ELŐSZÓ

A Reziliens Fejlődés-Pozitív (RFP) Kutatócsoport 2018-ban alakult azzal a céllal, hogy a gyermekkori és a serdülőkori fejlődést a protektív tényezők szempontjából vizsgálja. Kutatásainkat a KRE Bölcsészet- és Társadalomtudományi Kara által kiírt pályázat finanszírozta. Köszönetünket fejezzük ki a pénzügyi támogatásért. A reziliencia (lelki ellenállóképesség) többek között a személyiség egyik protektív faktora. A kutatócsoport szakemberei korábbi egyéni kutatási (reziliencia, szorongás, életminőség, ADHD, párkapcsolati intimitás, szülővé válás, szülői nevelői stílus) területeket a reziliencia témája köré szervezték. A rezilienciának három alappillére – egyéni, családi, társas – közül kettőt részletesen vizsgálja a kutatócsoport, ezek az egyéni és a családi reziliencia összefüggései. Az eredetilag tervezett kutatásainkat kiegészítettük a COVID-19 járvány első hullámában a pandámia pszichés jellemzőinek vizsgálatával.

A COVID-19 járvány globális hatása tagadhatatlan az emberi kapcsolatokra, gazdaságra, egészségügyre, hosszan elhúzódó, folyamatos kitettség, veszély az emberek számára, nemtől, kortól, társadalmi hovatartozástól függetlenül. Az emberiség jelenleg hosszan elhúzódó globális stresszhatásnak van kitéve. A rezilienciának számos meghatározása közül az egyik szerint a stressz hatás alatt fenntartott kompetens, adaptív működés jelezheti a rezilienciát. A külső, jelentős változásra optimális adptációval reagáló személyek képesek megbirkózni és felépülni a jelentős stresszből vagy nehézségekből és alacsonyabb szintű pszichológiai problémákat mutattak a korábbi katasztrófákkal szemben. Számos kutatás foglalkozik a felnőttek reziliencia jelenségével, mint a megterhelő élményekkel szembeni védőfaktor, azonban a gyermekek és serdülők tekintetében valamint a gyermekek és szüleik összefüggésének a téma vizsgálata újszerű.

A kutatócsoport a járványhelyzet első évében végzett kutatásait adja közre a különszámban. Az első tanulmány a reziliencia témáját részleteiben tárgyalja és a szülő-gyermek kapcsolatot támogató szerepét mutatja be járvány idején. Ezt követi a serdülők és a felnőttek kockázatészlelése pandémiás környezetben. Majd a személyiségjellemzők szerepét elemzi a harmadik tanulmány a járványhelyzetben átélt negatív élmények és a koronavírus okozta stressz vonatozásában. A szülők nevelési stílusának a gyermekek fejlődésében betöltött szerepét nagy érdeklődés övezi, a negyedik tanulmányban a témában végzett kutatási eredményeket olvashatjuk, különös tekintettel a családi rendszerben megfigyelhető kölcsönhatásokra. Ezt követően átfogó képet kapunk a koronavírus járvány családokra ki-

fejtett pszichés hatásáról. Végül a klinikai pszichológia területéről az ADHD-s gyermekek és serdülők tüneteinek erőssége, mentalizációs képességei, és a lelki ellenálló képességük közötti összefüggéseket vetjük össze a tipikus fejlődésű csoport hasonló adataival, bemutatjuk a jellemző eltéréseket. Napjainkban az egészségügyben, a gyermekgyógyászatban már szintén felismerték a reziliencia szerepét a krónikus betegséggel élő gyermekek és felnőttek életminőségének tekintetében és igazolták a reziliencia pozitív összefüggését a krónikus betegségekkel.

Ajánlom szeretettel az olvasó figyelmébe a kutatócsoport összegyűjtött tanulmányait, a tájékoztatás és a szakmai inspirálódás reményében.

Kövesdi Andrea
a tematikus szám szerkesztője

REZILIENCIA VÁLTOZÁSA ÉS TÁMOGATÓ SZEREPE A SZÜLŐ-GYERMEK KAPCSOLATBAN – LONGITUDINÁLIS VIZSGÁLAT COVID-19

Kövesdi Andrea, Soltész-Várhelyi Klára, Törő Krisztina, Csikós Gábor, Hadházi Éva, Takács Szabolcs, Rózsa Sándor, Földi Rita

Károli Gáspár Református Egyetem, Reziliens Fejlődés-Pozitív Kutatócsoport

Absztrakt

Elméleti háttér: A járvány globális hatása tagadhatatlan az emberi kapcsolatokra, gazdaságra, egészségügyre, (Trump, Igor, 2020). A COVID-19 járvány hosszan elhúzódó, folyamatos kitettség, veszély az emberek számára, nemtől, kortól, társadalmi hovatartozástól függetlenül. Azok a személyek, akik képesek megbirkózni és felépülni a jelentős stresszből vagy nehézségekből, alacsonyabb szintű pszichológiai problémákat mutattak a korábbi katasztrófákkal szemben (Blackmon és mtsai, 2017; Galea és mtsai, 2020; Salguero és mtsai, 2011) ahogy ez a COVID-19 járvány idején is tapasztalható (Bonanno és mtsai, 2008; Killgore és mtsai, 2020; Liu és mtsai, 2020). A reziliencia, a veszélyeztetett életkörülmények ellenére történő sikeres alkalmazkodás (Werner és Smith, 1992). A járvány időszakában a személyiség protektív faktorai közül a reziliencia képességére helyezzük a fókuszt kutatásunkban. *Módszer*: A longitudinális vizsgálatban hólabda módszert alkalmaztunk. Az első mintavételkor – 2020 áprilisában – 648 fő (324 szülő és gyermek), a második mintavételkor – 2020 decemberében – 88 fő (44 szülő és gyermek) töltötte ki az online kérdőíveket. *Célkitűzés*: A reziliencia védő szerepének azonosítása pandémiás időszakban. *Eredmények*: A szülők reziliencia értéke magasabb, mint a gyermekeké a vizsgált időszakban. A teljes minta figyelembevételével a lányok a legkitettebbek a stressz negatív hatásának. A reziliencia csökkenti a stressz negatív hatását a családi kapcsolatok minőségére. *Konklúzió*: A rezilienciát védőfaktorként azonosítottuk az egészségszorongás és a családi kapcsolatok minősége szempontjából. Pandémia időszakában a lélektani erőforrásokkal érdemes takarékoskodni és törekedni a töltődésre és a vitalitással teli élményekre, amikor a pozitív élmények a rugalmas alkalmazkodást (rezilienciát) támogatják.

Kulcsszavak: reziliencia ▪ stressz ▪ COVID-19 ▪ szülő-gyermek ▪ erőforrások

Abstract

Theoretical background: The global impact of the epidemic is undeniable on human relations, economy, health, (Trump, Igor, 2020). The COVID-19 epidemic is a long-lasting, continuous exposure, a danger to humans, regardless of gender, age or social affiliation. Individuals who are able to cope with and recover from significant stress or difficulty have shown lower levels of psychological problems compared to previous disasters (Blackmon et al., 2017; Galea et al., 2020; Salguero et al., 2011) as COVID- 19 also during an epidemic (Bonanno et al., 2007; Killgore et al., 2020; Liu et al., 2020). Resilience, despite endangered living conditions, has led to successful adaptation (Werner and Smith, 1992). Among the protective factors of personality during the epidemic, we focus on the

ability of resilience in our research. *Method*: The longitudinal study snowball method was used. At the first sampling – in April 2020 – 648 people (324 parents and children), at the second sampling – in December 2020 – 88 people (44 parents and children) filled in the online questionnaires. *Objective*: To identify the protective role of resilience in a pandemic period. *Results*: The resilience value of the parents is higher than that of the children during the study period. Considering the whole sample, girls are the most vulnerable to the effects of stress. Resilience reduces the negative impact of stress on the quality of family relationships. *Conclusion:* Resilience was identified as a protective factor for health anxiety and the quality of family relationships. In times of pandemic, it is worth saving psychological resources and striving for recharging and vitality-filled experiences when positive experiences support flexible adaptation (resilience).

Kulcsszavak: resilience ▪ stress ▪ COVID-19 ▪ parent-child ▪ resources

ELMÉLETI ÁTTEKINTÉS

A járvány globális hatása tagadhatatlan az emberi kapcsolatokra, gazdaságra, egészségügyre, közvetlen és közvetett hatásai véglegesen megváltoztatják a világot, mikro és makro szinten egyaránt (Trump, Igor, 2020). Egyedülálló katasztrófa kontextus alakult ki a mindennapi élet szempontjából, ahol átható a bizonytalanság érzés, (pl.: járvány végének dátuma nem ismert) a fertőzés lehetősége, a betegség lefolyása és a halál közelsége szokatlan és kiszámíthatatlan, mely tényezők összességében az átélt stresszt növelik és mindez a védőfaktorok korlátozott hozzáférésével járnak együtt (Ferreria és mtsai, 2020).

A rendkívül megterhelő élethelyzetben az erőforrások jelenléte, növelése, és az erőforrások gazdaságos felhasználása, a pozitív érzelmek hozzájárulnak a rugalmas ellenállóképesség (reziliencia), aktiválásához, megőrzéséhez és növeléséhez. Egyéni szinten eltérő erőforrások mozgósíthatók, azonban általános érvényűek pl. a boldogság, család, szeretet stb. dimenziók. A protektív faktorok (személyes, családi, társas) nehéz élethelyzetben segítik az adekvát megoldások megvalósítását (Werner, Smith, 2001). A megküzdést számos személyes protektív faktor segíti, olyanok mint; a kontroll képessége, a tanult leleményesség, az én-tudatosság, én-hatékonyság, reziliencia, koherencia érzés, optimizmus, konstruktív gondolkodás, érzelmi intelligencia, spirituális intelligencia (Kövesdi, 2018). A boldogság ugyan nem tartozik a felsoroltak közé, azonban lényegi eleme a személyes szubjektivitás, a személy csak maga ítélheti meg, hogy boldog-e vagy sem (Diener,1984). A boldogság (emocionális jóllét) nem homogén állapot, hanem a pozitív és negatív érzelmi állapotok (Diner, 1984) dinamikus változásával és az általános elégedettség élményéből alakul ki időszakosan. Ilyen formán a pozitív érzelmek, például mint a boldogság érzés átélési képessége összefüggésben van az érzelemszabályozással, a jólléttel rezilienciával (Dinner, 1994, Ryff, 1995, Kövesdi, 2018). Kutatási kérdéseink hátterében a pozitivitás és a reziliencia összefüggései állnak és olyan veszélyeztető tényezők, mint például a stressz.

REZILIENCIA ÉS SZEREPE A VÉDEKEZÉSBEN

A reziliencia, a veszélyeztető életkörülmények ellenére történő sikeres alkalmazkodás (Werner és Smith, 1992, 2001; id: Gyöngyösiné Kiss és mtsai, 2008). Olyan személyiség működésnek tartják, amely szorosan összefügg az adaptációs képességekkel, jellemző rá többek között a belső kontroll, az empátia, az optimizmus, a pozitív énkép, a változások pozitív kezelése és az én-hatékony viselkedés (Masten, 2001). Továbbá a reziliencia (rugalmas ellenállás) az egyén képessége arra, hogy sikeresen alkalmazkodjon (adaptáció), és kompetensen működjön (kompetencia) a kedvezőtlen – külső vagy belső – hatások ellenére, illetve a *tartós vagy súlyos traumatizációt* követően (Chicetti és Cohen (2006). A reziliens személyre jellemző az önbizalom, a türelem, és az alkalmazkodás képessége a változó környezethez, továbbá a nehézségek humoros kezelése, valamint hit a problémák megoldásában (Connor, Davidson, 2003). A reziliens működést támogatja a felelősségérzet, céltudatosság, eredményesség, leleményesség, önelfogadás, önirányítottság, együttműködés, kitartás és nyitottság (Gyöngyösiné Kiss és mtsai, 2008, Kiss, Makó, 2015). Ahogy a leírtakból is kitűnik a reziliencia komplex jelenség, fogalmi meghatározása szerteágazó, jelen tanulmányban Masten (2001) és Chicetti, Cohen (2006) felfogását követjük. A reziliencia szinonimájaként a tanulmányban a rugalmas ellenállást, rugalmas alkalmazkodás kifejezésekkel élünk a gördülékenyebb megértés és a kontextus figyelembevételével.

Kutatások igazolják a reziliencia védő szerepét a szorongásos-és depresszív állapotokkal szemben (Aspinwall, Tedeschi, 2010; Colaianna és mtsai, 2013, De Wazières, Vuitton, Dupond, 1999, Kövesdi, 2018) illetve támogató aspektusát a betegségből való felépülésben, valamint krónikus betegségek esetén a stabil állapot elérésében játszik szerepet gyermekek és felnőttek körében (Kiss, Makó, 2015, Kövesdi, 2016, Cal, Santiago, 2013, DeNisco, 2011, Girtler és mtsai, 2010, Mota és mtsai, 2006, Zautra és mtsai, 2005). Napjainkban a rezilienciát aktív folyamatként fogjuk fel, ami a pszichoterápia folyamatában növelhető, a pozitív élmények/érzések átélésével és más protektív faktorok fejlesztése által (Bolier és mtsai, 2013, Feder, Nestler, Charney, 2009, Girtler és mtsai, 2010, Kövesdi 2020).

REZILIENCIA PANDÉMIÁS IDŐSZAKBAN

A reziliencia képességére minden korábbi időszakhoz képest nagyobb szükségünk van egyéni-családi és társadalmi szinten a pandémiás helyzetben. A COVID-19 járvány hosszan elhúzódó, folyamatos kitettség, veszély az emberek számára, nemtől, kortól, társadalmi hovatartozástól függetlenül. A korábbi reziliencia kutatások jelen helyzettől eltérő körülmények között születtek, mivel

a vizsgált populáció érintett volt gyakran valamilyen megterhelő életkörülményben (Masten, 1990, Werner, Smith, 1992, Fredrikson, 2005, 2015), azonban az őket körülvevő családra, barátokra vagy társadalomra adott időben nem nehezedett hasonló jellegű megterhelő hatás. Jelenleg – COVID-19 időszakban – az emberekre közel azonos veszély leselkedik és azonos bizonytalanságban élik mindennapjaikat és az ad hoc védelmi (oltások, korlátozások) megoldások hatása, vagy éppen annak hiánya hasonlóan stresszkeltő.

Ugyanakkor a leírt körülmények kivételes lehetőséget is teremtenek a reziliencia tanulmányozására, mivel elsősorban a veszélyes helyzetekben aktiválódik a reziliens működés (Werner, Smith, 1992, Masten, 1990, Chichetti, Cohen 2006). A fizikai egészség mellett a mentális egészség védelme is kiemelkedő feladat pandémia idején, mivel korábbi kutatások szerint a katasztrófa helyzetek a meglévő mentális problémákat súlyosbítják (Cutter és mtsai, 2013). A járvány időszakában a szorongás és a depresszió előfordulása jelentősen megemelkedett (Barzilay és mtsai, 2020, Qui és mtsai, 2020), ami negatív összefüggést mutat a rezilienciával (Brionez és mtsai, 2010, Erim és mtsai, 2010, Holden és mtsai, 2012, Mangelli és mtsai, 2002, Ponarovsky és mtsai, 2011, Robottom és mtsai., 2012, Wingo és mtsai., 2010). Az alacsony reziliencia mellett nem érvényesül védő szerepe a pszichiátriai megbetegedésekkel szemben (Bachen, Chesney, Criswell, 2009, Erim és mtsai., 2010).

Azok a személyek, akik képesek megbirkózni a stressz negatív hatásaival és felépülni a nehézségekből, alacsonyabb szintű pszichológiai problémákat mutattak a korábbi katasztrófákkal szemben (Blackmon, Ross, Bachtrong, 2017; Galea et al., 2020; Salguero et al., 2011) és a COVID-19 járvány idején (Bonanno és mtsai, 2008; Killgore és mtsai, 2020; Liu és mtsai, 2020). A 2003-as SARS járvány idején a kutatók igazolták, hogy a túlélők körében mutatkozó szorongás mellett a rugalmas ellenállás is azonosítható (Bonanno és mtsai, 2004, Bonanno, 2008). Az averzív helyzetben idővel a szorongás mellett a rugalmasság alkalmazkodás is detektálható (Bonanno, 2008).

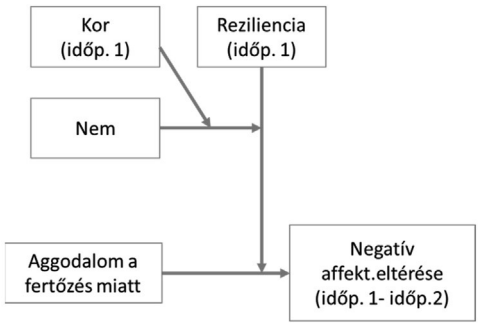
A reziliencia képessége a mentális egészség megtartását befolyásolja. Killgore és mtsai (2020) amerikai felnőtt mintán a reziliencia előrejelző tényezőiként azonosították; a heti több alkalommal levegőn töltött időt, a napi rendszerességgel végzett mozgást (10 perc/nap), a jelentősebbnek észlelt családi támogatást, a nagyobb észlelt társas támogatást (barátok), a megfelelő alvási időt és a gyakori imát (Killgore at.al, 2020).

A reziliencia összefüggését a stressz, önbizalom, érzelemszabályozás és interperszonális kapcsolatok aspektusából elemezve a magasabb reziliencia együtt járt alacsonyabb aggodalmaskodással, szorongással és depresszióval (Barzilay és mtsai, 2020). A reziliencia segít csökkenteni az aggodalmat, az általános szorongást és a depressziót. A vizsgálati mintában a nők felülreprezentáltak és mind a szorongás, mind a depresszió szempontjából magasabb pontértéket ér-

tek el. A mért szorongás és a depresszió értéke meghaladta a pandémián kívüli időszakban mért előfordulási adatokat (Barzilay és mtsai, 2020).

Az *észlelt stresszben* megmutatkozik a stresszor fenyegetése és az, hogy a személy mennyire képes megfelelően viselkedni és kognitív módon alkalmazkodni hozzá (Caplan, 1981, Lazarus, 1984). Katasztrófahelyzetben a szociálisan veszélyeztetett lakosság nagyobb valószínűséggel él meg nagyobb stresszt (Ferreriel és mtsai, 2019, Schwartz és mtsai, 2015). Ferreriel és mtsai, (2018, 2019, 2020), azoknál a személyeknél, akinek másokra kellett támaszkodni a járvány időszakában (pl.: nehéz körülmények között élő családok), és az otthonmaradás ideje jelentősen eltért az átlagtól, magasabb stressz szintet és alacsonyabb reziliencia értéket mértek. Az életkor és az iskolázottság pozitív együttjárást mutat az amerikai mintán a rezilienciával. A mintában felülreprezentáltak a nők (75%), átlagéletkor 47 év. CD-RISK pontszáma átlagos 30.97 (SD=5.46). A minta 66%-a közepes, vagy jelentős stresszt élt meg az járványhelyzet elején. Az alacsonyabb státuszú személyek nagyobb stresszt és alacsonyabb rezilienciát mutatnak, valamint romló tendenciát igazoltak a kutatók mindkét dimenzió tekintetében az idő előrehaladtával. Egy kínai tanulmány szerint sokan mutatják a depresszió és a szorongás jeleit a COVID-19 járvány első hullámában. Azon személyek, akik a megfelelő óvintézkedéseket megtették (maszkviselés, távolságtartás, fertőtlenítés, home office) és követték az egészségügyi felvilágosítást csökkenő szorongási tendenciát mutattak (Qui és mtsai, 2020, Wang és mtsai, 2020). Izraeli felnőttek körében végzett kutatás eredményei szerint a distressz jelentősen növekedése mellett (veszélyérzet, a szorongásos tünetek és az észlelt fenyegetettség) a rugalmassági mutatók jelentősen csökkentek (egyéni, a közösségi és a nemzeti) valamint a szubjektív jóllét mutatói szintén csökkentek. A COVID-19 súlyos, nagyszabású hatását találták mely a lakosság egyéni, közösségi és nemzeti ellenálló képességének jelentős csökkenését eredményezte (Kimhi és mtsai, 2020).

Egy longitudinális kutatás szerint a korábbi és a jelenlegi karanténok is hatással vannak az negatív érzelmekre, például haragot, félelmet, szorongást vagy depressziót váltanak ki (Brooks és mtsai., 2020; Vindegaard, Benros, 2020). Magasabb negatív érzelmeket tártak fel a lezárás során, valamint pozitív összefüggést mutattak ki az életkor és a negatív érzelmek növekedése között. Ezenkívül a fertőzés okozta aggodalom és a negatív érzelmek növekedése között csak az alacsony reziliencia képességű nők esetében figyelhető meg pozitív kapcsolat (Megias-Robles, Gutiérrez-Cob, Cabello, 2020).



1.ábra. A nem és a kor hatása a rezilienciára (Megias-Robles, Gutiérrez-Cob, Cabello, 2020).

A járvány következtében a nők körében nagyobb a negatív pszichológiai következmények kockázata (Vindegaard, Benros, 2020) és valószínűsítik, hogy a férfiak a nőktől eltérő védőmechanizmust alkalmazhatnak (Megias-Robles, Gutiérrez-Cob, Cabello, 2020). Megias-Robles, Gutiérrez-Cob, Cabello, (2020) szerint a kor szerepet játszik a lezárás során megfigyelt megnövekedett negativitásban, vagyis minél magasabb az életkor, annál nagyobb a negatív érzelmek növekedése. Idősebb felnőtteknél nagyobb a kockázata a mentális egészségi problémáknak, ha társadalmi elszigeteltség körülményei között kényszerülnek élni (Armitage, Nellums, 2020). Ugyanakkor más vizsgálatok vegyes eredményre jutottak az életkor, mint kockázat tényező tekintetében (Gao és mtsai., 2020; Mazza és mtsai., 2020; Qiu és mtsai., 2020; Vindegaard, Benros, 2020).

A COVID-19 járványkezelés során hozott korlátozások negatív hatással lehetnek a gyermekekre és szüleikre, ugyanakkor megkönnyíthetik a szülő-gyermek kötődést. Az észlelt stressz befolyásolhatja a kapcsolódás milyenségét. Achterberg és mtsai (2021) longitudinális vizsgálat során elemezték, hogy a bezárás hogyan befolyásolta az észlelt stressz változását, milyen módon hatott a szülők és a gyermekeik (10-13 éves) jóllétére. Megállapították, hogy a szülők negatív érzéseinek és a gyermekek externalizáló viselkedésének változását az észlelt stressz közvetítette. A szülőknél és a gyermekeknél az észlelt stressz negatív megküzdési stratégiákkal társult. Ezenkívül a gyermekek stressz szintjét befolyásolta a szülő korábbi és jelenlegi túlreagálása. Ezek az eredmények arra engednek következtetni, hogy a negatív megküzdési stratégiákkal rendelkező családok gyermekei veszélyeztetettek lehetnek a korlátozás negatív következményei tekintetében (Achterberg és mtsai, 2021).

Az *egészségszorongás* veszélyei között írják le – pl. spanyolnátha idején – az eltúlzott, a reális védekezést meghaladó viselkedésformákat, melyek akár veszélybe is sodorták a személyeket. Az egészségszorongás előrejelzőjeként azonosították, a reménytelenséget, a közösségi médiában töltött időt és a COVID-19 hírek követését (Kizikurt és mtsai, 2021). Magasabb reziliencia pontszám ala-

csonyabb COVID-19 aggodalommal járt együtt (Barzilay, 2020). A reziliencia közvetítő szerepét igazolták az egészségszorongás és a mentális egészség között, ahol a rugalmas ellenállás több aspektusa közül az elkötelezett cselekvésnek volt védő szerepe (Landi és mtsai, 2020). A járvánnyal kapcsolatos egészségügyi ismeretek magasabb színvonala magasabb reziliencia értékekkel járt, ami csökkenti a szorongást (Xiao és mtsai, 2020). A negatív érzelmi választ adó személyeket az alacsonyabb érzelmi stabilitás, az alacsonyabb reziliencia értéke és a magasabb alexitímia pontszám jellemezte (Osimo és mtsai, 2021). A mentális egészség ismérve többek között a negatív érzelmek és a pozitív érzelmek dinamikus egyensúlya.

Az affektív pszichológia az egyéneken belüli pszichológiai erősségekkel is foglalkozik a mentális problémák mellett. A rugalmasság, a remény és a szubjektív boldogság kapcsolatában a félelem közvetítő szerepét vizsgálták a kutatók török felnőtt mintán. A rezilienciának közvetlen és közvetett hatása volt a szubjektív boldogságra a vírustól való félelem viszonylatában. Azok a személyek, akik ellenálltak a stresszhatásnak és hittek abban, hogy megtalálják az adekvát megoldást pandémiás helyzetben, valamint megakadályozták a félelem érzésének eluralkodását, megtartották a mentális egészség állapotát (Satici és mtsai, 2020). A reziliencia csökkenti a járvány okozta stressz negatív hatását és növeli a boldogság szintjét (Peker, Cengiz, 2021).

Egy másik tanulmányban a pozitív hozzáállás közvetítő hatását írták le a COVID-19-el kapcsolatos észlelt kockázat, halál szorongás és a boldogság közötti összefüggésben. Az eredmények szerint, az észlelt kockázatnak jelentős közvetlen negatív hatása volt a pozitivitásra, a halál szorongásra és a boldogságra. A mediációs elemzés szerint a pozitivitás közvetítette az észlelt kockázat halálszorongásra és boldogságra gyakorolt hatását. Az eredmények azt sugallják, hogy a pozitivitás fontos szempont az egyéni erőforrásokon alapuló megelőzések és beavatkozások kidolgozásában, amelyek célja a pszichés distressz csökkentése és a boldogság élményének növelése (Yidirim, Güler, 2021).

Áttekintve a téma szempontjából releváns szakirodalmat megfogalmazódik a reziliencia védő szerepe a stressz vonatkozásában pandémia idején. Felmerül a kérdés, hogy szülő-gyermek páros vizsgálatával is igazolható az összefüggés? Valamint a pozitív hozzáállás – pl. boldogságérzés – rezilienciát támogató és a stresszt csökkentő hatása érvényesül a szülő-gyermek páros vizsgálata során?

Vizsgálati hipotézisek

1. A szülők reziliencia értéke magasabb a gyermekeik reziliencia értékénél.
2. A nők veszélyeztetettebbek a stressz hatás szempontjából.
3. Az egészségszorongás és az észlelt stressz csökkenti a rezilienciát.
4. A szülői én-hatékonyság befolyásolja a stressz és reziliencia kapcsolatát.
5. A reziliencia hatással van a családi kapcsolatok minőségére COVID-19 alatt.

Minta bemutatása és pszichometriai eszközök

A vizsgálati elrendezés szerint szülők és gyermekeik töltötték ki a kérdőív csomagot. Véletlenszerű mintavétel hólabda módszerrel történt, online felületen, megosztott link segítségével. A kérdőívet kitöltők körében a nők felülreprezentáltak (75,73%) szemben a férfiakkal. A mintáról országos lefedettség szempontjából elmondható, hogy 23% fővárosi kitöltő, 58% kitöltés vidéki városokból és 19% falvakból érkezett. Az elemzésbe vont teljes vizsgálati minta 648 fő.

Adatgyűjtés – Adatvesztés

A tavaszi mérésben 324 szülő-gyerek páros adatával dolgoztunk. Életkort tekintve a gyermekek beválogatási kritériuma 11-18 év a szülőké pedig 18-65 év volt. A második adatgyűjtés 2020 november-december hónapban folyt. Az adatvesztés ekkor jelentős volt, 88 főtől (44 szülő-gyermek páros) érkezett kitöltött kérdőív. 468 fő (234 páros) bár beleegyezett az utánkövetésbe, de télen mégsem töltötte ki a kérdőívet, 36 fő (18 páros) eredetileg sem egyezett bele a második adatfelvételbe és 56 fő (28 pár) félreértette az utánkövetéssel kapcsolatos kérdést, és nem adott meg elérhetőséget a későbbi megkeresésre, mindent szempontot figyelembe véve a lemorzsolódás 80 % feletti. A minta adatait az alábbi táblázatban mutatjuk be (1. tábla).

1. tábla. A minta adatai

	Teljes minta Tavasszal			Sample with follow-up in Spring		
	Age/M	**SD**	**N=648**	**Age/M**	**SD**	**N=88**
Apák	47.16	4.282	32	45.75	5.74	4
Anyák	43.70	5.047	310	45.20	4.83	40
Fiúk	14.07	2.211	134	14.33	1.98	21
Lányok	14.33	2.213	208	14.22	2.02	23

Pszichometriai eszközök

CD-RISK 10: A *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC, Connor és Davidson, 2003, Járai és mtsai, 2015) 10 tételes változata a stresszel való sikeres megküzdés mérésére kidolgozott rövidített kérdőív. A kitöltők 5 fokú Likert-skálán (0 = egyáltalán nem igaz, míg a 4 = szinte mindig igaz) értékelik az egyes tételeket.

PSS, Észlelt stressz kérdőív (Cohen, Williamson 1988, Stauder, Konkoly Thege, 2006), belső megbízhatósága igen jó. A nem, a kor, iskolai végzettség nem befolyásolja az összpontszámot számottevően. Krónikus stressz mérésére alkal-

masa a kérdőív. A kitöltők 5 fokú Likert-skálán (Az egyes tételeknél a magasabb pontszámok a stresszhelyzetek nagyobb gyakoriságát, illetve a sikeresebb megküzdést jelzik) értékelik az egyes tételeket. A mérőeszköz hazai adaptációja a megbízhatóságot és az érvényességet alátámasztotta (Staudler, Konkoly, 2006).

GSES: A 10 tételes General Self-Efficacy Scale-t (GSES) Schwarzer és Jerusalem (1995) dolgozták ki. Az általános énhatékonyság mérésére kidolgozott kérdőív magyar változatát a Kopp Mária és munkatársai (1993) adaptálták magyar nyelvre. A skála tételei a kitöltő kritikus helyzetekhez való hozzáállására kérdeznek rá: pl. Mikor nehéz élethelyzetben vagyok, biztosan tudom, hogy mit kell tennem. A válaszadás egy négyfokú skálán történik. A skála megbízhatóságát és érvényességét a hazai kutatások alátámasztották.

SHAI, Egészségszorongás kérdőív: A 18 tételes rövidített Egészségszorongás Kérdőív az egészségszorongást a fizikai állapottól függetlenül méri. Nem likert skálán jelöli a kitöltő a válaszát, hanem minden esetben négy különböző lehetőség közül választ. A mérőeszköz hazai adaptációja a módszer megbízhatóságát és érvényességét támasztotta alá (Köteles, Simor, Bárdos, 2011).

EREDMÉNYEK

A változást leíró statisztika

A következőkben bemutatjuk a teljes mintán végzett keresztmetszeti eredményeket a 2020 tavaszi időszakban mért állapotról, a 44-fős mintán végzett keresztmetszeti eredményeket a 2020 téli időszak állapotáról, ezeket, ahol lehet össze is hasonlítjuk egymással, illetve bemutatjuk a 44 fős mintán a értékek változásához kapcsolódó longitudinális eredményeket.

Spearman korrelációval vizsgálva nem találtunk szignifikáns összefüggést az iskolai végzettség és a reziliencia között sem a tavaszi mérés során (r_s = -.090 p = .092), sem a téli mérés során (r_s = -.008 p = .960). Az iskolai végzettség nem volt összefüggésben a reziliencia értékében bekövetkezett változás mértékével sem (r_s = .003 p = .985). Az iskolai végzettség nem befolyásolja a szülők reziliencia értékét.

Az észlelt stressz tekintetében tavasszal a lányok értéke volt a legmagasabb (M=9.832 SD = 3.045). A lányok és fiúk értéke (M = 9.575 SD = 3.120) közötti különbség ugyan nem szignifikáns, de a lányok értéke a szülők értékénél szignifikánsan magasabb volt, míg a fiúk a szülők értékétől sem különböztek szignifikánsan (anya: M = 9.465 SD = 3.020; apa: 8.313 SD = 2.633). A lányok az észlelt stressz szempontjából a legveszélyeztetettebb populáció volt tavasszal a járványhelyzet

negatív hatásaira (2. tábla). Ennek ellenére a reziliencia értékeik közel azonosak voltak a minta többi résztvevőjével.

2. tábla. Az észlelt stressz összehasonlítása

Összehasonlítás		F	p	Part. η^2
Szülők és Gyermekek		5.945	**.015**	.017
	Apák és Fiúk	0.589	.443	.002
	Apák és Lányok	6.969	**.009**	.020
	Anyák és Fiúk	0.941	.333	.003
	Anyák és Lányok	5.841	**.016**	.017
Apák és Anyák		4.907	**.027**	.014
Fiúk és Lányok		1.719	.191	.005
df1 = 1; df2 = 338				

Reziliencia tekintetében tavasszal a szülők értéke szignifikánsan magasabb volt, mint a gyerekeké, azonban lányok és fiúk között nem találtunk különbséget e tekintetben (3. tábla).

3. tábla. Reziliencia pontszámok és összehasonlítás

Reziliencia	M	SD
Apák	32.531	4.813
Anyák	32.281	5.315
Fiúk	29.172	6.374
Lányok	29.928	5.912

Összehasonlítás		F	p	Part. η^2
Szülők és Gyermekek		28.907	**< .001**	.079
	Apák és Gyerekek	11.077	**.001**	.032
	Anyák és Gyerekek	50.649	**< .001**	.130
	Fiúk és Szülők	15.246	**< .001**	.043
	Lányok és Szülők	13.710	**< .001**	.039
Apák és Anyák		0.067	.795	.001
Fiúk és Lányok		0.579	.447	.002
df1 = 1; df2 = 338				

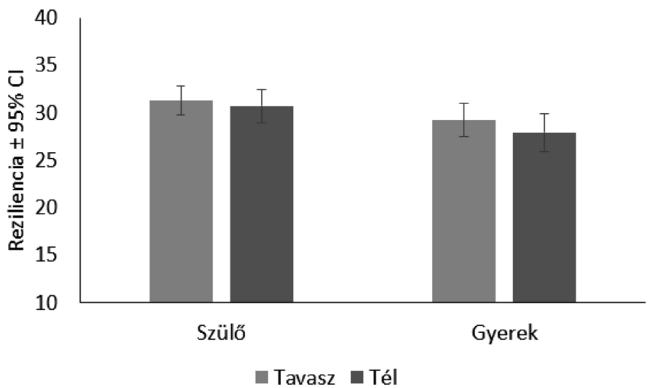
A téli időszakban a tavaszihoz hasonlóan részletes elemzést az alacsony elemszámok nem teszik lehetővé, de az elmondható, hogy a lányok észlelt stresszér-

téke télen is a legmagasabb (M = 11.35 SD = 4.217), mely érték szignifikánsan magasabb a fiúk értékénél (M = 8.90 SD = 2.644), t(42) = -.2.276 p = .028.

A reziliencia értékében lányok és fiúk között télen sem találunk különbséget (fiúk: M = 28.81 SD = 6.250, lányok: M = 27.22 SD = 7.205), t (42) = 0.780 p = .440.

Reziliencia változási tendenciája a COVID járvány időszakában

A reziliencia átlag értéke a tavaszi és a téli mérés adatai alapján jelentősen nem változott a szülők és a gyermekek körében; szülő: t(43) = .802 p = .427; gyerek: t(43) = 1.351 p = .184.(1.ábra).



2. ábra. Reziliencia változása 2020-as évben

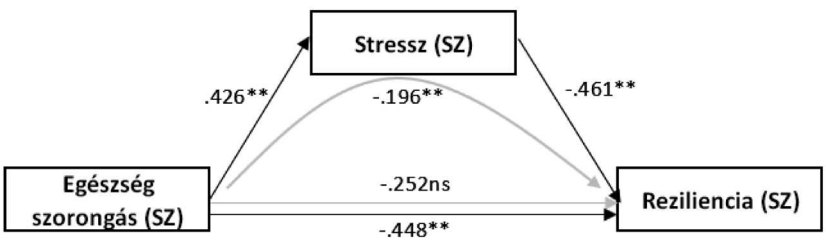
A rezilienciában mégis változás látható egy speciális szempontból. Azoknak a személyeknek, akiknek tavasszal az átlagnál magasabb volt a reziliencia értéke és a jólléte, nagyobb arányban csökkent a téli mérés időpontjában, mint azoknak, akiknek az átlagnál alacsonyabb volt a reziliencia értéke tavasszal (Spearman korreláció a tavaszi reziliencia érték és a tavaszi és téli érték közötti eltérés mértéke között szülők: r_s = -.286 p = .030; gyerekek: r_s = -.389 p = .004). Másszóval, akinek volt lélektani értelemben tartaléka és rugalmasan kezelték a kialakult szokatlan, korlátozott életmenetet, azok elfáradtak, veszítettek a rugalmasságukból és a jóllétükből. Az első felvétel során az alacsony a reziliencia és jóllét értékű személyek esetében, nincs jelentős változás

Az egészségszorongás hatása a rezilienciára

A szülői egészségszorongás hatása a szülő rezilienciájára a stresszen keresztül valósul meg télen is, hasonlóan a tavaszi időszakhoz (2. ábra).

4. tábla. A szülői egészségszorongás hatása a szülői rezilienciára az észlelt stressz mediációjával

X	Y	Path	beta	SE	p	LLCI	ULCI
Egészségszorongás	Reziliencia	c (összes)	-0.448	0.138	0.002	-0.727	-0.17
Egészségszorongás	Stressz	a	0.426	0.14	0.004	0.145	0.708
Egészségszorongás	Reziliencia	c′ (direkt)	-0.252	0.137	0.072	-0.528	0.024
Stressz		b	-0.461	0.137	0.002	-0.736	-0.185
Egészségszorongás a Rez.-ra a Stresszen át		ab (indirekt)	-0.196	0.096	-	-0.416	-0.046



3. ábra. Mediációs hatás

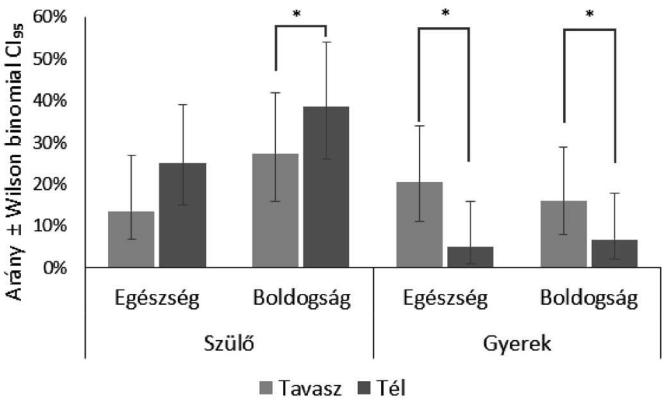
Nyitott mondat befejezése

A „*Megteszek mindent….”* nyitott mondat befejezéseként a szülők a tavaszi méréshez képest télen szignifikánsan nagyobb arányban adták a „BOLDOGSÁGÉRT” választ, az „egészségért” választ szintén nagyobb arányban válaszolták télen, de nem szignifikáns az eltérés. A gyerekeket télen már nem kötötte le az egészség kérdése és a szorongásuk is csökkent (3. ábra, 5. tábla).

