a kombinált kezelés (CBT és farmakoterápia együtt) szignifikánsan jobb hatású, mint a két terápiás típus önmagában (Cuijpers, 2017; Cuijpers és mtsai, 2014). A vizsgálati eredmények alátámasztották a kognitív viselkedésterápia hatékonyságát kényszeres zavar (Butler és mtsai, 2006; Cuijpers és mtsai, 2014; Hofmann és mtsai, 2012), pszichoszomatikus tünetek, függőségek és szerhasználati zavarok, a stresszel való megküzdés (Hofmann és mtsai, 2012), poszttraumás stressz zavar és bulimia nervosa, valamint gyermekeknél szorongásos és depresszív zavarok esetében is (Butler és mtsai, 2006; Hofmann és mtsai, 2012). A módszer a jellemzően internalizáló kórképek mellett az externalizáló tüneteket is enyhítheti, így gyermekeknél oppozíciós zavar és figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (Battagliese és mtsai, 2015), valamint indulatkezelési problémák kezelésére is megfelelő (Hofmann és mtsai, 2012). A vizsgálatok alapján a CBT eredményesen alkalmazható a szkizofrénia kiegészítő terápiájaként (Butler és mtsai, 2006; Hazell és mtsai, 2016), különösen a pozitív tünetek csökkentésében (Hofmann és mtsai, 2012; Turner és mtsai, 2014).

AZ ALACSONY INTENZITÁSÚ KOGNITÍV VISELKEDESTERÁPIA

Az alacsony intenzitású terápia elnevezése félrevezető lehet: az intenzitás nem a szolgáltatás minőségére, hanem a kezelést nyújtó szakemberek igénybevétele nézve alacsony. Ők a lehető legkevesebb időt töltik el a páciensekkel, mivel az intervenció az önszolgáltató módszerekre és a technológia használatára helyezi a hangsúlyt (Haller és mtsai, 2019). Az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia elsősorban az enyhe és közepes súlyos szorongásos zavarok és depresszió esetén ajánlott (Bennett-Levy és mtsai, 2010).

Az intervenciókat tarthatják egészségügyi vagy szociális dolgozók, pszichoterapeuták és háziorvosok (Bennett-Levy és mtsai, 2010), de olyan kezelők is, akik egy rövid, specifikus, intenzív képzés elvégzése előtt nem dolgoztak még a mentálhigiénés ellátás területén (Thwaites és mtsai, 2015). A kezelők számára részletes, rugalmasan alkalmazható terápiás protokollok, könyvek és programok állnak rendelkezésre (Bennett-Levy és mtsai, 2010). Emellett kötelező részt venniük rendszeres szupervíziós alkalmakon, amik azért is szükségesek, mert egyszerre sokkal több személlyel foglalkoznak, mint ahogy azt a sztenderd terápiáknál megszokhattunk (Naem és mtsai, 2017). Az intervenció változatlanul edukatív jellegű, de a terápia alapját nyújtó kognitív viselkedésterápiás modell megtanításáért nem a terapeuta felel: a páciens a kiadott könyvek, számítógépes programok, internetes oldalak, telefonos applikációk segítségével tájékozódhat. A segédanyagok összeállítása külön kihívást jelent a szakemberek számára, mivel az anyagot könnyen érthetővé, érdekessé és vonzóvá kell tenniük, amihez alapjaiban kell

megváltoztatni a kognitív viselkedésterápia nyelvezetét (Bennett-Levy és mtsai, 2010).

A sztenderd terápiához hasonlóan a kezelés a páciens tüneteinek felmérésevel indul. Az alacsony intenzitású intervencióban az első interjú rövidebb időtartamú, nemcsak személyesen, hanem telefonon is megtörténhet, és teljes egészében a páciens aktuális élethelyzetére és problémáira fókuszál. A terápiás szövetség kialakítása a kezelés nélkülözhetetlen része, így a kapcsolattartás folyamatos, de történhet személyesen – egyéni és csoportos formában –, telefonon, levélben, SMS-üzeneteken keresztül és e-mailben is (Antal-Uram és mtsai, 2018). A kapcsolattartó beszélgetések rövidek és fókuszáltak, növelik a beteg együttműködését és motivációját a kezelés során, és lehetővé teszik a kezelő számára a páciens előrehaladásának monitorozását és értékelését, amiről a páciens is rendszeresen visszajelzést kap (Bennett-Levy és mtsai, 2010).

A sztenderd CBT-hez hasonlóan a kapcsolattartási alkalmak között a páciensnek házi feladatokat és gyakorlatokat kell elvégeznie. Ahogy Lopez és munkatársai (2013) rámutattak, a páciensek elismerik a házi feladatok fontosságát, még akkor is, ha nem mindig végzik el őket. Az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia újítása, hogy az intervenciókat preventív jelleggel vagy korai beavatkozásra is használni lehet, különösen az internetes és telefonos applikációk segítségével (Bennett-Levy és mtsai, 2010).