5. tábla. Nyitott kérdések válaszai

	Tavasz	Ősz	p
Szülő – egészség	0.14	0.25	0.302
Szülő – boldogság	0.27	0.39	0.035
Gyerek – egészség	0.20	0.05	0.016
Gyerek – boldogság	0.16	0.07	0.031

Mindent megteszek válaszok százalékos aránya. McNemar teszt p-érték



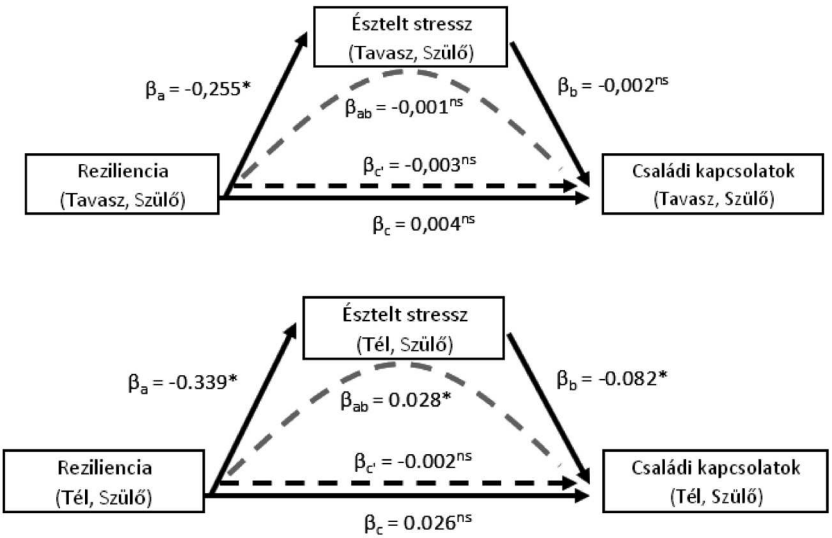
4. ábra. Nyitott mondatok befejezése, „Mindent megteszek…"

Reziliencia hatása a családi kapcsolatok minőségére

Spearman korrelációval vizsgálva a tavaszi családdal való kapcsolat szingifikáns összefüggésben van a reziliencia változásával (r_s = .387 p = .010) és a stressz változásával (r_s = -.327 p = .030). Minél jobb volt tavasszal a családdal való kapcsolat, annál kevésbé romlott a reziliencia és annál kevésbé nőtt a stressz. A télen a családi kapcsolat minősége a reziliencia változásával nincs szignifikáns összefüggésben, a stressz változásával viszont igen (r_s = -.347 p = .021), azaz minél kisebb volt a stressz változása, annál jobb maradt a családi kapcsolat minőség. Megjegyzendő, hogy a családdal való kapcsolat őszi és tavaszi értéke között is csak közepes korreláció van (r_s = .380 p = .011).

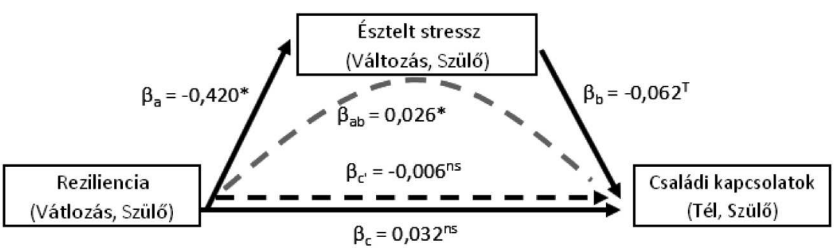
Mediációs vizsgálatok

A tavaszi vizsgálatban az észlelt stressz és reziliencia nincs sem direkt, sem indirekt össszefüggésben a család jó kapcsolati minőségével. A téli mérés elemzése szerint a reziliencia nincs direkt hatással továbbra sem a családi kapcsolatok minőségére, azonban az észlelt stressz mediációs modellbe emelésével indirekt pozitív hatás mérhető. Azaz a reziliencia indirekt módon – az észlelet stresszen keresztül – hat a családi kapcsolatok minőségére, csökkentve az észlelt stressz negatív hatását. A reziliencia a családi kapcsolatok minősége szempontjából védőfaktor járványhelyzetben (4-5. ábra).



4–5. ábra. Reziliencia védő hatása a családi kapcsolatok minőségére (tavasz-tél)

A tavaszi és a téli időszak között a reziliencia és az észlelt stressz változásában hasonló mediációs összefüggést találtunk, ahol a téli családi kapcsolatok minőségét vettük alapul. Azoknál a személyeknél (szülők) akiknél kevésbé csökken reziliencia értéke a mért időszakban, annak kevésbé nő az észlelt stressz szintje és a családi kapcsolatok minősége jobb (6.ábra).



6. ábra. Tavaszi-téli változása

A szülők gyermekükre vonatkozó megítélése reziliencia az észlelt stressz és jóllét szempontjából.

A szülők tavaszi megítélése gyermekük állapotáról közepesen erős összefüggésben van a gyerekek tényleges tavaszi pszichés állapotával (a gyerek rezilienciájával és jóllétével pozitívan korrelál, a gyerek által átélt stresszel negatívan). A

szülők téli megítélése gyermekük állapotáról szintén közepes illetve erős összefüggésben van a gyerekek tényleges őszi pszichés állapotával (a rezilienciával közepesen erős pozitív, a jólléttel erős, pozitív, az átélt stresszel erős negatív összefüggésben van a szülői megítélés).

A szülők tavaszi megítéléséből a gyerekek téli stressz értékét közepes mértékben be lehet jósolni, a téli reziliencia és jóllét értékét nem lehet szignifikánsan bejósolni.

A szülők tavaszi megítélése és téli megítélése között csak közepesen erős korreláció van – mely arra enged következtetni, hogy a szülői megítélése nem tekinthető időben stabil konstruktumnak, mivel abban nagymértékben jelen vannak tranziens, átmeneti faktorok is, (értsd például átmeneti betegségek, közeljövőben történt sikerek, kudarcok) (6. tábla).

6. tábla. Szülők megítélése a gyermek állapotáról, tavasz-tél

	Gyerek állapota tavasz		**Gyerek állapota ősz**	
	rs	**p**	**rs**	**p**
Gyerek állapota ősz	**0,395**	**0,008**	-	-
Gyerek Reziliencia tavasz	**0,402**	**0,007**	0,047	0,764
Gyerek Stressz tavasz	**-0,367**	**0,014**	-0,041	0,792
Gyerek Jóllét tavasz	**0,485**	**0,001**	0,095	0,540
Gyerek Reziliencia ősz	0,215	0,162	**0,335**	**0,026**
Gyerek Stressz ősz	-0,396	0,008	-0,610	0,000
Gyerek Jóllét ősz	0,220	0,151	**0,570**	**0,000**

Spearman korreláció; N = 44

DISZKUSSZIÓ

A felnőttek körében a reziliencia pontszám átlagértéke a normál tartományban van tavasszal és télen, mely eredmény együttjárást mutat más pandémiában végzett kutatás eredményével (Ferreira és mtsai, 2020). Az eredmények alapján elmondható, hogy a reziliencia képesség speciális változását tudtuk igazolni a mintában. Míg a reziliencia összességében jelentősen nem változott a tavaszi-téli időszakban, azonban azok a személyek akik COVID-19 első hullámában (2020 április) magas rezilienciát mutattak alacsony észlelt stresszt mellett, jelentős negatív irányú változáson mentek keresztül. Az átélt stressz növekedett a rugalmassági képesség (reziliencia) csökkenése mellett. A reziliencia csökkenése növeli a személy sérülékenységét a pandémiás helyzettel járó stressz hatására. Mivel a jelentős csökkenés a korábban kimondottan magas értéket adó személyek csoportjában látható, feltételezzük, hogy a tavasszal még jelenlévő tartalé-

kok kimerültek a rugalmas alkalmazkodás szempontjából. Az eredményeket befolyásolhatja, hogy a második adatfelvételkor – 2020 tél – hogy megváltozott esetleg a válaszadás stílusa. Kevesbé kívántak jó benyomást kelteni a kitöltők, kevesebb figyelmet fordítottak a kérdőívek kitöltésére. Eredményünk együttjárást mutat Ferreira és mtsai (2020) eredményeivel. Az eredmények a prevenció fontosságára hívják fel a figyelmet, egy átfogó katasztrófa helyzetben a reziliensebb személyek is kimerülhetnek mind fizikai, mind pszichés szinten – pl. megnövekedett munka terhelés (munkaerőhiány, online oktatás, home office) – ezért támogatásra van szükségük, információ adásra, megfelelő támogató kapcsolatokra stb.

A mintában a rezilienciát az iskolázottság nem befolyásolja a vizsgált időszakban. Az iskolai végzettség és a reziliencia független működése arra enged következtetni, hogy a reziliens válaszreakció megnyilvánulásában különböző iskolázottság mellett egyforma esélye van az embereknek. Iskolai végzettség mintánkban igen szórt, míg más kutatásban, ahol felül reprezentáltak a felsőfokú végzettségű személyek találtak együttjárást az iskolai végzettség és a reziliencia között. Itt azonban a vizsgálatvezetők utalnak a vizsgálat megismétlésére nemi szempontból kiegyenlített mintán (Ferreira, 2020).

Nemi eltérést igazoltuk az észlelt stressz szempontjából a teljes mintában. A lányok a legérzékenyebbek és talán leginkább kitettek a stressz negatív hatásának. Wenham, Smith, Morgan (2020) felnőtt mintán szintén a nők körében mért magasabb stressz szintet, az eredményt úgy magyarázzák, hogy a nők gyakran több időt szánnak a családon belüli informális gondozásra, ami korlátozhatja munkalehetőségeiket, és kiszolgáltatottabbá teheti őket a családdal kapcsolatos szorongásokkal szemben. Más szerzők is igazolták a női érzékenységet (Vindegaard, Benros, 2020). Az édesanyák érzékenységénél nagyobb arányú érzékenységét igazoltuk a lányok körében. Az eredménynek több oka lehet, azonban az érzelemszabályozási sajátosságokkal, a mintakövetéssel és kultúrális különbségekkel számolnuk kell már serdülőkorban is. Preventív jelleggel a téma érzékenyítése a mentális egészség témakörében ajánlott.

Az egészségszorongás hatása a stresszen keresztül csökkenti a reziliencia képességet. Akik hajlamosak az egészségükért aggódni, azok a megnövekedett stressz hatására kevésbé tudnak rugalmasan (reziliensen) alkalmazkodni vagy ellenállni – helyzetnek megfelelően – a pandémiával járó kihívásoknak. A reziliencia védőfaktor az egészségszorongás szempontjából, csökkentve a stressz negatív hatását.

A COVID-19 járvány tavaszi és téli időszakban a *„Megteszek mindent…”* kérdésre a tavaszi időszak színes válaszadása télre jelentősen eltolódott a válaszadás tartalmában a BOLDOGSÁG szó irányába. A tapasztalható tendencia beszűkülést jelez, amit az élettér beszűkülésével magyarázunk és a személyes hatékonyság csökkenésével a víruskezelésben. Az már világossá vált télre, hogy az emberiség nem győzi le gyorsan a koronavírust, sőt a téli időszakban (december) még a

járvány kezelésének hatásai is kérdésesek voltak. A BOLDOGSÁGRA fókuszáló válaszadók talán reménykednek, hogy saját boldogságukért tehetnek számtalan dolgot. A boldogság és a reziliencia együttjárást nem tudtuk igazolni mintánkon. Staci és mtsai (2020) a reménynek közvetlen és közvetett hatását igazolták a szubjektív boldogságra a vírustól való félelemmel összefüggésben. Azok a személyek, akik ellenállnak a stressznek és hisznek abban, hogy megtalálják a megoldás módját a pandémiás helyzetben, megakadályozzák a járványtól való félelem kiterjedését megtartva a jó mentális egészséget (Satici és mtsai, 2020).

A téli válaszok beszűkülési tendenciája esetleg leképezi a megkérdezettek életterének beszűkülését (mozgástér-gondolattér). Többnyire a védekezés részeként az emberek, családok otthonaikban maradtak és itt igyekeztek megtalálni a boldogság forrását, ami új megoldásokat, tevékenységek felfedezését és kipróbálását is rejti magában pozitív kimenet reményében.

A szülők tavaszi megítélése alapján a gyermekük téli stressz értékét közepes mértékben lehet bejósolni, a rezilienciára és a jóllétre szempontjából a bejóslás tendenciáját nem tudtuk igazolni. Az eredmény evolúciós szempontból érthető meg, amikor a stressz hatásnak alarmírozó szerepe az élet védelmét szolgálja. Preventív célú tájékoztatással a reziliencia és stressz összefüggésére és a stressz csökkentő technikákra érdemes felhívni a figyelmet. Hasonlóan vélekednek más kutatók is az ellenálló képesség fejlesztésével kapcsolatban (Schäfer és mtsai, 2016).

A családi kapcsolatok minőségét pozitívan befolyásolta a reziliencia, csökkentve a stressz negatív hatását. Tavasszal a stressz mediáló hatása még nem mérhető, azonban télen igen és a tavasz-tél időszak változásaiban szintén mérhető a mediációs hatás. A családok a tavaszi időszakban hirtelen kilendültek a megszokott életritmusukból és életterükből, azonban feltételezhetően még voltak olyan lélektani tartalékok személyes és családi szinten, hogy a tavaszi korlátozás okozta stressz nem éreztette hatását. Ugyan nyáron a korlátozásokat feloldották Magyarországon, őszre és télre változott a helyzet, az élet mégsem tért vissza a megszokott kerékvágásba (pl. munkahelyek nem szüntették meg a home officet), ahogy arra sokan számítottak és a távolságtartás, fertőtlenítés, maszkhasználat alapeljárássá vált, majd ősszel jelentős fertőzési hullám indult, az iskolákban, az ország egyes területeink. A téli időszakra (második mintavétel) a korlátozások állandósultak és a járvány hatása jelentősnek mondható (meredeken emelkedő számok megbetegedésben és a halálozási statisztikában) ami a stressz növekedésével járt. Az adatok alapján igazoltuk, hogy a stresszel szembeni védőfaktor hatása – reziliencia – az idő előre haladtával csökkent és az észlelt stressz nőt a felnőttek körében. Más országokban hasonló tendenciát igazoltak – a fertőzés lehetősége, a betegség lefolyása és a halál közelsége szokatlan és kiszámíthatatlan – mely tényezők összességében az átélt stresszt növelik és a védőfaktorok korlátozott hozzáférésével jár együtt (Ferreria és mtsai, 2020, Barzily és mtsai, 2020, Qui és mtsai, 2020).

Azokban a családokban, ahol a reziliencia kevésbé csökkent, indirekt módon – a stressz negatív hatásának csökkenetésével – hatott a családi kapcsolatok minőségére. A reziliencia védőfaktor a családi kapcsolatok minősége szempontjából pandémiás helyzetben.

Konklúzió

Összességében megállapítható, hogy a COVID-19 egy éves időszakában olyan személyeknél csökkentek jelentősen a lélektani erőforrások – például a reziliencia – ahol 2020 tavaszán még voltak tartalékok egyéni és családi szinten. A lányok a legveszélyeztetettebbek a pandémia okozta stressz hatására. Továbbá a rezilienciát védőfaktorként azonosítottuk az egészségszorongás és a családi kapcsolatok minősége szempontjából.

Az eredmények figyelmeztetnek a jövőre nézve. A lélektani erőforrásokkal érdemes takarékoskodni és törekedni a töltődésre és a vitalitással teli élményekre. A pozitív élmények/érzések átélése támogatja a reziliencia képességét. A pozitivitás fontos szempont az egyéni erőforrásokon alapuló megelőzések és beavatkozások kidolgozásában, amelyek célja a pszichés distressz csökkentése és a boldogság élményének növelése (Yidirim, Güler, 2021).

Mindennapi szinten például a mosolygást kiváltó események, az átélt kedves örömteli pillanatok, a mozgás élménye, a Napon, szabad levegőn töltött szabadidő hozzájárul a személyes vitalitás élményhez.

Kitekintés

Egyszerű hétköznapi gyakorlattal növelhetjük pozitív élmények gyűjtését és tárolását: esténként érdemes számba venni és ezzel szinte újra élni a nap vitalitáspontjait. Gyakorló terapeutaként törekszem a hozzám fordulóknak is beépíteni a mindennapjaiba a pozitív élmények/érzések tárolási képességének növelését és ezzel a reziliencia képesség fejlesztését. A „tücsök és a hangya" meséjében ez az aprólékos, kitartó erőforrásgyűjtés szimbolikusan megfogalmazódik (ott a materiális javak, itt a lélektani javak gondos begyűjtésén a hangsúly), akár irányt is mutathat belső erőforrások megtalálása, gyűjtésére fejlesztése, mely tartalom szintén a rezilienciát támogatja, melynek védőszerepe igazolódott a stresz, az egészségszorongás és a családi kapcsolatok összefüggésében.

A kutatás következő szakaszában érdemes a jövő mellett az elmúlt időszakhoz kapcsolódó kérdéseket is feltenni, valamint a szorongás és a hangulat állapotát mérni, továbbá a remény dimenzióját vizsgálni.

Korlátok

A vizsgálat korlátai között kell megemlíteni egyrészről, hogy a nők felülreprezentáltak a mintban, azonban a részvétel aránya harmóniában van a nemzetközi terenddel. Másrészről a jelentős adatvesztést a tavaszi és téli időszak között. Ennek több okát is látjuk úgymint: témairánti érdeklődés halványulása, számos hasonló kutatást indítottak az kollégáink saját és más hazai egyetemen, amik szintén az érdeklődés elvesztéséhez vezethetnek. A bemutatott eredmények a korlátok figyelembevételével érvényesek.

FELHASZNÁLT IRODALOM

Aspinwall, L. G. Tedeschi, R. G. (2010.a). The value of positive psychology for health psychology: Progress and pitfalls in examining the relation of positive phenomena to health. *Annals of Behavioral Medicine, 39*, 4-15.

Achterberg, M., Dobbelaar, S., Boer, O.D. *et al.* (2021). Perceived stress as mediator for longitudinal effects of the COVID-19 lockdown on wellbeing of parents and children. *Sci Rep 11,* 2971. https://doi.org/10.1038/s41598-021-81720-8.

Armitage, R., Nellums, L. B. (2020). *COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. The Lancet Public Health*.doi:10.1016/s2468-2667(20)30061-x.

Bachen, E. A., Chesney, M. A., Criswell, L. A. (2009). *Prevalence of mood and anxiety disorders in women with systemic lupus erythematosus. Arthritis & Rheumatism, 61(6), 822–829.* doi:10.1002/art.24519

Barzilay, R., Moore, T.M., Greenberg, D.M. *et al.* (2020). Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Transl Psychiatry* 10, 291. https://doi.org/10.1038/s41398-020-00982-4

Blackmon, H., Ross, L., Bachtrog, D. (2016). *Sex Determination, Sex Chromosomes, and Karyotype Evolution in Insects. Journal of Heredity, 108(1), 78–93.* doi:10.1093/jhered/esw047

Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health, 13,* 119.

Bonanno, G.A. Loss, (2004) trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am. Psychol. 59*, 20–28. [CrossRef] [PubMed]

Bonanno, G.A.; Ho, S.M.Y.; Chan, J.C.K.; Kwong, R.S.Y.; Cheung, C.K.Y.; Wong, C.P.Y.; Wong, V.C.W.(2008) Psychological resilience and dysfunction among hospitalized survivors of the SARS epidemic in Hong Kong: A latent class approach. *Health Psychol. 27*, 659–667. [CrossRef] [PubMed]

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet.* doi:10.1016/s0140-6736(20)30460-8

Brionez, T. F., Assassi, S., Reveille, J. D., Green, C., Learch, T., Diekman, L. & Nicassio, P. (2010). Psychological correlates of self-reported disease activity in ankylosing spondylitis. *The Journal of Rheumatology, 37*, 829-834.

Cal, S. F., & Santiago, M. B. (2013). Resilience in systemic lupus erythematosus. *Psycholgy, Health and Medicine, 18*, 558-563.

Caplan, G. (1981). Mastery of stress: Psychosocial aspects. *Am. J. Psychiatry 138*, 413–420.

Ciccetti, D., Cohen, D. J. (Eds.) (2006). Developmental Psychopathology. Volume One: Theory and Method; Volume Three: Risk, Disorder and Adaptation. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

Cohen, S., Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the U.S. In S. Spacapam, S. Oskamp (Eds.), The social psychology of health: Claremont Symposium on Applied Social Psychology. Newbury Park, CA: Sage.

Colaianna, M., Schiavone, S., Zotti, M., Tucci, P., Morgese, M. G., Bäckdahl, L., ... Trabace, L. (2013). *Neuroendocrine Profile in a Rat Model of Psychosocial Stress: Relation to Oxidative Stress. Antioxidants & Redox Signaling, 18(12), 1385–1399.* doi:10.1089/ars.2012.4569

Connor, K.M., Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety, 18(2), 76-82.

Cutter, S.L.; Ahearn, J.A.; Amadei, B.; Crawford, P.; Eide, E.A.; Galloway, G.E.; Goodchild, M.F.; Kunreuther, H.C.; Li-Vollmer, M.; Schoch-Spana, M.; et al.(2013). Disaster resilience: A national imperative. *Environ. Sci. Policy 55*, 25–29. [CrossRef]

DeNisco, S. (2011). Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 23*, 602-610

De Waziéres B., Gil H., Vuitton D.A., Dupond J.L.(1999). Treatment of recurrent oro-genital ulceration with low doses of thalidomide. *Clin Exp Rheumatol, 17*(3):393.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 93*, 542-575.

Erim, Y., Tagay, S., Beckmann, M., Bein, S., Cicinnati, V., Beckebaum, S., Schalaak, J. F. (2010). Depression and protective factors of mental health in people with hepatitis C: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 47*, 342–349.

Feder, A., Nestler, E. J., Charney, D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience, 10*, 446-457.

Ferreira, Regardt J.; Buttell, Fred; Cannon, Clare (2020). *COVID-19: Immediate Predictors of Individual Resilience. Sustainability, 12(16), 6495*–.doi:10.3390/su12166495

Ferreira, R.J.; Adolph, V.; Hall, M.; Buttell, F. (2019). Predictors of Individual Resilience: Gender Differences among African Americans. *J. Evidence-Based Soc. Work. 16*, 347–362. [CrossRef]

Ferreira, R.J.; Buttell, F.; Elmhurst, K. (2018). The Deepwater Horizon oil spill: Resilience and growth in the aftermath of postdisaster intimate partner violence. *J. Fam. Soc. Work. 21*, 22–44. [CrossRef]

Fredrikson, B.L., Losada M.L. (2005). Positiv Affect and the Complex Dynamics of Human Flourishing, *American Psychologist, 60*(7): 678-686.

Fredrikson, B.L. (2015). *A pozitív érzelmek hatalma.* Budapest: Akadémia kiadó.

Galea, S., Merchant, R. M., Lurie, N. (2020). *The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing. JAMA Internal Medicine.* doi:10.1001/jamainternmed.2020.1562

Gao, R., Peterson, E. J., Voytek, B. (2017). *Inferring synaptic excitation/inhibition balance from field potentials. NeuroImage, 158, 70–78.* doi:10.1016/j.neuroimage.2017.06.078

Girtler, N., Casari, E. F., Brugnolo, A., Cutolo, M., Dessi, B., Guasco, S. De Carli, F. (2010). Italian validation of the Wagnild and Young Resilience Scale: A perspective to rheumatic diseases. *Clinical and Experimental Rheumatolgy, 28*, 669-678.

Gyöngyösiné Kiss, E., Czirják L., Hargitai R., Nagy L., Paksi E. (2008): Ego-control and ego-resiliency in systemic autoimmune disorders (SSC, RA, SLE). *Horizons of Psychology, Official Journal of the Slovenian Psychological Association, 17*:supl., 8.

Holden, K. B., Hall, S. P., Robinson, M., Triplett, S., Babalola, D., Plummer, V., ... DiAnne Bradford, L. (2012). *Psychosocial and Sociocultural Correlates of Depressive Symptoms Among Diverse African American Women. Journal of the National Medical Association, 104(11-12), 493–504.* doi:10.1016/s0027-9684(15)30215-7

Killgore, William D.S.; Taylor, Emily C.; Cloonan, Sara A.; Dailey, Natalie S. (2020). *Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. Psychiatry Research, 291(), 113216*–.doi:10.1016/j.psychres.2020.113216

Kimhi, S., Eshel, Y., Marciano, H., Adini, B. (2020). *A Renewed Outbreak of the COVID–19 Pandemic: A Longitudinal Study of Distress, Resilience, and Subjective Well-Being. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(21), 7743.* doi:10.3390/ijerph17217743

Kiss E., Makó, H.(szerk.). (2015). *A gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pécs: Pro Pannónia Kiadó.

Kızılkurt, O., Yılmaz, A., Noyan, C. O., Dilbaz, N. (2020). Health anxiety during the early phases of COVID-19 pandemic in Turkey and its relationship with postpandemic attitudes, hopelessness, and psychological resilience. *Perspectives in Psychiatric Care, 57(1), 399–407.*

Kövesdi A. (2016). A reziliencia hatása a krónikus betegségekben. *Gyermekgyógyászat, 67* (4), pp.: 225-230.

Kövesdi A. (2018). A személyiségfaktorok és a reziliencia összefüggése az anorexia nervosaban. *Psychologia Hungarica Caroliensis 4*:2, 7-22.

Kövesdi A., Törő K., Hadházi É., Takács Sz., Rózsa S., Csikós G., Fökdi R.(2020). The protective Role of Self-Efficacy for Resililence in the COVID-19 Period. *Acta Scientific Neurology 3*:11. 87-91.

Köteles Ferenc, Simor Péter, Bárdos György (2011). A Rövidített Egészségszorongás- kérdőív (SHAI) magyar verziójának kérdőíves validálása és pszichometriai értékelése. *Mentalhigiene es Pszichoszomatika 12/3. 191 – 213.*

Landi, G., Pakenham, K. I., Boccolini, G., Grandi, S., Tossani, E. (2020). Health Anxiety and Mental Health Outcome During COVID-19 Lockdown in Italy: The Mediating and Moderating Roles of Psychological Flexibility. *Frontiers in Psychology, 11.*

Lazarus, R.S.; Folkman, S. *Stress, Appraisal, and Coping*; Springer: New York, NY, USA, 1984.

Liu, Y., Gayle, A. A., Wilder-Smith, A., Rocklöv, J. (2020). *The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. Journal of Travel Medicine*. doi:10.1093/jtm/taaa021

Masten, A., Best, K., Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology, 2*, 425-444.

Masten, A. S. (2001). *Ordinary magic. Resilience processes in development*. American Psychologist, 56. 227-238.

Mangelli, L., Gribbin, N., Buchi, S., Allard, S., Sensky, T. (2002). Psychological well-being in rheumatoid arthritis: Relationship to “disease” variables and a ective disturbance. *Psychotherapy and Psychosomatics, 71*, 112-116.

Mazza C., Ricci E., Biondi S., Colasanti M., Ferracuti S., Napoli C., Roma P. (2020). A Nationwide Survey of Psychological Distressamong Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses andAssociated Factors. *International Journal Environmental Research and Public Health, 17*(9).

Megias-Robles A., Gutiérrez-Cob M.J., Cabello R (2020). A longotudinal study of the influence of concernes about contagion on negativ affect during the COVID-19 lockdown in adoults: The moderating effect of gender and resilience. Journal of Health Psychology 1-11.

Mota, D. C., Benevides-Pereira, A. M., Gomes, M. L., Araújo, S. M. (2006). Estresse e resiliência em doença de Chagas [Stress and resilience in chagas disease]. *Aletheia 24*, 57-6

Peker, A., Cengiz, S. (2021). Covid-19 fear, happiness and stress in adults: the mediating role of psychological resilience and coping with stress. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 1–9.*

Ponarovsky, B., Amital, D., Lazarov, A., Kotler, M., Amital, H. (2011). Anxiety and depression in patients with allergic and non-allergic cutaneous disorders. *International Journal of Dermatology, 50*, 1217–1222.

Qiu, J.; Shen, B.; Zhao, M.; Wang, Z.; Xie, B.; Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *Gen. Psychiatry 33*, e100213. [CrossRef]

Quinton, S., Wagner, H.L. (2005). Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and eating attitudes. *Personality and Individual Differences, 38*, 1163- 1173.

Robottom, B. J., Gruber-Baldini, A. L., Anderson, K. E., Reich, S. G., Fishman, P. S., Weiner, W. J., Shulman, L. M. (2012). What determines resilience in patients with Parkinson's disease? *Parkinsonism & Related Disorders, 18*, 174-177.

Ryff, C. D. (1995). *Psychological Well-Being in Adult Life. Current Directions in Psychological Science, 4(4), 99–104.*doi:10.1111/1467-8721.ep10772395

Satici, S. A., Kayis, A. R., Satici, B., Griffiths, M. D., Can, G. (2020). *Resilience, Hope, and Subjective Happiness Among the Turkish Population: Fear of COVID-19 as a Mediator. International Journal of Mental Health and Addiction.* doi:10.1007/s11469-020-00443-5

Salguero, J. M., Palomera, R., Fernández-Berrocal, P. (2011). *Perceived emotional intelligence as predictor of psychological adjustment in adolescents: a 1-year prospective study. European Journal of Psychology of Education, 27(1), 21–34.* doi:10.1007/s10212-011-0063-8

Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., Samson, A. C. (2016). *Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. Journal of Youth and Adolescence, 46(2), 261–276.* doi:10.1007/s10964-016-0585-0.

Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

Schwartz, R.M.; Sison, C.; Kerath, S.M.; Murphy, L.; Breil, T.; Sikavi, D.; Taioli, E. (2015). The impact of Hurricane Sandy on the mental health of New York area residents. *Am. J. Disaster Med.10*, 339–346. [CrossRef]

Stauder A., Konkoly Thege B. (2006). Az Észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 7.* 3, 203-216

Trump, Benjamin D.; Linkov, Igor (2020). *Risk and resilience in the time of the COVID-19 crisis. Environment Systems and Decisions, 40(2), 171–173.*doi:10.1007/s10669-020-09781-0

Osimo S.A., Aiello M., Gentili C., Ionta S., Cecchetto C. (2021). The Influence of Personality, Resilience, and Alexithymia on Mental Health During COVID-19 Pandemic. *Front. Psychol., 24 Febr.*| https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.630751

Vindegaard, N., Eriksen Benros, M. (2020). *COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. Brain, Behavior, and Immunity.* doi:10.1016/j.bbi.2020.05.048

Wang, C.; Pan, R.; Wan, X.; Tan, Y.; Xu, L.; Ho, C.S.; Ho, R.C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health 17*, 1729. [CrossRef] [PubMed]

Wenham, C., Smith, J., Morgan, R. (2020). *COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. The Lancet, 395(10227), 846–848.*doi:10.1016/s0140-6736(20)30526-2.

Werner, E. E., Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood.* Ithaca, NY: Cornell University Press.

Werner, E. E., Smith, R. S. (2001). Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery. Ithaca, NY: Cornell University Press. Westen D. & Harnden-Fischer J. (2001). Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between axis I and axis II. Am J Psychiatry158:547-562.

Wingo, A. P., Wrenn, G., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B., Ressler, K. J. (2010). Moderating e ects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal of A ective Disorders, 126*, 411-414.

Xiao, X., Xiao, J., Yao, J., Chen, Y., Saligan, L., Renynolds, N. R., Wang, H. (2020). The Role of Resilience and Gender in Relation to Infectious-Disease-Specific Health Literacy and Anxiety During the COVID-19 Pandemic. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, Volume 16.*

Yıldırım, M., Güler, A. (2021). *Positivity explains how COVID-19 perceived risk increases death distress and reduces happiness. Personality and Individual Differences, 168, 110347.* doi:10.1016/j.paid.2020.110347

Zautra, A. J., Johnson, L. M., Davis, M. C. (2005). Positive a ect as a source of resilience for women in chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 212-220.

CHANGES IN RESILIENCE AND SUPPORTIVE ROLE IN THE PARENT-CHILD RELATIONSHIP – LONGITUDINAL STUDY COVID-19

Kövesdi Andrea, Soltész-Várhelyi Klára, Törő Krisztina, Csikós Gábor, Hadházi Éva, Takács Szabolcs, Rózsa Sándor, Földi Rita
Károli Gáspár Reformed University, Resilient Development-Positive Research Group

Abstract

Theoretical background: The global impact of the epidemic is undeniable on human relations, economy and health, (Trump, Igor, 2020). The COVID-19 epidemic is a long-lasting, continuous exposure, a danger to humans, regardless of gender, age or social affiliation. Individuals who are able to cope with and recover from significant stress or difficulty have shown lower levels of psychological problems compared to previous disasters (Blackmon et al., 2017; Galea et al., 2020; Salguero et al., 2011) as COVID- 19 also during an epidemic (Bonanno et al., 2007; Killgore et al., 2020; Liu et al., 2020). Resilience, despite endangered living conditions, has led to successful adaptation (Werner and Smith, 1992). Among the protective factors of personality during the epidemic, we focus on the ability of resilience in our research. *Method:* The longitudinal study snowball method was used. At the first sampling – in April, 2020 – 648 people (324 parents and children), at the second sampling – in December, 2020 – 88 people (44 parents and children) filled in the online questionnaires. *Objective*: To identify the protective role of resilience in a pandemic period. *Results*: The resilience value of the parents is higher than that of the children during the study period. Considering the whole sample, girls are the most vulnerable to the effects of stress. Resilience reduces the negative impact of stress on the quality of family relationships. *Conclusion:* Resilience was identified as a protective factor for health anxiety and the quality of family relationships. In times of pandemic, it is worth saving psychological resources and striving for recharging and vitality-filled experiences when positive experiences support flexible adaptation (resilience).

Keywords: resilience ▪ stress ▪ COVID-19 ▪ parent-child ▪ resources

THEORETICAL OVERVIEW

The global impact of the epidemic is undeniable on human relations, the economy, health, and its direct and indirect effects will permanently change the world, at the micro and macro levels (Trump, Igor, 2020). A unique catastrophic context has emerged for everyday life, where a sense of insecurity pervades (e.g., the end date of the epidemic is unknown), the possibility of infection, the course of the disease, and the proximity of death are unusual and unpredictable, all of which increase stress and are associated with limited access to protective factors (Ferreria et al., 2020).

In an extremely stressful life situation, the presence and increase of re-

sources, and the economical use of resources, positive emotions contribute to the activation, preservation, and enhancement of resilience. At the individual level, they can be mobilized with different resources, but they are general, e.g. happiness, family, love, etc. dimensions. The essential element of happiness is subjectivity, a person can only judge for himself whether he is happy or not, if a person claims to be happy, we must accept it, no matter what he means by it (Diener, 1984). Happiness (emotional well-being) is not a homogeneous state, but develops periodically through the dynamic change of positive and negative emotional states (Diner, 1984) and the experience of general satisfaction.

Resilience and its role in defense

Among the protective factors of personality during the epidemic, we focus on the ability of resilience in our research. Resilience, despite endangered living conditions, has led to successful adaptation (Werner and Smith, 1992, 2001; id: Gyöngyösiné Kiss et al., 2008). Other researchers have supplemented the definition based on empirical studies and consider it a personality trait that is closely related to adaptive abilities, characterized by internal control, empathy, optimism, positive self-image, positive management of change, and self-effective behavior, among others. (Masten, 2001). Furthermore, resilience is the ability of an individual to successfully adapt (adapt) and function competently (adverse) despite adverse effects, external or internal, or following prolonged or severe trauma (Chicetti and Cohen (2006)). Resilience includes self-confidence, patience, and the ability to adapt to a changing environment, as well as a humorous way handling of difficulties and faith in problem solving (Connor and Davidson, 2003).

Resilience protects against anxiety and depressive states (Aspinwall, Tedeschi, 2010; Schiavone et al., 2013; Vuitton, de Wazières, Dupond, 1999; Kövesdi, 2018) and supports recovery from the disease. It also supports stabilization in chronic diseases in both children and adults (Kiss 2015, Kövesdi, 2016, Cal, Santiago, 2013, DeNisco, 2011, Girtler et al., 2010; Mota et al., 2006; Zautra et al., 2005). A sense of responsibility, sense of purpose, effectiveness, ingenuity, self-acceptance, self-direction, cooperation, perseverance and openness contribute to the development of resilience (Gyöngyösiné Kiss et al., 2008, 2009, 2010, 2012, Kiss, 2015).

Nowadays, we perceive resilience as an active process that can be increased in the process of psychotherapy by experiencing positive experiences / feelings and developing other protective factors (Bolier et al., 2013; Feder, Nestler, Charney, 2009; Girtler et al., 2010; Kövesdi 2019). In view of the above, the aim of our study is to identify the protective role of resilience in a pandemic period.

Resilience during a pandemic period

The need for resilience is greater than in any previous period at the individual-family and social levels in a pandemic situation. The COVID-19 epidemic is a long-lasting, continuous exposure, a danger to humans, regardless of gender, age or social affiliation. Previous resilience research has been conducted in circumstances other than the present situation. The the study population was often affected by some stressful living conditions (Masten, 1990, Werner, Smith, 1992, Fredrikson, 2005, 2015) there was a similar burdensome effect. At present – in the COVID-19 period – people face almost the same danger and live their daily lives in the same uncertainty, and the impact and lack of ad hoc protection (vaccinations, restrictions) solutions is similarly stressful.

At the same time, the described conditions also create an exceptional opportunity to study resilience, as the ability of resilience is activated primarily in exposure and danger (Werner, Smith, 1992; Masten, 1990; Chichetti, Cohen 2006). In addition to physical health, protecting mental health is also an outstanding task during a pandemic, as previous research has shown that disaster situations exacerbate existing mental health problems (Cutter et al., 2013). Given that the incidence of anxiety and depression increased significantly during the epidemic (Barzilay et al., 2020; Qui et al., 2020), which is accompanied by a decrease in resilience, i.e., a decrease in recovery capacity (Brionez et al., 2010; Erim et al. , 2010, Holden et al., 2012; Mangelli et al., 2002; Ponarovsky et al., 2011; Robottom et al., 2012; Wingo et al., 2010). Significant resilience protects against psychiatric illness (Bachen, Chesney, & Criswell, 2009; Erim et al., 2010). Individuals who are able to cope with and recover from significant stress or difficulty have shown lower levels of psychological problems compared to previous disasters (Blackmon et al., 2017; Galea et al., 2020; Salguero et al., 2011) and COVID-19 at the time of the epidemic (Bonanno et al., 2007; Killgore et al., 2020; Liu et al., 2020).

At the time of the 2003 SARS epidemic, researchers demonstrated that in addition to the anxiety seen among survivors, resilience remained (Bonanno et al., 2004; Bonanno, 2008). In the aversive situation, over time, in addition to anxiety, resilience can also be detected (Bonanno, 2008).

Cross-sectional research in the COVID-19 period

The ability of resilience affects the maintenance of mental health. Killgore et al., (2020) identified it as a predictor of greater resilience in an American adult sample; time spent in the air several times a week, daily exercise (10 minutes/day), greater perceived family support, greater perceived social support (friends), adequate sleep time, and frequent prayer (Killgore et.al, 2020).