Az alacsony intenzitású CBT hatékonysága

Bár hazánkban még csak az intervenciók adaptálásának első lépéseit látjuk (pl. Antal-Uram és mtsai, 2018; Purebl, 2018), a kezelési mód az elmúlt évtizedben több ország-

ban is az alapellátás részévé vált, és néhány vizsgálat is indult vele kapcsolatban. A kutatások meglehetősen ellentmondásos eredményeket találtak: az intervenció bizonyos esetekben jelentősen javította a szorongásos zavarok és a depresszió tüneteit (Asztalos és mtsai, 2020; Bennett-Levy és mtsai, 2010; Naeem és mtsai, 2017), azonban mindkét zavar esetén jelentős arányú visszaesést tapasztaltak a terápiát követő egy éven belül (Ali és mtsai, 2017). Az Egyesült Királyságban a szorongásos és depresszív zavarok (Lopez és mtsai, 2013), valamint a kényszeres zavar kezelésére protokoll szerint a lépcsőzetes ellátás javasolt, de a kapcsolódó vizsgálatokban az intervenció hatására nem tapasztaltak klinikailag szignifikáns javulást, és a kezelés a későbbi intenzív terápia hatékonyságát se növelte kényszeres zavar (Lopez és mtsai, 2013) és depresszió esetén sem (Barkham és Saxon, 2018).

Ennek ellenére a páciensek alapvetően elégedettek az intervencióval, és pozitív élményként tekintenek rá (Haller és mtsai, 2019). Bár a terápia eredetileg nem a súlyos zavarokat célozza meg, az eredmények alapján szignifikáns javulást okozhat a pszichózis tüneteiben, de a társuló szorongást és negatív hangulatot nem tudja kezelni (Hazell és mtsai, 2016; Waller és mtsai, 2013).

Jelenleg korlátozott számú vizsgálat áll rendelkezésre az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia hatásával és terápiás mechanizmusaival kapcsolatban, ezért nem vonhatunk le egyértelmű következtetéseket az intervenció hatékonyságáról. További, módszertanilag megalapozott, nagyobb elemszámot és kontrollcsoportot alkalmazó vizsgálatokra lenne szükség különböző célcsoportok és pszichés zavarok esetén.

AZ ALACSONY INTENZITÁSÚ KOGNITÍV VISELKEDÉSTERÁPIA SWOT-ELEMZÉSE

A SWOT, tehát az erősségek (*Strengths*), gyengeségek (*Weaknesses*), lehetőségek (*Opportunities*) és veszélyek (*Threats*) analízise a stratégiai elemzés egyik eszköze, amit több mint 50 éve alkalmaznak szervezetek, programok, intervenciók tervezésekor és implementációjakor egyaránt (Leigh, 2006). Az analízis mátrix felvázolása elősegíti a komplex stratégiákkal kapcsolatos döntéshozatalt, mivel csökkenti és fókuszálja a szükséges információ mennyiségét (Helms és Nixon, 2010). A módszer alapja a négy faktor összetevőinek megállapítása: az *erősségek* olyan belső kompetenciák vagy tulajdonságok, amelyek hozzájárulnak a teljesítményhez, míg a *gyengeségek* belső hiányosságok, amik gyengítik az intervenció hatékonyságát (Leigh, 2006). A két faktor a program ellenőrzése alatt áll, míg a külső tényezők nagyrészt a program kontrollján kívül esnek, így a *veszélyek* potenciálisan csökkenthetik, a *lehetőségek* pedig növelhetik annak eredményességét. A tényezők azonosítása lehetővé teszi a hatékonyság maximalizálását, valamint alternatív megoldási stratégiák kidolgozását a veszélyek és gyengeségek leküzdésére.

Erősségek

Az alacsony intenzitású intervenciók jelentős mértékben csökkenthetik az intenzív pszichoterápiát nyújtó ellátórendszerek terhelését, amelyek általában korlátozott kapacitással működnek (Lovell és mtsai, 2017). A klinikai gyakorlat szerint a kezelést – opcionálisan – elérhetővé teszik a várólistán lévőeknek, ami több szempontból is előnyös

kimenetellel járhat: amennyiben az intervenció hatásos, a páciens számára már nem lesz szükség az intenzív pszichoterápia igénybevételére. Egyes kutatások alapján a minimális intervenciók hatékonysága megközelítheti az intenzív terápiáét, és rugalmasságuknak köszönhetően lehetővé teszik a különböző terápiás technikák ötvözését, amivel a páciens problémáinak különböző aspektusait egyszerre lehet megcélózni (Bower és Gilbody, 2005). A páciens számára emellett idő- és költséghatékony megoldást jelent, ha problémáját az alapellátáson belül meg tudják oldani (Lovell és mtsai, 2017). Amennyiben a páciensnek mégis szüksége lenne az intenzív terápiára, az intervenció során megszerzett elméleti alapok és technikák megakadályozhatják a tünetetek súlyosbodását a várakozási időszak alatt, és a pszichoterápiás kezelés hosszú távú hatékonyságát is támogathatják. A vizsgálati eredmények és klinikai tapasztalatok alapján növelhetik a szomatikus és pszichiátriai ellátásban a kezeléssel való együttműködés mértékét, ami pozitív hatással van az ellátás kimenetelére nézve is (Antal-Uram és mtsai, 2018; Asztalos és mtsai, 2020).

Az alacsony intenzitású intervenciók technikák a szakemberek számára gyorsan és egyszerűen, magas előképzettség nélkül elsajátíthatóak, és ezzel hozzájárulnak ahhoz, hogy a kezelők kompetensebbnek érezzék magukat. A jelenlegi gyakorlatban a segítő foglalkozásúak sokszor tehetetlenséget élnek meg, amiért nem tudnak segíteni a hozzájuk fordulókon, sőt, gyakran még olyan szakembert vagy intézményt se ismernek, ahova tovább tudnák küldeni a segítségre szorulókat (Asztalos és mtsai, 2020). Az új intervenciók eszközt adnak az ellátásban részt vevők kezébe – ami a kiégés megelőzésében is

kulcsfontosságú lehet –, rugalmasan személyre szabhatóak, és rövidebb idő alatt jelentős változás érhető el általuk. A kezelés lebonyolításához nincs szükség a hagyományos terápiás légkör kialakítására, hiszen a kapcsolatfelvétel gyakran telefonon vagy interneten keresztül történik. Az intervenció mellett szólnak azok a kutatási eredmények, amelyek alapján a páciensek egy része nem a tradicionális egyéni terápiát választja, ha rendelkezésére áll több alternatíva is, hanem kifejezetten az alacsony intenzitású csoportos intervenciókat vagy önségítő könyveket preferálja (Bennett-Levy és mtsai, 2010). Emellett a páciensek kimondottan örülnek a kezeléseknak, még akkor is, ha nem tapasztalnak szignifikáns javulást, hiszen nem érzik úgy, hogy az ellátórendszer cserben hagyta őket, vagy egyedül maradtak problémáikkal (Haller és mtsai, 2019; Lopez és mtsai, 2013).

Gyengeségek

Az alacsony intenzitású intervenciók esetén megkérdőjelezhető, hogy a kezelők rövid, gyakorlati fókuszú képzése valójában mennyire eredményes az esetek konceptuálizálása és a háttérben lévő folyamatok, torzítások felismerése szempontjából, amihez a kognitív modell és a kapcsolódó elméleti háttér alaposabb ismerete szükséges (Naeem és mtsai, 2017). Amennyiben a páciens nem mentálhigiénés szakember küldi az intervencióba, a felvételi beszélgetés során – ami jelen- és problémafókuszú (Bennett-Levy és mtsai, 2010) – az intervenció indikációja mellett a mélyebb zavarok vagy a meglévő karakterpatológia rejtve maradhat, ami a kezelés folyamatát jelentősen megnehezítheti és a terápia hatékonyságát is csökkentheti (Pretzer és Beck, 2005).

A szakirodalom nem tér ki rá, mi történik, ha a rendelkezésre álló személyes vagy telefonos kapcsolattartás kevésnek bizonyul a páciens számára, akár az ülések hosszára vagy gyakoriságukra való tekintettel (Thwaites és mtsai, 2015). A személyes vagy telefonos terápiára rendelkezésre álló átlagosan 30 perc rendkívül kevés, ami megnehezítheti, hogy a páciens aktuális, friss problémáit behozza a terápiás térbe, vagy ha mégis behozhatja, mindez hirtelen fókusz- és stratégiaváltásra kényszerítheti a kezelőt, amitől a terápiás folyamat megakadhat, vagy további, előre nem tervezett alkalmakat igényelhet a problémák megoldására (Bennett-Levy és mtsai, 2010). A kezelő és páciens közötti korlátozott kontaktus megnehezítheti a terápiás szövetség kialakítását és elmélyítését, amivel egy jelentős nem specifikus terápiás tényező, a kapcsolat is veszélybe kerülhet (Perczel-Forintos, 2010). A terápiás kapcsolat fontosságára korábbi kutatások már rámutattak (Haller és mtsai, 2019; Lopez és mtsai, 2013). Ezen kívül kulturális különbségeket is felfedezhetünk a páciensek által igényelt terápiás kapcsolat mélységét és a kezelő személyét illetően (Lopez és mtsai, 2013), ami kultúraspecifikus protokollok kialakítását teszi szükségessé.

Aggódalomra adnak okot az alacsony intenzitású intervenciók hatékonyságára vonatkozó eredmények, amelyek alapján a kezelés hatására gyakran nem javulnak jelentősen a páciensek tünetei (Barkham és Saxon, 2018; Lopez és mtsai, 2013) és a visszaesések aránya is magas szintű lehet (Ali és mtsai, 2017). A pszichológiai intervenciókról általánosan elmondható, hogy csak az esetek egy részében tudnak valódi szignifikáns javulást előidézni (Ali és mtsai, 2017; Craske, 2018). Az alacsony intenzitású intervenciók a lépcsőzetes ellátás alapját

képezik, ezért elfordulhat, hogy az érintettek nem szívesen lépnek tovább egy olyan intenzívebb programba, aminek elméletével és módszereivel egyszer már megismerkedtek, de nem okoztak számukra jelentősebb változást (Bower és Gilbody, 2005).