Analyzing the association of resilience from the perspectives of stress, self-confidence, emotion regulation, and interpersonal relationships, higher resilience was associated with lower anxiety, anxiety, and depression (Barzilay et al., 2020). Resilience helps reduce anxiety, generalized anxiety, and depression. Women were overrepresented in the sample and scored higher on both anxiety and depression. The values of anxiety and depression measured exceeded incidence data measured outside the pandemic period (Barzilay et al., 2020).

Perceived stress reflects the threat of the stressor and the extent to which the person is able to behave appropriately and adapt to it in a cognitive manner (Caplan, 1981; Lazarus, 1984). In a disaster situation, a socially vulnerable population is more likely to experience greater stress (Ferreriel et al., 2019; Schwartz et al., 2015). Ferreriel et al., (2018, 2019, 2020) among those fillers who had to rely on others during the epidemic period (e.g., families living in difficult circumstances) and staying home significantly differently from the average, identified a higher level of stress, indicating a negative relationship with resilience, reducing it. Age and education show a positive correlation with resilience in the American sample. Women were overrepresented in the sample (75%), with a mean age of 47 years. The CD-RISK score averaged 30.97 (SD = 5.46). 66% of the sample experienced moderate to significant stress at the beginning of the epidemic. Individuals with lower status show greater stress and lower resilience, and researchers have demonstrated a deteriorating trend for both dimensions over time.

According to a Chinese study, many show signs of depression and anxiety in the first wave of the COVID-19 epidemic, and individuals who took appropriate precautions (mask wearing, distance, disinfection, home office) and followed health information showed a declining trend of anxiety (Qui et al., 2020; Wang et al., 2020).

Research among Israeli adults found a significant increase in distress (sense of danger, anxiety symptoms, and perceived threat), a significant decrease in resilience indicators (individual, community, and national), and a decrease in subjective well-being. A severe, large-scale effect of COVID-19 has been found and has resulted in a significant reduction in the individual, community, and national resilience of the population (Kimhi et al., 2020).

Affective psychology also deals with psychological strengths within individuals in addition to mental problems. In terms of resilience, hope, and subjective happiness, researchers examined the mediating role of fear in a Turkish adult sample. Resilience had a direct and indirect effect on subjective happiness due to fear of the virus. Hope also had a direct and indirect effect on subjective happiness through fear of the virus. Individuals who resist stress and believe in finding a solution in a pandemic situation prevent fear of the epidemic while maintaining good mental health (Satici et al., 2020).

Another study examined the mediating effect of positivity in the association between perceived risk, death anxiety, and happiness associated with COVID-19 in a Turkish adult sample. The results showed that the perceived risk had a significant direct negative effect on positivity, death anxiety, and happiness. Positivity had a significant direct positive effect on death anxiety and happiness. According to the mediation analysis, positivity mediated the effect of perceived risk on death anxiety and happiness. The results suggest that positivity is an important aspect in the development of prevention and interventions based on individual resources aimed at reducing mental distress and increasing the experience of happiness (Yidirim, Güler, 2021).

Longitudinal research in the COVID-19 period

Both past and present quarantines have shown to affect negative emotions such as anger, fear, anxiety, or depression (Brooks et al., 2020; Vindegaard, Benros, 2020). At the time of COVID-19, a longitudinal study revealed higher negative emotions at closure and showed a positive association between age and an increase in negative emotions. In addition, it has been found that a positive relationship between anxiety about infection and an increase in negative emotions is observed only in women with low resilience (Megias-Robles, Gutierrez-Cob, Cabello, 2020).

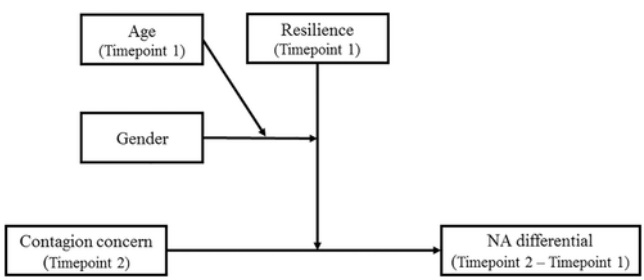


Figure 1, Effect of gender and age on resilience (Megias-Robles, Gutierrez-Cob, Cabello, 2020).

Previous studies have also described that women are at greater risk for negative psychological consequences as a result of the epidemic (Vindegaard and Benros, 2020) and it is likely that men may use a different defense mechanism than women (Megias-Robles, Gutierrez-Cob, Cabello, 2020).

While previous cross-sectional studies have reported mixed findings regarding age as a risk factor (Gao et al., 2020; Mazza et al., 2020; Qiu et al., 2020; Vindegaard, Benros, 2020). Megias-Robles, Gutierrez-Cob, Cabello, (2020) found that age plays a role in the increased negativity observed during closure, i.e.,

the higher the age, the greater the increase in negative emotions. Older adults are at greater risk for mental health problems if forced to live in conditions of social isolation (Armitage and Nellums, 2020).

COVID-19 restrictions can have a negative impact on children and their parents, while facilitating parent-child attachment. Perceived stress can affect the quality of the connection. A longitudinal study analyzed how perceived stress was affected by closure and how it affected the well-being of parents and their children (10–13 years). Changes in parents' negative feelings and children's externalizing behavior were mediated by perceived stress. Perceived stress in parents and children was associated with negative coping strategies. In addition, children's stress levels were affected by past and current parental overreactions. These results suggest that children of families with negative coping strategies may be at risk due to the negative consequences of the restriction (Achterberg et al., 2021).

Sample presentation and psychometric tools

According to the study design, parents and their children completed the questionnaire package. Random sampling was performed by the snowball method on an online interface. Women (75.73%) were over-represented in the sample compared to men. In terms of national coverage, the sample came from 23% of the capital's respondents, 58% of the respondents came from rural towns and 19% from villages. The total study sample included in the analysis was 648 individuals.

Data loss

The spring measurement included 324 parent-child paired data. Of these, 18 families did not agree to follow-up in the spring, 28 families misunderstood the follow-up question and did not provide contact information for subsequent inquiries, 234 families agreed to follow-up but did not complete the questionnaire in winter, and a total of 44 families participated in follow-up, so dropout is significant, above 80%.

Table 1, sample data

	Total sample in Spring			**Sample with follow-up in Spring**		
	Age/M	**SD**	**N=648**	**Age/M**	**SD**	**N=88**
Fathers	47.16	4.282	32	45.75	5.74	4
Mothers	43.70	5.047	310	45.20	4.83	40
Boys	14.07	2.211	134	14.33	1.98	21
Girls	14.33	2.213	208	14.22	2.02	23

Psychometric devices
– CD-RISK 10-item resilience questionnaire (Connor and Davidson, 2003),
– Perceived stress questionnaire (Cohen and Williamson 1988, Stauder, Konkoly Thege, 2006),
– Bandura Self-Efficiency Questionnaire (Bandura, 1994),
– Health stagnation questionnaire (Salkovskis et al. 2002, Köteles, Simor, Bárdos, 2011).

RESULTS

Statistics describing the change

In the following, we present the cross-sectional results of the whole sample from the state measured in the spring of 2020, the cross-sectional results of the 44-person sample from the state of the winter of 2020, where possible, and the longitudinal results of the 44-person sample. results.

Examined by the Spearman correlation, we found no significant correlation between educational attainment and resilience either in the spring measurement (rs = -.090 p = .092) or in the winter measurement (rs = -.008 p = .960). Education was also unrelated to the degree of change in resilience (rs = .003 p = .985). Education is not affected by parental resilience.

In terms of perceived stress, girls had the highest value in the spring (M = 9,832 SD = 3,045). Although the difference between the values of girls and boys (M = 9.575 SD = 3.120) was not significant, the value of girls was significantly higher than the value of parents, while the value of boys did not differ significantly from the value of parents (mother: M = 9.465 SD = 3.020; father : 8.313 SD = 2.633). Girls were the most vulnerable population in terms of perceived stress to the negative effects of the epidemic in the spring (Table 2). Nevertheless, their resilience values were nearly identical to those of the other participants in the sample.

Table 2, Comparison of perceived stress

Comparing		**F**	**p**	**Part. η^2**
Parents vs Children		5.945	**.015**	.017
	Fathers vs Boys	0.589	.443	.002
	Fathers vs Girls	6.969	**.009**	.020
	Mothers vs Boys	0.941	.333	.003
	Mothers vs Girls	5.841	**.016**	.017
Fathers vs Mothers		4.907	**.027**	.014
Boys vs Girls		1.719	.191	.005

df1 = 1; df2 = 338

In terms of resilience, the value of parents was significantly higher than that of children in the spring, however, we found no difference between girls and boys in this respect (Table 3).

Table 3, Resilience scores and comparison

Resilience	M	SD
father	32.531	4.813
mother	32.281	5.315
boy	29.172	6.374
girl	29.928	5.912

Comparing		F	p	Part. η^2
Parents vs Children		28.907	**< .001**	.079
	Fathers vs Children	11.077	**.001**	.032
	Mothers vs Children	50.649	**< .001**	.130
	Boys vs Parents	15.246	**< .001**	.043
	Girls vs Parents	13.710	**< .001**	.039
Fathers vs Mothers		0.067	.795	.001
Boys vs Girls		0.579	.447	.002

df1 = 1; df2 = 338

In winter, similar to spring, detailed analysis is not possible due to the low number of items, but it can be said that the perceived stress value of girls is also the highest in winter (M = 11.35 SD = 4.217), which value is significantly higher than that of boys (M = 8.90 SD = 2.644), t (42) = -.2.276 p = .028.

There is no difference in the value of resilience between girls and boys in winter (boys: M = 28.81 SD = 6.250, girls: M = 27.22 SD = 7.205), t (42) = 0.780 p = .440.

Trends in resilience during the COVID epidemic

The mean value of resilience did not change significantly among parents and children based on spring and winter measurements; parent: t (43) = .802 p = .427; child: t (43) = 1.351 p = .184 (Figure 1).

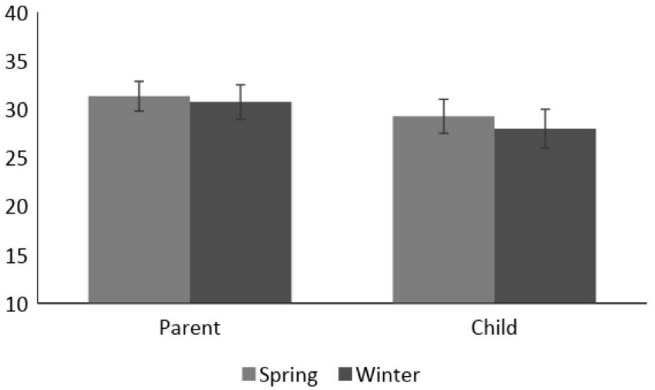


Figure 2, Change in resilience in 2020

Yet there is a change in resilience from a special perspective. Individuals with higher-than-average resilience and well-being in spring decreased at a higher rate at the time of winter measurement than those with lower-than-average resilience in spring (Spearman correlation between spring resilience and spring and winter values). degree of difference between parents: rs = -.286 p = .030; children: rs = -.389 p = .004). In other words, those who had a reserve in a psychological sense and were flexible in dealing with the unusual, limited way of life that had developed were tired, losing their flexibility and well-being.

The effect of health anxiety on resilience

The effect of parental health anxiety on parental resilience is also realized through stress in winter, similar to the spring period (Figure 2).

Table 4, Effect of parental health anxiety on parental resilience through mediation of perceived stress

X	Y	Path	beta	SE	p	LLCI	ULCI
Health-anxiety	Resilience	c (total)	-0.448	0.138	0.002	-0.727	-0.17
Health-anxiety	Stress	a	0.426	0.14	0.004	0.145	0.708
Health-anxiety	Resilience	c' (direct)	-0.252	0.137	0.072	-0.528	0.024
Stress		b	-0.461	0.137	0.002	-0.736	-0.185
Health-anxiety to Resilience through Stress		ab (indirect)	-0.196	0.096	-	-0.416	-0.046

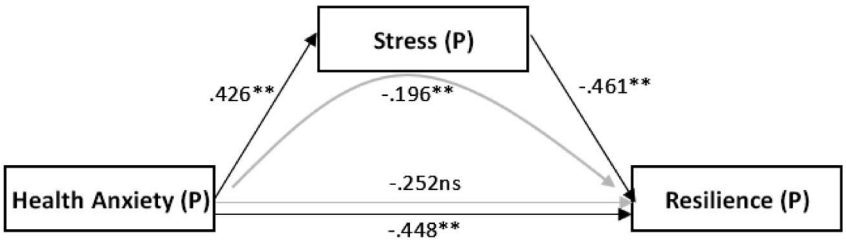


Figure 3, mediation effect

End an open sentence

To conclude the "I do everything ...." open sentence, parents gave a significantly higher proportion of "FOR HAPPINESS" answers in winter compared to spring measurements, and a higher proportion of "for health" answers in winter, but the difference is not significant. Children were no longer tied to health issues in the winter and their anxiety also decreased (Figure 3, Table 5).

Table 5, answers to open questions

	Tavasz	**Ősz**	**p**
Parent – Health	0.14	0.25	0.302
Parent – Happiness	0.27	0.39	0.035
Child – Health	0.20	0.05	0.016
Child – Happines	0.16	0.07	0.031

I will do my best with a percentage of responses. McNemar test p-value

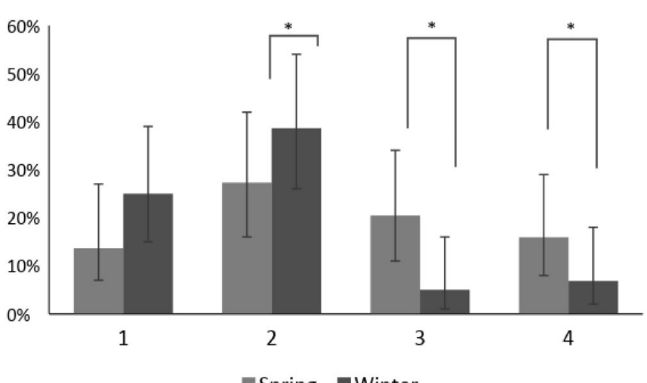


Figure 3, completion of open sentences, "I will do everything…"

The effect of resilience on the quality of family relationships

Examined by Spearman correlation, the relationship with the spring family is significantly associated with changes in resilience (rs = .387 p = .010) and changes in stress (rs = -.327 p = .030). The better the relationship with the family in the spring, the less deteriorated the resilience and the less increased the stress. In winter, the quality of the family relationship was not significantly related to the change in resilience, but to the change in stress (rs = -.347 p = .021), i.e. the smaller the change in stress, the better the quality of the family relationship. It should be noted that there is only a moderate correlation between the fall and spring values of the relationship with the family (rs = .380 p = .011).

Mediation studies

In the spring study, perceived stress and resilience are neither directly nor indirectly correlated with good family relationship quality. According to the analysis of the winter measurement, resilience still has no direct effect on the quality of family relationships, however, by raising the perceived stress into a mediation model, an indirect positive effect can be measured. That is, resilience affects the quality of family relationships indirectly — through perceptual stress — reducing the negative effects of perceived stress. Resilience is a protective factor for the quality of family relationships in an epidemic situation (Figure 4-5).

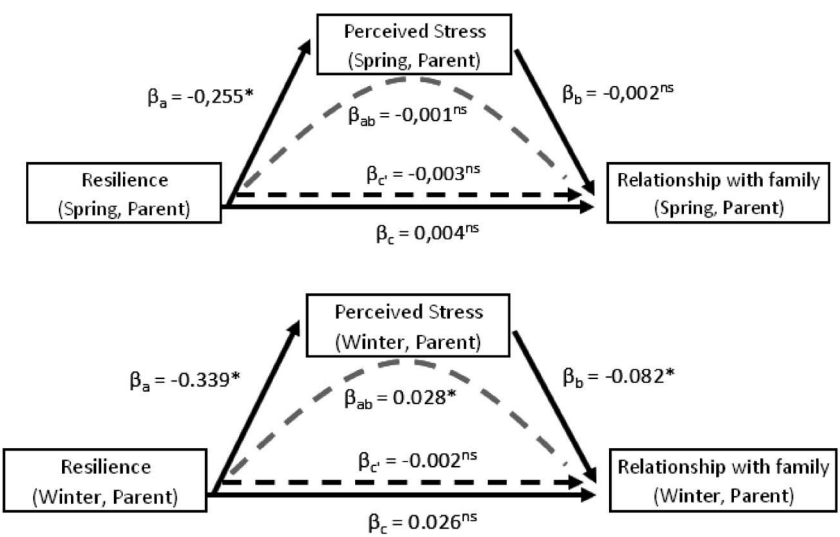


Figure 4-5, protective effect of resilience on the quality of family relationships (spring-winter)

We found a similar mediation relationship in the changes in resilience and perceived stress between spring and winter, based on the quality of winter family relationships. Individuals (parents) with less decrease in resilience over the measured period have less increased levels of perceived stress and better quality of family relationships (Figure 6).

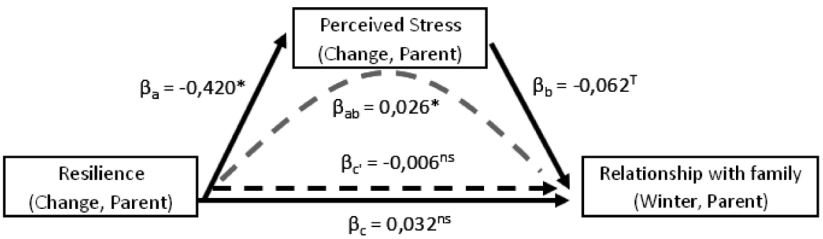


Figure 6, spring-winter change

Parents 'perceptions of their child in terms of resilience, perceptual stress, and well-being.

Parents'spring perceptions of their child's condition are moderately strongly correlated with children's actual spring mental state (positively correlated with child resilience and well-being, negatively correlated with child-experienced stress). Parents' winter perception of their child's condition is also moderately and strongly correlated with children's actual autumn mental state (moderate to positive resilience, strong well-being to positive well-being, strong negative correlation to parental perception).

From the spring perception of parents, the value of children's winter stress can be moderately predicted, and the value of winter resilience and well-being cannot be significantly predicted.

There is only a moderate correlation between parents' perceptions of spring and perceptions of winter – suggesting that parental judgment is not a stable construct over time, as transient and transient factors are also highly present.) (Table 6).

Table 6,Parents' assessment of the child's condition, spring-winter

	Gyerek állapota tavasz		**Gyerek állapota ősz**	
	rs	**p**	**rs**	**p**
Child condition, autumn	**0,395**	**0,008**	-	-
Child resilience, spring	**0,402**	**0,007**	0,047	0,764
Child stress, spring	**-0,367**	**0,014**	-0,041	0,792
Child well-being, spring	**0,485**	**0,001**	0,095	0,540
Child resilience, autumn	0,215	0,162	**0,335**	**0,026**
Child stress, autumn	-0,396	0,008	-0,610	0,000
Child well-being, autumn	0,220	0,151	**0,570**	**0,000**

Spearman correlation; N = 44

DISCUSSION

Among adults, the mean value of the resilience score is in the normal range in spring and winter, which results in a correlation with the results of research conducted in other pandemics (Ferreira et al., 2020). Based on the results, it can be said that we were able to prove a special change in the resilience ability in the sample. While overall resilience did not change significantly during the spring-winter period, individuals who showed high resilience in the first wave of COVID-19 (April 2020) under low perceived stress underwent a significant negative change. The stress experienced increased with a decrease in resilience. Decreased resilience increases a person's vulnerability to the stress of a pandemic situation. As the significant decrease can be seen in the group of persons with previously particularly high value, we assume that the reserves still present in the spring have been exhausted in terms of flexible adjustment. Our results correlate with the results of Ferreira et al. (2020).

Resilience in the sample is not affected by education during the study period. The independent functioning of education and resilience lead to the conclusion that people have equal chances in the manifestation of a resilient response with different levels of education. Educational attainment was highly scattered in our sample, while in other research, where individuals with tertiary education were over-represented, they found an association between educational attainment and resilience. Here, however, study leaders refer to repeating the study on a gender-balanced sample (Ferreira, 2020).

Gender differences were observed in terms of perceived stress in the overall sample. Girls are most exposed to the effects of stress. Wenham et al (2020) also measured higher levels of stress among women in an adult sample, the result being explained by the fact that women often spend more time on informal

care within the family, which may limit their job opportunities and make them more vulnerable to family-related anxiety.

The effect of health anxiety through stress reduces resilience. Those who tend to worry about their health are less able to adapt flexibly or resiliently to the challenges of a pandemic, depending on the situation. Resilience is a protective factor for health anxiety, reducing the negative effects of stress.

The COVID-19 epidemic in the spring and winter is „I'll do everything..." to the question of the color period of the spring period to winter significantly shifted in the content of the answer in the direction of the word HAPPINESS. The perceived trend indicates a narrowing, which is explained by a narrowing of the living space and a decrease in personal effectiveness in virus treatment. It has already become clear by winter that humanity is not rapidly defeating the coronavirus, and even in the winter (December) even the effects of treating the epidemic are questionable. Respondents who focus on HAPPINESS are perhaps articulated by hope, and in the fact that they can do countless things for their own happiness, since happiness is a subjective, independent experience. The combination of happiness and resilience could not be demonstrated in our sample. In research where hope is also a research aspect, the direct and indirect effects of hope on subjective happiness have been demonstrated through fear of the virus. Individuals who resist stress and believe in finding a solution in a pandemic situation prevent the spread of fear of the epidemic while maintaining good mental health (Satici et al., 2020).

The narrowing trend of winter responses may reflect the narrowing of the respondents 'living space (room for maneuver). Mostly as part of the defense, people and families stayed in their homes and here they tried to find a source of happiness, which also involves new solutions, discovering and trying out activities in the hope of a positive outcome.

Based on parents 'spring judgment, the value of their child's winter stress can be moderately predicted. It is thought-provoking for the practitioner that we could not demonstrate this predictive trend in resilience and well-being in the sample. The result is evolutionarily understandable when the alarming role of the stress effect serves to protect life. However, long-term psychological survival is supported by increasing resilience. Based on the results, it is worth drawing parents' attention to this and developing shorter programs to help shift focus. Other indicators have a similar view on the development of resilience (Schäfer et al., 2017).

The quality of family relationships was positively affected by resilience, reducing the negative effects of stress. The mediating effect of stress cannot be measured in spring, but it can be measured in winter and in the changes in the spring-winter period. Families suddenly moved out of their normal rhythm of life and living space in the spring, but presumably there were still psychological reserves on a personal and family level that the impact of the stress caused by the

spring restriction was not felt. Although the restrictions were lifted in Hungary in the summer, the situation changed in autumn and winter, life did not return to normal (e.g., jobs did not abolish Home Office), as many had expected, and distance, disinfection and mask use became the norm in the autumn. A significant wave of infection has started in schools in some areas of the country. By the winter period (second sampling), the restrictions had become more permanent and the epidemic effect was significant (steeply rising numbers in morbidity and mortality statistics) which had been accompanied by an increase in stress. Based on the data, we demonstrated that the protective factor against stress — resilience — decreased over time and perceived stress increased among adults. In other countries, a similar trend has been demonstrated – the possibility of infection, the course of the disease, and the proximity of death are unusual and unpredictable – all of which increase the stress experienced and are associated with limited access to protective factors (Ferreria et al., 2020).

In families where resilience decreased less, it indirectly affected the quality of family relationships by reducing the negative effects of stress. Resilience is a protective factor for the quality of family relationships in a pandemic situation.

Conclusion

Overall, during the one-year period of COVID-19, psychological resources such as resilience at the individual and family levels were significantly reduced. Girls are most at risk from pandemic stress. Furthermore, resilience was identified as a protective factor for health anxiety and the quality of family relationships.

The results are a warning for the future. Psychological resources are worth saving and striving for recharging and vitality-filled experiences. Experiencing positive experiences / feelings supports the ability to resilience. Positivity is an important aspect in the development of prevention and interventions based on individual resources aimed at reducing psychological distress and increasing the experience of happiness (Yidirim, Güler, 2021).

On a daily basis, for example, the events that evoke a smile, the pleasant joyful moments experienced, the experience of movement, the leisure time spent in the sun, in the open air, contribute to the experience of personal vitality.

Outlook

With a simple everyday practice, we can increase the collection and storage of positive experiences: in the evenings, it is worth counting and reliving the vitality points of the day a bit. As a practicing therapist, I also strive to incorporate the ability to store positive experiences/ feelings into the daily lives of those who

turn to me and thus develop the ability to resilience. In the tale of the "cricket and the ant", this meticulous, persistent collection of resources is symbolically articulated (there is an emphasis on the careful collection of material goods, here psychological goods), even finding and developing internal resources, whose protective role against stress has been demonstrated.

In the next phase of the research, in addition to the future, it is worth asking questions related to the past period and measuring the state of anxiety and mood, as well as examining the dimension of hope.

Limits

A limitation of the study is the over-representation of sample women among adults. As well as significant data loss in the spring and winter. The results are valid subject to limitations.

LITERATURE USED

Aspinwall, L. G. & Tedeschi, R. G. (2010.a). The value of positive psychology for health psychology: Progress and pitfalls in examining the relation of positive phenomena to health. *Annals of Behavioral Medicine, 39*, 4-15.

Achterberg, M., Dobbelaar, S., Boer, O.D. *et al.* Perceived stress as mediator for longitudinal effects of the COVID-19 lockdown on wellbeing of parents and children. *Sci Rep* **11,** 2971 (2021). https://doi.org/10.1038/s41598-021-81720-8.

Bachen, E. A., Chesney, M. A., & Criswell, L. A. (2009). *Prevalence of mood and anxiety disorders in women with systemic lupus erythematosus. Arthritis & Rheumatism, 61(6), 822–829.* doi:10.1002/art.24519

Barzilay, R., Moore, T.M., Greenberg, D.M. *et al.* Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Transl Psychiatry* **10,** 291 (2020). https://doi.org/10.1038/s41398-020-00982-4

Blackmon, H., Ross, L., & Bachtrog, D. (2016). *Sex Determination, Sex Chromosomes, and Karyotype Evolution in Insects. Journal of Heredity, 108(1), 78–93.* doi:10.1093/jhered/esw047

Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F. & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health, 13,* 119.

Bonanno, G.A. Loss, (2004) trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am. Psychol. 59*, 20–28. [CrossRef] [PubMed]

Bonanno, G.A.; Ho, S.M.Y.; Chan, J.C.K.; Kwong, R.S.Y.; Cheung, C.K.Y.; Wong, C.P.Y.; Wong, V.C.W.(2008) Psychological resilience and dysfunction among hospitalized survivors of the SARS epidemic in Hong Kong: A latent class approach. *Health Psychol. 27,* 659–667. [CrossRef] [PubMed]

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet.* doi:10.1016/s0140-6736(20)30460-8

Brionez, T. F., Assassi, S., Reveille, J. D., Green, C., Learch, T., Diekman, L. & Nicassio, P. (2010). Psychological correlates of self-reported disease activity in ankylosing spondylitis. *The Journal of Rheumatology, 37*, 829-834.

Cal, S. F., & Santiago, M. B. (2013). Resilience in systemic lupus erythematosus. *Psycholgy, Health and Medicine, 18*, 558-563.

Caplan, G. (1981). Mastery of stress: Psychosocial aspects. *Am. J. Psychiatry 138,* 413–420.

Ciccetti, D., & Cohen, D. J. (Eds.) (2006). Developmental Psychopathology. Volume One: Theory and Method; Volume Three: Risk, Disorder and Adaptation. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

Colaianna, M., Schiavone, S., Zotti, M., Tucci, P., Morgese, M. G., Bäckdahl, L., ... Trabace, L. (2013). *Neuroendocrine Profile in a Rat Model of Psychosocial Stress: Relation to Oxidative Stress. Antioxidants & Redox Signaling, 18(12), 1385–1399.* doi:10.1089/ars.2012.4569

Connor, K.M. and Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety, 18(2), 76-82.

Cutter, S.L.; Ahearn, J.A.; Amadei, B.; Crawford, P.; Eide, E.A.; Galloway, G.E.; Goodchild, M.F.; Kunreuther, H.C.; Li-Vollmer, M.; Schoch-Spana, M.; et al.(2013). Disaster resilience: A national imperative. *Environ. Sci. Policy 55*, 25–29. [CrossRef]

DeNisco, S. (2011). Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 23*, 602-610

De Waziéres B., Gil H., Vuitton D.A., Dupond J.L.(1999). Treatment of recurrent oro-genital ulceration with low doses of thalidomide. *Clin Exp Rheumatol, 17*(3):393.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 93*, 542-575.

Erim, Y., Tagay, S., Beckmann, M., Bein, S., Cicinnati, V., Beckebaum, S. & Schalaak, J. F. (2010). Depression and protective factors of mental health in people with hepatitis C: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 47*, 342–349.

Feder, A., Nestler, E. J. & Charney, D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience, 10*, 446-457.

Ferreira, Regardt J.; Buttell, Fred; Cannon, Clare (2020). *COVID-19: Immediate Predictors of Individual Resilience. Sustainability, 12(16), 6495*–.doi:10.3390/su12166495

Ferreira, R.J.; Adolph, V.; Hall, M.; Buttell, F. (2019). Predictors of Individual Resilience: Gender Differences among African Americans. *J. Evidence-Based Soc. Work. 16*, 347–362. [CrossRef]

Ferreira, R.J.; Buttell, F.; Elmhurst, K. (2018). The Deepwater Horizon oil spill: Resilience and growth in the aftermath of postdisaster intimate partner violence. *J. Fam. Soc. Work. 21*, 22–44. [CrossRef]

Fredrekson, B.L.& Losada M.L. (2005). Positiv Affect and the Complex Dynamics of Human Flourishing, *American Psychologist, 60*(7): 678-686.

Fredrikson, B.L. (2015). *A pozitív érzelmek hatalma.* Budapest: Akadémia kiadó.

Galea, S., Merchant, R. M., & Lurie, N. (2020). *The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing. JAMA Internal Medicine.* doi:10.1001/jamainternmed.2020.1562

Gao, R., Peterson, E. J., & Voytek, B. (2017). *Inferring synaptic excitation/inhibition balance from field potentials. NeuroImage, 158, 70–78.* doi:10.1016/j.neuroimage.2017.06.078

Girtler, N., Casari, E. F., Brugnolo, A., Cutolo, M., Dessi, B., Guasco, S. & De Carli, F. (2010). Italian validation of the Wagnild and Young Resilience Scale: A perspective to rheumatic diseases. *Clinical and Experimental Rheumatolgy, 28*, 669-678.

Gyöngyösiné Kiss, E., Czirják L., Hargitai R., Nagy L., Paksi E. (2008): Ego-control and ego-resiliency in systemic autoimmune disorders (SSC, RA, SLE). *Horizons of Psychology, Official Journal of the Slovenian Psychological Association, 17*:supl., 8.

Holden, K. B., Hall, S. P., Robinson, M., Triplett, S., Babalola, D., Plummer, V., … DiAnne Bradford, L. (2012). *Psychosocial and Sociocultural Correlates of Depressive Symptoms Among Diverse African American Women. Journal of the National Medical Association, 104(11-12), 493–504.* doi:10.1016/s0027-9684(15)30215-7

Killgore, William D.S.; Taylor, Emily C.; Cloonan, Sara A.; Dailey, Natalie S. (2020). *Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. Psychiatry Research, 291(), 113216–*.doi:10.1016/j.psychres.2020.113216

Kimhi, S., Eshel, Y., Marciano, H., & Adini, B. (2020). *A Renewed Outbreak of the COVID–19 Pandemic: A Longitudinal Study of Distress, Resilience, and Subjective Well-Being. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(21), 7743.* doi:10.3390/ijerph17217743

Kiss E. & Makó, H.(szerk.). (2015). *A gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pécs: Pro Pannónia Kiadó.

Kövesdi A. (2016). A reziliencia hatása a krónikus betegségekben. *Gyermekgyógyászat, 67* (4), pp.: 225-230.

Kövesdi A. (2018). A személyiségfaktorok és a reziliencia összefüggése az anorexia nervosaban. *Psychologia Hungarica Caroliensis 4*:2, 7-22.

Kövesdi A., Törő K., Hadházi É., Takács Sz., Rózsa S., Csikós G., Fökdi R.(2020). The protective Role of Self-Efficacy for Resililence in the COVID-19 Period. *Acta Scientific Neurology 3*:11. 87-91.

Lazarus, R.S.; Folkman, S. *Stress, Appraisal, and Coping*; Springer: New York, NY, USA, 1984.

Liu, Y., Gayle, A. A., Wilder-Smith, A., & Rocklöv, J. (2020). *The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. Journal of Travel Medicine*. doi:10.1093/jtm/taaa021

Masten, A., Best, K. & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology, 2*, 425-444.

Masten, A. S. (2001). *Ordinary magic. Resilience processes in development*. American Psychologist, 56. 227-238.

Mangelli, L., Gribbin, N., Buchi, S., Allard, S. & Sensky, T. (2002). Psychological well-being in rheumatoid arthritis: Relationship to "disease" variables and a ective disturbance. *Psychotherapy and Psychosomatics, 71*, 112-116.

Mazza C., Ricci E., Biondi S., Colasanti M., Ferracuti S., Napoli C., Roma P. (2020). A Nationwide Survey of Psychological Distressamong Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses andAssociated Factors. *International Journal Environmental Research and Public Health, 17*(9).

Megias-Robles A., Gutiérrez-Cob M.J., Cabello R (2020). A longotudinal study of the influence of concernes about contagion on negativ affect during the COVID-19 lockdown in adoults: The moderating effect of gender and resilience. Journal of Health Psychology 1-11.

Mota, D. C., Benevides-Pereira, A. M., Gomes, M. L. & Araújo, S. M. (2006). Estresse e resiliência em doença de Chagas [Stress and resilience in chagas disease]. *Aletheia 24*, 57-6

Qiu, J.; Shen, B.; Zhao, M.; Wang, Z.; Xie, B.; Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *Gen. Psychiatry 33*, e100213. [CrossRef]

Ponarovsky, B., Amital, D., Lazarov, A., Kotler, M. & Amital, H. (2011). Anxiety and depression in patients with allergic and non-allergic cutaneous disorders. *International Journal of Dermatology, 50*, 1217–1222.

Quinton, S. & Wagner, H.L. (2005). Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and eating attitudes. *Personality and Individual Differences, 38*, 1163- 1173.

Robottom, B. J., Gruber-Baldini, A. L., Anderson, K. E., Reich, S. G., Fishman, P. S., Weiner, W. J. & Shulman, L. M. (2012). What determines resilience in patients with Parkinson's disease? *Parkinsonism & Related Disorders, 18*, 174-177.

Satici, S. A., Kayis, A. R., Satici, B., Griffiths, M. D., & Can, G. (2020). *Resilience, Hope, and Subjective Happiness Among the Turkish Population: Fear of COVID-19 as a Mediator. International Journal of Mental Health and Addiction*. doi:10.1007/s11469-020-00443-5

Salguero, J. M., Palomera, R., & Fernández-Berrocal, P. (2011). *Perceived emotional intelligence as predictor of psychological adjustment in adolescents: a 1-year prospective study. European Journal of Psychology of Education, 27(1), 21–34.* doi:10.1007/s10212-011-0063-8

Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2016). *Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. Journal of Youth and Adolescence, 46(2), 261–276.* doi:10.1007/s10964-016-0585-0

Schwartz, R.M.; Sison, C.; Kerath, S.M.; Murphy, L.; Breil, T.; Sikavi, D.; Taioli, E. (2015). The impact of Hurricane Sandy on the mental health of New York area residents. *Am. J. Disaster Med.10*, 339–346. [CrossRef]

Trump, Benjamin D.; Linkov, Igor (2020). *Risk and resilience in the time of the COVID-19 crisis. Environment Systems and Decisions, 40(2), 171–173.*doi:10.1007/s10669-020-09781-0

Vindegaard, N., & Eriksen Benros, M. (2020). *COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. Brain, Behavior, and Immunity.* doi:10.1016/j.bbi.2020.05.048

Wang, C.; Pan, R.; Wan, X.; Tan, Y.; Xu, L.; Ho, C.S.; Ho, R.C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health 17*, 1729. [CrossRef] [PubMed]

Werner, E. E. & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Werner, E. E. & Smith, R. S. (2001). Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery. Ithaca, NY: Cornell University Press. Westen D. & Harnden-Fischer J. (2001). Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between axis I and axis II. Am J Psychiatry158:547-562.

Wingo, A. P., Wrenn, G., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B. & Ressler, K. J. (2010). Moderating e ects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal of A ective Disorders, 126*, 411-414.

Yıldırım, M., & Güler, A. (2021). *Positivity explains how COVID-19 perceived risk increases death distress and reduces happiness. Personality and Individual Differences, 168, 110347.* doi:10.1016/j.paid.2020.110347

Zautra, A. J., Johnson, L. M., & Davis, M. C. (2005). Positive a ect as a source of resilience for women in chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 212-220

SERDÜLŐKÖN ÉS FELNŐTTEKEN VÉGZETT KOCKÁZATÉSZLELÉS- ÉS REZILIENCIA VIZSGÁLATOK A KORONAVÍRUSJÁRVÁNY IDEJÉN

Ficzere Márton, Kövesdi Andrea, Rózsa Sándor
Károli Gáspár Református Egyetem, Reziliens Fejlődés-Pozitív Kutatócsoport

Absztrakt

Elméleti háttér: A COVID-19 vírus okozta járványhelyzet számos hatást gyakorol társadalmunkra, amelyhez az alkalmazkodás kulcsfontosságú minden korosztály számára. Ebben kiemelt szerepet játszik a reziliencia és a kockázatészlelés, amelyek kapcsolatát korábbi eredmények hangsúlyozzák. Bár mindkét jelenség esetében születtek tanulmányok, melyek az életkor szerepét vizsgálják, a dolgozat megszületéséig nem jelentek meg publikációk, amelyek a serdülők és a felnőttek nem családon belüli összehasonlítására irányultak volna. *Célkitűzés:* Serdülők és felnőttek mintáján az életkor szerepének vizsgálata reziliencia és kockázatészlelés tekintetében. *Módszer:* A longitudinális vizsgálatban 309 serdülő (16-20 év) és 313 felnőtt (21-99 év) vett részt 2020. márciusa és júniusa között. A kutatás két hullámában a vizsgálati személyeknek különböző online kérdőívcsomagokat kellett kitölteniük, melyekből a kockázatészleléssel kapcsolatos kérdőív, valamint a Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív (CD-RISK) 10-itemes változata került felhasználásra. *Eredmények:* A reziliencia-vizsgálat során a felnőttek szignifikánsan magasabb pontszámot értek el ($p = 0{,}000$). A korcsoportonkénti összehasonlítás alapján a serdülők szignifikánsan alacsonyabb értéket értek el, mint a 35-54 ($p = 0{,}004$) és az 55-64 ($p = 0{,}000$) év közötti korosztály. A kockázatészlelés vizsgálatok során szintén szignifikánsan magasabb pontszámot értek el a felnőttek mindkét felmérés esetében ($p = 0{,}000$; $p = 0{,}001$). A korcsoportonkénti összehasonlítás alapján a serdülők a 35-54 ($p = 0{,}002$; $p = 0{,}012$), az 55-64 ($p = 0{,}002$; $p = 0{,}000$) és a 65-99 ($p = 0{,}000$; $p = 0{,}025$) éves korosztálynál szignifikánsan kevesebb pontszámot értek el. *Következtetések:* Az eredmények alapján a magyar felnőttek reziliensebbek, valamint jobb kockázatészlelők, mint a magyar serdülők. A reziliencia esetében a 16 és 20 év közötti serdülők a 35-54 és az 55-64 év közötti korosztállyal; a kockázatészlelés tekintetében a 35-54, az 55-64 és a 65-89 év közötti felnőttekkel mutattak mindkét felmérés során szignifikáns különbséget. A vizsgálat felhívja a figyelmet arra, hogy a reziliencia, a kockázatészlelés, valamint az életkor között kapcsolat mutatható ki.