Az intervenció egyik legnagyobb korlátozó tényezője, hogy jelenlegi tudásunk szerint korlátozott azon diagnózisok és problémák száma, amelyekre bizonyosan sikeresen alkalmazható. A kezelés szempontjából kizáró oknak számít az akut mániás vagy pszichotikus epizód és az öngyilkos hajlamú betegek számára sem lehet ilyen terápiás formát ajánlani (Bennett-Levy és mtsai, 2010). Bizonyos patológiák – mint a súlyos depresszív állapotok – lehetetlenné teszik a módszerek alkalmazását, akárcsak a látási, hallási és olvasási problémák, valamint kognitív deficitek megléte, mivel megnehezítik a kezelővel történő kapcsolattartást, a kapott anyagok feldolgozását, vagy akár a feladatok megértését is.

Lehetőségek

Amennyiben az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia nemzetközi szinten beépülne az alapellátásba, paradigmaváltást hozhatna a mentálhigiénés és szomatikus ellátásban is. Az intervenciók a vizsgálati eredmények alapján a testi betegségekkel járó komorbid zavarok menedzselésében, és az adherencia növelésében is segítséget jelentenek (Antal-Uram és mtsai, 2018), így az orvosok és a betegek számára számos előnnyel járna, ha az alacsony intenzitású intervenciók a szomatikus ellátásban elterjednének.

Az internetes és számítógépes programok, valamint telefonos applikációk továbbfejlesztésével a páciensek egyéni profilokat

tudnának létrehozni, a tünetek és a napi aktivitás folyamatos monitorozásával a kezelés az aktuális állapotra illeszthető és személyre szabható lenne, szükség esetén pedig az azonnali beavatkozás is megvalósulhatna (Bennett-Levy és mtsai, 2010). Preventív jellegű applikációkra jelenleg is vannak példák, de a kognitív viselkedésterápia módszertanát felhasználva még hatékonyabb alkalmazásokat lehetne fejleszteni.

A sztenderd kognitív viselkedésterápia bizonyítottan alkalmas a visszaesések megelőzésére (Ali és mtsai, 2017), így az alacsony intenzitású intervenciók lehetővé tennék, hogy a pszichoterápiás kezelések lezárását követően a páciens a számára ismerős módszertannal és elméleti kerettel az alapellátás keretein belül további támogatást kapjon, aminek a relapszus-prevencióban nagy szerepe lenne.

Bár az intervenciók esetén az akut pszichotikus állapot kontraindikációt jelent (Bennett-Levy és mtsai, 2010), bizonyos kutatási eredmények mégis arra mutatnak, hogy a kezelés a pszichózis tüneteit is enyhíteni tudja (Hazell és mtsai, 2016). Ezek alapján érdemes lenne olyan protokollokat kidolgozni, amelyek kifejezetten a súlyos, krónikus zavarokban szenvedők önmenedzselését segítik elő. Korábbi vizsgálatok rámutattak, hogy a pszichológiai támogatás bizonyítottan növeli a gyógyszeres kezeléssel történő együttműködést (Antal-Uram és mtsai, 2018), emellett pedig potenciálisan a tüneteket is mérsékelheti.

Bennett-Levy és munkatársai (2010) szerint a látási és hallási nehézségekkel rendelkezők számára az önsegítésen alapuló minimális intervenciók nem megfelelőek, a modern technológia azonban páratlan lehetőséget biztosítana a felolvasóprogra-

moknak, a feliratozásnak és a kiegészítő lehetőségeknek köszönhetően. Így a jövőben érdemes lenne olyan applikációkat kifejleszteni, amelyek kifejezetten a látási és hallási nehézségekkel élőket célozzák meg, ezáltal a kognitív viselkedésterápiás intervenciók számukra is rendelkezésre állnának.

Veszélyek

Ahhoz, hogy az alacsony intenzitású intervenciók bekerüljenek a köztudatba, és általánosan elfogadott kezelési formává váljanak, elengedhetetlen lenne, hogy valóban beépüljenek az alapellátásba. Ellenkező esetben csak izolált, támogatás és erőforrás nélküli projektek maradnak (Naeem és mtsai, 2017). Mindehhez nemzeti és nemzetközi összefogásra és a mentálhigiénés ellátás fejlesztésére lenne szükség, amely Magyarországon még nem valósult meg (Perczel-Forintos, 2011). A bizonyítékokon alapuló módszerek hatékonysága szakmai körökben egyértelmű, a laikusnak számító páciensek számára azonban az intervenciók nagy része voltaképpen ismeretlen, ezért problémáikkal a háziorvost vagy a szociális ellátórendszer tagjait keresik meg (Asztalos és mtsai, 2020). Ez nem jelentene problémát, ha az alacsony intenzitású intervenciók már elérhetőek lennének ezeken a területeken, de az esetek többségében még nem ez a helyzet. A probléma megoldását tovább akadályozza, hogy a társadalom egy része számára a mentálhigiénés ellátás igénybevételét a pszichés problémák és kezelések stigmatizálása is megnehezíti (Asztalos és mtsai, 2020).

Bár az intervenciók egyik célja az ellátórendszer tehermentesítése, Lovell és munkatársai (2017) érdekes jelenséget mutattak ki vizsgálatukban: a kényszeres zavar-

ban szenvedő, várólistán lévő páciensek az alacsony intenzitású intervenció hatására nem tapasztaltak szignifikáns enyhülést tüneteikben, majd jelentős részük nem vette igénybe az intenzív terápiát sem, amikor már lehetőségük lett volna rá. A kezelés így részben elérte célját, hiszen csökkentette azok számát, akik további, intenzívebb kezelést kértek, ugyanakkor a páciensek valójában nem lettek jobban, vagyis a terápia sikertelennek bizonyult. A kutatásban részt vevők nem mérték fel, hogy a páciensek milyen indokkal utasították el a további kezelést annak ellenére, hogy szükségük lett volna rá. Előfordulhat azonban, hogy pont azért nem próbálkoztak tovább, mert csalódtak a kezelésben, vagy nem tartották valószínűnek, hogy az intenzívebb terápia – az ismert módszertanra alapozva – valódi enyhülést hozna számukra. A páciensek indokainak ismerete nélkül csak találgatni lehet, a potenciális problémára ugyanakkor Bower és Gilbody (2005) is felhívták a figyelmet a lépcsőzetes ellátással kapcsolatban. Fontos lenne tehát, hogy a páciensek az alacsony intenzitású intervenciókat követően rendszeresen utánkövetésen vegyenek részt, ami megakadályozná az ellátórendszerből történő kiesésüket, még mielőtt problémáikra valódi megoldást találnának. A SWOT-analízis összefoglalását az *1. táblázat* mutatja.

1. táblázat. Az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia SWOT-analízise

<p style="text-align: center;">Erősségek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ellátórendszer terhelésének csökkentése • Idő- és költséghatékony • Rugalmasan kombinálható • Adherencia növelésére alkalmas • Gyorsabb, egyszerűbb kezelői képzés • Kompetencia növelése, kiegészítő megelőzése • Páciens preferenciája figyelembe vehető 	<p style="text-align: center;">Gyengeségek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kezelők rövid, gyakorlati fókuszú képzése • Karakterpatológiák rejtve maradhatnak • Korlátozott kapcsolat kezelő és páciens között • Hatékonyságvizsgálatok eredményei, magas visszaesési arány • Korlátozott alkalmazás
<p style="text-align: center;">Lehetőségek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Szomatikus ellátás támogatása • A technológia személyre szabható • Preventív alkalmazások fejlesztése • Relapszus-prevenció • Pszichotikus zavarok önmenedzselése • Speciális programok látás- és hallássérültek számára 	<p style="text-align: center;">Veszélyek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mentálhigiénés ellátás átfogó fejlesztése szükséges • Korlátozott elérhetőség a páciensek számára • Hatástalan intervenció után az intenzív kezelés visszautasítása

ÖSSZEFOGLALÁS

A mentális zavarok gyakorisága és az ellátás nehézségei világszerte komoly kihívások elé állítják a szakmai közönséget, ami felhívja a figyelmet arra, hogy a modern korhoz igazodó, újabb megoldási lehetőségekre van szükség.

A terápiás viszonyok minőségi eltolódása jól modellezi a pszichoterápiás módszerekben az 1960-as években bekövetkezett változásokat, amikor a laikusok számára nehezen érthető, már-már misztikusnak tűnő analitikus módszerek mellett a könnyen átlátható kognitív modellek is elterjedtek (Bennett-Levy és mtsai, 2010). A lelki folyamatok a laikusok számára is megérthetővé és kézzelfoghatóvá váltak, ezért egyre inkább nőtt az igény a könnyen elérhető, rövid és hatékony kezelésekről.

Az utóbbi évtizedekben jelentősen megnőtt a bizonyítékokon alapuló módszerek, így a kognitív viselkedésterápia iránti

kereslet. Ezt részben az intervenciók páratlan hatékonysága magyarázza, amelynek háttérében – elméleti szempontból – a mediációs modell megbízhatósága található. Más nézőpontból azonban az evidencián alapuló modellek sikeréhez a szomatikus és pszichiátriai orvoslásban a bio-pszicho-szociális modell térnyerése is hozzájárul (Antal-Uram és mtsai, 2018).

Az igények növekedésével az ellátórendszerek túlterheltsége nemzetközi problémává vált, amelyre a progresszivitási szintek alapján történő ellátás és ezen belül az alacsony intenzitású intervenciók jelenthetnék a megoldást, a kezdeményezés azonban világszerte és hazánkban is meglehetősen kiforratlan (Bennett-Levy és mtsai, 2010).