Kulcsszavak: reziliencia ▪ kockázatészlelés ▪ COVID-19

Abstract

Introduction: The adaptation to the effects of the recent pandemic caused by SARS-CoV-19 is essential for each age group of the society. In this situation, resilience and risk-perception have privileged roles, thus their connection has already been examined in previous studies. Although other researches had discussed the effect of age, there are no publications yet focusing on the comparison of adolescents and adults, except within a family. *Aims:* Our study objective was to examine resilience and risk-perception of Hungarian teenagers and adults during the COVID-19 pandemic and to compare the effect of age on these psychological concepts. *Methods:* Two anonymous online questionnaires

were used to collect data between March 2020 and June 2020. In this study, the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) 10-item and the questionnaire of risk perception were evaluated. *Results:* Adults' scores were significantly higher on the resilience research (p = 0,000). Comparing by age groups showed adolescents' scores were significantly lower than that of the adults between the age of 35-54 (p = 0,004) and 55-64 (p = 0,000). Grown-ups' scores were also significantly higher during both questionnaires (p = 0,000; p = 0,001). Based on the comparison of age groups teenagers' score were significantly lower than adults' scores between the age of 35-54 (p = 0,002; p = 0,012), 55-64 (p = 0,002; p = 0,000) and 65-99 (p = 0,000; p = 0,0025). *Discussion:* The study presents that adults are more resilient and have higher risk-perception than adolescents. More precisely, 16-20 years old teenagers are less resilient than adults between the age 35-54 and 55-64, furthermore have lower risk-perception than adults between the age 35-54, 55-64 and 65-89. These results draw attention the nexus of age, resilience and risk-perception.

Kulcsszavak: Resilience ▪ Risk-perception ▪ COVID-19

BEVEZETŐ

Ahogy a világ összes pontján, úgy Magyarországon is befolyásolja az emberek életét a 2019-től rohamosan terjedő COVID-19 vírus. A járvány által kialakult helyzetnek köszönhetően 2020 tavaszában különböző korlátozások léptek érvénybe az országban, ezáltal rengeteg ember veszítette el állását vagy váltott otthonról történő munkavégzésre. Az „online világba" való áttérés alól nem képeztek kivételt az oktatási rendszerben dolgozók és tanulók sem. A pandémia okozta korlátozások azonnali változást hoztak az egy háztartásban élők mindennapjaiba, hiszen életterük és személyes kapcsolattartási lehetőségeik csökkentek, az együttélés okozta interakciók száma viszont megnőtt.

A kialakult helyzet megélése számos nehézséggel jár, amelyhez alkalmazkodnia kell minden korosztálynak – ebben pedig kulcsfontosságú szerepet játszik a kockázatészlelés, valamint a reziliencia. Jelen kutatás célja, hogy megvizsgálja, vannak-e, és ha igen, milyen jellegű különbégek jelennek meg a serdülők és a felnőttek között a kockázatészlelés és a változásokhoz való alkalmazkodás terén, amely a jövőben további összehasonlító vizsgálatokra adhat okot.

ELMÉLETI HÁTTÉR

Stresszt vált ki az, ami veszélyezteti az életet egészen addig, míg nincs rá adekvát adaptív válasz, illetve minden, ami veszélyezteti az életet stresszt és arra adaptív választ vált ki. Ez azonban azt jelenti, hogy bármilyen esemény, amely az élet intenzitását növeli, kiválthat átmenetileg stresszt; továbbá elmondható, hogy az alkalmazkodás (valamint a bizonyos szintű stressz-rezisztencia) előfeltétele az életnek. (Selye, 1950; 1976). A sikeres adaptációban számos jelenség közrejátszik, amelyek közül a következőkben a reziliencia és a kockázatészlelés kerül bemutatásra.

A reziliencia

A reziliencia fogalma először a műszaki tudományok területén jelent meg, mint rugalmas ellenálló képesség. Ez a meghatározás a fizikában azt a jelenséget írja körül, mikor két test az összeütközést követően rövid időn belül visszanyeri eredeti alakját – ez figyelhető meg például a teniszlabda és az ütő találkozásakor (Szokolszky & Komlósi, 2015). Később a fogalmat más tudományágak, köztük a pszichológia is elkezdte alkalmazni. Az első pszichológiai tanulmány a rezilienciát, mint személyiségvonást határozta meg (Block & Block, 1980).

Az azóta eltelt 40 évben többféleképpen is megközelítették és definiálták, és mint komplex jelenségnek és rendszerfogalomnak a pszichológián belül egyelőre nincs egységes meghatározása (Szabó, 2017). Mindazonáltal a számos megfogalmazás közös metszéspontjaként értelmezhető, hogy a reziliencia olyan biológiai, pszichológiai és szociális változók együttjárása, amelyek elősegítik a stresszel vagy nehézségekkel teli életkörülményekhez való rugalmas alkalmazkodást és felépülést (Kövesdi, 2018; Herrman és mtsai, 2011). Jelen kutatás 3 tanulmány (Masten, Szokolszky & Komlósi, valamint Markó és mtsai) fogalmi keretét felhasználva készült. Masten (2014) úgy ír a rezilienciáról, mint a dinamikus rendszerek sikeres alkalmazkodási képessége az olyan nehézségekhez, amelyek a rendszer működését, életben maradását vagy fejlődését fenyegetik. Szokolszky és Komlósi (2015) szerint a legáltalánosabb meghatározás esetén a reziliencia az a rugalmas ellenálló képesség, amely biztosítja a funkcionális fennmaradást sokkhatást követően. Ezt kiegészítve a jelenség olyan tényezőket tartalmaz, amelyek segítik a sikeres alkalmazkodást, lehetővé teszik az adaptív megküzdési formákat, valamint csökkentik a stressz negatív hatásait a traumatizáló vagy veszélyeztető életkörülmények ellenére (Markó és mtsai, 2019). Noha a szakirodalom jelentős része a stresszhez való sikeres alkalmazkodás aspektusára helyezi a jelenség hangsúlyát, fontos kiemelni, hogy a reziliencia a stresszt követően a normál működéshez való visszatérés képességét is jelöli (Norris, Stevens, Pfefferbaum, Wyche & Pfefferbaum, 2008)

A kockázatészlelés, és a rezilienciával való kapcsolat

A rezilienciához szorosan köthető még egy fontos fogalom: a kockázatészlelés, hiszen a magatartási döntésekre jelentős hatást gyakorol az, hogy az egyén hogyan észleli és értékeli a kockázatokat (Pikó, 2012). A kockázat két komponensre bontható: egyfelől a veszteség észlelt súlyosságára, másfelől a veszteség (egyén által vélt) várható bekövetkezésének valószínűségére (Van der Pligt, 1996). Utóbbit Rogers (1983) az egészségmagatartás védelem-motivációs elméletében mint észlelt sebezhetőség nevezi, azonban a különböző terminusok ugyanarra a jelenségre vonatkoznak. Ehhez hasonlóan, a szakirodalmakban olvasható kockázatészlelés és észlelt fenyegetettség kifejezés is megfeleltethetőek egymásnak.

Mills és munkatársai (2008) azt találták, hogy a kockázatészlelés és a kockázatvállalás között negatív kapcsolat áll fenn; míg Aerts és munkatársainak (2020) kutatási eredményei pedig a magasabb kockázatészlelés és a magasabb számú preventív lépés között mutattak ki összefüggést. Ezt támasztja alá az a tanulmány is, amely alapján minél inkább fenyegetve érzi magát egy személy, annál inkább motiváltabb arra, hogy a megelőző óvintézkedéseknek eleget tegyen (Zanin és mtsai, 2020).

Paton és Johnston (2001) kutatásukban arra mutatott rá, hogy a magasabb kockázatészlelés magasabb rezilienciához köthető. Fontos azonban megjegyezni, hogy a kockázat észlelésében fontos szerepet játszik az egyén életkora is: Gardner és Steinberg (2005) serdülők, fiatal felnőttek és felnőttek vizsgálatában úgy találta, hogy a kockázattal járó döntések meghozása és a kockázatvállalás az életkor növekedésével csökken.

A koronavírus kapcsán létrejött szakirodalom

A 2019-ben rohamosan terjedni kezdő SARS-CoV-2, vagyis koronavírus globális stresszfaktorrá vált az emberiség életében. Salari és munkatársai (2020) szisztematikus felülvizsgálati és metaanalitikus tanulmánya azt mutatta ki, hogy a koronavírus-járvány hatással van a társadalmak teljes populációjában az egyének és a közösségek mentális egészségére. Serafini és munkatársai (2020) szerint a pandémia számos pszichológiai problémát idézett elő, beleértve a stresszt, szorongást, depressziót vagy frusztrációt. A tömeges fertőződések következtében minden korosztály érintett az egész világon elterjedt járványban. Ezt támasztják alá azok a kutatások is, amelyek nem a teljes populációt, hanem különböző életkorú csoportokat vizsgáltak**.** Chen, Sung és Fen (2020) azt találta, hogy a járvány és a korlátozások komplex negatív befolyást gyakorolnak a fiatalok mentális egészségére. Bruine de Bruin (2020) pedig tanulmányában azt írja, hogy az amerikai felnőttek esetében a kockázatészlelés a korral növekszik. Hazai viszonylatban is születtek tanulmányok a koronavírus kapcsán: egy 2019-es és egy 2020-as kutatás alapján elmondható, hogy a krízisek megélésének mértéke függ a különböző megküzdési módoktól, készségektől, mentális egészségtől; valamint az, hogy a szülőknél mért magasabb stressz-szint alacsonyabb jólléttel jár együtt mind a szülőnél, mind a gyereknél egy családon belül (Szabó, Máth & Sztancsik, 2019; Csikós és mtsai, 2020). Kövesdi és munkatársai (2020) arról számolnak be kutatásukban, hogy a reziliens működés kortól, élethelyzettől és más, személyen kívüli faktoroktól függ; valamint arról, hogy a szülő-gyermek párosok esetében a szülők kimutathatóan magasabb reziliencia értéket kaptak gyermekeiknél. Arról azonban, hogy a nem egy családba tartozó serdülőknél és felnőtteknél vannak-e különbségek, egyelőre nem születtek tanulmányok.

CÉLKITŰZÉS

Jelen kutatás két kérdés megvizsgálását tűzte ki célul: (1) a felnőttek reziliensebbek, mint a serdülők; valamint (2) jobb kockázatészlelők, mint a serdülők.

MÓDSZER

Vizsgálati személyek

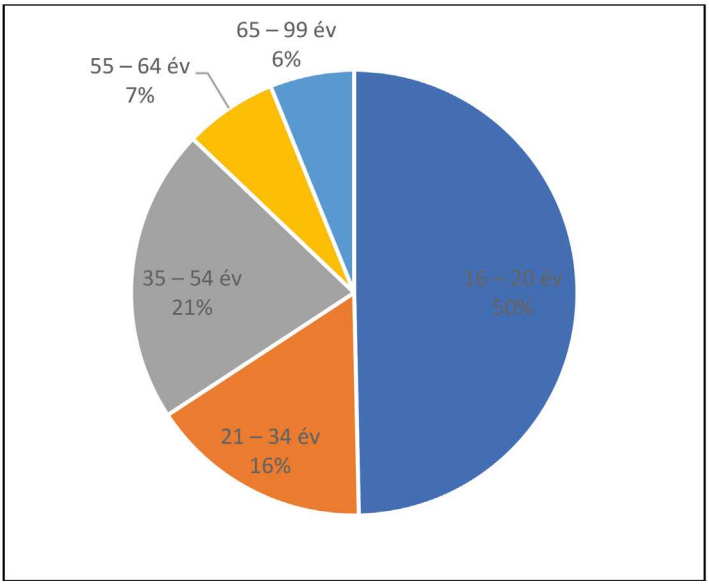
A kutatás nyomonkövetéses vizsgálaton alapszik. A vizsgálat populációját 16 és 20 év közötti serdülők, valamint 21 és 99 éves kor közötti felnőttek képezik. A vizsgálati alanyok a Károli Gáspár Református Egyetem két, egymással párhuzamosan futott kutatásaiban vettek részt, melyeknek célja a koronavírus-járvány pszichológiai hatásainak feltárása a magyarországi serdülők és felnőttek körében.

Mivel a felnőtt populáción végzett felmérésben nagyobb volt a részvételi arány, így az ebből a kutatásból származó minta többszörös szűrésen ment keresztül. A felnőttek esetében a felhasznált mintába kerülés kritériumai az alábbiak voltak: olyan Magyarországon élő személyek legyenek, akik a fent említett korosztály tagjai, valamint iskolai végzettségüket tekintve legalább érettségi bizonyítvánnyal rendelkezzenek, és anyagi helyzetüket másokhoz mérten átlagosnak vagy annál jobbnak ítéljék. Ezt követően a serdülőknél megjelenő férfi-női arányt tekintetbe véve véletlen mintavétellel lett kialakítva a felnőttekből álló végleges, a serdülőkével közel azonos elemszámú minta.

A mintába került serdülők esetében az jelentette a vizsgálatba kerülés kritériumát, hogy a fent írt korosztályhoz tartozáson felül a 2019/2020-as tanévben valamelyik magyar középiskola tanulói legyenek.

Mind a felnőttek, mind a serdülők esetében elsősorban hozzáférés alapú mintavételi eljárás történt, mivel főként ismeretség alapján történt a vizsgálati személyek megkeresése. Mindemellett megjelent a „hólabda" mintavételi eljárás is, ugyanis több esetben a jelentkezőket további toborzásra kértük fel, valamint a végső minta kialakításában szerepet játszott a véletlen mintavétel is (Szokolszky, 2006).

A mintába végül összesen 313 felnőtt és 309 serdülő került. A vizsgálatban 378 nő (60,8%) vett részt, akik közül 183 személy (48,4%) volt serdülő, valamint 244 férfi (39,2%) résztvevő volt, akik közt 126 fő (51,6%) volt 16 és 20 éves kor közötti. A vizsgálati személyek átlagos életkora 30,9 év (a legfiatalabb 15, a legidősebb személy 83 éves), a pontosabb vizsgálatok érdekében 5 korcsoport lett kialakítva, így jöttek létre a 16 – 20; 21 – 34; 35 – 54; 55 – 64; 65 – 99 év közötti csoportok. A korosztályok szerinti részletes eloszlást az 1. ábra tartalmazza.



Életkor övezetekre bontva	Elemszám (fő)	Százalék (%)
16 – 20 év	309	49,7
21 – 34 év	100	16,1
35 – 54 év	133	21,4
55 – 64 év	42	6,8
65 – 99 év	38	6,1
Összesen:	622	100,0

1. ábra. A korcsoportok részletes eloszlása

A felnőttek között 107 személynek (34,2%) volt szakközépiskola vagy gimnázium a legmagasabb iskolai végzettsége, valamint 206 fő (65,8%) szerzett főiskolai vagy egyetemi diplomát.

Eszközök– A kérdőívek

A kutatás első hullámához egy különböző kérdőívekből és demográfiai adatokból álló kérdőívcsomag lett összeállítva. A felhasznált kérdőívcsomag 8 nagyobb területre bontva került kitöltésre. Elsőként a kitöltő szociodemográfiai jellemzőire vonatkozó kérdések szerepeltek. Itt a nemre, az életkorra, a családi állapotra, legmagasabb iskolai végzettségre, jelenlegi aktivitásra, a megélhetést biztosító jövedelemre a járvány előtti időszakban, az állandó lakhelyre, valamint a vallásra kérdeztünk rá.

A második egységbe az általános egészségállapottal kapcsolatos jellemzők kerültek. Az ebbe a részbe került kérdések (az utolsótól, vagyis a „Kapott-e influenza elleni védőoltást" kérdéstől eltekintve) a 2002-es Hungarostudy országos reprezentatív felméréséből származnak (Rózsa és mtsai, 2003). A kérdőívben a kitöltőknek egy 5 fokú Likert-skálán kellett értékelniük szubjektíven az egészségi állapotukat, a kórházi kezeléseik számát az eddigi életük során, valamint válaszolniuk kellett arra, hogy volt-e az elmúlt félévben egészségügyi panasz miatt kezelésük, illetve van-e krónikus betegségük.

A harmadik részben a kockázatészlelésre, a személyes hatékonyságra, és a fertőzést megelőző tevékenységekre vonatkozó kérdések szerepeltek. A kockázatészlelésre és a fertőzést megelőző tevékenységre vonatkozó kérdések korábbi kutatásokból (pl. SARS, H1N1 felmérések; Lau és mtsai, 2003; Brug és mtsai, 2004; De Zwart és mtsai, 2009; Vartti és mtsai, 2009; Voeten és mtsai, 2009) kerültek átemelésre. Az első kérdéscsoport 10 betegség (köztük a COVID-19) súlyosságára kérdez rá, míg a második kérdéscsoport annak valószínűségére, hogy a kitöltő megkapja-e a fertőzést. Mindezek mellett arra is rákérdeztünk, a vizsgálati személyek mennyire tartják valószínűnek a koronavírus-fertőzést az elmúlt időszakra és az elkövetkezendő 2 és 4. hónapra vonatkozóan.

A negyedik blokkban a személyek koronavírusról való ismeretét mértük fel. Ez az egyszerű kérdéssor az általános ismereteket tárta fel. A 10 fő kérdés a következőkre vonatkozott: főbb tünetek, terjedési mód, tünetnélküli fertőzés, lappangási idő, betegség megnevezése, kik fertőződhetnek meg, időjárás befolyásoló szerepe, koronavírus életképessége levegőben és különböző felületeken, biztonsági távolság, védőoltás ideje.

Az ötödik részbe szintén a koronavírus-járvánnyal kapcsolatos kérdések kerültek. Itt arra voltunk kíváncsiak, hogy a kitöltők honnan szerzik be ismereteiket, milyen megelőző tevékenységeket ismernek, mennyire értenek egyet a korlátozó intézkedésekkel; továbbá itt került felvételre az Események hatása kérdőív 6 tételt tartalmazó rövidített változata (IES-6) (Horowitz és mtsai, 1979; Thoresen és mtsai, 2010; Kocsis-Bogár és mtsai, 2012). Az IES-6 kitöltésének során a kitöltők egy 5 fokú Likert-skálán kellett, hogy megítéljék, hogy az egyes tételekben megfogalmazott állítások milyen gyakran voltak jellemzőek rájuk az elmúlt egy hét alatt (egyáltalán nem – 1; mindig – 5).

A hatodik részben a személyiségjellemzők és érzelmek kerültek fókuszba, a vizsgálati személyeknek az Ötfaktoros személyiség-kérdőívet, a Connor-Davidson Reziliencia Kérdőívet, a Testi tünetek kérdőívet, a Depresszió, szorongás és stressz kérdőívet, valamint a Jóllét kérdőívet kellett kitölteniük. Az Ötfaktoros személyiség-kérdőív, vagyis a BFI esetében a teszt 10 tételes változatát használtuk (BFI; John & Srivastava, 1999). A BFI kitöltésekor a kitöltőknek egy 5 fokú Likert-skálán kellett értékelniük, hogy mennyire jellemzőek rájuk a megadott állítások (1 – egyáltalán nem értek egyet; teljesen egyetértek – 5). A Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív 10 itemes változata a stresszel való sikeres megküz-

dés mérésére kidolgozott mérőeszköz, amely esetében a kitöltőknek egy 5 fokú Likert-skálán kell értékelniük, hogy mennyire igazak rájuk az állítások (egyáltalán nem igaz – 0; szinte mindig igaz – 4) (CD-RISK; Connor & Davidson, 2003; Járai és mtsai, 2015). A Testi tünetek kérdőív (PHQ-15; Kroenke és mtsai, 2002) a DSM-IV-ben leggyakrabban előforduló szomatikus tüneteket tartalmazza, a vizsgálati személyeknek egy 3 fokú Likert-skálán kellett jelölniük, hogy az elmúlt 2 hét során mennyire zavarták őket a felsorolt tünetek (egyáltalán nem zavart – 0; nagyon zavart – 2). Az általunk használt kérdőív 19 itemet tartalmazott az eredeti 15 helyett, ugyanis kiegészítettük 4 COVID-os tünettel is (láz, torokfájás, köhögés és orrfolyás), azonban ezeket nem vettük bele az összpontszámba. A Depresszió, szorongás és stressz kérdőív (DASS) három negatív érzelmi állapotot mér fel: a depressziót, a szorongást és a stresszt (Lovibond & Lovibond, 1995; Barth, 2015). Kutatásunkban a kérdőív rövidített, 21 tételes változatát használtuk. A vizsgálati személyeknek minden állításnál egy 4 fokú Likert-skálán kellett megjelölniük, hogy az elmúlt egy hétben mennyire voltak jellemzőek a felsorolt állítások (egyáltalán nem volt rám jellemző – 0; igen tekintélyes mértékben, vagy nagyon gyakran volt rám jellemző – 3). Ebben a részben használtuk továbbá a Public Health Surveillance Well-Being Scale (PH-SWBS), magyarul a Jóllét kérdőívet is (Bann és mtsai, 2012). A PH-SWBS a fizikai, társadalmi és mentális jóllétét mérő skála, amely mindezek mellett felméri az emberek általános egészségügyi informáltságát, az egészség magatartásukat, az egészségügyi kockázati tényezőket és a betegség magatartásukat. A kutatásban a kérdőív első felében egy 5 fokú Likert-skálán kellett értékelniük a kitöltőknek, hogy mennyire értenek egyet a megadott állításokkal (egyáltalán nem értek egyet – 1; teljesen egyetértek – 5). Ezt követően 4 érzelmi állapotot kellett értékelniük egy 5 fokú skálán az alapján, hogy az elmúlt 30 napban milyen gyakran érezték azokat (a skála két végpontja: soha – mindig). A harmadik részben egy 10 fokú skálán kellett a kitöltőknek jelölniük, hogy általában mennyire elégedettek a megadott jellemzőkkel, ahol az 1-es végpont a teljes elégedetlenséget, míg a 10-es a teljes elégedettséget jelentette. A skála utolsó részében 0 és 30 között kellet egy értéket adni arra vonatkozóan, hogy az elmúlt 30 napban körülbelül hány napon érezte magát nagyon egészségesnek és energikusnak a kitöltő.

A hetedik egységben a karantén és a korlátozások hatásait vizsgáltuk. Ez a rész általános kérdéseket tartalmazott, amelyek segítenek feltárni azt, hogy a kitöltő mit csinált a korlátozások alatt. Itt a Lubben-féle társas támogatottság kérdőívet vontuk be a kutatásba. Ez a skála a társadalmi elkötelezettséget méri szubjektív, önértékelő alapon (Lubben, 1988). A vizsgálatban a rövidített verziót használtuk, mely összesen 6 itemet tartalmaz – ezek mentén kellett a válaszadóknak értékelniük társas kapcsolataikat a megadott válaszlehetőségek segítségével. Szintén ebben a blokkban kellett a munkakörülményekre és a karanténnal való megküzdéssel kapcsolatos kérdésekre válaszolniuk a kitöltőknek (ugyancsak megadott válaszlehetőségek alapján). Ezen kérdések célja, hogy

a szabad mozgás korlátozására és az izolációra adott lehetséges reakciókat mutassunk be. A korlátozásokkal való megküzdés skálához a kérdéseket a kutatás vezetői állították össze.

A nyolcadik, vagyis utolsó részbe nyitott kérdések kerültek, ahol a kitöltők üzenhettek a világnak, pozitív és negatív élettapasztalatokat oszthattak meg és értékelhették a kérdőívet.

A kutatás második hullámához az első adatgyűjtéshez képest egy rövidebb kérdőívcsomagot alkalmaztunk, amelyhez az első adatfelvétel során felhasznált kérdőívcsomag szolgált alapul. A felhasznált kérdőívek 5 nagyobb területre bontva kerültek kitöltésre.

Az első egységben a kockázatészlelésre, a személyes hatékonyságra, és a fertőzést megelőző tevékenységekre vonatkozó kérdések szerepeltek. A második blokkba a személyek koronavírusról való ismeretével kapcsolatos kérdések kerültek. Ezek az egységek teljes mértékben megegyeznek az első kérdőívcsomag azonos részeivel.

A harmadik részbe kerültek a személyiségjellemzőkre és érzelmekre vonatkozó kérdőívek: a Testi tünetek kérdőív; a Depresszió, szorongás és stressz kérdőív; a Jóllét Kérdőív; valamint a Rövid Séma Kérdőív. A DASS esetében változás volt, hogy a 21 tételből csupán 9-et hagytunk meg a kérdőívcsomagban. A Rövid Séma Kérdőív (YSQ-S3) a Young által azonosított, alapvető szükségletek kielégítését akadályozó kognitív sémák mérésére szolgál (Young & Brown, 1994; Unoka és mtsai, 2004). A kérdőív 37 tételt tartalmaz, amelyek mentén egy 6 fokú Likert-skálán kellett értékelniük a kitöltőknek, hogy mennyire érzik önmagukra jellemzőnek a megadott állításokat (1 – egyáltalán nem jellemző; 6 – tökéletesen jellemző).

A negyedik egységbe kerültek a karantén és a korlátozások hatásait feltáró kérdések. Az első adatfelvételhez képest jelentős változás, hogy míg a Lubben-féle társas támogatottság kérdőív nem került felhasználásra, az új kérdőívcsomag a munka-család konfliktus kérdőívvel (Blanch & Aluja, 2009) bővült. E mérőeszköz esetében a válaszadóknak 8 tétellel kapcsolatban kellett egy 7-fokú Likert-skálán jelölniük, hogy milyen mértékben értenek egyet az adott állítással.

Az kérdőívcsomag utolsó egységébe ismét nyitott kérdések kerültek, amely az első felmérés során alkalmazott blokkjától annyiban különbözik, hogy kiegészítettük a koronavírus-fertőzések okára és kiváltó tényezőire vonatkozó kérdésekkel.

Eljárás

A vizsgálati személyekkel három különböző időpontban történt adatfelvétel 2020. márciusa és júniusa között – az első és második felmérés esetében online kérdőív, míg a két alkalom között telefonon történő interjú formájában. A telefonos beszélgetések alapját a kutatásvezetők által összeállított félig strukturált

interjúkérdések adták. Az interjú fő célja a kapcsolat fenntartása volt annak érdekében, hogy minél több vizsgálati személyt benntartsunk a kutatásban, az így szerzett információk a kutatásban nem kerültek felhasználásra.

Eljárás – A kérdőívek

A vizsgálati személyeket minden esetben online platformokon keresztül kerestük fel: e-mailen keresztül kapcsolatba léptünk ismerősökkel, iskolákkal (akik ezután adták meg a jelentkező tanulóik elérhetőségét), illetve közösségi oldalakon toboroztuk a résztvevőket. A vírus okozta helyzet miatt kizárólag online formában volt lehetőség kitölteni a kérdőíveket. A kutatás céljáról mind a megkeresések során, mind a kérdőívek kitöltésének megkezdése előtt írásban informáltuk a vizsgálati személyeket. Szintén a kérdőív előtt megadtunk egy opciót, amelynek jelölésével a kitöltő beleegyezését adja a kutatásban való részvételhez – illetve, ha a tanuló még nem töltötte be 18. életévét, az opció jelölése a szülői hozzájárulást hivatott helyettesíteni.

Eljárás – Az interjú

Akárcsak a kérdőíves felmérés során, a kijárási korlátozásra való tekintettel minden résztvevővel online (e-mailen vagy más platformokon keresztül) vagy telefonon keresztül történt időpontegyeztetés a telefonos interjúra. A beszélgetések minden esetben nyugodt körülmények között zajlottak, és mindegyiket megelőzte egy rövid tájékoztatás a kutatás céljáról, valamint az anonimitásról és az adatok bizalmas kezeléséről. Az interjúkról írásos jegyzetek készültek, amelyeket később a kutatáshoz készített online felületen keresztül rögzítettünk.

EREDMÉNYEK ÉS ELEMZÉS

A hipotézisek megvizsgálásához az első felmérésben alkalmazott Connor-Davidson Reziliencia KÉRDŐÍV 10 itemes változatának; valamint a kockázatészlelésre, a személyes hatékonyságra, és a fertőzést megelőző tevékenységekre vonatkozó kérdőívek eredményei kerültek felhasználásra az SPSS 25 program segítségével. A vizsgált változók leíró statisztikáját a 2. táblázat; a normalitásvizsgálatra, a szóráshomogenitásra, valamint a csoportok összehasonlítására használt statisztikai eljárások eredményét az 3. táblázat tartalmazza.

A Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív esetében a serdülők 28,55 pontot értek el átlagosan (a szórás 4,762), legkevesebb 13, legfeljebb 40 ponttal. Ugyanezen kérdőív során a felnőttek átlagosan 29,85 pontot értek el (a szórás 4,562),

legalább 16, legfeljebb 40 ponttal. A normalitás mindkét csoportnál sérült (p = 0,000; p = 0,002), azonban a változók homogének eloszlásban (p = 0,334), így Mann-Whitney próbát alkalmaztunk, amely szignifikáns különbséget mutatott a serdülők és felnőttek rezilienciaértékét illetően (p = 0,000). Ezt követően korcsoportonkénti összehasonlítást végeztünk a Kruskal-Wallis (p = 0,001) és a Mann-Whitney U próba segítségével. Az itt kapott eredmények alapján a serdülők szignifikánsan alacsonyabb pontszámokat értek el, mint a 35-54 év közötti (p = 0,004) és az 55-64 év közötti felnőttek (p = 0,000). A rezilienciavizsgálat páronkénti összehasonlításának eredményeit a 4. táblázat tartalmazza.

A rizikópercepció vizsgálatok eredményeinek ismertetése előtt fontos az észlelt fenyegetettség kiszámításának módját röviden ismertetni. Annak érdekében, hogy az észlelt fenyegetettséget megvizsgáljuk, az egészségmagatartás védelem-motiváció elméletének elméleti keretét vettük alapul, amely szerint a kockázatészlelés két komponensből, a betegség súlyosságából és az észlelt sebezhetőségből származtatható (Rogers, 1983). Az észlelt fenyegetettség kiszámítását a 1. táblázat tartalmazza. A súlyosság értékének kettővel való osztására azért volt szükség, mert ezt a skálát 10 fokozatú Likert-skálán értékelték a kitöltők.

1. táblázat. A rizikópercepciós modell alapkomponensei

Súlyosság	Mennyire tekinti súlyosnak a betegséget
Észlelt sebezhetőség	Mennyire valószínű, hogy a fertőzések és betegségek bármelyikét megkapja a következő 1 évben
Észlelt fenyegetettség	$\sqrt{\frac{\text{Súlyosság}}{2} \times \text{Sebezhetőség}}$

Az első tesztfelvétel során a serdülők átlagosan 3,05 értékűnek ítélték a koronavírus általi fenyegetettséget (szórás 0,762), míg a felnőttek átlaga 3,24, szórása 0,770 pont volt. Mind a két csoport esetében a minimumot az 1-es, a maximumot az 5-ös értékelés jelentette. Mivel a normalitás mindkét csoportnál szignifikánsan sérült (p = 0,000; p = 0,000), de a változók eloszlásban homogének (p = 0,577), a hipotézist Mann-Whitney próbával ellenőriz*tük*, amely szignifikáns különbséget jelzett a két csoport értéke között (p = 0,000). Az eredmények pontosításának érdekében Kruskal-Wallis (p = 0,000) és Mann-Whitney U próbát alkalmaztunk. A páronkénti összehasonlításból kapott eredményekből kiderült, hogy a serdülők a 35-54 (p = 0,002), az 55-64 (p = 0,002) és a 65-99 (p = 0,000) éves korosztálynál szignifikánsan kevesebb pontszámot értek el.

A második felmérés során a serdülők átlagosan 2,557 értékűnek ítélték a koronavírus általi fenyegetettséget (szórás 0,827) míg a felnőttek átlaga 2,838, szórása 0,869 pont volt. Mind a két csoport esetében a minimumot az 0,71-es, a maximumot az 5-ös értékelés jelentette. Mivel a normalitás mindkét csoportnál sérült (p = 0,005; p = 0,000), de a szóráshomogenitás nem sérült szignifikánsan

(p = 0,063), a hipotézist Mann-Whitney próbával ellenőriztük, amely szignifikáns különbséget jelzett a két csoport értéke között (p = 0,001). A korcsoportonkénti összehasonlítás során ismét a Kruskal-Wallis (p = 0,001) és a Mann-Whitney U próbát használtuk fel. Az itt kapott eredmények alapján a serdülők – az első felméréshez hasonlóan – szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el a 35-54 (p = 0,012), az 55-64 (p = 0,000) és a 65-99 (p = 0,0025) éves korosztályhoz képest. Az észlelt fenyegetettség vizsgálatok páronkénti összehasonlításának eredményeit a 4. táblázat tartalmazza.

2. táblázat. A vizsgált változók leíró statisztikája

		Átlag	Szórás	Medián	Minimum	Maximum
Reziliencia	Serdülő	28,55	4,762	28	13	40
	Felnőtt	29,85	4,562	30	16	40
Észlelt fenyegetettség (1. felmérés)	Serdülő	3,05	0,762	3,16	1	5
	Felnőtt	3,24	0,770	3,24	1	5
Észlelt fenyegetettség (2. felmérés)	Serdülő	2,5569	0,82699	2,6458	0,71	5,00
	Felnőtt	2,8381	0,86862	2,7386	0,71	5,00

3. táblázat. A normalitásvizsgálatra, szóráshomogenitásra, valamint a csoportok összehasonlítására használt statisztikai eljárások eredményei

		Normalitás-vizsgálat (Kolmogorov-Smirnov-próba)	Szórás-homogenitás (Levene-próba)	Mann-Whitney-próba	Kruskal-Wallis próba
Reziliencia	Serdülő	p = 0,000	p = 0,334	p = 0,000	p = 0,001
	Felnőtt	p = 0,002			
Észlelt fenyegetettség (1. felmérés)	Serdülő	p = 0,000	p = 0,577	p = 0,000	p = 0,000
	Felnőtt	p = 0,000			
Észlelt fenyegetettség (2. felmérés)	Serdülő	p = 0,005	p = 0,063	p = 0,001	p = 0,001
	Felnőtt	p = 0,000			

4.táblázat. A reziliencia és az észlelt fenyegetettség vizsgálatok korcsoportos összehasonlításának részletes eredményei

Életkori övezetek	Reziliencia	Észlelt fenyegetettség (1. felmérés)	Észlelt fenyegetettség (2. felmérés)
0–20 21–34	p = 0,173	p = 0,782	p = 0,225
0–20 35–54	p = 0,004	p = 0,002	p = 0,012
0–20 55–64	p = 0,000	p = 0,002	p = 0,000
0–20 65–99	p = 0,250	p = 0,000	p = 0,025

DISZKUSSZIÓ

A fent leírt kutatásnak két célkitűzése volt: megvizsgálni, hogy van-e, és ha igen, milyen eltérés mutatkozik meg a serdülők és a felnőttek között a koronavírus-járvány alatt reziliencia és rizikópercepció terén. A fentebb közölt eredmények alapján elmondható, hogy mind a két jelenség körében kimutatható különbség, és teljesültek a megfogalmazott hipotézisek.

A Connor-Davidson Kérdőívben elért eredményekben a felnőttek és a serdülők között szignifikáns eltérés jelentkezett, vagyis a felnőttek reziliensebbnek bizonyultak. A mélyebb elemzések érdekében ezt követően korcsoportonkénti összehasonlítást végeztem, amely alapján elmondható, hogy a serdülők átlagosan a 35-54 és az 55-64 közötti korosztályoknál szignifikánsan kevesebb pontszámot értek el. A korcsoportok esetében csupán ezek között volt szignifikáns különbség.

Mind az első, mind a második felmérés során jelentkezett különbség a rizikópercepció vizsgálatában. A hipotézisvizsgálatok alapján mind a két felmérés során szignifikánsan magasabb pontszámokat értek el a felnőttek, mint a serdülők. Ez arra enged következtetni, hogy a felnőttek jobb kockázatészlelők, mint a tinédzserek. Akárcsak a rezilienciavizsgálat esetében, itt is páronkénti összehasonlítást végeztem a mélyebb elemzés érdekében. Mind az első, mind a második felmérés eredményei azt mutatták, hogy szignifikánsan kevesebb pontszámot értek el a serdülők a 35-54, az 55-64, valamint a 65-99 éves korosztályokhoz képest.

A kapott eredmények összeegyeztethetőek a kutatás témájához kapcsolódó korábbi tanulmányokkal. Akárcsak Kövesdi és munkatársainak vizsgálatában (2020), ebben a kutatásban is a felnőttek bizonyultak reziliensebbnek. A kockázatészleléssel kapcsolatos eredmények részben párhuzamba állíthatóak Gard-

ner és Steinberg (2005) tanulmányával, amely arra világított rá, hogy a kockázat észlelésében szerepet játszik az egyén életkora is, ugyanis a kockázattal járó döntések meghozása és a kockázatvállalás az életkor növekedésével csökkennek. E két jelenségkör kapcsolatát, valamint a dolgozat eredményeit pedig Paton és Johnston (2001) munkája is alátámasztja, miszerint a magasabb reziliencia magasabb kockázatészleléshez köthető. A kutatás eredményei korábbi tanulmányok eredményével összevetve arra hívja fel a figyelmet, hogy kapcsolat mutatható ki az életkor, a reziliencia és a kockázatészlelés között. Emellett fontos eredmény, hogy mivel a serdülők kevésbé reziliensek, fontos lesz a jövőben a helyreálláskor nagyobb figyelmet fordítani segítésükre, mint a felnőttek esetében.

Bár a szakirodalmak alapján felállított hipotézisek mindegyike teljesült, az utóvizsgálatok eredményei újabb kérdéseket vetnek fel, amelyek miatt érdemes a jövőben további vizsgálatokat végezni arra vonatkozóan, hogy milyen tényezők állhatnak azoknak az eseteknek a hátterében, mikor nem volt kimutatható szignifikáns eltérés a serdülők és a felnőttek valamely korcsoportja között.

Korlátok

A kutatás egyik korlátját a mintavételi eljárás jelentette: a hozzáférés alapú mintavételi módszer veszélye, hogy nagy a szubjektív mintavételi torzítás esélye (Szokolszky, 2004). Noha a kitöltésekből származó adatok kétségkívül informatívak, a minta nem mondható reprezentatívnak, mivel a vizsgálatba bevont személyek döntő többsége városban, jó anyagi körülmények között él. Így azon serdülők és felnőttek, akik kisebb településeken és/vagy kevésbé jó anyagi körülmények között élnek kimaradtak a kutatásból, ezáltal kisebb a minta reprezentativitása.