Az alacsony intenzitású kognitív viselkedésterápia elméleti megalapozottságát és módszertanát tekintve megegyezik a sztenderd módszerekkel, a két intervenció azonban számos ponton különbözik. A sztenderd

módszereknél ismert didaktikus edukálás helyett az önségítésen alapuló terápiában az elméleti alapok megszerzése a páciens saját feladata és felelőssége lett. A sztenderd CBT-ben a kezelő és páciens közötti kapcsolat az elméleti és gyakorlati alapok átadásával fokozatosan válik egyenrangúvá, míg végül a páciens aktivitása lesz a döntő (Dobson és Dozois, 2019). Ezzel szemben az alacsony intenzitású intervenciók során a terapeuta végig csak facilitáló, támogató szerepet vesz fel, és a hangsúly az önségítésen alapuló technikákon van.

Az alacsony intenzitású terápiák amellett, hogy az alapellátáson belül hozzáférhetővé és megfizethetővé teszik a pszichológiai intervenciókat a páciensek számára, tehermentesítik a magasan képzett szakembereket. Ez lehetővé teszi, hogy a súlyos, azonnali beavatkozást igénylő állapotok kezelése

elsőbbiséget élvezhessen, ezzel párhuzamosan pedig a mentálhigiénés és szociális ellátórendszerre nehezedő teher is jelentősen csökken (Bower és Gilbody, 2005). Az intervenciók kiemelkedő mértékben személyre szabhatóak, és sosem látott rugalmasságot biztosítanak a kezelők és páciensek számára egyaránt.

Összefoglaló tanulmányunk fő üzenete, hogy az alacsony intenzitású terápiák alapjaiban változtathatnák meg a betegellátást. Ennek lényegi része, hogy olyan integrált, heterogén szükségleteket kielégítő intervenciók legyenek elérhetőek, amelyek különböző progresszivitási szinteken a pszichés, szomatikus és viselkedésben megnyilvánuló problémákat egyszerre tudják kezelni (Dindo és mtsai, 2017), és az evidencián alapuló kognitív viselkedésterápiás módszertannal dolgoznak.

SUMMARY

THE PLACE OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN THE MENTAL HEALTH CARE SYSTEM: ANALYSIS OF THE LOW-INTENSITY INTERVENTIONS

Background and aims: The increasing rates of psychiatric disorders and the growing demand for evidence-based interventions have put a heavy burden on the mental health care system worldwide over the last couple of decades: the traditional health care system with its limited capacity is not able to properly satisfy the patients' needs anymore. The aim of this study is to present the initiatives to solve this problem, particularly the stepped care approach and the low intensity cognitive behavioral therapy interventions.

Method: We reviewed the international literature of the evidence-based cognitive behavioral therapy (CBT). For the extensive analysis of low intensity cognitive behavioral techniques – based on the methodology of CBT yet emphasizing self-helping skills – we used SWOT analysis.

Results: Reviewing the literature, research and clinical practice have repeatedly supported the effectiveness of the cognitive behavioral therapy in the treatment of several psychiatric and physical conditions.

Conclusions: An overall development of the mental health care system would be needed to implement the stepped care model and the time-limited, cost-effective, and flexible low

intensity interventions in our country. Using low intensity CBT as a part of the primary care would be beneficial not only for the personnel but for the patients as well; it could bring relief to the health care system, and evidence-based therapeutic interventions could be easily accessible for the patients.

Keywords: cognitive behavioral therapy, mental health care, stepped care, low-intensity psychological interventions, SWOT analysis

IRODALOM

- ABDI, R., PAK, R. (2019): The mediating role of emotion dysregulation as a transdiagnostic factor in the relationship between pathological personality dimensions and emotional disorders symptoms severity. *Personality and Individual Differences*, 142. 282–287.
- ALI, S., RHODES, L., MOREEA, O., MCMILLAN, D., GILBODY, S., LEACH, C., LUCOCK, M., LUTZ, W., DELGADILLO, J. (2017): How durable is the effect of low intensity CBT for depression and anxiety? Remission and relapse in a longitudinal cohort study. *Behaviour Research and Therapy*, 94(July). 1–8.
- ANTAL-URAM D., HARSÁNYI L., PERCEL-FORINTOS D. (2018): Az alacsony intenzitású, bizonyítottan hatékony kognitív viselkedésterápia Crohn-betegségben. *Orvosi Hetilap*, 159(9). 363–369.
- ASZTALOS B., LÁDONYI Z., TÉSENYI T. (2020): LIPI ajánlások szociális szakembereknek: Alacsony Intenzitású Pszichológiai Intervenciók további lehetőségeinek feltárása. In Karlovitz, J. T. (szerk.): *Reflexiók néhány magyarországi pedagógia-releváns kontextusra*. International Research Institute s.r.o., Komárno. 146–156.
- BANDELOW, B., MICHAELIS, S. (2015): Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3). 327–335.
- BARKHAM, M., SAXON, D. (2018): The effectiveness of high-intensity CBT and counselling alone and following low-intensity CBT: A reanalysis of the 2nd UK National Audit of Psychological Therapies data. *BMC Psychiatry*, 18(1). 1–5.
- BATTAGLIESE, G., CACCETTA, M., LUPPINO, O. I., BAGLIONI, C., CARDI, V., MANCINI, F., BUONANNO, C. (2015): Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behaviour Research and Therapy*, 75(November). 60–71.
- BECK, A. T., DOZOIS, D. J. A. (2011): Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 62(1). 397–409.
- BENNETT-LEVY, J., RICHARDS, D. A., FARRAND, P., CHRISTENSEN, H., GRIFFITHS, K. M., KAVANAUGH, D. J., KLEIN, B., LAU, M. A., PROUDFOOT, J., RITTERBAND, L., WHITE, J., WILLIAMS, C. (eds) (2010): *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*. Oxford University Press, Oxford.
- BOWER, P., GILBODY, S. (2005): Stepped care in psychological therapies: Access, effectiveness and efficiency: Narrative literature review. *The British Journal of Psychiatry*, 186(1). 11–17.

- BUTLER, A., CHAPMAN, J., FORMAN, E., BECK, A. (2006): The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1). 17–31.
- CAVANAGH, K. (2014): Geographic inequity in the availability of cognitive behavioural therapy in England and Wales: A 10-year update. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(4). 497–501.
- CLARK D. M. (2018): Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14(May). 159–183.
- CRASKE, M. G. (2018): Honoring the Past, Envisioning the Future: ABCT's 50th Anniversary Presidential Address. *Behavior Therapy*, 49(2). 151–164.
- CUIJPERS, P. (2017): Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 58(1). 7–19.
- CUIJPERS, P., SIJBRANDIJ, M., KOOLE, S. L., ANDERSSON, G., BEEKMAN, A. T., REYNOLDS, C. F. (2014): Adding Psychotherapy to Antidepressant Medication in Depression and Anxiety Disorders: A Meta-Analysis. *Focus*, 12(3). 347–358.
- DINDO, L., VAN LIEW, J. R., ARCH, J. J. (2017): Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions. *Neurotherapeutics*, 14(3). 546–553.
- DOBSON, K. S., DOZOIS, D. J. A. (eds) (2019): *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. Fourth Edition. The Guilford Press, New York, NY.
- EGAN, S. J., WADE, T. D., SHAFRAN, R. (2012): The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3). 279–294.
- FAUSTINO, B. (2021): Transdiagnostic perspective on psychological inflexibility and emotional dysregulation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(2). 233–246.
- GBD 2017 – DISEASE AND INJURY INCIDENCE AND PREVALENCE COLLABORATORS (2018): Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159). 1789–1858.
- GRIERSON, A. B., HICKIE, I. B., NAISMITH, S. L., SCOTT, J. (2016): The role of rumination in illness trajectories in youth: Linking trans-diagnostic processes with clinical staging models. *Psychological Medicine*, 46(12). 2467–2484.
- HALLER, E., BESSON, N., WATZKE, B. (2019): “Unrigging the support wheels” – A qualitative study on patients’ experiences with and perspectives on low-intensity CBT. *BMC Health Services Research*, 19(1). 1–13.
- HASIN D. S., SARVET, A. L., MEYERS, J. L., SAHA, T. D., RUAN, J., STOHL, M., GRANT, B. F. (2018): Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*, 75(4). 336–346.
- HAZELL, C., HAYWARD, M., CAVANAGH, K., STRAUSS, C. (2016): A systematic review and meta-analysis of low intensity CBT for psychosis. *Clinical Psychology Review*, 45. 183–192.