Szintén a dolgozat korlátjának tekinthető, hogy az észlelt fenyegetettség jelenségét a két komponensből számított módon vizsgáltuk csupán. A kutatás eredményeit tovább árnyalta volna, ha Rogers (1983) az egészségmagatartás védelem-motiváció elméletének további komponensei is bekerülnek a vizsgálatba, illetve az észlelt sebezhetőség és a betegség súlyossága faktorokat külön-külön is megvizsgálásra kerülnek.

Mindezek mellett fontos tapasztalatnak és a kutatás statisztikai korlátjának tartom, hogy a korcsoportok közötti különbségek kimutatására megbízhatóbb eljárást is lehetett volna alkalmazni: a Brunner-Munzel próbát Bonferoni korrekcióval. Azonban ez a statisztikai eljárás nem szerepel az SPSS repertoárjában, időhiány miatt pedig nem volt lehetőség az adattáblát ROPstat-ra vagy más statisztikai programra való használhatóságra átkódolni és lefuttatni a próbát, így az eredmények nem teljes mértékben pontosak és megbízható-

ak. Éppen emiatt érdemes lehet az eredményeket a jövőben ezzel a statisztikai próbával ellenőrizni.

Kitekintés

Az általunk végzett COVID-19 kutatás egy utánkövetéses vizsgálat, melynek csupán az első és második felmérésével foglalkoztunk a kutatáson belül. A kutatást szeretnénk tovább vinni, a harmadik felmérés eredményeit is feldolgozni, illetve az eddigiekkel összevetni. A nagy elemszámú adatbázist kihasználva érdekes lehet a továbbiakban Rogers (1983) elméletének további komponenseinek a beemelésével újabb kutatásokat végezni; illetve más tényezőket is bevonva megvizsgálni, hogy hogyan élték/élik meg Magyarország lakosai mentálisan a koronavírus járványt.

Noha a fent leírt eredmények hiánypótlóak, mivel a dolgozat elkészültéig nem születtek ehhez hasonló tanulmányok, hasznos lenne megvizsgálni, milyen okai lehetnek annak, hogy a serdülők nem minden korosztállyal mutattak szignifikáns eltérést, valamint azt, hogy a felnőttek közt kialakított korcsoportok között vannak-e, és ha igen, milyen különbségek mutatkoznak a vizsgált jelenségek körében.

Mindezek mellett a vizsgálat alapjául szolgáló kutatásnak is vannak tervezett bővítései: bár a 2020. decemberében végzett harmadik felmérést követően az utánkövetéses vizsgálat véget ér, a kutatásvezetők tervezik a kutatás kibővítését fél vagy egy éves távlatból való ismételt adatgyűjtéssel. Ha ez sikerül, egy egyedülálló és értékes adatbázist hozhatnánk létre, amely akár az egész járvány lefolyását képes volna nyomon követni, a kezdetektől a végéig. Egy ilyen adatbázis pedig fontos szerepet tölthetne be a jövőbeli járványintézkedésekre, az egészségmagatartásra és számos további szempontra vonatkozóan, ha újabb járványhelyzetre kerülne sor.

IRODALOMJEGYZÉK

Aerts, C., Revilla, M., Duval, L., Paaijmans, K., Chandrabose, J., Cox, H., & Sicuri, E. (2020). Understanding the role of disease knowledge and risk perception in shaping preventive behavior for selected vector-borne diseases in Guyana. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, *14*(4), e0008149. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008149

Bann, C. M., Kobau, R., Lewis, M. A., Zack, M. M., Luncheon, C., & Thompson, W. W. (2012). Development and psychometric evaluation of the public health surveillance well-being scale. *Quality of Life Research*, *21*(6), 1031-1043.

Barth A. (2015). A pszichológiai jóllét és az azt meghatározó tényezők összefüggéseinek nemzetközi vizsgálata felsőoktatásban tanuló fiatalok körében. *Acta Medicina et Sociologica, 6,* 5 – 20.

Blanch, A., & Aluja, A. (2009). Work, family and personality: A study of work–family conflict. Personality and Individual Differences, 46(4), 520-524.

Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In *Minnesota symposia on child psychology* (Vol. 13, pp. 39-101).

Brug, J., Aro, A. R., Oenema, A., de Zwart, O., Richardus, J. H., & Bishop, G. D. (2004). SARS Risk Perception, Knowledge, Precautions, and Information Sources, the Netherlands. *Emerging Infectious Diseases*, *10*(8), 1486–1489. https://doi.org/10.3201/eid1008.040283

Bruine de Bruin, W. (2020). Age differences in COVID-19 risk perceptions and mental health:Evidence from a national US survey conducted in March 2020. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa074

Chen, B., Sun, J., & Feng, Y. (2020). How Have COVID-19 Isolation Policies Affected Young People's Mental Health? – Evidence From Chinese College Students. *Frontiers in Psychology*, *11*, 1529. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01529

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, *18*(2), 76-82.

Csikós G., Törő K. D., Rózsa S., Kövesdi A., Hadházi É., & Földi R. (2020). *Psychological factors in Hungarian families under the coronavirus pandemic. The effects of resilience and stress on the wellbeing of adolescents, their interconnections within the family* [Preprint]. PsyArXiv. https://doi.org/10.31234/osf.io/k8n5m

de Zwart, O., Veldhuijzen, I. K., Elam, G., Aro, A. R., Abraham, T., Bishop, G. D., Voeten, H. A. C. M., Richardus, J. H., & Brug, J. (2009). Perceived Threat, Risk Perception, and Efficacy Beliefs Related to SARS and Other (Emerging) Infectious Diseases: Results of an International Survey. *International Journal of Behavioral Medicine*, *16*(1), 30–40. https://doi.org/10.1007/s12529-008-9008-2

Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer Influence on Risk Taking, Risk Preference, and Risky Decision Making in Adolescence and Adulthood: An Experimental Study. *Developmental Psychology*, *41*(4), 625–635. https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.4.625

Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience?. The Canadian Journal of Psychiatry, 56(5), 258-265.

Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of events scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic medicine, 41*(3), 209 – 218.

Járai R., Vajda D., Hargitai R., László N., Csókási K., & Kiss E. Cs. (2015). *A Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív 10 itemes változatának jellemzői*. https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2015.1.129

John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. *Handbook of personality: Theory and research*, *2*(1999), 102-138.

Kocsis-Bogár K., Miklósi M., & Perczel D. F. (2012). Hungarian version of the Impact of Event Scale. Psychometric evaluation. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság tudományos folyóirata, 27*(4), 245 – 254.

Kövesdi A. (2018). Reziliencia a serdülőkori anorexia nervosaban.

Kövesdi A., Törő K., Hadházi E., Takács Sz., Rózsa S., Csikós G., & Foldi F. R. (2020). The Protective Role of Self-Efficacy for Resilience in the COVID-19 Period. *Acta Scientific Neurology*, *3*(11), 87–91. https://doi.org/10.31080/ASNE.2020.03.0276

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic medicine*, *64*(2), 258-266.

Lau, J. T. F. (2003). Monitoring community responses to the SARS epidemic in Hong Kong: From

day 10 to day 62. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *57*(11), 864–870. https://doi.org/10.1136/jech.57.11.864

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, *33*(3), 335-343.

Lubben, J. (1988). Assessing social networks among elderly populations. Family & Community Health: *The Journal of Health Promotion & Maintenance*, 11, 42-52.

Markó É., Bandi Sz. & Kiss E. Cs. (2019). A 16 ITEMES SZÜLŐI REZILIENCIA KÉRDŐÍV (PREQ16) MAGYAR ADAPTÁCIÓJA–ELSŐ HAZAI MÉRÉSI TAPASZTALATOK. *Magyar Pszichológiai Szemle*, *74*(4), 447-462.

Masten, A. S. (2014). Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child Development*, *85*(1), 6–20. https://doi.org/10.1111/cdev.12205

Mills, B., Reyna, V. F., & Estrada, S. (2008). Explaining Contradictory Relations Between Risk Perception and Risk Taking. *Psychological Science*, *19*(5), 429–433. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02104.x

Norris, F. H., Stevens, S. P., Pfefferbaum, B., Wyche, K. F., & Pfefferbaum, R. L. (2008). Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *American journal of community psychology*, *41*(1), 127-150.

Paton, D., & Johnston, D. (2001). Disasters and communities: vulnerability, resilience and preparedness. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*.

Pikó B. (2012). Fiatalok lelki egészsége és problémaviselkedése a rizikó-és protektív elmélet, a pozitív pszichológia és a társadalomlélektan tükrében. *Akadémiaia doktori értekezés, Szeged*.

Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A Revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), *Social Psychophysiology*. New York: Guilford Press.

Rózsa S., Réthelyi J., Stauder A., Susánszky É., Mészáros E., Skrabski, Á., & Kopp M. (2003). A Hungaro-study 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbattéria pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, *18*(2), 83-94.

Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, *16*(1), 57. https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w

Selye J. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British medical journal*, *1*(4667), 1383.

Selye J. (1976). Stress without distress. In *Psychopathology of human adaptation* (p. 137). Springer, Boston, MA.

Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM: An International Journal of Medicine*, *113*(8), 531-537.

Szabó D. F. (2017). A reziliencia értelmezésének lehetőségei: Kihívások és nehézségek. *Magyar Pszichológiai Szemle*, *72*(2), 247–262. https://doi.org/10.1556/0016.2017.72.2.6

Szabó R. K., Máth J., & Sztancsik V. (2019). A reziliencia és a proaktív megküzdés összefüggéseinek

vizsgálata. *Alkalmazott Pszichológia*, köt. 19. issue 4. ISSN 1419872X. https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2019.4.73

Szokolszky Á. (2004). *Kutatómunka a pszichológiában: Metodológia, módszerek, gyakorlat*. Budapest: Osiris.

Szokolszky Á. (2006). *Kutatómunka a pszichológiában: gyakorlatok*. Bölcsész Konzorcium, Budapest

Szokolszky Á. & V. Komlósi Annamária. (2015). *A „reziliencia-gondolkodás" felemelkedése – ökológiai és pszichológiai megközelítések*. https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2015.1.11

Thoresen, S., Tambs, K., Hussain, A., Heir, T., Johansen, V. A., & Bisson, J. I. (2010). Brief measure of posttraumatic stress reactions: Impact of Event Scale-6. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 45*(3), 405 – 412.

Unoka, Zs., Rózsa, S., Fábián, Á., Simon, L. (2004). A Séma Kérdőív: A korai maladaptív sémákat mérő eszköz pszichometria jellemzőinek vizsgálata. Psychiatria Hungarica, 19(3), 244-256.

Van der Pligt, J. (1996). Risk perception and self-protective behavior. *European Psychologist*, *1*(1), 34-43.

Vartti, A. M., Oenema, A., Schreck, M., Uutela, A., de Zwart, O., Brug, J., & Aro, A. R. (2009). SARS knowledge, perceptions, and behaviors: a comparison between Finns and the Dutch during the SARS outbreak in 2003. *International journal of behavioral medicine*, *16*(1), 41.

Voeten, H. A., De Zwart, O., Veldhuijzen, I. K., Yuen, C., Jiang, X., Elam, G., ... & Brug, J. (2009). Sources of information and health beliefs related to SARS and avian influenza among Chinese communities in the United Kingdom and The Netherlands, compared to the general population in these countries. *International Journal of Behavioral Medicine*, *16*(1), 49-57.

Yates, T. M., Tyrell, F. A., & Masten, A. S. (2015). Resilience Theory and the Practice of Positive Psychology From Individuals to Societies. In S. Joseph (Szerk.), *Positive Psychology in Practice* (o. 773–788). John Wiley & Sons, Inc. https://doi.org/10.1002/9781118996874.ch44

Young JE. Young Schema Questionnaire-Short Form 3 (YSQ-S3) New York: Schema Therapy Institute; 2005.

Zanin, G. M., Gentile, E., Parisi, A. & Spasiano, D. (2020). A preliminary evaluation of the public risk perception related to the COVID-19 health emergency in Italy. *Int J Environ Res Public Health, 17.*

RESILIENCE AND RISK PERCEPTION DURING THE COVID-19 PANDEMIC: COMPARISON OF ADOLESCENTS AND ADULTS

Ficzere Márton, Kövesdi Andrea, Rózsa Sándor
Károli Gáspár University of the Reformed Church Institute of Psychology, Budapest, Hungary

Abstract

Introduction: The adaptation to the effects of the recent pandemic caused by SARS-CoV-19 is essential for each age group of the society. In this situation, resilience and risk perception have privileged roles, thus their connection has already been examined in previous studies. Although other researches had discussed the effect of age, there are no publications yet focusing on the comparison of adolescents and adults, except within a families. *Aims:* Our study objective was to examine resilience and risk perception of Hungarian teenagers and adults during the COVID-19 pandemic and to compare the effect of age on these psychological concepts. *Methods:* Two anonymous online questionnaires were used to collect data between March 2020 and June 2020. In this study, the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) 10-item and the questionnaire of risk perception were evaluated. *Results:* Adults' scores were significantly higher on the resilience research ($p = 0{,}000$). Comparing by age groups showed adolescents' resilience scores were significantly lower than that of the adults between the age of 35 and 54 ($p = 0{,}004$), and 55-64 ($p = 0{,}000$). Grown-ups' risk perception scores were also significantly higher during both questionnaires ($p = 0{,}000$; $p = 0{,}001$). Based on the comparison of age groups, teenagers' risk perception scores were significantly lower than adults' scores between the age of 35-54 ($p = 0{,}002$; $p = 0{,}012$), 55-64 ($p = 0{,}002$; $p = 0{,}000$) and 65-99 ($p = 0{,}000$; $p = 0{,}0025$). *Discussion:* The study presents that adults are more resilient and have higher risk perception than adolescents. More precisely, 16-20 years old teenagers are less resilient than adults between the age 35-54 and 55-64, furthermore have lower risk perception than adults between the age 35-54, 55-64 and 65-89. These results draw attention the nexus of age, resilience and risk perception.

Keywords: Resilience ▪ Risk perception ▪ COVID-19

INTRODUCTION

The recent COVID-19 global pandemic caused several restrictions since its appearance in 2019. Because of these restrictions many people lost their jobs or had to start working at home. The 'switching into the online world' has an effect on the members of the education system as well. Living in this current situation comes with many challenges, resilience and risk perception play key-roles in the adaptation of every generation and age-group.

„Anything that causes stress endangers life, unless it is met by adequate adaptive responses; conversely, anything that endangers life causes stress and

adaptive responses" (Selye, 1950 p. 1383). Therefore anything that enhances the intensity of life causes temporarily increased stress, furthermore the adaptation and stress-resistance at a certain level are the preconditions of life (Selye, 1950; 1976).

The resilience

At first, the concept of resilience appeared in the field of material sciences as the ability of an object to regain its original condition after collision with another object – this can be observed when a tennis player hits the ball (Szokolszky & Komlósi, 2015). Later, the conception began to be applied to other disciplines, including psychology. The first psychological study defined resilience as a personality trait (Block & Block, 1980).

In the past 40 years, it has been approached and defined in several ways, and as a complex phenomenon and system-concept there is no integrated definition within psychology yet (Szabó, 2017). However, a common intersection of many formulations is that resilience is a combination of biological, psychological, and social variables that facilitate flexible adaptation and recovery to stressful or difficult living conditions (Kövesdi, 2018; Herrman et al., 2011). This paper was created using the conceptual framework of 3 studies. (1) Masten (2014) writes about resilience as „*the capacity of a dynamic system to adapt successfully to disturbances that threaten system function, viability, or development*". (2) According to Szokolszky and Komlósi (2015), the most common definition of resilience is the ability of flexible resistance that ensures functional survival after shock. (3) In addition to this conception it includes factors that promote successful adaptation, enable adaptive forms of coping and reduce the negative effects of stress despite of traumatic or threatening living conditions (Markó et al., 2019). Although much of the literature focuses on the aspect of successful adaptation to stress, it is important to emphasize that resilience denote the ability to return to normal functioning after stress as well (Norris, Stevens, Pfefferbaum, Wyche & Pfefferbaum, 2008).

The risk perception and its relation with resilience

Another important concept can be closely related to resilience: risk perception, since the decisions are appreciably influenced by how the individual perceives and evaluates risks (Pikó, 2012). Risk can be divided into two components: firstly, the perceived severity of loss, and secondly, the perceived probability of negative outcomes (Van der Pligt, 1996). The latter is referred as perceived vulnerability in the protection motivational theory of health behavior by Rogers (1983). Similarly, the terms of risk perception and perceived threat can be reconciled in the literature.

Higher risk perception is associated with lower risk taking behavior (Mills et al., 2008), moreover, higher risk perception is interconnected with higher amount of preventive measures (Aerts et al., 2020). This is supported by a study which found that the more threatened a person feels, the more motivated they are to comply with preventive precautions (Zanin et al., 2020).

Another research pointed out that higher risk perception can be associated with higher resilience (Paton & Johnston, 2001). However, it is important to note that the age of the individual also plays an important role in risk perception: Gardner and Steinberg (2005) found in their study with adolescents, young adults and adults that risk-making decisions and risk-taking decrease with age.

Studies in connection with COVID-19

SARS-CoV-2, or coronavirus, which began to spread rapidly in 2019, has become a global stressor in the life of mankind. A systematic review and meta-analysis study showed that the coronavirus epidemic has an impact on the mental health of individuals and communities in the entire population of societies (Salari et al., 2020). According to Serafini et al. (2020), the pandemic has caused a number of psychological problems including stress, anxiety, depression and frustration. As a result of mass infections, all ages are affected by the global epidemic. This is also supported by researches that examined different age groups instead of the whole age group. Chen, Sung, and Fen (2020) found that the pandemic and the restrictions have a complex negative influence on the mental health of young people. Bruine de Bruin (2020) writes in his study that risk perception during the epidemic in American adults increases with age. Studies on the coronavirus have also been carried out in Hungary: a 2019 and a 2020 research showed that the measure of subsisting crises depends on different coping methods, skills and mental health; furthermore, higher levels of stress measured by parents are associated with lower well-being for both parent and child within a family (Szabó, Máth & Sztancsik, 2019; Csikós et al., 2020). In their research, Kövesdi et al. (2020) report that resilient functioning depends on age, life situation, and other non-personal factors; and that in the case of parent-child pairs, parents received demonstrably higher resilience values than their children. However, no studies have been performed on whether there are differences between adolescents and adults who do not belong to the same families.

AIMS

Our study objective was to examine resilience and risk perception of Hungarian teenagers and adults during the COVID-19 pandemic, thus to compare the effect of age on these psychological concepts. Based on previous studies, we claim that (1) the resilience value of adults is higher than that of adolescents, and that (2) the risk perception value of adolescents is lower than that of adults.

METHODS

Presentation of the test sample

The study population consists of adolescents aged 16 to 20 years and adults aged between 21 and 99 years. The subjects took part in two parallel studies of the Károli Gáspár Református University, with the aim of exploring the psychological effects of the coronavirus epidemic among adolescents and adults in Hungary.

This research underwent multiple screening. In the case of adults, the criteria for inclusion in the sample used were as follows: to be persons living in Hungary, being a member of the above-mentioned age group, have at least a general certificate of education in terms of tuition, and considering their own financial situation as average or better than others'. Subsequently, taking into account the male-female ratio in adolescents, the final sample contained nearly the same number of adults as adolescents, and was formed by random sampling.

In the case of the adolescents, the criterion to be included in the study was that being a student of any Hungarian secondary school in the 2019/2020 school year in addition to being in the age group described above.

For both adolescents and adults, an access-based sampling procedure was used primarily, as subjects were sought primarily on the basis of acquaintance. In addition, the "snowball" sampling procedure was appeared as well, as the applicants were asked for further recruitment in several cases, and random sampling also played a role in the formation of the final sample (Szokolszky, 2006).

A total of 313 adults and 309 adolescents were included in the sample. The study included 378 women (60.8%), 183 of whom were adolescents (48.4%) and 244 men (39.2%), 126 of whom (51.6%) were between the ages of 16 and 20. The average age of the subjects was 30.9 years (the youngest was 15 at the beginning of the study, the oldest was 83). For more accurate examinations 5 age groups were formed, thus groups from 16-20; 21-34; 35-54; 55-64; 65-99 of age. The detailed distribution of age groups is shown in Table 1.

Table 1. The detailed distribution of age groups

Age groups	Quantity (of subjects)	Percentage (%)
16 – 20 years old	309	49,7
21 – 34 years old	100	16,1
35 – 54 years old	133	21,4
55 – 64 years old	42	6,8
65 – 99 years old	38	6,1
Total:	622	100,0

Among adults, 107 individuals (34.2%) had general certificate of education as the highest level of education, and 206 individuals (65.8%) had at least one college or university degree.

Psychometric devices

For the first wave of the research, a questionnaire package consisting of different psychometric devices and questionnaires was compiled. The questionnaire package was completed in 8 major areas. The first consists of questions about the sociodemographic characteristics of the filler. Here we asked about gender, age, marital status, highest level of education, current activity, livelihood income in the pre-epidemic period, permanent residence and religion.

The second unit included characteristics related to general health. The questions in this section (apart from the last one, i.e. the question "Have you been vaccinated against influenza") come from the nationally representative survey of Hungarostudy in 2002 (Rózsa et al., 2003). In the questionnaire, respondents were required to subjectively assess their health status, the number of hospitalizations they had gone through during their lifetime on a 5-point Likert scale, and to sign whether they had been treated or had a chronic illness in the past six months.

The third part included questions about risk perception, personal effectiveness, and prevention activities. Issues related to risk perception and prevention activity from previous research (e.g., SARS, H1N1 surveys; Lau et al., 2003; Brug et al., 2004; De Zwart et al., 2009; Vartti et al., 2009; Voeten et al., 2009) have been transferred. The first set of questions asks about the severity of 10 diseases (including COVID-19), while the second set of questions inquires about the likelihood that the respondent will get the infection. In addition, we asked subjects how likely they got coronavirus infection in the past and the next 2 and 4 months.

In the fourth block, we assessed individuals' knowledge of the coronavirus. This simple set of questions revealed general knowledge. The 10 main questions

concerned main symptoms, mode of transmission, asymptomatic infection, incubation period, denomination of disease, who can become infected, weathering role, coronavirus viability in air and on different surfaces, safety distance, vaccination time.

Issues related to the coronavirus epidemic were also included in the fifth section. Here we inquired where the subjects gather their knowledge from, what preventive activities they know, how much they agree with the restrictive measures; and an abbreviated 6-item version of the Impact of Events Questionnaire (IES-6) was included here (Horowitz et al., 1979; Thoresen et al., 2010; Kocsis-Bogár et al., 2012). During the completing of IES-6, respondents had to judge on a 5-point Likert scale how often the statements made of the items were characteristic of them over the past week (not at all – 1; always – 5).

In the sixth section, the focus was on personality traits and emotions, and the subjects were required to complete the Big Five Inventory (BFI), the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the Patient Health Questionnaire (PHQ-15), the Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) and the Public Health Surveillance Well-Being Scale (PHS-WB). For BFI, a 10-item version of the test was used (John & Srivastava, 1999). When completing the BFI, respondents had to rate on a 5-point Likert scale how characteristic the statements were of them (1 – strongly disagree; strongly agree – 5). The 10-item version of the Connor-Davidson Resilience Scale is a psychometric device designed to measure successful coping with stress, in which respondents must rate on a 5-point Likert scale how true the statements are about them (not true at all – 0; almost always true – 4) (Connor & Davidson, 2003; Járai et al., 2015). The Patient Health Questionnaire included the most common somatic symptoms in the DSM-IV, and subjects were asked to mark on a 3-point Likert scale how much they had been disturbed by the listed symptoms over the past 2 weeks (not at all disturbed – 0; very disturbed – 2) (Kroenke et al., 2002). The questionnaire we used contained 19 items instead of the original 15, as we supplemented it with 4 COVID symptoms (fever, sore throat, cough, and runny nose), but these were not included in the total score. The Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS) assesses three negative emotional states: depression, anxiety, and stress (Lovibond & Lovibond, 1995; Barth, 2015). In our research we used an abbreviated, 21-item version of the questionnaire. For each statement, subjects were required to indicate on a 4-point Likert scale how typical the statements listed had been of them in the past week (not characteristic of me at all – 0; very characteristic of me, or very often characteristic of me – 3). In this section, we also used the Public Health Surveillance Well-Being Scale (Bann et al., 2012). PHS-WB is a scale that measures physical, social, and mental well-being, which also assesses people's overall health awareness, health behaviors, health risk factors, and disease behaviors. In this study, during the first half of the questionnaire respondents had to rate on a 5-point Likert scale how much they agreed with the statements

given (I disagree at all – 1; strongly agree – 5). Then they had to rate 4 emotional states on a 5-point scale based on how often they felt those over the past 30 days (two endpoints on the scale: never – always). In the third part, subjects had to indicate how generally they were satisfied with the given characteristics on a 10-point scale, where endpoint 1 represented total dissatisfaction and endpoint 10 represented total satisfaction. In the last part of the scale, a value between 0 and 30 had to be given for the approximate number of days in the last 30 days the responder felt very healthy and energetic.

In the seventh unit, we examined the effects of quarantine and restrictions. This section included general questions that helped us exploring what the subjects did under the restrictions. For this we used the Lubben Social Network Scale. This scale measures social commitment on a subjective, self-assessing basis (Lubben, 1988). In our study we used the abbreviated version, which contains a total of 6 items – along which respondents had to evaluate their social relationships using the given answer options. Additionally in this block, respondents had to answer questions about working conditions and how to deal with quarantine (also based on the answer options provided). The purpose of these questions is to present possible reactions to restriction of free movement and isolation. For the scale of coping with limitations, the questions were compiled by the leaders of the research.

The eighth, i.e. last part, included open-ended questions where respondents could send messages to the world, share positive and negative life experiences, and evaluate the questionnaire package.

For the second wave of the research, we used a shorter questionnaire package which based on that we used during the first data collection. The questionnaires used were completed in 5 major areas.

The first unit included questions on risk perception, personal effectiveness and prevention activities. The second block contained questions about individuals' knowledge of the coronavirus. These units are fully equal to the same parts of the first questionnaire package.

The third part included questionnaires on personality traits and emotions: the PHQ-15; the Depression Anxiety and Stress Scale; the PHS-WB; and the Young Schema Questionnaire. In the case of DASS, the change was that only 9 of the 21 items were left in the questionnaire package. The Young Scheme Questionnaire (YSQ-S3) is used to measure cognitive patterns identified by Young that hinder the satisfaction of basic needs (Young & Brown, 1994; Unoka et al., 2004). The questionnaire contains 37 items along which subjects had to rate on a 6-point Likert scale how characteristic they feel about the given statements of them (1 – not at all typical; 6 – perfectly typical).

The fourth unit included questions exploring the effects of quarantine and restrictions. A significant change from the first survey was that while the Lubben Social Network Scale was not used, the new questionnaire package was expanded

with the Work-Family Conflict Questionnaire (Blanch & Aluja, 2009). For this measure, respondents were asked to indicate on a 7-point Likert scale for 8 items the extent to which they agreed with the statement.

The last unit of the second questionnaire package included open-ended questions that differed from the block used in the first survey in that it was supplemented with questions on the cause and triggers of coronavirus infections.

Method

Data was collected from subjects at three different times between March and June 2020 – with online questionnaires for the first and second surveys, and a telephone interview between the two occasions. The telephone conversations were based on semi-structured interview questions compiled by research leaders. The main purpose of the interview was to maintain contact in order to keep as many subjects as possible in the research. The information obtained this way was not used in this paper.

Method – The questionnaires

In each case, we contacted the subjects through online platforms: we contacted acquaintances, schools (who then provided the contact details of their applicants) via e-mail, and recruited participants on social media sites. Due to the situation caused by the virus, it was only possible to fill in the questionnaires online. Written information about the purpose of the study was given during the inquiries and before starting to complete the questionnaires as well. Also before the questionnaire, we provided an option to indicate that the respondent consents to participate in the research – or, if the student has not yet reached the age of 18, to mark the option is intended to replace parental consent.

Method – The interview

As in the case of the questionnaire surveys, due to the curfew restriction all participants were scheduled for a telephone interview online (via email or other platforms) or by telephone. In all cases, the interviews took place in a relaxed environment, and each was preceded by a brief information about the purpose of the research, as well as on anonymity and confidentiality of the data. Written notes were made during the discussions, which we later recorded through an online interface created for the research.

RESULTS

In this study, the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) 10-item and the questionnaire of risk perception were evaluated using the SPSS 25 program. Descriptive statistics of the studied variables are shown in Table 3; the results of the statistical procedures used for normality analysis, standard deviation homogeneity and group comparison are shown in Table 4.

In the CD-RISC adolescents' scored an average of 28.55 points (standard deviation 4,762), with a minimum of 13 and a maximum of 40 points, while adults' scored an average of 29.85 points (std. dev. 4,562), with a minimum of 16 and a maximum of 40 points. Normality was impaired in both groups ($p = 0.000$; $p = 0.002$), but the variables were in a homogeneous distribution ($p = 0.334$), therefore the Mann-Whitney test was used, which showed a significant difference in resilience between adolescents and adults ($p = 0.000$). Subsequently, a comparison by age group was performed using the Kruskal-Wallis ($p = 0.001$) and the Mann-Whitney U test. Based on the results showed adolescents' scores were significantly lower than that of the adults between the ages of 35 and 54 ($p = 0{,}004$) and 55-64 ($p = 0{,}000$). The results of the pairwise comparison of the resilience test are shown in Table 5.

Before presenting the results of risk perception, it is important to briefly describe how the concept is calculated. In order to examine risk perception, we used the theoretical framework of the protection motivation theory of health behavior, according to which perceived risk can be derived from two components, perceived severity and vulnerability (Rogers, 1983). The calculation of the risk perception is shown in Table 2. Dividing the severity value by two was necessary because this scale was rated by the respondents on a 10-point Likert scale.

Table 2. The basic components of the risk perception model

Severity	How severe they consider the disease
Perceived vulnerability	Probability of getting any of the infections and illnesses in the next 1 year
Perceived risk	$\sqrt{\frac{\text{Severity}}{2} \times \text{Vulnerability}}$

In the first survey adolescents scored an avarage of 3.05 (std. dev. 0.762), while adults had an average of 3.24 (std. dev. 0.770) points. The minimum was 1 and the maximum was 5 for both groups. Since normality was significantly impaired in both groups ($p = 0.000$; $p = 0.000$) but the variables were homogeneous in distribution ($p = 0.577$), the Mann-Whitney test was used, which indicated a significant difference between the two groups ($p = 0.000$). To refine the results, Kruskal-Wallis ($p = 0.000$) and Mann-Whitney U tests were used. The results

of the pairwise comparison showed that the adolescents' scored significantly lower than the adults in the age range 35-54 (p = 0.002), 55-64 (p = 0.002) and 65-99 (p = 0.000).

In the second survey adolescents' average score was 2,557 (std. dev. 0.827), adults had an average of 2.838 (std. dev. 0.869) points. For both groups, the minimum was 0.71 and the maximum was 5. As normality was impaired in both groups (p = 0.005; p = 0.000), but the variables' homogeneity was not significantly impaired (p = 0.063), the Mann-Whitney test was used – which indicated a significant difference between the values of the two groups (p = 0.001). As before, the Kruskal-Wallis (p = 0.001) and the Mann-Whitney U tests were used for comparison by age group. Based on the results showed, the adolescents – similarly to the first survey – scored significantly lower than adults between the age of 35-54 (p = 0.012), 55-64 (p = 0.000) and 65-99 (p = 0.0025). The results of pairwise comparisons of risk perception are presented in Table 5.

Table 3. Descriptive statistics of the studied variables

		Mean	Standard Deviation	Median	Minimum	Maximum
Resilience	Adolescents	28.55	4.762	28	13	40
	Adults	29.85	4.562	30	16	40
Perceived risk (1. survey)	Adolescents	3.05	0.762	3.16	1	5
	Adults	3.24	0.770	3.24	1	5
Perceived risk (2. survey)	Adolescents	2.5569	0.82699	2.6458	0.71	5.00
	Adults	2.8381	0.86862	2.7386	0.71	5.00

Table 4. The results of the statistical procedures used for normality analysis, standard deviation homogeneity and group comparison

		Normality (Kolmogo-rov-Smirnov)	Homogeneity of Variances (Levene Statics)	Mann-Whitney	Kruskal-Wallis
Resilience	Adolescents	p = 0.000	p = 0.334	p = 0.000	p = 0.001
	Adults	p = 0.002			
Perceived risk (1. survey)	Adolescents	p = 0.000	p = 0.577	p = 0.000	p = 0.000
	Adults	p = 0.000			
Perceived risk (2. survey)	Adolescents	p = 0.005	p = 0.063	p = 0.001	p = 0.001
	Adults	p = 0.000			

Table 5. The results of the pairwise comparison of the resilience and risk perception tests

Age groups	Resilience	Perceived risk (1. survey)	Perceived risk (2. survey)
0–20 21–34	p = 0.173	p = 0.782	p = 0.225
0–20 35–54	p = 0.004	p = 0.002	p = 0.012
0–20 55–64	p = 0.000	p = 0.002	p = 0.000
0–20 65–99	p = 0.250	p = 0.000	p = 0.025

DISCUSSION

The aims of this paper were examining resilience and risk perception of teenagers and adults during the COVID-19 pandemic. Results reported above showed it can be said that there are differences for both phenomena, and the previous assumptions have been fulfilled.

The results of CD-RISC showed significant differences between adults and adolescents, therefore adults proved to be more resilient. For in-depth analysis, we used age group comparison, based on which adolescents scored significantly less than that of the adults between the ages of 35 and 54 and 55-64.

In both the first and second surveys, there was a difference in the examination of risk perception. Based on the hypothesis tests, adults scored significantly higher in both surveys than adolescents. This suggests that adults are more risk preceptive than teenagers. As in the case of the resilience test, we performed a pairwise comparison for deeper analysis: the results of the first and second surveys showed that adolescents scored significantly less compared to the adults between the age of 35-54, 55-64, and 65-99.

These results are consistent with previous studies related to the topic of this research. As in the study by Kövesdi et al. (2020), adults proved to be more resilient in this research. The results of risk perception can be paralleled with the study by Gardner and Steinberg (2005), which highlighted that the age of an individual also plays a role in risk perception, as risk-making decisions and risk-taking decrease with age. The relationship between these two phenomena (resilience and risk perception) and the results of this paper are also supported by the research of Paton and Johnston (2001), according to that higher resilience can be related to higher risk perception. The results of the research, compared to previous studies, call attention to the fact that there is a relationship between age, resilience and risk perception. In addition, an important outcome is that

because adolescents are less resilient, it will be important to pay more attention to helping them recover in the future than in the case of adults.

Although all the hypotheses based on the literature have been met, the results of the post hoc tests raise more questions that require more research on what factors may caused the cases where there were no significant difference between age groups.

Limitations of the Study

One of the limitations of the research was the sampling procedure: the danger of the access-based sampling method is that there is a high chance of subjective sampling bias (Szokolszky, 2004). Although the data from the questionnaires are undoubtedly informative, the sample cannot be said to be representative, as the vast majority of the persons involved in the study live in cities with good financial conditions. Thus, adolescents and adults living in smaller settlements and / or in less good material conditions were excluded from the research, thus reducing the representativeness of the sample.

It is also considered a limitation of this paper that the phenomenon of perceived risk was examined only in the way calculated from the two components. The results of the research would have been more detailed if we included and examined separately the two componens of the protection motivational theory of health behavior (Rogers, 1983).

Conclusion

The COVID-19 research we conducted was a longitudinal study, of which we only focused on the first and second surveys within this paper. We would like to continue the research, process the results of the third survey and compare them with the previous ones. Utilizing the large-item database, it may be interesting to conduct further research by incorporating further components of Rogers (1983) theory; and to examine how the population of Hungary mentally experienced the coronavirus epidemic, including other factors.

Even though these results fill a gap as no such studies have been performed by the time the dissertation is completed, it would be useful to examine the reasons why adolescents did not show significant differences with all age groups, and whether they are differences between the age groups of adults in terms of the phenomena studied.

There are planned expansions to the research underlying the study: although the longitudinal study ended after the third survey in December 2020, research leaders plan to expand the research with repeated data collection from one-year perspective. If this were to happen, we could create a unique and valuable

database that could even track the entire epidemic from the beginning to its end. A database like this could play an important role in future pandemic interventions, health behaviors, and many other aspects in the event of a new epidemic.

BIBLIOGRAPHY

Aerts, C., Revilla, M., Duval, L., Paaijmans, K., Chandrabose, J., Cox, H., & Sicuri, E. (2020). Understanding the role of disease knowledge and risk perception in shaping preventive behavior for selected vector-borne diseases in Guyana. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, *14*(4), e0008149. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008149

Bann, C. M., Kobau, R., Lewis, M. A., Zack, M. M., Luncheon, C., & Thompson, W. W. (2012). Development and psychometric evaluation of the public health surveillance well-being scale. *Quality of Life Research*, *21*(6), 1031-1043.

Barth A. (2015). A pszichológiai jóllét és az azt meghatározó tényezők összefüggéseinek nemzetközi vizsgálata felsőoktatásban tanuló fiatalok körében. *Acta Medicina et Sociologica, 6,* 5 – 20.

Blanch, A., & Aluja, A. (2009). Work, family and personality: A study of work–family conflict. Personality and Individual Differences, 46(4), 520-524.

Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In *Minnesota symposia on child psychology* (Vol. 13, pp. 39-101).

Brug, J., Aro, A. R., Oenema, A., de Zwart, O., Richardus, J. H., & Bishop, G. D. (2004). SARS Risk Perception, Knowledge, Precautions, and Information Sources, the Netherlands. *Emerging Infectious Diseases*, *10*(8), 1486–1489. https://doi.org/10.3201/eid1008.040283

Bruine de Bruin, W. (2020). Age differences in COVID-19 risk perceptions and mental health:Evidence from a national US survey conducted in March 2020. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa074

Chen, B., Sun, J., & Feng, Y. (2020). How Have COVID-19 Isolation Policies Affected Young People's Mental Health? – Evidence From Chinese College Students. *Frontiers in Psychology*, *11*, 1529. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01529

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, *18*(2), 76-82.

Csikós G., Törő K. D., Rózsa S., Kövesdi A., Hadházi É., & Földi R. (2020). *Psychological factors in Hungarian families under the coronavirus pandemic. The effects of resilience and stress on the wellbeing of adolescents, their interconnections within the family* [Preprint]. PsyArXiv. https://doi.org/10.31234/osf.io/k8n5m

de Zwart, O., Veldhuijzen, I. K., Elam, G., Aro, A. R., Abraham, T., Bishop, G. D., Voeten, H. A. C. M., Richardus, J. H., & Brug, J. (2009). Perceived Threat, Risk Perception, and Efficacy Beliefs Related to SARS and Other (Emerging) Infectious Diseases: Results of an International Survey. *International Journal of Behavioral Medicine*, *16*(1), 30–40. https://doi.org/10.1007/s12529-008-9008-2

Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer Influence on Risk Taking, Risk Preference, and Risky Decision Making in Adolescence and Adulthood: An Experimental Study. *Developmental Psychology*, *41*(4), 625–635. https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.4.625

Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience?. The Canadian Journal of Psychiatry, 56(5), 258-265.

Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of events scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic medicine, 41*(3), 209 – 218.

Járai R., Vajda D., Hargitai R., László N., Csókási K., & Kiss E. Cs. (2015). *A Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív 10 itemes változatának jellemzői*. https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2015.1.129

John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. *Handbook of personality: Theory and research*, *2*(1999), 102-138.

Kocsis-Bogár K., Miklósi M., & Perczel D. F. (2012). Hungarian version of the Impact of Event Scale. Psychometric evaluation. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság tudományos folyóirata, 27*(4), 245 – 254.

Kövesdi A. (2018). Reziliencia a serdülőkori anorexia nervosaban.

Kövesdi A., Törő K., Hadházi E., Takács Sz., Rózsa S., Csikós G., & Foldi F. R. (2020). The Protective Role of Self-Efficacy for Resilience in the COVID-19 Period. *Acta Scientific Neurology*, *3*(11), 87–91. https://doi.org/10.31080/ASNE.2020.03.0276

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic medicine*, *64*(2), 258-266.

Lau, J. T. F. (2003). Monitoring community responses to the SARS epidemic in Hong Kong: From day 10 to day 62. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *57*(11), 864–870. https://doi.org/10.1136/jech.57.11.864

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, *33*(3), 335-343.

Lubben, J. (1988). Assessing social networks among elderly populations. Family & Community Health: *The Journal of Health Promotion & Maintenance*, 11, 42-52.

Markó É., Bandi Sz. & Kiss E. Cs. (2019). A 16 itemes szülői reziliencia kérdőív (preq16) magyar adaptációja–első hazai mérési tapasztalatok. *Magyar Pszichológiai Szemle*, *74*(4), 447-462.

Masten, A. S. (2014). Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child Development*, *85*(1), 6–20. https://doi.org/10.1111/cdev.12205

Mills, B., Reyna, V. F., & Estrada, S. (2008). Explaining Contradictory Relations Between Risk Perception and Risk Taking. *Psychological Science*, *19*(5), 429–433. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02104.x

Norris, F. H., Stevens, S. P., Pfefferbaum, B., Wyche, K. F., & Pfefferbaum, R. L. (2008). Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *American journal of community psychology*, *41*(1), 127-150.

Paton, D., & Johnston, D. (2001). Disasters and communities: vulnerability, resilience and preparedness. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*.

Pikó B. (2012). Fiatalok lelki egészsége és problémaviselkedése a rizikó-és protektív elmélet, a pozitív pszichológia és a társadalomlélektan tükrében. *Akadémiaia doktori értekezés, Szeged*.

Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A Revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), *Social Psychophysiology*. New York: Guilford Press.

Rózsa S., Réthelyi J., Stauder A., Susánszky É., Mészáros E., Skrabski, Á., & Kopp M. (2003). A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbattéria pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, *18*(2), 83-94.

Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, *16*(1), 57. https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w

Selye J. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British medical journal*, *1*(4667), 1383.

Selye J. (1976). Stress without distress. In *Psychopathology of human adaptation* (p. 137). Springer, Boston, MA.

Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM: An International Journal of Medicine*, *113*(8), 531-537.

Szabó D. F. (2017). A reziliencia értelmezésének lehetőségei: Kihívások és nehézségek. *Magyar Pszichológiai Szemle*, *72*(2), 247–262. https://doi.org/10.1556/0016.2017.72.2.6

Szabó R. K., Máth J., & Sztancsik V. (2019). A reziliencia és a proaktív megküzdés összefüggéseinek vizsgálata. *Alkalmazott Pszichológia*, köt. 19. issue 4. ISSN 1419872X. https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2019.4.73

Szokolszky Á. (2004). *Kutatómunka a pszichológiában: Metodológia, módszerek, gyakorlat*. Budapest: Osiris.

Szokolszky Á. (2006). *Kutatómunka a pszichológiában: gyakorlatok*. Bölcsész Konzorcium, Budapest

Szokolszky Á. & V. Komlósi Annamária. (2015). *A „reziliencia-gondolkodás" felemelkedése – ökológiai és pszichológiai megközelítések*. https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2015.1.11

Thoresen, S., Tambs, K., Hussain, A., Heir, T., Johansen, V. A., & Bisson, J. I. (2010). Brief measure of posttraumatic stress reactions: Impact of Event Scale-6. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 45*(3), 405 – 412.

Unoka, Zs., Rózsa, S., Fábián, Á., Simon, L. (2004). A Séma Kérdőív: A korai maladaptív sémákat mérő eszköz pszichometria jellemzőinek vizsgálata. Psychiatria Hungarica, 19(3), 244-256.

Van der Pligt, J. (1996). Risk perception and self-protective behavior. *European Psychologist*, *1*(1), 34-43.

Vartti, A. M., Oenema, A., Schreck, M., Uutela, A., de Zwart, O., Brug, J., & Aro, A. R. (2009). SARS knowledge, perceptions, and behaviors: a comparison between Finns and the Dutch during the SARS outbreak in 2003. *International journal of behavioral medicine*, *16*(1), 41.

Voeten, H. A., De Zwart, O., Veldhuijzen, I. K., Yuen, C., Jiang, X., Elam, G., ... & Brug, J. (2009). Sources of information and health beliefs related to SARS and avian influenza among Chinese communities in the United Kingdom and The Netherlands, compared to the general population in these countries. *International Journal of Behavioral Medicine*, *16*(1), 49-57.

Yates, T. M., Tyrell, F. A., & Masten, A. S. (2015). Resilience Theory and the Practice of Positive Psychology From Individuals to Societies. In S. Joseph (Szerk.), *Positive Psychology in Practice* (o. 773–788). John Wiley & Sons, Inc. https://doi.org/10.1002/9781118996874.ch44

Young JE. Young Schema Questionnaire-Short Form 3 (YSQ-S3) New York: Schema Therapy Institute; 2005.

Zanin, G. M., Gentile, E., Parisi, A. & Spasiano, D. (2020). A preliminary evaluation of the public risk perception related to the COVID-19 health emergency in Italy. *Int J Environ Res Public Health, 17.*

A STRESSZ MÉRTÉKE ÉS A BIG FIVE SZEMÉLYISÉG FAKTOROK KAPCSOLATA A COVID-19 ŐSZI HULLÁM ALATT MAGYAR SERDÜLŐKBEN

Törő Krisztina[1, 2,5] Mokos Judit[3,4,] Róth Eszter[1] Csikós Gábor[1,5]

[1] Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézet Fejlődéslélektani Tanszék

[2] Vecsés és Környéke Család és Gyermekjóléti Szolgálat és Központ

[3] MTA-ELTE Elméleti Biológiai és Evolúciós Ökológiai kutatócsoport

[4] ELTE Növényrendszertani, Ökológiai és Elméleti Biológiai Tanszék

[5] Reziliencia Pozitív Kutatócsoport

Absztrakt

Háttér: A koronavírus járványhelyzet okozta negatív élmények és a járvánnyal járó stressz megélése személyenként eltérő. Az egyén Big Five személyiségjellemzőinek egyes faktorai hathatnak arra, ahogyan a járványhelyzettel fellépő negatív élményeket és az okozott stresszt megéli. *Célkitűzések*: Kutatásunk célja, a Big Five személyiségjellemzők egyes dimenzióinak a járványhelyzet okozta negatív élményekre és a megélt stresszre való hatásának vizsgálata serdülőkben. *Módszer:* Mintánk 522 serdülő-szülő párosból áll. A kutatás a koronavírus-járvány 2020. őszi, második hullámában zajlott, online kérdőívvel. A demográfiai adatlap mellett a Big Five és az Észlelt Stressz kérdőíveket alkalmaztuk. *Eredmények:* A serdülők észlelt stressz szintje szignifikánsan magasabb, mint a szüleiké. A serdülők stressz szintjének mértéke a szüleikével pozitív összefüggést mutat. A Big Five faktorok közül a neurocitás és az extroverzió mutat összefüggést a serdülők észlelt stressz szintjével. *Diszkusszió:* Eredményeink részben támasztják alá az eddigi, és a COVID-19 idején készült Big Five kutatások eredményeit, melyek szintén a Big Five faktorok stresszel való összefüggésével foglalkoztak. A neuroticitás kapcsán kapott eredmények látszanak a leginkább hasonlónak a szakirodalmi adatokkal. Meglepő és hazánkban is új eredménynek számít az extroverzió stressz szintet emelő hatása, hiszen más stresszhelyzetekben ez a faktor inkább csökkentő tényező. Kutatásunk segítségül lehet a járványhelyzettel kapcsolatos prevenciós munkában pedagógusok, klinikusok számára.

Kulcsszavak: észlelt stressz ▪ lelkiismeretesség ▪ neuroticitás ▪ járvány okozta negatív élmények

Abstract

Background: Negative experiences of the coronavirus epidemic and the stress associated with the epidemic vary from person to person. Some factors in an individual's Big Five personality traits can affect how they experience the negative experiences of the epidemic situation and the stress caused. *Aims:* The aim of our research is to investigate the effect of certain dimensions of Big Five personality traits on negative experiences and stress experienced by the epidemic in adolescents. *Method:* Our sample consists of 522 adolescent-parent pairs. The research was conducted in the second wave of the coronavirus epidemic in the fall of 2020, with an online questionnaire. In addition to the demographic data sheet, the Big Five and Perceived Stress questionnaires were used. *Results:* The

level of perceived stress in adolescents is significantly higher than that of their parents. Adolescents 'stress levels show a positive correlation with their parents. Among the Big Five factors, neurocyticity and extroversion are associated with perceived stress levels in adolescents. *Discussion:* Our results partially support the results of previous Big Five research conducted during COVID-19, which also addressed the association of Big Five factors with stress. The results obtained for neuroticism appear to be most similar to the data in the literature. The stress-increasing effect of extroversion is also a surprising and new result in Hungary, as in other stress situations this factor is more of a reducing factor. Our research can help educators and clinicians in the prevention work related to the epidemic situation.

Keywords: perceived stress ▪ conscientiousness ▪ neuroticism ▪ negative experiences caused by an epidemic

ELMÉLETI BEVEZETÉS

Karantén hatása a stressz-szintre

A 2019. decemberében Kínában kezdődött koronavírus járvány globálissá vált. Három hónappal később az Egészségügyi Világszervezet (WHO) kihirdette, hogy a COVID-19 járvány egy globális pandémia. Válaszul a világjárványra a legtöbb kormány részleges vagy teljes lezárásokat vezetett be. Ugyan a lezárás megvédeni hivatott az embereket a vírustól, nem lehetett tudni, hogy milyen mentális következményei lesznek a lezárásoknak, illetve a karanténnak (Ben-Ezra és mtsai, 2020).

Korábbi kutatások szerint a karanténban lévő személyeknél jelentősen megnő a stressz, frusztráció, reménytelenség és a depresszió szintje (Brooks és mtsai., 2020). Sőt ez az állapot hosszú távú és maradandó, derült ki egy hosszmetszeti kutatásban, amit a SARS-járvány után mértek (Wu és mtsai., 2009).

Egy vizsgálat során kiderült, hogy a demográfiai tényezők (nem, életkor, munkanélküliség, családi állapot stb.), a stresszor jellemzői (időintervallum, erőssége), valamint a személyes erőforrások (személyiség, érzékelt kontroll stb.) hatással vannak az egyének pszichológiai szorongásra (Byles és mtsai, 2014; Drapeau és mtsai, 2012; Tomitaka és mtsai, 2019).

Fernández és munkatársai egy keresztmetszeti kutatásban vizsgálták, hogy a korábbi eredmények mennyire igazak a koronavírus-járvány idején. A vizsgálatban 4408 résztvevő működött közre. Kimutatták, hogy a karantén hatása közép-erős szorongással és erősebb mentális problémákkal társult. Továbbá azt fedezték fel, hogy a karantén okozta stressz és szorongás minden egyén számára hasonló volt, mivel a tüneteket inkább súlyosság szerint vizsgálták nem pedig típusonként (Fernández és mtsai., 2020). Egy több ország részvételével zajló vizsgálatban a szorongásszintet, a stressz mértékét, valamint a depresszív tüneteket mérték Mamun és Ullah, 2020. A kutatásban azt állapították meg, hogy magasabb lett a szorongás (6,33–50,9%), a depresszió (14,6–48,3%), valamint

a stressz (8,1% -tól 81,9% -ig) előfordulási gyakorisága is a résztvevő országokban a járvány alatt. Egyes elméletek szerint a vírussal együtt járó kétségek, félelmek, továbbá a munkahelyek tömeges megszűnése hozzájárul az öngyilkossági ráta növekedéséhez Xiong és mtsai., 2020). Ezt a tényt bizonyítja McIntyre és Lee (2020b) is, akiknek előrejelzései szerint, a COVID-19 miatti munkanélküliség növekedése miatt az öngyilkosságok száma 5,5-27,7%-kal nőni fog. Ezek az eredmények megjelentek az USA-ban, Pakisztánban, Indiában, Franciaországban és Olaszországban is (Mamun és Ullah, 2020; Thakur és Jain, 2020). (Xiong és mtsail., 2020).

A BIG Five személyiségjellemzők

A Big Five teszt alapján az ember viselkedésének a variációit öt nagyobb dimenzió segítségével lehet összefoglalni: extraverzió, barátságosság, lelkiismeretesség, érzelmi stabilitás (neurotizmus) és nyitottság. Az, hogy milyen tulajdonságok kerülnek bele a faktorcsoportokba sokszor vitatják, így egyes tanulmányokban ez különböző lehet. Az extraverzió faktort legtöbbször magabiztossággal, társaságkedveléssel szokták jellemezni, a másik végletében pedig a csendes visszafogott emberek állnak. Lényeges, hogy nem az intraverzió az ellenpontja az extraverziónak (Paunonen és Ashton, 2001). A barátságosság dimenziójának egyik végletében a szeretetreméltóság, gondoskodó, bizalomteli személyek, míg a másikban a érzelmileg rideg, bizalmatlan emberek állnak. A lelkiismeretesség a beszabályozottságot, engedelmességet, és kötelességtudatot vonja maga köré. A neurocitáson belül a szorongás, rosszindulat és az ingerlékenység található. Az intellektus vagy nyitottság a legvitatottabb az öt faktor közül; a szakértők nehezen egyeznek meg abban, hogy mit foglal pontosan magába. A tulajdonság, amiket említeni szoktak ezzel a csoporttal kapcsolatban a kifinomultság, kreativitás, intellektuális kíváncsiság (Paunonen és Ashton, 2001).

Korosztályi különbségek a Big Five-ban

A Big Five személyiségmodellt vizsgálták korcsoport szerint, vagyis 10 éves kortól egészen 65 éves korig (Soto és mtsai., 2011). A barátságosság és a lelkiismeretesség nem monoton változik az életkorral. Csökken a késő gyermekkortól a korai serdülőkorig, majd emelkedik a felnőttkorban. Az extraverzió erősen negatív irányú a késő gyermekkortól egészen a serdülőkorig és onnan kisebb fokkal, de negatívan halad tovább a felnőtt korban. A neuroticizmus növekszik a gyerekkortól a serdülőkorig, majd az iránya csökkenőbe fordul át. A nyitottság a serdülőkorban csökkenő tendenciát mutat, majd átfordul pozitívba az fiatal évek alatt. Összességében ezek az eredmények azt mutatják, hogy a késő gye-

rekkor és a serdülőkor meghatározóan fontos időszakok a személyiségjegyek életkorbeli különbségének megértésében (Soto et al., 2011).

Big Five és az élettel való elégedettség

Magyar kutatásban foglalkoztak azzal a kérdéssel, hogy a Big Five személyiség vonásai mennyire kapcsolódnak a személy élettel való elégedettségéhez. Érdekes módon mindegyik Big Five személyiségcsoport szignifikáns kapcsolatot jelzett az élettel való elégedettséggel. Az extraverzió közepes erősségű, míg a barátságosság, lelkiismeretesség és a nyitottság gyenge pozitív kapcsolatot jelzett. Ezzel szemben az ötödik személyiségi faktor, vagyis a neuroticizmus és az élettel való elégedettség között negatív korreláció állt fenn (Nagy, 2018). Ebben a kutatásban megállapítható az, hogy a személyiségjegyek hatással vannak arra, hogy az adott személy mennyire elégedett az élettel.

Jelen kutatásunkban vizsgáltuk a serdülők stressz szintjét a felnőttekéhez, valamint a normál időszakhoz képest, valamint azt, hogy a stressz szintet befolyásolják-e különböző személyiségfaktorok ebben a helyzetben.

CÉLKITŰZÉSEK

– Az észlelt stressz szint meghatározása serdülők körében, és összehasonlítása a szüleikével
– A szülők és gyermekek stressz szintje közti összefüggés vizsgálata
– A Big five eredmények és az észlelt stressz összefüggéseinek vizsgálata

MÓDSZER

Eszközök

A kérdőívcsomag pszichológiai kérdőíveket (amelyeknek itt most egy része nem kerül közlésre) és egy demográfiai lapot tartalmazott. A résztvevők először az alapvető demográfiai információkat adták meg, például a szülő és a gyermek nemét és életkorát, lakóhelyüket és a család szubjektív anyagi helyzetét.

Big Five kérdőív (BFI-10)

A BFI-10 (Rammstedt és John, 2007), a már kidolgozott BFI rövidített változata, melyet úgy fejlesztették ki, hogy precízen felmérje a személyiséget, rövid időbeli korlátok között is. Ez az jelenti, hogy egy személyiség dimenzióhoz csak két

kérdés tartozik. Korábbi kutatások bizonyították, hogy a BFI-10-nek olyan pszichometriai vonásai vannak, amelyek összeférhetők mérete és felépítése alapján a teljes BFI- hez.

Észlelt Stressz Skála (PSS)

Az Észlelt Stressz Skála a leggyakrabban használt pszichológiai eszköz az stressz szint mérésére. Minél nagyobb a PSS pontszám, annál magasabb az érzékelt stresz-sz-szint. (Cohen és mtsai., 1994) Én ennek a tesztnek a rövidített változatát használtuk a 4 kérdéses Észlelt Stressz Skálát (PSS-4). Ezt a tesztet sokkal könnyebb megérteni is kiértékelni is. Ugyanazt méri, mint az eredeti verzió, vagyis az átélt érzelmeket az elmúlt hónap során. A teszt a felmérések alapján ugyanolyan megbízható eredményeket ad, mint az eredeti, hosszabb változat (Cohen, 1988).

Statisztika

A változók normalitását a Kolmogorov-Szmirnov-teszttel ellenőriztük, majd mivel a változók többsége nem normális eloszlású, Spearman-féle korrelációt használtunk. Ugyan a lelkiismeretesség és a neuroticizmusnak normális eloszlása volt (p=0,86, p=0,091), de a többi vizsgált csoportnak, többek között az észlelt stressz szint sem érte el a normális eloszlást (extraverzió (p≤0,001)***; nyitottság (p=0,0008)***; barátságosság (p≤0,001**), észlelt stressz szint (p=0,031)*). Így minden esetben a Sperman-féle korrelációt használtuk.

Az összefüggéseket a következő kombinációkban vizsgáltuk: barátságosság – stressz-szint, nyitottság – stressz-szint, extraverzió – stressz-szint, neuroticizmus – stressz-szint, valamint lelkiismeretesség – stressz-szint. A szülői és serdülői stressz-szint közötti összefüggést szintét Sperman-féle korrelációval vizsgáltuk. A stressz szintek normál időszakhoz való viszonyítása egy mintás t próbával történt. A gyermek felnőtt stressz szint összehasonlítása pedig Mann -Whitney U-teszttel történt.

A serdülők és a felnőttek stressz szintjének átlagát a szakirodalomban található normális stressz szint átlagával egymintás t-teszttel vetettük össze.

Minden számítás SPSS segítségével készült.

Minta

Az adatok gyűjtése névtelen online kérdőívekkel valósult meg, kényelmi mintavétellel. A kérdőíveket magyar szülő–serdülő párosok töltötték ki. Először a szülő válaszolt, majd a serdülő az instrukciót követve, egyedül válaszolta meg a kérdéseket. Az adatok felvétele a koronavírus-járvány második hullámának

idején, 2020. szeptember 23. és 2020. november 15. között zajlott. 522 szülő–serdülő páros adott minden kérdésre valid választ. A résztvevők demográfiai adatait az 1. táblázat tartalmazza. A gyermekek 63%-a kiskamasz (10-14 éves) míg 37%-a nagykamasz (15-19 éves). Életkoruk átlagosan 13,76 ± 2,61 év. A szülők 72%-a él házasságban, 15%-a élettársi kapcsolatban, 9%-a elvált, 4%-a egyedülálló és kevesebb mint 1%-a özvegy. A kitöltők közül 20-an (4%) átlag alattiként, 331-en (63%) átlagosként, 153-an (29%) átlag felettinek és 15-en (3%) jelentősen az átlag felettiként jellemezte anyagi helyzetét és 40-en nem válaszoltak a kérdésre (nem tudom/nem válaszolok). A felnőttek közül 167 (32%) főnek nincs személyes érintettsége a koronavírussal kapcsolatban- tehát a családjában nincs és nem volt beteg, míg 349 (67%) főnek van valamilyen (ismerős érintett, személyesen érintett, gyermek iskolája érintett stb.) kapcsolata, illetve 6 fő (1%) nem válaszolt a kérdésre.

1. táblázat. A résztvevő szülők és serdülők nem, lakhely és anyagi helyzet szerinti megoszlása, valamint életkorának átlaga és szórása.

	változók	**szülő**	**serdülő**
nem	férfi	70 (13%)	282 (54%)
	nő	452 (87%)	240 (46%)
kor		44,58 ± 5,50 év	13,76 ± 2,61 év
lakhely	főváros	174 (33%)	
	nem főváros	348 (76%)	
anyagi helyzet	gyakori anyagi problémák / átlag alatti	20 (4%)	
	néha vannak anyagi problémák / átlagos	331 (63%)	
	általában nincsenek anyagi problémák / átlag feletti	153 (29%)	
	soha nincsenek anyagi problémák / jelentősen átlag feletti	15 (3%)	
	nem válaszolt	40 (12%)	
Covid-19-cel kapcsolatos személyes érintettség	nincs	167 (32%)	
	van	349 (67%)	
	nem válaszol	6 (1%)	

Etikai vonatkozások

A kutatás a Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézet Etikai Bizottságának (IKEB) engedélyével valósult meg. Az etikai engedély száma: 35/2020/P/ET. A szülők és a 10 éven felüli gyermekeik a tájékoztatást követően nyilatkoztak a beleegyezésükről.

EREDMÉNYEK

A serdülők és szülők stressz szintjének meghatározása összehasonlítása

Sem a serdülők (t(522) = -7,609 (p <0,001)***), sem a teljes minta (t(522) = -7,813 (p <0,001)***) esetében nem mutatható ki szignifikáns eltérés a koronavírus ideje alatt mért észlelt stressz-szint és a normál időszakban (6,6±3,2 Stauder és mtsai 2006 -2. táblázat) mért között. Viszont a serdülők észlelt stressz-szintje szignifikánsan magasabb jelen vizsgálatban, mint a szüleiké Mann- Whitney féle U- teszt, p p <0,001 (értékek lsd 2. táblázat). Az észlelt stressz kérdőív belső megbízhatósága jó (lsd 2. táblázat).

2. táblázat. A szülők és serdülők stressz szintjének átlaga, szórása és Cronbach alfa értéke

	szülők		**serdülők**	
	átlag ± szórás	Cronbach alfa	átlag ± szórás	Cronbach alfa
Észlelt stressz szint	5,59 ± 2,92	0,755	6,19 ± 3,1	0,705

Szülők és serdülők stressz szintjeinek összefüggés vizsgálata

A serdülők és a felnőttek észlelt stressz-szintje pozitív kapcsolatban áll egymással (Spearman korreláció, rho=0,189, p<0,001). Annak a szülőnek akinek magasabb a stressz szintje, annak a gyermeke is is magasabb stresszt él meg.

A Big Five faktorai és a serdülők stressz-szintjének összefüggéses

Eredményeink szerint a neuroticizmus és az észlelt stressz, illetve az extroverzió és az észlelt stressz -szint között áll fenn egy biztos, de gyenge kapcsolat. A lelkiismeretesség és az észlelt stressz-szint között a korreláció -0,163** , a nyitottság és az észlelt stressz szint között 0,018 a korrelációs erősség. Az extraverzió és az észlelt stressz szint között -0,220**, míg a barátságosság és az észlelt stressz szint közötti kapcsolat -0,160** volt (lsd 3. táblázat).

Az eredmények alapján elmondható, hogy a Big Five teszten magasabb neuroticizmust, és magasabb extroverziót elérő személyek stresszesebbek. A többi három személyiségvonás kapcsán nem találtunk a stresszel összefüggést.

3. táblázat. Az egyes BIG5 faktorok

	Lelkiismeretesség	**Extraverzió**	**Nyitottság**	**Barátságosság**	**Neuroticizmus**
Észlelt stressz	-0,163**	-0,220**	0,018	-0,160**	0,395**
p érték	<0,001	<0,001	0,658	0,001	<0,001

DISZKUSSZIÓ

A jelen kutatásunkban azt vizsgáltuk, hogy a serdülők stressz-szintje milyen szintű a szüleikéhez képest, összefügg-e szüleikével, valamint azt, hogy a Big Five faktorai mutatnak-e összefüggést a COVID-19 alatt átélt észlelt stresszel. A kutatásunk eredményei alapján elmondható, hogy a gyermekek észlelt stressz szintje pozitív kapcsolatban áll a szüleik észlelt stressz szintjével. Emiatt további kutatásokban érdemes lenne a szülő-gyermek kötődési mintázatának fényében vizsgálni az észlelt stressz kapcsolatát, ahogyan arra előzetes szakirodalmak is rámutattak (Hyman és mtsai., 2007, McCarthy és mtsai., 2001). Valamint a serdülők észlelt stressz szintje szignifikánsan magasabb, mint szüleiké. Ez azzal magyarázható, hogy a járvány nagy változásokat hozott a fiatalok életébe is hazánkban az őszi hullámban. A gyerekzsivajtól hangos iskolai folyosók kiürültek, az intézmények pár nap leforgása alatt álltak át a jelenlétioktatásról távoktatásra. Ellis, Dumas és Forbes (2020) kutatásában azt találta, hogy a kamaszokat a krízis kapcsán leginkább az iskolabezárások, és a kortárs kapcsolatok alakulása aggasztotta.

Továbbá eredményeink szerint a Big Five vonások közül a neurocitás, és az extroverzió pozitívan befolyásolja (növeli) a serdülők stressz szintjét. Vagyis az a korábbi COVID 19 alatt végzett kutatás, amely szerint a lelkiismeretesség, extraverzió, nyitottság és barátságosság faktorában magas szintet elérő emberek kevésbé stresszesebbek a COVID-19 alatt, az általunk végzett vizsgálat nem támasztotta alá (Sahni és mtsai 2020). Megegyezést csak abban az eredményben találtunk az említett kutatáshoz képest, mely szerint, a Big Five teszten a neuroticizmus faktorban magasabb értéket elérő személyek stresszesebbek a COVID-19 alatt. Az ennél korábbi kutatások, amelyek a Big Five- ot és az érzelmi ellenálló képességet vizsgálták, pozitív összefüggést kaptak a tapasztalatok iránti nyitottsággal, az extraverzióval, a lelkiismerettel, a barátságossággal, míg a neuroticizmussal negatív kapcsolatot, tehát a neuroticizmus hatásának terén már korábbi kutatásokban általánosságban hozzánk hasonló eredményre jutottak. (CampbellSills és mtsai, 2006;Nakaya és mtsai, 2006). Ezt az összefüggést Sahni és mtsai. (2015) viszont nem találták meg; szerintük nincs negatív összefüggés az ellenálló képesség és a neuroticizmus között, ellenkezőleg, azok a személyek, akiknél a lelkiismeretesség, a nyitottság és a neurotizmus magasabb, képesek erősebb érzelmi ellenálló képességet kiépíteni (Sahni és mtsai., 2020). Mann és munkatársai az Egyesült Államokban szintén vizsgálták azt, hogy a kialakult COVID-19 válság miként érintette az egyes személyiség faktorokat a Big Five- ban, valamint demográfiai és egyéni szempontból is megvizsgálták, hogy miként hatott ez a pszichés állapotukra. A vizsgálat során kiderült, hogy a fiatalabb felnőttek többnyire az ő kutatásukban is nagyobb szorongást éltek meg, mint az idősebb felnőttek. Azt is megállapították, hogy az alacsony lelkiismeretesség, valamint az alacsony nyitottság a tapasztalatokra, nagyobb gazdasági szorongást okoz. A Big Five teszten elért magas neurotizmus szint szintén

nagyobb szorongással járt (Mann és mtsai., 2020). Kifejezetten a neuroticizmus vonatkozására irányuló korábbi kutatások kapcsán elmondható, hogy a magasabb szintű neuroticizmussal élőkre több interperszonális stresszor hat és nagyobb reakciót mutatnak a distresszre. Továbbá kiemelendő, hogy kevésbé hatékony megküzdési stratégiákkal rendelkeznek (például ellenséges reakciók (Gunthert és mtsai 1999). Schneider kutatása alapján elmondható, hogy a neuroticizmust előrejelzi a fenyegetettség értékelése. Azaz, a fenyegetettség értékelésével kapcsolatban több választ adtak az önbeszámolókban, és fiziológiai szinten is azok, akiknek magasabb volt a neuroticizmus értéke. (Schneider, 2004). A COVID-19 és neuroticizmus tekintetében is rendelkezésre áll vizsgálati eredmény. Azok az egyének, akik magas neuroticizmussal élnek, nem mutattak semmilyen pszichés változást a korlátozásokkal való megbirkózás kapcsán (Weiß és mtsai., 2020). Az etroverzió kapcsán a korábbi kutatások rámutatnak ezen vonás protektív, azaz stressz csökkentő szerepére (Tyssen és mtsai 2007, Ebstrup és mtsai 2011). Míg a mi kutatásunkban az extroverzió növelte a stresszt serdülők esetén járvány idején. Pandémiában más kutatás is hasonló összefüggésben az extroverziót stressznövelő tényezőnek találta felnőtteknél (Liu és mtsai 2021).

Úgy gondoljuk, hogy több magyarázat is van arra, amiért kutatásunk a korábbi kutatásokkal részben ellentétes eredményre vezetett. Először is az érintett témában kevés hasonló cikk született, ami miatt nehéz egységes következtetést levonni. Ezenkívül a kevés vizsgálat eredményei sem egyöntetűek, ami miatt szintén nehéz konklúziót leszűrni. Másként a COVID-19 egy olyan világszintű katasztrófa, amely egyaránt érintett mindenkit és egységesen megemelte a népesség stressz szintjét, személyiségjegyektől függetlenül. Ez azonban nem feltétlenül közvetlenül a COVID-19 eredménye, hanem sokkal inkább a járványhelyzeté általánosságban. Tehát, a tömeges munkahely elveszteségek, lekorlátozódott életmód és a szociális kapcsolatok csökkenése is hozzájárulnak a mentális egészség ilyen szintű romlásához (Alkhamees és mtsai., 2020; Paulino és mtsai., 2020; Wang és mtsai.,2020; Xiong és mtsai., 2020). Összefoglalva tehát mindezt, egybecsengően a korábbi szakirodalommal a neuroticizmus egy robosztus együttjárója és előrejelzője különböző mentális és fizikális zavaroknak (Lahey, 2009). Az extroverzió mint személyiségvonás más jellegű stresszhatásokra való csökkentő hatásával szemben a járvány idején megélt stresszt növelik. Ennek az lehet az egyik fő oka, hogy a bezártság, a karantén szabályok, és egyéb szabályok betartása az extrovertált serdülőket jobban megviseli, és ők a stressz ezen típusára érzékenyebben reagálnak, mint introvertáltabb társaik (Carvalho és mtsai. 2020), annak ellenére hogy az extroverzió egyéb stresszes szituációkban védőfaktorként szerepel.

A kutatás limitációt a következőkben határoznánk meg:

1) A kitöltési útmutatók kérték ugyan a résztvevőket, hogy egyedül töltsék ki az űrlapokat, de a szülő jelenléte még így sem volt kizárható, az befolyásolhatta a gyermek válaszait.

2) A résztvevők dönthettek, hogy megadják-e az email címüket. Az e-mail címet megadók úgy érezhették, sérül az anonimitásuk, így válaszaik torzulhattak, például motiváltabbak lehettek a társadalmi elvárásokat kielégítő válaszok adására.

3) A vizsgált minta nemre, korra és lakhelyre nézve nem tekinthető reprezentatívnak Magyarországra nézve. Ezen limitációk ellenére kutatásunk egyedálló abban a tekintetben, hogy felhívja a figyelmet a személyiség faktorok fontosságára a kialakult helyzetben.

Úgy gondoljuk, hogy a későbbiek során érdemes lesz még részletesebben foglalkozni a témával. Fontosnak tartjuk, hogy globális szinten is készülhessenek kutatások a járvány okozta stressz és személyiségtényezők kapcsolatáról. Ez a kutatás lehetőséget nyújt arra is, hogy a gyűjtött adatok további elemzésével kidolgozzanak módszereket a tanárok, diákok, szülők támogatására, kiemelten a veszélyeztetett populációra, ha a jövőben is előfordulna hasonló időszak.

IRODALOM

Alkhamees, A. A., Alrashed, S. A., Alzunaydi, A. A., Almohimeed, A. S., & Aljohani, M. S. (2020). The psychological impact of COVID-19 pandemic on the general population of Saudi Arabia. Comprehensive Psychiatry, 102, 152192. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2020.152192

Ben-Ezra, M., Sun, S., Hou, W.K., Goodwin, R., (2020). The association of being in quarantine and related COVID-19 recommended and non-recommended behaviors with psychological distress in Chinese population. J. Affect. Disord. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.026

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. Lancet (London, England), 395(10227), 912–920.

Byles, J.E., Robinson, I., Banks, E., Gibson, R., Leigh, L., Rodgers, B., Curryer, C., Jorm, L.,(2014). Psychological Distress and Comorbid Physical Conditions: disease or Disability? Depress. Anxiety 31, 524–532. https://doi.org/10.1002/da.22162

Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006).Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. Behaviour Research and Therapy, 44(4), 585–599.

Carvalho, L. D. F., Pianowski, G., & Gonçalves, A. P. (2020). Personality differences and COVID-19: are extroversion and conscientiousness personality traits associated with engagement with containment measures?. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, *42*(2), 179-184.

Cohen, S. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States.

Drapeau, A., Marchand, A., Beaulieu-Prévost, D., 2012. Epidemiology of psychological distress. Ment. Illnesses – Underst. Predict. Control. https://doi.org/10.5772/30872.

Ebstrup, J. F., Eplov, L. F., Pisinger, C., & Jørgensen, T. (2011). Association between the Five Factor personality traits and perceived stress: is the effect mediated by general self-efficacy?. *Anxiety, Stress & Coping*, *24*(4), 407-419.

Ellis, W. E., Dumas, T. M., & Forbes, L. M. (2020). Physically isolated but socially connected: Psychological adjustment and stress among adolescents during the initial

COVID-19 crisis. Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 52(3), 177.

Fernández, R. S., Crivelli, L., Guimet, N. M., Allegri, R. F., & Pedreira, M. E. (2020). Psychological distress associated with COVID-19 quarantine: Latent profile analysis, outcome prediction and mediation analysis. Journal of Affective Disorders, 277, 75– 84. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.133

Hyman, S. M., Paliwal, P., & Sinha, R. (2007). Childhood maltreatment, perceived stress, and stress-related coping in recently abstinent cocaine dependent adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, *21*(2), 233–238.

Liu, S., Lithopoulos, A., Zhang, C. Q., Garcia-Barrera, M. A., & Rhodes, R. E. (2021). Personality and perceived stress during COVID-19 pandemic: Testing the mediating role of perceived threat and efficacy. *Personality and individual differences*, *168*, 110351.

Mamun, M.A., Ullah, I., 2020. COVID-19 suicides in Pakistan, dying off not COVID-19 fear but poverty?—The forthcoming economic challenges for a developing country. Brain Behav. Immun. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.028.

Mann, F. D., Krueger, R. F., & Vohs, K. D. (2020). Personal economic anxiety in response to COVID-19. Personality and Individual Differences, 167, 110233.https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110233

McIntyre, R. S., & Lee, Y. (2020). Projected increases in suicide in Canada as a consequence of COVID-19. *Psychiatry research*, *290*, 113104.

Nagy, H. (2018). Személyiség, érzelmi intelligencia és élettel való elégedettség. Mentálhigiéné És Pszichoszomatika, 19, 158–175. https://doi.org/10.1556/0406.19.2018.007Nakaya, M., Oshio, A., & Kaneko, H. (2006). Correlations for Adolescent Resilience Scale with big five personality traits. *Psychological reports*, *98*(3), 927-930.

Paunonen, S. V., & Ashton, M. C. (2001). Big Five predictors of academic achievement. Journal of Research in Personality, 35(1), 78–90.

Sahni, S., Kumari, S., & Pachaury, P. (2020). Building Emotional Resilience with Big Five Personality Model Against COVID-19 Pandemic. FIIB Business Review, 2319714520954559.

Schneider, T. R. (2004). The role of neuroticism on psychological and physiological stress responses. Journal of Experimental Social Psychology, 40(6), 795–804.

Stauder, A., & Konkolÿ Thege, B. (2006). Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, *7*(3), 203-216.

Thakur, V., Jain, A., 2020. COVID 2019-Suicides: a global psychological pandemic. Brain Behav. Immun. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.062

Tyssen, R., Dolatowski, F. C., Røvik, J. O., Thorkildsen, R. F., Ekeberg, Ø., Hem, E., ... & Vaglum, P. (2007). Personality traits and types predict medical school stress: a six-year longitudinal and nationwide study. *Medical education*, *41*(8), 781-787.

Tomitaka, S., Kawasaki, Y., Ide, K., Akutagawa, M., Ono, Y., Furukawa, T.A., 2019. distribution of psychological distress is stable in recent decades and follows an exponential pattern in the US population. Sci. Rep. 9, 11982. https://doi.org/10.1038/s41598-019-47322-1.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. International Journal

of Environmental Research and Public Health, 17(5), 1729. https://doi.org/10.3390/ijerph17051729

Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., Liu, X., Fuller, C.J., Susser, E., Lu, J.,Hoven, C.W., 2009. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. Can. J. Psychiatry Rev. Can. Psychiatr. 54, 302–311. https://doi.org/10.1177/ 070674370905400504.

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. Journal of Affective Disorders, 277, 55–64. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001

Weiß, M., Rodrigues, J., & Hewig, J. (2020). BIG 5 personality factors in relation to coping with contact restrictions during the COVID-19 pandemic: An explorative analysis.