- HELMS, M. M., NIXON, J. (2010): Exploring SWOT analysis – where are we now? A review of academic research from the last decade. *Journal of Strategy and Management*, 3(3). 215–251.
- HOFMANN, S. G., ASNAANI, A., VONK, I. J. J., SAWYER, A. T., FANG, A. (2012): The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5). 427–440.
- HSU, K. J., BEARD, C., RIFKIN, L., DILLON, D. G., PIZZAGALLI, D. A., BJÖRGVINSSON, T. (2015): Transdiagnostic mechanisms in depression and anxiety: The role of rumination and attentional control. *Journal of Affective Disorders*, 188. 22–27.
- KELLOGG, S. H., YOUNG, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4). 445–458.
- KUYKEN, W., HAYES, R., BARRETT, B., BYNG, R., DALGLEISH, T., KESSLER, D., LEWIS, G., WATKINS, E., BREJCHA, C., CARDY, J., CAUSLEY, A., COWDEROY, S., EVANS, A., GRADINGER, F., KAUR, S., LANHAM, P., MORANT, N., RICHARDS, J., SHAH, P., SUTTON, H., VICARY, R., WEAVER, A., WILKS, J., WILLIAMS, M., TAYLOR, R. S., BYFORD, S. (2015): Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): A randomised controlled trial. *The Lancet*, 386(9988). 63–73.
- LAMBERT, M. J. (2017): Maximizing Psychotherapy Outcome beyond Evidence-Based Medicine. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(2). 80–89.
- LEIGH, D. (2006): SWOT Analysis. In Pershing J. A. (ed.): *Handbook of Human Performance Technology: Principles, Practices, and Potential*. John Wiley & Sons, San Francisco, CA. 1089–1108.
- LOPEZ, J., REES, M., CASTRO ROMERO, M. (2013): Are low-intensity CBT interventions effective and meaningful for the Latino community in the UK? *International Journal of Culture and Mental Health*, 7(4). 410–425.
- LOVELL, K., BOWER, P., GELLATLY, J., BYFORD, S., BEE, P., MCMILLAN, D., ARUNDEL, C., GILBODY, S., GEGA, L., HARDY, G., REYNOLDS, S., BARKHAM, M., MOTTRAM, P., LIDBETTER, N., PEDLEY, R., MOLLE, J., PECKHAM, E., KNOPP, J., PRICE, O., ROBERTS, C. (2017): Low-Intensity CBT Interventions for Obsessive Compulsive Disorder Compared to Waiting List for Therapist-Led CBT: 3-Arm Randomised Controlled Trial of Clinical Effectiveness. *PLoS Medicine*, 14(6). e1002337.
- MANSELL, W., HARVEY, A., WATKINS, E. R., SHAFRAN, R. (2008): Cognitive Behavioral Processes Across Psychological Disorders: A Review of the Utility and Validity of the Transdiagnostic Approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3). 181–191.
- NAEEM, F., PIKARD, J., RAO, S., AYUB, M., MUNSHI, T. (2017): Is it possible to provide low-intensity cognitive behavioral treatment (CBT Lite) in Canada without additional costs to the health system? First-year evaluation of a pilot CBT Lite program. *International Journal of Mental Health*. 46(4). 253–268.
- PERCZEL-FORINTOS, D. (2010): Kognitív pszichoterápia alkalmazása a személyiségzavarok kezelésében. *Orvosképzés*, 85(4). 358–365.

- PERCZEL-FORINTOS, D. (2011): The availability of evidence based psychotherapies. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(1). 3–10.
- PRETZER, J., BECK, A. (2005): A Cognitive Theory of Personality Disorders. In Lenzenweger, M. F., Clarkin J. F. (eds): *Major Theories of Personality Disorder*. The Guilford Press, New York, NY. 43–113.
- PUREBL, G. (2018): Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a mindennapi orvosi gyakorlatban. Oriold és Társai Kiadó Kft., Budapest. 8–10.
- THWAITES, R., CAIRNS, L., BENNETT-LEVY, J., JOHNSTON, L., LOWRIE, R., ROBINSON, A., TURNER, M., HAARHOFF, B., PERRY, H. (2015): Developing Metacompetence in Low Intensity Cognitive-Behavioural Therapy (CBT) Interventions: Evaluating a Self-Practice/ Self-Reflection Programme for Experienced Low Intensity CBT Practitioners. *Australian Psychologist*, 50(5). 311–321.
- TURNER, D. T., VAN DER GAAG, M., KARYOTAKI, E., CUIJPERS, P. (2014): Psychological Interventions for Psychosis: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. *American Journal of Psychiatry*, 171(5). 523–538.
- VAIDA, S., ORMENIŞAN, M. C. (2013): From Plato to Ellis. A short investigation of the concept of emotions. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 78. 571–575.
- WALLER, H., GARETY, P. A., JOLLEY, S., FORNELLS-AMBROJO, M., KUIPERS, E., ONWUMERE, J., WOODALL, A., EMSLEY, R., CRAIG, T. (2013): Low intensity cognitive behavioural therapy for psychosis: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(1). 98–104.
- WANG, P. S., AGUILAR-GAXIOLA, S., ALONSO, J., ANGERMEYER, M. C., BORGES, G., BROMET, E. J., BRUFFAERTS, R., DE GIRLOLAMO, G., DE GRAAF, R., GUREJE, O., HARO, J. M., KARAM, E. G., KESSLER, R. C., KOVASS, V., LANE, M. C., LEE, S., LEVINSON, D., ONO, Y., PETUKHOVA, M., POSADA-VILLA, J., SEEDAT, S., WELLS, J. E. (2007): Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370(9590). 841–850.
- WELLS, A. (2008): Metacognitive therapy: Cognition applied to regulating cognition. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6). 651–658.



BALÁZS KATALIN
CSUKONYI CSILLA
KOLLERITS ELIZA
LIPTÁK MARCELL ANDRÁS
MARTOS TAMÁS
MATUSZKA BALÁZS
NAGY LUCA

SZERZŐINK

ÓRSI BALÁZS
POLYÁK KATALIN
SALLAY VIOLA
SIMON-ZÁMBORI PETRA
VIZIN GABRIELLA