A SZÜLŐI NEVELŐI STÍLUS ÉSZLELÉSÉBEN SZEREPET JÁTSZÓ TÉNYEZŐK VIZSGÁLATA, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A PÁRKAPCSOLATI ELÉGEDETTSÉGRE, PÁRKAPCSOLATI INTIMITÁSRA, FELNŐTT KÖTŐDÉSRE, ÉSZLELT STRESSZRE ÉS REZILIENCIÁRA

Hadházi Éva[1]* – Czinkóczki Annamária[3] – Homoki Adél[3] – Takács Szabolcs[2] – Csikós Gábor[1] – Kövesdi Andrea[1] – Törő Krisztina[1]– F. Földi Rita[1]

[1] Károli Gáspár Református Egyetem, Pszichológiai Intézet, Fejlődéslélektani Tanszék, Budapest

[2] Károli Gáspár Református Egyetem, Pszichológiai Intézet, Általánoslélektani és Módszertani Tanszék, Budapest

[3] Károli Gáspár Református Egyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest, egyetemi hallgató

Absztrakt

Elméleti háttér: A szülők nevelési stílusának a gyermekek fejlődésében betöltött szerepét intenzív kutatási érdeklődés övezi, ám az empirikus vizsgálatokban lényegesen kevesebb figyelmet kapnak azok a folyamatok és tényezők, amelyek befolyásolják a szülők nevelési elveinek, stílusainak alakulását (Kotchick és Forehand, 2002). *Vizsgálati cél*: A család alrendszereinek kölcsönös egymásra hatását figyelembe véve, vizsgáljuk az észlelt szülői nevelői stílusok összefüggéseit egyrészt olyan *egyéni jellemzőkkel,* mint az észlelt stressz, reziliencia, szülőkhöz való felnőtt kötődés -, másrészt a *házastársi alrendszer olyan jellemzőivel,* mint a párkapcsolati elégedettség, gondoskodás, kontroll és párhoz való kötődés. *Módszer:* 324 fős (297 anya, 27 apa) keresztmetszeti, online, önkitöltős kérdőíves vizsgálatunkban a következő mérőeszközöket alkalmaztuk: Szülői Nevelői Stílus Kérdőív (PSDQ 32), Intim Kötődés Mérése Kérdőív (IBM-HU), Közvetlen Kapcsolatok Élményei Kérdőív (ECR-RS), Kapcsolati Elégedettség Skála (RAS-H), Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív (CD-RISC), Észlelt Stressz Kérdőív (PSS). *Eredmények:* A skálák közötti összefüggések vizsgálatára faktoranalízist használtunk (Principal Axis eljárás, Varimax rotációval). A kialakított faktorstruktúra alapján a vizsgált skálák 5 faktor mentén rendeződtek el, a faktorok magyarázó ereje 52,339%-os volt. Mérvadónak a teljes variancia 22,027%-át magyarázó első faktort tekinthetjük, ahol a gondoskodás (r= –0,912), a kapcsolati elégedettség (r= –0,875) és a pár észlelt irányító/ autoritatív szülői nevelői stílusa (r= –0,565) negatívan korrelálnak az észlelt kontrollal (0,632), felnőtt párkapcsolati szorongással (r=0,643) és elkerüléssel (r=0,798) valamint a pár észlelt tekintélyelvű (r=0,521) szülői nevelői stílusával. A saját szülői nevelői stílus és a pár szülői nevelői stílusának az észlelése függetlennek bizonyult az észlelt stressztől, a rezilienciától (4. faktor) és a felnőtt anyai és apai kötődéstől (2. faktor). A szociodemográfiai tényezők közül a nemi különbség és családi állapot játszik szerepet a szülői nevelői stílusban. *Konklúzió:* A kutatás limitációit is figyelembe véve – a reprezentativitás hiánya, nemi eltolódás – megállapítható, hogy a párkapcsolati elégedettség, intimitás, párkapcsolati kötődés biztonsága meghatározó szerepet játszik a párunk irányító és tekintélyelvű szülői nevelői stílusának észleletében. Eredményeinknek gyakorlati relevanciáját a pár- és családterápiában tartjuk fontosnak, valamint elméleti szinten a spillover-teória érvényességét erősíthetik.

Kulcsszavak: szülői nevelői stílus ▪ párkapcsolati elégedettség ▪ párkapcsolati intimitás ▪ felnőtt kötődés ▪ reziliencia ▪ észlelt stressz

Investigation of factors influencing the perception of parenting style, with particular reference to relationship satisfaction, relationship intimacy, adult attachment, perceived stress, and resilience

Abstract

Background: The role of parental styles in the development of children is surrounded by intensive research interest, but significantly less attention is paid to understand the processes and factors which influence the parenting styles (Kotchick and Forehand, 2002). *Aim:* Considering the interaction of family subsystems, we examine the correlations of perceived parenting styles with individual characteristics such as perceived stress, resilience, adult attachment to parents, and with characteristics of the marital subsystem such as relationship satisfaction, intimacy and attachment to partner. *Method*: In our cross-sectional, online, self-report questionnaire survey of 324 parents (297 mothers, 27 fathers), we used the following measurement tools: Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ-32), Intimate Bond Measurement (IBM-HU), Experience in Close Relationship – Relationship Structure (ECR-RS), Relationship Assessment Scale (RAS-H), Connor-Davidson Resilience (CD RISC) and Perceived Stress Scale (PSS). *Results:* Factor analysis (Principal Axis method with Varimax rotation) was used to examine the correlations between the scales. Based on the developed factor structure, the examined scales were arranged along 5 factors, the explanatory power of the factors was 52.339%. The first factor explaining 22.027% of the total variance can be seen as decisive, where care (r = –0.912), relationship satisfaction (r = –0.875) and the couple's perceived authoritative parenting style (r = –0.565) are negatively correlated with perceived control (0.632), relationship anxiety (r = 0.643), and avoidance (r = 0.798), and the couple's perceived authoritarian (r = 0.521) parenting style. The perceptions of one's own and our partner's parenting style proved to be independent from perceived stress, resilience (factor 4), and adult maternal and paternal attachment (factor 2). Regarding sociodemographic factors, there is a difference in perceptions of parental style along gender and marital status. *Conclusions:* Considering the limitations of the research – lack of representativeness, gender shift -, it can be stated that the relationship satisfaction, intimacy, and adult attachment to partner play an important role in the perception of our partner's authoritative and authoritarian parenting style. Practical relevance of our results can be considered in couple and family therapy, and on a theoretical level they can strengthen the validity of the spillover theory.

Keywords: parenting style ▪ intimate bond ▪ relationship satisfaction ▪ adult attachment ▪ resilience ▪ perceived stress

BEVEZETÉS

„A participation mystique, vagyis a primitív tudattalan azonosság révén, a gyermek érzékeli a szülők konfliktusait, és annyira szenved tőlük, mintha azok saját konfliktusai volnának…"

(G.W. 17 köt. 144.o. id. Alt, 1995, 14.o.)

Alt (1995) „Gondolatok az apáról, az anyáról és a gyermekről" című könyv előszavában idézi C.G.Jung gondolatait. Bár kutatásunkban nem a tudattalan azonosságokra fókuszálunk, elfogadjuk, hogy a szülői párkapcsolat, annak minden nehézsége és öröme áthatja a családi klímát, és mély lenyomatot hagy a családtagok, köztük a legérzékenyebbek, a fejlődő a gyermekek személyiségében. Az apák

és az anyák leghőbb vágya, hogy egészséges, életrevaló, boldog gyermekeket neveljenek, „elég jó szülők" legyenek (Winnicott, 2000). Ezért, szeretnénk választ kapni arra a kérdésre, hogy vajon bizonyos egyéni vagy párkapcsolati tényezők befolyásolják-e azt, hogy egy szülő milyen értékek, elvek, nézetek mentén szocializálja a gyermekét, milyen konkrét viselkedést, nevelési módszereket alkalmaz, azaz, milyen a nevelői stílusa.

A téma fontosságára hívják fel a figyelmet azok a kutatási eredmények, melyek a nevelői stílusok gyermekek fejlődésére gyakorolt hatását bizonyítják, nemcsak kisgyermekként, hanem még serdülőkorban is (Simons & Conger, 2007; Weiss & Schwartz, 1996).

A gyermekek nevelésének elsődleges terepe a család. Ez az a rendszer, ahol a tagok kölcsönös egymásra hatásának során alakuló érzelmi klíma, érték és szabályrendszer képezi a szocializáció színterét (Sallay és Münnich, 1999). A szülők egészségi és érzelmi állapota, pszichológiai jólléte döntő módon befolyásolja, milyen módon tudnak kapcsolódni a gyermekeikhez, hogyan tudnak felelősséget vállalva gondoskodni önmagukról, párjukról és a természetes módon függő viszonyban lévő, még fel nem nevelt gyermekeikről.

A család, mint rendszer, egymással kölcsönhatásban lévő (egyéni, házastársi, szülői, gyermeki) alrendszerek működési egységeként funkcionál (Minuchin, Colapinto, Minuchin, 2002). Így a családtagok – mivel a tágabb rendszeren belül egyszerre akár több alrendszernek is részesei – szerepei, funkciói ezen alrendszerek mentén szerveződnek, hatást gyakorolva egymásra. Kutatásunkban a kölcsönös egymásra hatásokat szem előtt tartva szeretnénk individuális szinten vizsgálni a szülői alrendszer attribútumaként megjelenő szülői nevelői stílusokat, az egyéni sajátosságokat – a spillover teória mentén (Cox, Paley, Harter, 2001; Repetti, 1987) –, valamint a házastársi alrendszer jellemzőit.

Arra keressük a választ, hogy vajon a saját szülői nevelői stílus és a pár szülői nevelői stílusának az észlelése köthető-e olyan egyéni jellemzőkhöz, mint az észlelt stressz, a reziliencia, a felnőtt kötődés a szülőkhöz, illetve a házastársi/párkapcsolati jellemzők közül a kapcsolattal való elégedettség, az intimitás és a párkapcsolati kötődés.

Korábbi kutatások szerint a szülők közötti negatív érzések, konfliktusok átterjedhetnek a szülő-gyermek kapcsolatra, és hatással vannak a gyermekek egészséges fejlődésére (Cox, Paley, Harter, 2001; Repetti, 1987).

A jelen vizsgálat során alkalmazott elméleti keret alapvetően a baumrindi szülői nevelői stílusokra (Baumrind, 1971) épül, hiszen a kutatásban használni kívánt Robinson, Mandleco, Olsen, és Hart (2001) által kidolgozott mérőeszköz ezt a megközelítést veszi alapul. A modell – a korábbi kutatásokhoz hasonlóan (Sallay és Münich, 1999) – két dimenzió mentén ragadja meg az egyes stílusokat: a *melegség* dimenzió (gyermekekkel való emocionális kapcsolat minősége, gyermek / szülő központúság, felelősségteljes / felelőtlen nevelés), és a *kontroll* dimenzió (korlátozó / engedékeny, követelő / elnéző viselkedés).

A SZÜLŐI NEVELŐI STÍLUSOK JELLEMZÉSE

Baumrind (1971) empirikus alapokra támaszkodó modellje négy szülői nevelői stílust különít el: autoritáriánus/tekintélyelvű, permisszív/megengedő, elhanyagoló, autoritatív/irányító.

Az **autoritáriánus/tekintélyelvű** szülő szigorú, a hangsúlyt a tekintélynek való feltétlen engedelmességre helyezi (Baumrind, 1971). A parancsok betartását megköveteli, kerüli az alkudozást, kommunikációjára a parancsolás, büntetés jellemző: az elutasítás, lelki kontroll dimenziókban különösen magas pontszámokat érnek el az így nevelők (Baumrind, 2013). Ez a stílus kevésbé optimális a gyermekek számára (Millings, 2013). Gyermekeik zárkózottak, félénkek, kevésbé fejlettek a szociális készségeik, segítségért gyakran egy tekintély-személyhez fordulnak (Oroszné Perger, 2002).

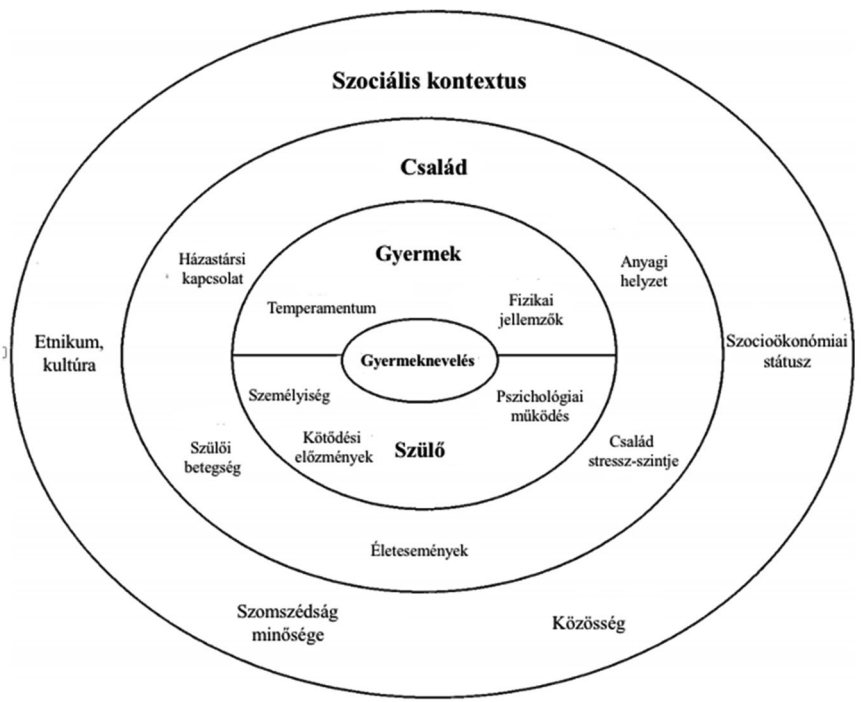
A **permisszív/engedékeny** szülő nagy szabadságot biztosít gyermekének, és a törekvéseit túlzott mértékben támogatja. Nem kontrollál, kevés konfrontációt gyakorol, és nem is vár el magas teljesítményt gyermekétől (Baumrind, 1971). Érzelmi oldalról az így nevelők nem feltétlenül hidegek, ridegek, jellemző lehet rájuk a (következetesség nélküli) melegség, elfogadás (Oroszné Perger, 2002). A permisszív stílusban nevelés szintén kevésbé optimális a gyermekek számára: az így nevelkedettekre jellemző az impulzuskontroll-hiány (Maccoby és Martin, 1983), valamint az éretlenség, önállótlanság, gyengébb önkontroll (Cole és Cole, 2006).

Az **elhanyagoló** szülő gyakran elutasítóan, odafigyelés nélkül fordul gyermeke felé, laza kontrollt és kényszerítő elveket alkalmaz (Baumrind és mtsai, 2013). Kevés energiát fektet a szülőségbe, ellenséges is lehet, valamint előfordulhat, hogy figyelmen kívül hagyja gyermekét, az ő szükségleteit (Maccoby és Martin, 1983).

Az **autoritatív/irányító** szülő egyértelmű, a gyermek életkorának megfelelő elvárásokat támaszt, a szabályokat elmagyarázza, közösen megvitatja gyermekével, jogait is kölcsönösnek tekinti vele (Cole és Cole, 2006). Jellemző rájuk az érzelmi melegség és másik felé irányuló figyelem (Oroszné Perger, 2002): az irányító szülők az elfogadás, viselkedéskontroll dimenziókban magas pontszámot, míg a lelki kontrollban alacsonyat érnek el (Baumrind, Larzelere, Owens, 2010). Gyermekeik bátrabbak, nyitottabbak, önállóbbak, nagyobb az önkontrolljuk (Cole és Cole, 2006). A gyermekek számára ez a nevelési stílus a legoptimálisabb, kedvező hatással van a gyermekek felelősségvállalására, autonómiájára (Baumrind és mtsai, 2013), és instrumentálisan kompetens személyiséget eredményez (Oroszné Perger, 2002).

A SZÜLŐK NEVELŐI STÍLUSÁT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK

A gyermeknevelési eljárások és a gyermekek adaptív alkalmazkodása közötti kapcsolatot széleskörűen vizsgálták és igazolták, azonban az empirikus vizsgálatokban kevesebb figyelmet kaptak azok a folyamatok és tényezők, amelyek befolyásolják a szülők nevelési elveinek, stílusainak alakulását (Kotchick és Forehand, 2002). Egy korai modell (Belsky, 1984) három fő területet emel ki, amelyek meghatározzák a gyermeknevelést: 1) *gyermek jellemzői* (például temperamentum), 2) *szülő jellemzői* (például személyiség, pszichológiai működés, kötődés múltja) 3) *családi környezet* (például stressz és támogatás). *(ld. 1.sz. ábra)*



1. ábra. Belsky (1984) modellje Kotchick és Forehand (2002, 258.o.) alapján

Az egyes területek *(szociális kontextus, család, szülők, gyermekek jellemzői)* és ezek kapcsolatát a gyermeknevelléssel, nevelési stílusokkal a kutatások átfogóan igazolták, azonban a folyamatok teljes megértése, a tágabb kontextusú változók szerepe állandóan változik. Így ezek feltérképezése, vizsgálata mindig aktuális és kiemelten fontos (Kotchick és Forehand, 2002).

A SZÜLŐI NEVELŐI STÍLUSOK ÉS A GYERMEK FEJLŐDÉSE KÖZÖTTI LEHETSÉGES ÖSSZEFÜGGÉSEK RÖVID BEMUTATÁSA

A nevelői stílusok hatása a gyermekek fejlődésére megkérdőjelezhetetlen, de annak mértéke, az egyes stílusok következményei meglehetősen vitatottak. Úgy tűnik, a kulturális különbségek fontos szerepet játszanak a hatékonyságban (Chao, 1996, Lamborn, Dornbusch és Steinberg, 1996).

Gyakori, hogy a gyermekek serdülő- vagy felnőttkorban megjelenő patológiáinak etiológiáját kutatva találnak összefüggéseket a szülői bánásmóddal. Például az alexithymiát – azaz az érzelmek felismerésének, feldolgozásának és szabályozásának nehézségét – vizsgáló kutatásokban hideg és túlvédő magatartást tanúsító szülőket azonosítottak, mint „jelentős másikokat", akikről a gyermek a belső reprezentációit kialakíthatta (Kooiman et al., 2004). Gianesini (2012) az Emotion-Related Parenting Styles kérdőív olasz adaptációjával szintén korrelációt talált az alexithymia és szülői nevelői stílusok között. Az érzelmi coach stílusnál (érzékeny a gyermek érzelmi állapotaira, tiszteletben tartja, és nem szorong a gyermek érzelemkifejezései során) negatív a korreláció az alexithymiával. Minden más stílusnál pozitív az együttjárás, azaz minél elutasítóbb (dismissing), helytelenítőbb (disapproving) és ráhagyóbb (laissez – faire) a szülő, annál magasabb a gyermek pontszáma az alexithymia skálákon.

Az elhanyagoló, bántalmazó szülői bánásmód fellelhető a patológiás fejlődés hátterében, így például a fizikai bántalmazás együttjárást mutat az antiszociális személyiségzavar tüneteivel (DeLisi, Drury & Elbert, 2019).

Campana, Henderson, Stolberg, és Schum (2008) is bemutta kutatásában, hogy a gyermekek alkalmazkodását jelentősen befolyásolja a szülő nevelői stílusa. Az anyai irányító stílus és az apai irányító vagy tekintélyelvű stílus esetében alacsonyabb volt a gyermeki depresszió és agresszió előfordulásának valószínűsége, továbbá a gyermek önértékelése magasabb volt, míg a gyermeküket egyedül nevelők között a megengedő apák esetében volt a leggyakoribb a depresszió. Az irányító nevelői stílus abban az esetben is protektív faktornak bizonyult, ha csak az egyik szülő nevelt irányító stílusban és a másik megengedő stílust alkalmazott.

A gyermekek számára optimális szülői nevelői attitűd támogatja a fejlődés normális menetét. Baumrind (1991a) szerint bár a gyermek temperamentuma befolyásolja a nevelői stílust, azonban a választott nevelői stílusok is egyértelműen hatnak a gyermek személyiségére, iskolai teljesítményére. Dornbusch és munkatársai (1987) azt találták, hogy az irányító nevelési stílus nemcsak óvodáskorban van jó hatással a gyermekekre, hanem iskoláskorban is jobb teljesítménnyel, fejlettebb társas készségekkel jár együtt.

Ezen eredmények tükrében a nevelői stílusok operacionalizálása, vizsgálati módszerek kidolgozása fontos területnek bizonyulhat, amelyhez a PSDQ kérdőív (*Parenting Styles and Dimensions Questionnaire;* Robinson, Mandleco, Olsen és Hart, 2001) megfelelő kutatási eszközként szolgálhat.

KUTATÁSI EREDMÉNYEK A PSDQ KÉRDŐÍV HASZNÁLATÁVAL

A baumrindi modellre épülő PSDQ szülői nevelői stílus kérdőív széles körben alkalmazható. Nemcsak az önészleletről szolgálhat információval, – szülőként hogyan látja valaki saját magát – hanem a másikról alkotott kép is megjelenhet (hogyan látja a párját szülőként), akár a párkapcsolati dinamika (anya és apa), akár a szülő-gyermek közötti viszony vizsgálatáról van szó. Ezt bizonyítja több nemzetközi kutatás, hiszen a kérdőív ausztrál (Robinson, Mandleco, Olsen és Hart, 1995), ázsiai (Fu és mtsai, 2013; Wu és mtsai, 2002) és európai (Martins és mtsai, 2018; Önder és Gulay, 2009; Kern és Jonyniene, 2012) mintán is adaptálásra került.

A gyermekek szüleikkel való kapcsolatának tanulmányozása során a kutatók számos különböző kontextusban találtak érdekes összefüggéseket a PSDQ kérdőív használata során.

Az anyai és apai szülői nevelői stílusok, valamint az óvodás korú gyermekek agresszív magatartásának vizsgálatakor Fili (2016) magas reliabilitást mért a szülőknél (n=310) az irányító, tekintélyelvű és a megengedő skálákon (Cronbach-α 0,86, 0,81, 0,71) a PSDQ kérdőívvel, de nem talált szignifikáns eredményt a 62 tételes változatot, a PPQ-t (*Parenting Practices Questionnaire;* Robinson és mtsai, 1995) használva. Hart és munkatársai (1998) vizsgálata alapján a szülők közötti kapcsolati konfliktus összefüggést mutat a kisfiúk agresszív viselkedésével. Az anyai és apai korlátozás, a válaszkészség hiánya és a pszichológiai kontroll pedig szignifikánsan korrelált a gyermekek társaikkal szembeni nyílt agressziójával.

Topham és munkatársai (2011) a PSDQ 32 tételes változatával (Cronbach-α 0,84 és 0,71) anyákat és 6-8 éves gyermekeiket vizsgálták többek között az érzelmi evéssel kapcsolatban. A nevelésben minél inkább az irányító stílus és a nyílt érzelemkifejezés volt jellemző a szülőre, annál kevésbé választották a gyermekek az evést az érzelmi feszültségek feloldására. Tagliabue és munkatársai (2015) a serdülő fiatalok kommunikációja és a szülői nevelési stílusok között találtak összefüggést. A tekintélyelvű és irányító stílus esetében 0,86 – 0,94 közötti Cronbach-α értéket mértek, míg a megengedő stílusnál a Cronbach-α 0,47 és 0,51 volt. A nyílt kommunikációhoz az elfogadó légkör mellett az elvárások is szükségesnek bizonyultak.

Azonban a szülő kommunikációs módja, nevelési stílusa nagyban függ a családi környezettől (Belsky, 1984) is. Az alábbiakban a párkapcsolat szerepét mutatjuk be a családon belül egy sajátos elméleti keretben.

A SPILLOVER-TEÓRIA

A házasság minősége és a gyermekek jellemzői közötti kapcsolatot már több mint három évtizede bizonyították (Emery, 1982), amely megerősítést nyer azóta is (Cummings és Davies, 2010). Több elmélet és mechanizmus igyekezett feltárni a házassági viták/viszályok és a gyermekek problémái közötti kapcsolatot, az egyik ezek közül a spillover-teória (Cox, Paley, Harter, 2001; Repetti, 1987). A ***spillover-teória*** szerint a szülők közötti negatív érzések, konfliktusok átterjedhetnek a szülő-gyermek kapcsolatra, és ott további problémákat okozhatnak.

A család, mint rendszer elméleti kereteibe helyezve a teóriát, ha a szülői alrendszerben negatív érzelmek, konfliktusok vannak, akkor ezek megjelennek a szülő-gyermek alrendszerben is. A házassági minőség és a szülő-gyermek kapcsolat minősége közötti pozitív kapcsolatot több kutatás is igazolta (Buehler, Benson, Gerard, 2006; Erel és Burman, 1995), ezzel megerősítve a spillover-teória gyakorlati érvényességét.

Kouros és munkatársai (2014) kutatásukban – anyákkal és apákkal 15 napon keresztül naplót írattak, amelyek elemzése során – azt találták, hogyha a szülő rossznak értékelte a házastársi minőségét, akkor gyermekével való kapcsolatát is gyengébb minőségűnek érezte. A spillover-teória alapján a házastársi minőség nemcsak a szülő-gyermek kapcsolat minőségére lehet hatással, hanem az alkalmazott gyermeknevelési eljárásokra, szülői nevelői stílusokra is. Egy kutatásban anyákat vizsgálva azt az eredményt kapták, hogy a nagyobb szülői egyetértés a gyermeknevelési eljárásokban, az apák jelentősebb bevonódása a nevelésbe, az alacsonyabb házastársi stressz mind kapcsolódtak az anyák nagyobb házastársi elégedettségéhez (Kwok, Cheng, Chow, Ling, 2013).

Tekintettel a szülői párkapcsolati feszültségek gyermekek fejlődését károsan befolyásoló hatására (Gottman & Katz, 1989), kiemelten fontosnak tartjuk annak vizsgálatát, hogy vajon a szülői nevelői stílusok – mivel minőségileg befolyásolhatják a gyermekek életét akár hosszú távon is – milyen egyéni és párkapcsolati tényezőkkel járhatnak együtt.

VIZSGÁLATI KÉRDÉSEK

1. A saját szülői nevelői stílus és a pár szülői nevelői stílusának az észlelése köthető-e olyan egyéni jellemzőkhöz, mint: az észlelt stressz, reziliencia, a felnőtt kötődés a szülőkhöz?

2. A házastársi/párkapcsolati jellemzők, úgymint: a kapcsolattal való elégedettség, intimitás és párkapcsolati kötődés magyarázó tényezői-e a szülői nevelői stílusnak?

MÓDSZER

Minta és eljárás

A keresztmetszeti, kérdőíves online vizsgálatunk a Károli Gáspár Református Egyetem Bölcsészet- és Társadalomtudományi Karán, a Pszichológiai Intézet Fejlődéslélektani Tanszéken a *„Családi-és egyéni protektív és vulnerabilitás faktorainak vizsgálata gyermek és serdülő korosztályban"* című kutatási projekt keretén belül (témaszám: 20630B800) történt. Jelen kutatást a Pszichológiai Intézet Etikai Bizottsága engedélyezte (az etikai engedély száma: 81/2019/P/ET).

Törekedtünk a reprezentativitásra, így szerettünk volna minél változatosabb lélekszámú, földrajzi elhelyezkedésű és infrastruktúrájú településen élő anyákat és apákat bevonni. A mintába kerülésnél fontos szempont volt az önkéntesség, a nagykorúság (az alsó korhatár 18 év, felső korhatár nem volt meghatározva). Kizárási kritérium az analfabetizmus és a gyermektelenség volt. Az adatgyűjtés a Károli Gáspár Református Egyetem pszichológia szakos hallgatóinak segítségével, elektronikus úton, anonim módon, hólabda módszerrel történt, 2019. szeptember 24. és 2020. április 18. között. A PSDQ kérdőív használatát Dr. Robinson Clyde engedélyezte. A kérdőív magyar adaptációját Hadházi és munkatársai végezték (2021).

A mintába 324 fő (27 férfi és 297 nő) adatai kerültek. A nemi eltolódás igen jelentős a nők javára, ami a vizsgálat online lebonyolításának a sajátosságából is fakadhat, a férfiak kevésbé vállalták a meglehetősen hosszú időt (kb. 30 percet) igénybe vevő kérdőívcsomag kitöltését, a munka honorálására pedig nem volt lehetőség, ami esetleg növelhette volna a részvételi motivációt.

G-Power elemzéssel[1] közepes hatásméret feltételezésével (0,5-ös hatásmérték szintet beállítva) 5%-os szignifikancia szint, illetve 5%-os statisztikai erő (másodfajú hiba) mellett meghatároztuk a minimálisan szükséges esetszámot, illetve teszteltük a mintanagyságokat. Ezek alapján az 5%-os első és másodfajú hiba, illetve a hatásmértékek mellett 0,054-es elsőfajú és hasonló másodfajú hiba adódott. Tehát a jelenlegi esetszámokat figyelembe véve az összehasonlítások esetében a szignifikancia és a másodfajú hiba mértéke tartható volt az alkalmazott eljárásokkal, így további alminták létrehozását, illetve esetleges utólagos súlyozásokat nem tartottunk szükségesnek.

A résztvevők életkorának átlaga 41,52 év (SD = 41,52) volt. A legfiatalabb kitöltő 22, a legidősebb 60 éves volt. A legidősebb, azaz azon gyermekek átlagéletkora, akikkel kapcsolatban a nevelői stílusról a vizsgálatban nyilatkozott a szülő 12,52 év (SD = 7,572). A demográfiai adatokat az 1. sz. táblázatban mutatjuk be.

[1] http://www.gpower.hhu.de/

1. táblázat. A vizsgálati minta demográfiai jellemzőinek összefoglaló táblázata

Demográfiai adatok		n	%	Valid %
Nem	férfi	27	8,3	8,3
	nő	297	91,7	91,7
Iskolai végzettség	általános iskola	2	0,6	0,6
	szakmunkásképző	14	4,3	4,3
	szakközépiskola, gimnázium	79	24,4	24,4
	főiskolai, egyetemi hallgató	22	6,8	6,8
	főiskola, egyetem	207	63,9	63,9
Családi állapot	házas	225	69,4	69,4
	élettársi kapcsolat	35	10,8	10,8
	különélés	50	15,4	15,4
	egyéb	14	4,3	4,3
Az egzisztenciához való hozzájárulás mértéke	nagyban hozzájárulok	13	4	4
	párommal azonos mértékben járulok hozzá	185	57,1	57,1
	kisebb mértékben járulok hozzá mint a párom	108	33,3	33,3
A család anyagi helyzete	átlag alatti	13	4	4
	átlagos	185	57,1	57,1
	átlag feletti	108	33,3	33,3
	jóval átlag feletti	18	5,6	5,6
Lakóhely	főváros	115	35,5	35,5
	megyeszékhely	56	17,3	17,3
	város	103	31,8	31,8
	község	19	5,9	5,9
	falu	31	9,6	9,6
Pszichés kezelés	nem állt kezelés alatt	250	77,2	77,2
	pszichoterápiás kezelés alatt állt	45	13,9	13,9
	gyógyszeres kezelés alatt állt	29	9	9
Gyermekszám	1 gyermek	92	28,4	28,4
	2 gyermek	146	45,1	45,1
	3 gyermek	66	20,4	20,4
	4 gyermek	17	5,2	5,2
	5 gyermek	3	0,9	0,9

ESZKÖZÖK

Vizsgálatunk során számos *szociodemográfiai adatot* rögzítettünk: nem, életkor, családi állapot, iskolai végzettség, egzisztenciához való hozzájárulás, a család becsült anyagi helyzete, lakóhely, pszichés állapot, gyermekszám *(ld. 1. sz. táblázat)*, a legidősebb gyermek életkora, akire vonatkoztatva a szülő megválaszolja a vizsgálati kérdéseket. Az összefüggések feltárásához az alábbi kérdőíveket alkalmaztuk.

PSDQ Szülői Nevelői Stílus Kérdőív: Parenting Styles and Dimensions Questionnaire – Short Version; PSDQ rövid, 32 tételes változat (Robinson, Mandleco, Olsen, & Hart, 2001).

A kérdőívet Önmagára (Self) és a Másikra (Other) vonatkoztatva egyaránt kitöltettük. A szerzők 1377 fős mintán nyert adatok faktoranalitikus elemzésével 3 nevelői stílust azonosították, a Tekintélyelvű és Irányító stílusokat több dimenzió (alskála) segítségével írták le, míg az Engedékenység csak egy dimenzióból áll. Az egyes alskálákhoz (változókhoz) különböző számú tétel tartozik, így a pontszámításoknál ezek átlagértékét kell figyelembe venni: Megengedő: 5 item, Tekintélyelvű: 12 item, Irányító: 15 item átlaga. A kérdőív kitöltése egyszerű, az utasítása világos: „Alább olyan szülői viselkedések listáját találja, amelyek szülő-gyerek kapcsolatokban fordulhatnak elő. A kérdéseket annak mérésére tervezték, hogy *milyen gyakran* alkalmaz Ön bizonyos viselkedésformákat a gyermekével szemben. Kérem, minden kérdésre válaszoljon!" Ugyanez az instrukció abban az esetben is, ha a kérdéseket arra vonatkoztatjuk, hogy milyennek észleli valaki a párját. Így válaszokat az észlelt énre (Selfre) és a másikra (Other) kapunk.

A válaszlehetőségeket 1-5-ig terjedő Likert skálán lehet bejelölni, ahol az: 1 = Soha, 2 = Néha, 3 = Az esetek felében, 4 = Nagyon gyakran, 5 = Mindig- et jelentik. A kérdőív skáláinak a reliabilitása a 324 fős saját vizsgálati mintán hasonlóan megbízható, mint a korábbi magyar (Hadházi és mtsai, 2021) és a PSDQ szerzői (Robinson, Mandleco, Olsen, és Hart (2001)) által mért Cronbach-alfák. A Megengedő skála bizonyul gyengébbnek, ahogy azt több nemzetközi kutatásban tapasztalták, így Martins és munkatársai (2018), 0,41-es, Önder és Gulay (2009) 0,38-as Cronbach-alfát mértek, Olivari és munkatársai (2013) 0,38-0,84 közötti értékekről számoltak be.

2. táblázat. A PSDQ skáláinak Cronbach – α értéke
(Robinson et al, 2001; Hadházi et al, 2021, megjelenés alatt)

PSDQ skálái	Cronbach – α	Cronbach – α Saját (S)		Cronbach – α Másik (O)	
	Robinson et al. (n=1377)	*Hadházi et al.* (n=711)	*Jelen vizsg.* (n=324)	*Hadházi et al.* (n=711)	*Jelen vizsg.* (n=324)
Megengedő *(permissive)*	0,64	0,635	0,587	0,728	0,714
Tekintélyelvű *(authoritarian)*	0,82	0,733	0,748	0,884	0,865
Irányító *(authoritative)*	0,86	0,849	0,839	0,953	0,942

A PSDQ 32 tételes (rövid) kérdőív felépítését és az alskálák jelentésének átfogó ismertetését az 3.sz. táblázatban ismertetjük. A továbbiakban a skálák, alskálák említése során a táblázatban szereplő magyar kifejezéseket használjuk.

3. táblázat. A PSDQ 32 tételes kérdőív felépítése az (al)sálák jelentése

Nevelői stílus	Változó (alfaktor)	Mit mérnek a (al)faktorok	Tételek száma
1. Megengedő *(permissive)*		mennyire tartja be a szülő a büntetéssel kapcsolatos ígéreteit, milyen mértékben kényezteti el gyermekét	(5)
2. Tekintélyelvű *(authoritarian)*	Tekintélyelvű skálák (summa)		(12)
	Testi fenyítés *(Physical Coercion Dimension)*	milyen mértékben hajlik a szülő a testi büntetések alkalmazására	(4)
	Verbális ellenségesség / szidalmazás *(Verbal Hostility Dimension)*	milyen mértékben használja a szülő nevelési eszközként a verbális fenyítést, szidalmazást	(4)
	Indokolatlan büntetés / büntetési stratégiák *(Non-Reasoning/Punitive Dimension)*	milyen büntetési eljárásokat használ és azokat miként viszi véghez	(4)
3. Irányító *(authoritative)*	Irányító skálák (summa)		15
	Melegség / bevonódás (Connection Dimension (Warmth & Support))	a szülő mennyire képes elfogadó, megértő együttérző légkörben nevelni gyermekét	(5)
	Érvelés / magyarázatok (Regulation Dimension (Reasoning/Induction))	mennyire használja a szülő a nevelésben az érvelést, mennyire tartja fontosnak a következmények magyarázatát a nevelésben	(5)
	Demokratikus részvétel (Autonomy Granting Dimension (Democratic Participation))	mennyire engedi a szülő, gyermeke akaratát, szükségleteit, kívánságait érvényesülni	(5)

Intim Kötődés Mérése: Intimate Bond Measurment; IBM (Wilhelm és Parker, 1988)

Az intim kötődés mérésére az IBM magyar változatát, az IBM-HU-t használtuk, melynek magyarra adaptálását Hadházi és Takács (2019) végezte. Ennek során igazolták az IBM kétfaktoros szerkezetét: a nemzetközi szakirodalommal egyezően (Wilhelm és Parker, 1988) a *Gondoskodás* (12 tétel) és *Kontroll* (12 tétel) dimenziókat különítették el. A *Gondoskodás* dimenzió melegséget, érzelmi és fizikai gondoskodást, figyelmet foglal magába, a *Kontroll* dimenzió dominanciát, tekintélyelvű viselkedést, tolakodást, kritikát tartalmaz. A mérőeszköz 24 tétel mentén vizsgálja, a kitöltő milyennek észleli a partnere iránta tanúsított attitűdjeit, viselkedését. A válaszadás 4-fokú Likert-típusú skálán történik, amelynél a „tökéletesen igaz" (3), „többnyire igaz" (2), „kismértékben igaz" (1) és „egyáltalán nem igaz" (0). A mérőeszköz tételei egyirányúak. A kapott pontértékeket (tételenként 0–3-at), skálánként kell összegezni, és az elérhető maximális pontszám dimenziónként 36. A két dimenzió mindegyike homogén és egymással negatívan korrelál. Vagyis minél inkább nő a kontroll egy intim kapcsolatban, annál inkább csökken a gondoskodás, és fordítva. A magyar adaptáció során a kérdőív megbízható mérőeszköznek bizonyult, jelen vizsgálatban is magas reliabilitást mutatott *(Cronbach-α Gondoskodás: 0,954, Kontroll: 0,907).*

Kapcsolati Elégedettség Skála: Relationship Assessment Scale; RAS (Hendrick és mtsai, 1998)

A párkapcsolati elégedettséget mérő tesztnek Martos, Sallay, Szabó, Lakatos és Tóth-Vajna (2014) által validált 8 tételes, magyar változatát (RAS-H) használtuk. A kitöltő kapcsolatának jellemzőit 1-től 5-ig terjedő Likert-skálán pontozza (1 – egyáltalán nem igaz, 5 – teljesen igaz). Minél magasabb a kitöltő összpontszáma, annál elégedettebb a kapcsolatával. A mérőeszköz igen népszerűnek számít a kapcsolattal való elégedettség mérésének területén, jó pszichometriai, értelmezhetőségi, érthetőségi tulajdonságait több kutatás igazolta. A kérdőív megbízhatósága jelen vizsgálatban is megfelelőnek bizonyult (*Cronbach-α: 0,918).*

Közvetlen Kapcsolatok Élményei Kérdőív: Experiences in Close Relationship's – Relationship Structures; ECR-RS (Fraley, Heffernan, Vicary & Brumbaugh, 2011)

A felnőtt kötődés korszerű mérésére alkalmas eszköz magyar adaptációját Jantek és Vargha (2016) végezte. A 10 tételes kérdőív különböző, felnőtt kötődési személyekre vonatkoztathatóak (anya, apa, pár, barát). Jelen vizsgálatban a sze-

mélyek apára, anyára, jelenlegi párjukra vonatkozóan is kitöltötték a kérdőívet (amennyiben aktuálisan nem volt párkapcsolata, az utolsó párkapcsolatukra gondolva). A vizsgálati személyek 7 fokú Likert-skálán pontozhatják, mennyire értenek egyet az adott állítással, ahol 1-egyáltalán nem ért egyet, 7-teljes mértékben egyetért. Jantek és Vargha (2016) faktorelemzéssel a kérdőív validitását, és megerősítették a ketfaktoros elképzelést: két dimenzió segítségével (elkerülés, szorongás) mér négy kötődési stílust (biztonságos, eláraszott, elkerülő, félelemteli). A magasabb szorongás és elkerülés értékek alacsonyabb általános jólléttel, kapcsolati elégedettséggel és megküzdési erőforrásokkal társulnak, valamint magasabb depresszió és párkapcsolati stressz értékekkel járnak együtt. A kérdőív megbízhatóságát megfelelőnek találtuk jelen vizsgálatban (Cronbach-α párra: elkerülés: 0,888, szorongás: 0,872; Cronbach-α anyára: elkerülés: 0,898, szorongás: 0,880; Cronbach-α apára: elkerülés: 0,870, szorongás: 0,823; (n=324)).

Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív: Connor-Davidson Resilience Scale; CD-RISC (Connor & Davidson, 2003)

Az eredetileg 25 tételes kérdőív magyar adaptációját Járai és munkatársai (2015) végezték. Ennek során a konfirmatív faktorelemzéssel kapott eredmények alapján a tesztet egy 10 tételes, egydimenziós reziliencia skálára rövidítették. A résztvevők 5-fokú Likert-skálán jelölhetik (0-egyáltalán nem igaz, 4-szinte mindig igaz) értékelhetik az egyes tételeket. A kérdőív a stresszel való sikeres megküzdést méri, minél több pontot el valaki (0-4 pont közötti értékek lehetségesek), annál magasabb rezilienciával rendelkezik. A kérdőív megbízhatósága jelen vizsgálatban megfelelő volt (Cronbach-α: 0,887; (n=324)).

Észlelt Stressz Kérdőív: Perceived Stress Scale; PSS (Cohen és mtsai, 1983)

Az észlelt stresszt mérő kérdőív magyar adaptációját Stauder és Konkoly (2006) végezte. Ez azokat a gondolatokat, érzéseket vizsgálja, melyek az adott személy stresszészlelését jellemzi: arra kérdez rá, a résztvevő az elmúlt egy hónapban mennyi szubjektív stresszt élt át, mennyire tartotta kiszámíthatatlannak, kezelhetetlennek a mindennapjait. A kérdések egyszerűek, jól érthetőek, általános helyzetekre vonatkoznak. Az eredeti kérdőív 14 tételes, amelyen 5-fokú Likert-skálán (0-4) jelölheti a kitöltő, mennyire ért egyet az adott állítással. A fordított tételek átkódolása után az összegértékekkel megkaphatjuk az észlelt stressz globális mutatóját. A kérdőív megbízhatósága jelen vizsgálatban megfelelő volt (Cronbach-α: 0,767).

EREDMÉNYEK BEMUTATÁSA

A vizsgálati kérdések elemzése RopStat (Vargha, 2008) és IBM SPSS programcsomaggal történt. Az eredményeinket két fő pont mentén mutatjuk be: (1.) a PSDQ kérdőív összefüggéseit a szociodemográfiai mutatókkal, (2.) a PSDQ kérdőív többi kérdőívvel való viszonyának feltérképezéséhez a skálák és alskálák (IBM, ECR-RS, RAS, CD-RISC, PSS) faktoranalitikus elemzését.

Összefüggések szociodemográfiai mutatókkal

A szociodemográfiai mutatókkal való összefüggések elemzése során a legtöbb változó normalitásának és szóráshomogenitásának szignifikáns sérülése ($p<0,05$) miatt robosztus eljárásokat (például Welch-féle d-próba) használtunk.

A *nemi különbségek* vizsgálatakor leginkább a nevelési stílusok (saját és párészlelet) között találtunk eltéréseket. A nők szignifikánsan több pontot értek el az önészleletben *(self)* az irányító stílus, melegség, érvelés, demokratikus részvétel skálákon, mint a férfiak. A férfiak magasabb értékeket mutattak a párészlelet *(other)* irányító stílus, melegség, érvelés, demokratikus részvétel skáláin. A részletes statisztikai eredmények a 4.*sz. táblázatban* láthatók.

4. táblázat. Nemi különbségek a szülői nevelői stílusban
(S: self, önmagára vonatkoztatott, O: other, párra vonatkozó észlelet)

PSDQ Skálák / alskálák	Férfi		Nő		Hatás	Welch_d	f	p-érték
	Átlag	*Szórás*	*Átlag*	*Szórás*	*Cohen d*			
S_Irányító	3,91	0,34	4,30	0,43	-0,92	-5,55	34	0,000
S_Melegség	4,2	0,36	4,59	0,442	-0,90	-5,28	33,6	0,000
S_Érvelés	3,90	0,55	4,37	0,56	-0,84	-4,27	31,3	0,000
S_Demokratikus r.	3,64	0,51	3,95	0,55	-0,56	-2,92	31,6	0,01
O_Irányító	4,21	0,48	3,77	0,833	0,54	4,19	42,1	0,000
O_Melegség	4,53	0,51	3,99	0,87	0,63	4,86	41,7	0,000
O_Érvelés	4,21	0,64	3,80	0,99	0,42	2,99	38,3	0,01
O_Demokratikus r.	3,88	0,53	3,52	0,84	0,44	3,19	39	0,00

A családi állapot tekintetében szignifikáns különbségek vannak a pár nevelői stílusának észlelésében. A szóráshomogenitás sérülése miatt a Welch-féle robusztus próbát vettük figyelembe *(ld. 5. sz. táblázat).* A házasságban élők szignifikánsan irányítóbbnak (melegebbnek, érvelőbbnek, demokratikus részvételűbbnek) látják párjuk nevelési stílusát, mint a más kapcsolati státuszban (élettársi kapcsolat, különélés, egyéb) élő személyek.

5. táblázat. A nevelői stílusok párészlelete a családi állapot alapján (O: other, párra vonatkozó észlelet)

PSDQ párészlelet (other) alskála	Átlag a családi állapot szerint				Welch – d	p-érték
	Házasság	*Élettársi kapcs.*	*Különélés*	*Egyéb*		
O_Irányító	3,98	3,87	3,06	3,58	15,94	0,000
O_Melegség	4,22	4,19	3,23	3,61	17,07	0,000
O_Érvelés	4,01	3,92	3,00	3,77	13,92	0,000
O_Demokratikus részv.	3,70	3,51	2,94	3,34	10,72	0,000

Lakóhely, iskolázottság, anyagi helyzet, egzisztenciához való hozzájárulás, a pszichés kezelés módja szerint nincsen érdemi különbség az észlelt szülői nevelői stílusban sem önmagára, sem a párra vonatkoztatva, a magyarázott variancia hányadok nem érik el az elvártnak mondható szintet.

Az életkor, gyermekszám, gyermekek életkora és a PSDQ skálák között nem találtunk érdemi együttjárást, a korreláció minden esetben abszolútértékben 0,3 alatt maradt.

Faktoranalízis

Ahhoz, hogy megvizsgáljuk, a saját szülői nevelői stílus és a pár szülői nevelői stílusának az észlelése magyarázható-e egyéni és házastársi/párkapcsolati jellemzőkből – észlelt stressz, reziliencia, felnőtt kötődés a szülőkhöz és a párhoz, párkapcsolati elégedettség és intimitás – a kérdőívek skáláit és alskáláit faktoroanalitikus elemzésnek vetettük alá.

Eredményeink szerint a KMO érték 0,751, a Bartlett-teszt szignifikáns (khi2(136) =2241,035, p<0,001), tehát a skálák nem mutatnak teljes függetlenséget. A közöttük lévő korrelációk alapján elfogadható faktorstruktúra tárható fel, amelyhez a Principal Axis eljárást választottunk Varimax rotációval. Az Anti-image korrelációk 0,5 vagy magasabb értékeket mutattak, illetve a kommunalitások is meghaladták a minimálisan elvárható 0,25-ös értéket. A kialakított faktorstruktúra alapján a vizsgált skálák 5 faktor mentén rendeződtek el, a faktorok magyarázó ereje 52,339%-os volt. A teljes variancia 22,027%-át magyarázta az első faktor – a továbbiak lényegében azonos arányban, 6-9% közötti magyarázó erővel bírtak *(ld. 6. táblázat).*

6. táblázat. Az egyéni és párkapcsolati jellemzők alapján kialakított faktorok magyarázó ereje

Faktorok	Variancia %	Kumulatív %
1.	22,027	22,027
2.	9,288	31,315
3.	8	39,878
4.	6,238	46,116
5.	6,223	52,339

A Varimax rotáció utáni elrendeződés *(ld. 7. táblázat)* alapján megállapítható, hogy az első faktoron lévő IBM gondoskodás és a párkapcsolati elégedettség ellentétes, míg az elkerülés és szorongás pozitív együttjárást mutatott a párra vonatkozó tekintélyelvű nevelés skálával – illetve megegyező irányút a párra vonatkozó irányító nevelési stílus skálával.

A saját és a párra vonatkozó irányító, tekintélyelvű és megengedő skálák azonos irányú együttjárásokat jeleztek. A saját és a párra vonatkozó irányító és tekintélyelvű skálák korreláltak a párkapcsolati mutatókkal, míg a megengedő skálák csak egymással (pár- és önészlelet) mutattak együttjárást. Az első faktoron a párkapcsolati elégedettség, gondoskodás, kontroll, a felnőtt kötődés elkerülés és szorongás skálái, illetve a párra vonatkozó irányító és tekintélyelvű skálái jártak együtt. A felnőtt kötődés a szülőhöz elkerülés és szorongás skálái egymással kapcsolatot mutatnak, de a többi jelenséggel érdemi együttjárást nem tapasztaltunk a faktorstruktúra alapján (2. faktor). A saját és a párra vonatkozó tekintélyelvű és megengedő skálák pozitívan korreláltak (3. faktor). A rotáció utáni elrendeződés alapján azt mondhatjuk, hogy a reziliencia és az észlelt stressz jellemzően független az általunk vizsgált PSDQ kérdőív skáláitól (4. faktor). A saját és párra vonatkozó irányító és tekintélyelvű nevelési stílusok jártak együtt, ahol az irányító skálák negatív előjellel szerepeltek (5. faktor).

7. táblázat. Faktorok Varimax rotáció utáni elrendeződése
(S: self, önmagára vonatkoztatott, O: other, párra vonatkozó észlelet)

Skálák	Faktorok				
	1	2	3	4	5
Gondoskodás (IBM)	-0,912				
Párkapcsolati elégedettség	-0,875				
Pár_elkerülés (ECR-RS)	0,798				
Pár_szorongás (ECR-RS)	0,643				
Kontroll (IBM)	0,632				
O_ irányító	-0,565				-0,303
O_tekintélyelvű	0,521		0,382		0,324
S_ engedékeny			0,723		
O_engedékeny			0,636		
S_tekintélyelvű			0,475		0,555
S_irányító					-0,612
Anya_elkerülés (ECR-RS)		0,632			
Anya_szorongás (ECR-RS)		0,615			
Apa_szorongás (ECR-RS)		0,608			
Apa_elkerülés (ECR-RS)		0,601			
Reziliencia				0,748	
Észlelt stressz				-0,545	

Az eredmények összesítése alapján a vizsgálati kérdéseinkre a következő válaszokat adhatjuk:

1. A saját szülői nevelői stílus és a pár szülői nevelői stílusának az észlelése független az észlelt stressztől, a rezilienciától (4. faktor) és az anyához és apához való felnőtt kötődéstől (2. faktor).
2. A házastársi/párkapcsolati jellemzők, úgymint: a kapcsolattal való elégedettség, intimitás és párkapcsolati kötődés meghatározó tényezői a szülői nevelői stílusnak. 22,03%-os magyarázó erővel bír a pár irányító és tekintélyelvű szülői nevelői stílusa és a párkapcsolati elégedettség, intimitás és párkapcsolati kötődés (1. faktor), ahol a gondoskodás, a kapcsolati elégedettség és a pár észlelt irányító szülői nevelői stílusa negatívan korellálnak az észlelt kontrollal, felnőtt párkapcsolati szorongással és elkerüléssel valamint a pár észlelt tekintélyelvű szülői nevelői stílusával.

DISZKUSSZIÓ

A *szociodemográfiai változók* nevelési stílusokkal való összefüggéseinek vizsgálatakor – a korábbi kutatásokhoz hasonlóan (Winsler, Madigan, Aquilino, 2005) – a nemi különbségek esetében azt találtuk, hogy a nők hajlamosak voltak önmagukat inkább irányító nevelési stílusúnak (melegség, érvelés, demokratikus részvétel) ítélni, mint ahogyan a férfiak látták önmagukat. A férfiak párészlelete is megerősítette ezt, akik szintén magasabb értékről adtak számot a nőknél az irányító stílus skáláin. Ezek szerint az anyák saját és párjuk megítélése alapján is melegebb, érvelőbb és demokratikusabb nevelői stílust alkalmaznak, mint az apák.

Jelen vizsgálati eredményeink megegyeznek korábbi magyar mintán kapott vizsgálati adatokkal (Hadházi et al, 2021 *megjelenés alatt*), és hasonlóak Baumrind (1991) megállapításához (miszerint az anyák inkább irányítóak). Az anyák és apák nevelői stílusbeli különbségét egyrészt magyarázhatják azok a kutatási eredmények, amelyek nemi különbséget mértek az érzelemkifejezésben és érzelmekre adott válaszokban (ld. Dunstan, Anderson és Marks, 2015 összefoglaló munkáját). Ennek során a nők bizonyultak verbális és nonverbális szinten érzékenyebbnek és kifejezőbbnek. Másrészt, fakadhatnak kulturális sajátosságokból, a nemi szerephez fűződő viselkedésekből és elvárásokból (Hofstede, 2011). Ezek az eredmények felhívják arra a figyelmet, hogy mivel az anyák és az apák szülői nevelői stílusa bizonyos aspektusokban eltérhet, ezért ezt érdemes lehet szem előtt tartani a kutatások tervezésénél.

A családi állapot tekintetében azt tapasztaltuk, hogy a házasságban élők látták a párjukat leginkább irányítónak – azaz demokratikusan, melegséggel, magyarázatokkal nevelőnek – a gyermeküket egyedül, vagy élettársi kapcsolatban nevelő szülőkhöz képest. Ez az eredmény összecseng korábbi kutatásokkal (Kopp & Kovács, 2006; Lapierre, 2009; Robles, Slatcher, Trombello és McGinn, 2014), amelyek szerint a házasság meglehetősen sok pozitív hatást gyakorol a házasfelekre. Amellett, hogy korábbi eredmények alapján (Kopp & Kovács, 2006; Lapierre, 2009; Robles és mtsai, 2014) a házasságban élők jobb fizikai és mentális egészségi állapottal rendelkeznek, jelen kutatás szerint az optimális nevelési stílus választása és észlelése is jellemzőbb a házasságban élőkre, szemben az egyéb kapcsolati státuszokban lévőkkel.

A többi szociodemográfiai változó (szülők és a gyermekek életkora, a gyermekek száma, lakóhely, iskolázottság, anyagi helyzet, egzisztenciához való hozzájárulás, a pszichés kezelés módja) alapján nem találtunk különbséget az észlelt szülői nevelői stílussal sem önmagára, sem a párra vonatkozóan.

Az *első vizsgálati kérdésünkben* a saját szülői nevelői stílus és a pár nevelési stílusának észlelését befolyásoló tényezőket vizsgáltuk az egyéni sajátosságok mentén, úgymint az észlelt stressz, reziliencia, szülőkhöz való kötődés.

A faktoranalitikus elrendeződés alapján azt tapasztaltuk, hogy a reziliencia és az észlelt stressz egy faktort képeznek, és függetlenek a szülői nevelői stílustól. A két tényező együttjárása nem meglepő, hiszen korábbi indiai kutatási eredmények szerint értelmi fogyatékos gyermeket nevelő anyáknál a reziliencia és szülői stressz közepesen erős, negatív korrelációt mutat (t=-0,685), és a reziliencia 65%-ban bejósolta az anyai stressz mértékét (Arakkathara & Bance, 2020). Ugyanakkor mintánkon a rezilienciának az észlelt nevelői stílustól való függetlensége elgondolkodtató. Elképzelhető, hogy a reziliencia – mint dinamikus pszichoszociális folyamat, amely alkalmassá teszi az egyént a tartós nehézségek, vagy potenciális traumatikus események ellenére a pozitív pszichológiai alkalmazkodásra (Graber, Pichon & Carabine, 2015) – vagy csak nagyon közvetve fejti ki hatását, vagy csak áttételesen jelenik meg a nevelői stílusban. Az észlelt stressz esetében pedig elképzelhető, hogy mivel a mérőeszköz az utolsó egy hónapban tapasztaltakra fókuszál, az aktuális feszültség az olyan stabilabb jellemzőre, mint a nevelői stílus (Hakim-Larson, Parker, Lee, Goodwin, & Voelker, 2006), nem gyakorol érdemi befolyást. Olyan korábbi kutatásokat nem találtunk, ahol közvetlenül az aktuális stresszt, vagy az állapotszorongást vizsgálták volna a szülői nevelői stílusokkal összefüggésben. Azonban a vonásszorongás a pár irányító szülői nevelői stílusának észlelésével mutatott szignifikáns 0,3 feletti erősségű negatív korrelációt (Hadházi és mtsai, 2021).

A felnőtt, anyához és apához való kötődés szintén függetlenek voltak a saját és a pár szülői nevelői stílusának észlelésétől. Hadházi és Hajdu (2014) kutatásukban kiemelték és megerősítették, hogy a gyermekkorból hozott kötődési minták felnőttkorban jelentős interperszonális események, kapcsolatok hatására megváltozhatnak, a felnőttkori párkapcsolatban megtapasztalt kötődés felülírhatja a szülőkhöz fűződő gyermekkori kötődést. Lehetséges, hogy a szülők nevelési stílusának összefüggései szorosabban kapcsolódnak a jelenlegi/felnőttkori párkapcsolatban tapasztalt kötődéshez, mint a szüleikkel való felnőttkori kötődéshez. Ez magyarázhatja a vizsgálatunkban kapott, saját szülőkhöz való kötődés és a szülői nevelői stílusok közötti szignifikáns kapcsolat hiányát.

A *második vizsgálati kérdésünkben* a párkapcsolati jellemzők – a kapcsolattal való elégedettség, intimitás és párkapcsolati kötődés – magyarázó erejét tanulmányoztuk a szülői nevelői stílusra vonatkoztatva. Az azonosított 5 faktor a hatások 52,34 %-át magyarázza, ahol az első faktor 22,03 %-os magyarázó erővel bír. Az első faktoron belül a gondoskodás, a kapcsolati elégedettség és irányító szülői nevelői stílus negatívan korrelálnak az észlelt kontrollal, a párkapcsolati szorongással és elkerüléssel (bizonytalan kötődés) valamint a tekintélyelvű szülői nevelői stílussal. Az intim kötődés vizsgálata során már bizonyították a gondoskodás és a kapcsolati elégedettség kapcsolatát (Hadházi és Takács, 2019), amely most kiegészül a nevelői stílusokkal. Minél inkább gondoskodónak észleli valaki a párját, annál magasabb pontot ér el a kapcsolati elégedettség és irányító nevelői stílus skáláin. Minél magasabb a párkapcsolati szorongás és elke-

rülés, annál magasabb a pár részéről észlelt kontroll és a párnak tekintélyelvű szülőként való észlelése. Az optimálisnak tekinthető irányító stílus választása a szülői összhanggal, a gyermekek jobb alkalmazkodásával (Chao, 2001), és jobb kapcsolati minőséggel járt együtt, míg a kevésbé optimális (tekintélyelvű, megengedő) stílusok rosszabb kapcsolati jegyekkel társultak. Eredményeink így összhangban vannak Nanu és Nijloveanu (2015) tapasztalataival, akik szintén pozitív kapcsolatot találtak a biztonságos kötődés és az irányító nevelés stílus választása között. Millings és munkatársai (2013) szintén a biztonságos kötődés és irányító nevelői stílus között találtak kapcsolatot, ahol a párról való válaszkész gondoskodás bizonyult mediáló tényezőnek: a válaszkészség ennek megfelelően negatívan korrelált a tekintélyelvű és megengedő nevelői stílusokkal.

Tehát a bizonytalan párkapcsolati kötődés együttjár a párunk kontrollálóbb társként és tekintélyelvűbb szülőként való észlelésével, míg a párkapcsolati elégedettség, gondoskodónak észlelt társ, annak irányító szülőként való észleletével jár együtt. Természetesen az összefüggés fordítva is igaz.

ÖSSZEGZÉS, KITEKINTÉS

A kutatás limitációjaként megemlíthető a reprezentativitás hiánya, a magas iskolázottsággal bírók túlsúlya, az átlag alatti jövedelemmel bírók alacsony részvétele, a jellemzően urbánus életvitel, a férfi-női vizsgálati alanyok számának egyenetlensége (jelentős az eltolódás a nők javára). Továbbá az önbeszámolós vizsgálati eljárás, az adatfelvétel online volta miatt a személyesség teljes hiánya, a társadalmi kívánatosságnak való megfelelésből adódó torzítással szintén számolni kell. A szülői nevelői stílusok vizsgálata során a kvantitatív mellett kvalitatív eszközök bevonása szintén pontosabb kép feltárására adna lehetőséget.

Ugyanakkor a korlátok figyelembevétele mellett hangsúlyoznunk kell, hogy a párkapcsolatban észlelt gondoskodásnak, elégedettségnek, valamint a bizonytalan párkapcsolati kötődésnek jelentős szerepük van a szülői működésben. Ezen összefüggések különösen fontosak lehetnek a család- és párterápiával dolgozó szakemberek számára.

Eredményeink, a feltárt kapcsolatok felhívják a figyelmet a kutatási terület fontosságára, valamint a további, szülői nevelői stílust befolyásoló tényezők részletesebb vizsgálatának szükségességére.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozunk a kérdőívet kitöltő szülőknek, az adatgyűjtésben és toborzásban résztvevő KRE, Pszichológia szakán fejlődéslélektani műhelymunkát író egyetemi hallgatóknak.

Munkánk elkészültét a KRE, BTK, 20630B800 számú „Családi és egyéni protektív és vulnerabilitás faktorainak vizsgálata gyermek és serdülő korosztályban” című kutatási projekt tette lehetővé. Köszönetet mondunk dr. Clyde C. Robinsonnak, aki rendelkezésünkre bocsátotta a PSDQ kérdőívet.

IRODALOMJEGYZÉK

Alt, F. (1995). Előszó, In: C.G.Jung. *Gondolatok az apáról, az anyáról és a gyermekről*, Kossuth Könyvkiadó, Budapest.

Arakkathara, J.G, & Bance, O. L. (2020). Resilience as a predictor of parental stress among selected mothers of children with intellectual disability in Kerala, India. *The International Journal of Indian Psychology,* Volume 8, Issue 1, ISSN 2348-5396 (e)| ISSN: 2349-3429 (p)| 71- 79. DOI: 10.25215/0801.009

Baumrind, D. (1971). Current Patterns of Parental Authority. *Developmental Psychology Monograph, 4*(1), 1-103.

Baumrind, D. (1991). Parenting styles and adolescent development. In J. Brooks-Gunn R. Lerner, & A. C. Peterson (Eds.), The encyclopedia of adolescence (pp. 746–758). New York, NY: Garland.

Baumrind, D. (2013). Authoritative parenting revisited: History and current status. In R. E. Larzelere, A. S. Morris, & A. W. Harrist (Eds.) *Authoritative parenting: Synthesizing nurturance and discipline for optimal child development* (pp. 11-34). Washington, DC: American Psychological Association Press. doi:10.1037/13948002

Baumrind, D., Larzelere, R. E., & Owens, E. B. (2010). Effects of preschool parents' power assertive patterns and practices on adolescent development. *Parenting: Science and Practice, 10,* 157-201. doi:10.1080/15295190903290790

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development, 55,* 83–96.

Buehler, C, Benson, M. J., & Gerard, J. M. (2006). Interparental hostility and early adolescent problem behavior: The mediating role of specific aspects of parenting. *Journal of Research on Adolescence, 16,* 265-292. doi: 10.1111/j. 1532-7795.2006.00132.x

Campana, K. L., Henderson, S., Stolberg, A. L., & Schum, L. (2008). Paired Maternal and Paternal Parenting Styles, Child Custody and Children's Emotional Adjustment to Divorce. *Journal of Divorce & Remarriage, 48(3-4), 1–20.* doi:10.1300/j087v48n03_01

Chao, R.K. (1996). Chinese and European American mothers' beliefs about the role of parenting in children's school success. *Journal of Cross Cultural Psychology, 27*(4), 403-423.

Chao, R.K. (2001). Extending research on the consequences of parenting style for Chinese-Americans and European-Americans. *Child Development, 72,* 1832–1843.

Cole, M., Cole, S. R. (2006). *Fejlődéslélektan*. Budapest: Osiris.

Cox, M. J., Paley, B., & Harter, K. (2001). Interparental conflict and parent-child relationships. In J. H. Grych & F. D. Fincham (Eds.), *Interparental conflict and child development: Theory, research, and application* (pp. 249- 272). New York, NY; Cambridge University Press. doi;10.1017/CBO9780511527838.011

Cummings E.M., Schermerhorn A.C., Davies P.T., Goeke-Morey M.C., & Cummings J.S. (2006). Interparental discord and child adjustment: Prospective investigations of emotional security as an explanatory mechanism. *Child Development, 77,* 132-152.

Dornbusch, S. M., Ritter, P. L., Leiderman, P. H., Roberts, D. F. & Fraleigh, M. J. (1987). The relation of parenting style to adolescent school performance. *Child Development, 58,* 1244-1257.

DeLisi, M., Drury, A.J., & Elbert, M.J. (2019). The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. *Comprehensive Psychiatry***,** 92 . 1-6.

Dunstan, D.A., Anderson, D.L., & Marks, A.D.G. (2015) Reliability of the Emotion-Related Parenting Styles Scale Across Gender and Parent Status Groups, Early Education and Development, 26:8, 1234-1250, DOI: 10.1080/10409289.2015.1039435

Emery, R. E. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin, 92,* 310–330. 10.1037/0033-2909.92.2.310

Erel, 0., & Burman, B. (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child relations; A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 118,* 108-132. doi;10.1037/0033-2909.118.1.108

Fili, E. (2016). Parenting Styles and Aggressive Behaviour Among Preschool Going Children. *International Journal of Academic Research and Reflection, 4*(2), 1-8.

Fu, Y., Hou, X., Meng, H., Qiu, T., Qin, Q., & Li, T. (2013). Study on validity and reliability of the chinese version of parenting styles and dimensions questionnaire (PSDQ). *European Psychiatry, 28*(1), 1. 1368 Doi: 10.1016/S0924-9338(13)76413-7

Gianesini, G. (2012). *Alexithymia dimensions and emotionally perceived parenting styles*. In M. Cusinato & L. L'Abate (Eds.), *Psychology of emotions, motivations and actions*. Advances in relational competence theory: With special attention to alexithymia (p. 243–268). Nova Science Publishers.

Gottman, J.M., & Katz, L.F. (1989). Effects of Marital Discord on Young Children's Peer Interaction and Health. *Developmental Psychology*, Vol. 25, No. 3, 373-381

Graber, R., Pichon, F. & Carabine, E. (2015). Psychological resilience. State of knowledge and future research agendas, Overseas Development Institute, Working Paper 425

Hadházi É. & Takács Sz. (2019). Az Intim Kötődés Mérése (IBM-HU) kérdőív pszichometriai jellemzőinek bemutatása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 20*(4), 351–390.

Hadházi É., Takács Sz., Csikós G., Homoki A., Czinkóczki A., Törő K., Kövesdi A. & F. Földi R. (2021). A szülői nevelői stílus azonosítására alkalmas Parenting Styles and Dimensions Questionnaire hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 22* (2021) 2, 1–60, DOI: 10.1556/0406.22.2021.005 https://akjournals.com/view/journals/0406/0406-overview.xml

Hakim-Larson, J., Parker, A., Lee, C., Goodwin, J., & Voelker, S. (2006). Measuring parental meta-emotion: Psychometric properties of the Emotion-Related Parenting Styles Self-Test. Early Education & Development, 17, 229–251. doi:10.1207/s15566935eed1702_2

Hart, C. H., Nelson, D. A., Robinson, C. C., Olsen, S. F., & McNeilly-Choque, M. K. (1998). Overt and relational aggression in Russian nursery-school-age children: Parenting style and marital linkages. Developmental Psychology, 34(4), 687–697.

Hofstede, G. (2011). Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context. Online Readings in Psychology and Culture, 2(1). https://doi.org/10.9707/2307-0919.1014

Kern, R. M., & Jonyniene, J. (2012). Psychometric properties of the Lithuanian version of the parenting styles and dimensions questionnaire (PSDQ): Pilot Study. *The Family Journal, 20,* 205-214. Doi: 10.1177/1066480712439845

Kooiman, C. G., Vellinga, S., Spinhover, Ph., Draijer, N., Triisburg, R. W., & Rooijmans. H. G. M. (2004). Childhood adversities as risk factors for alexithymia and other disorders of affect deregulation in adulthood. Psychotherapy and Psychosomatics, 73(2), 107-507.

Kopp, M., & Kovács, M.E. (2006): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó, Budapest

Kotchick, B. A., & Forehand, R. (2002). Putting Parenting in Perspective: A Discussion of the Contextual Factors That Shape Parenting Practices. *Journal of Child and Family Studies, 11*(3)*, 255–269.* doi:10.1023/a:1016863921662

Kouros, C. D., Papp, L. M., Goeke-Morey, M. C., & Cummings, E. M. (2014). Spillover between Marital Quality and Parent-child Relationship Quality: Parental Depressive Symptoms as Moderators. *Journal of Family Psychology, 28*(3), 315-325.

Kwok, S., Cheng, L., Chow, B., & Ling, C. (2013). The Spillover Effect of Parenting on Marital Satisfaction Among Chinese Mothers. *Journal of Child and Family Studies, 24,* 772-783.

Lamborn, S.D., Dornbusch, S.M., & Steinberg, L. (1996). Ethnicity and community context as moderators of the relations between family decision making and adolescent adjustment. *Child Development, 67*(2), 283-301.

Lapierre, T. A. (2009). Marital status and depressive symptoms over time: Age and gender variations. *Family Relations, 58*(4), 404–416. doi:10.1111/j.1741-3729.2009.00562.x

Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: P. H. Mussen (Ed.*), Handbook of child psychology, 4.* (pp. 1-101). New York: Wiley.

Martins, C., Ayala-Nunes L., Nunes, C., Pechorro, P., Costa, E., & Matos, F. (2018). Confirmatory analysis of the Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ) short form in a portuguese sample. *European Journal of Education and Psychology 11*(2). 77-91. Doi: 10.30552/ejep.v11i2.223

Minuchin, P., Colapinto, J., & Minuchin, S. (2002): *Krízisről krízisre*. Animula: Budapest.

Millings, A., Walsh, J., Hepper, E., & O'Brien, M. (2013).Good partner, good parent: responsiveness mediates the link between romantic attachment and parenting style. *Personality & Social Psychology Bulletin, 39*(2):170-80. doi: 10.1177/0146167212468333.

Nanu, E.D., & Nijloveanu, D.M. (2015). Attachment and Parenting Styles. Procedia – Social and Behavioral Sciences, 203, 199–204. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.08.282

Oroszné Perger, M. (2002). A szülői nevelési stílus. *Iskolakultúra, 4,* 107–114.

Olivari, M. G., Tagliabue, S., & Confalonieri, E. (2013). Parenting style and dimensions questionnaire: A review of reliability and validity. Marriage & Family Review, 49, 465-490. doi: 10.1080/01494929.2013.770812

Önder, A., & Gülay, H. (2009). Reliability and validity of parenting styles & dimensions questionnaire. *Procedia Social and Behavioral Sciences, 1,* 508-515. Doi: 10.1016/j.sbspro.2009.01.092

Repetti, R. L. (1987). Linkages between work and family roles. *Applied Social Psychology Annual, 7,* 98-127.

Robinson, C. C., Mandleco, B., Olsen, S. F., & Hart, C. H. (1995). Authoritative, authoritarian, and

permissive parenting practices. Development of a new measure. Psychological Reports, 77, 819–830. Doi: 10.2466/pr0.1995.77.3.819

Robinson, C. C., Mandleco, B., Olsen, S. F., & Hart, C. H. (2001). The Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ). In B. F. Perlmutter, J. Touliatos, & G. W. Holden (Eds.). *Handbook of family measurement techniques: Vol. 3. Instruments & index* (pp. 319 – 321). Thousand Oaks: Sage.

Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M., & McGinn, M. M. (2014). Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 140*(1), 140-187.

Sallay H., & Münnich Á. (1999). Családi nevelési attitűdök percepciója és a self-fejlődéssel való összefüggései. *Magyar Pedagógia, 99*(2), 157-174.

Simons, L. G., & Conger, R. D. (2007). Linking mother-father differences in parenting to a typology of family parenting styles and adolescent outcomes. Journal of Family Issues, 28(2), 212–241. doi:10.1177/0192513 × 06294593

Tagliabue, S., Olivari, M. G., Miranda, M. C., Affuso, G., Bacchini, D., & Confalonieri, E. (2015). Memories of parenting styles and communicative processes in adolescence, *Family Science, 6(1)*, 389–393. Doi: 10.1080/19424620.2015.1110192

Topham, G. L., Hubbs-Tait, L., Rutledge, J. M., Page, M. C., Kennedy, T. S., Shriver, L. H., & Harrist, A. W. (2011). Parenting styles, parental response to child emotions, and family emotional responsiveness are related to child emotional eating. *Appetite, 56,* 261-264.

Vargha, A. (2008). Új statisztikai módszerekkel új lehetőségek: a ROPstat a pszichológiai kutatások szolgálatában. Pszichológia, 28(1), 81-103.

Weiss, L. & Schwartz, J. (1996): The Relationship between Paretning Types and Older Adolescents' Personality, Academic Achievement, Adjustment and Substance Use. Child Devélopment, 67. 2101-2114.

Winnicott, D. W. (2000). Kisgyermek, család, külvilág; Budapest, Animula.

Winsler, A., Madigan, A. L., & Aquilino, S. A. (2005). Correspondence between maternal and paternal parenting styles in early childhood. *Early Childhood Research Quarterly, 20*(1), 1–12. doi: 10.1016/j.ecresq.2005.01.007

Wu, P., Robinson, C.C., Yang, C., Hart, H.C., Olsen, F. S., Portera, L.C., Jinb, S., Wob, J., & Wuc, X. (2002). Similarities and differences in mothers' parenting of preschoolers in China and the United States. *International Journal of Behavioral Development, 26 (6),* 481–491.

CSALÁDOK A COVID-19 IDEJÉN

Šindýlková Zsófia, Törő Krisztina, Csikós Gábor
Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológia Intézet

Absztrakt

Annak ellenére, hogy a gyermekpszichológiai kutatások mind bőségesebbek a koronavírussal kapcsolatban, a gyakorló szakembereknek még mindig viszonylag kevés intervenciós eszköz és gyakorlat áll rendelkezésére. A járványhelyzet teljes újdonsága és a kutatások során alkalmazott eltérő terminológia és módszertan megnehezíti a különböző országok kutatási eredményeinek értelmezését. Éppen ezért tanulmányunk célja, hogy átfogó képet adjon a koronavírusnak a családra kifejtett pszichés hatásairól. Az áttekintett irodalom a pszichológiai problémák prevalenciájának növekedését jelezték elő. Tanulmányuk nem csak a főbb eredményekre fókuszál, de a szakirodalom alapján javaslatokat is megfogalmaz annak érdekében, hogy a gyakorlati szakembereknek hasznos tájékoztatást adjon és lehetőség szerint tágítsa a témában a tudás határait.

Abstract

Even though child psychology researches related to a pandemic are extensive, the knowledge of practitioners about interventions and practices is still very limited. The complete novelty of such an epidemic situation in Europe, the diversity of terminology and methods are factors that make results hard to interpret. Therefore, this study aims to give an overview of the psychological literature of the family aspects of the Covid-19 pandemic. The literature emphasizes the growth in the prevalence of disorders. However, other researches are needed to explore the psychodynamics of the pandemic on the family level. Our study aimed to contribute to the field by summarizing the main findings, suggestions, and interventions hoping that it might be a useful tool for practitioners and reduce the territory of the unknown.

BEVEZETÉS

Európában csak keveseknek lehetett saját élménye egy korábbi tömeges járványnyal kapcsolatban, mivel ennek feltétele volt, hogy 2020-ban már a századik életévük fölött járjanak. A sajtó előszeretettel számolt be a brit Mildred Geraldine „Gerri" Schappals-ról, az Amerikában élő Anna Del Prioréről, a svéd Maja Sjöberg-ről vagy éppen a 117. életévét betöltő francia apáca, André nővérről, akik nemcsak két pandémiával kapcsolatban szereztek személyes tapasztalatot, de mindkét betegségből, a spanyolnáthából és a koronavírus fertőzésből is kigyógyultak.

A legutóbbi világméreteket öltő járvány 1918-ban Észak-Amerikában tört ki és bár a mostani helyzethez hasonlóan pontos adatok nem állnak rendelkezésünkre, becslések alapján 17-50 millió emberéletet követelt ez az influenza típusú járvány. (Gulyás & Nguyen, 2020). A 2019-es év végén Kínából kiindu-

ló koronavírus (SARS-CoV-2 vagy Covid-19) néhány hónap alatt világjárvánnyá vált, hirtelen változtatva meg a lakosság mindennapi életvitelét. Ezen cikk megszületésekor, 2021 márciusának közepén a statisztikák világszerte összesen 120 millió fertőzésen átesett személyről és több mint 2,6 millió halottról számolnak be, akik közül 460 ezer fertőzött és 16 ezer elhunyt Magyarország állampolgára volt.

A járvány megfékezése céljából világszerte különböző védőintézkedéseket és korlátozásokat vezettek be (arcmaszk használat, üzletek és oktatási intézmények bezárása, munkahelyek home-officera való átállása, online oktatás bevezetése, kijárási korlátozások, karantén), igaz, ezek mennyisége és szigorúsága országonként eltérő lehetett. Magyarországon első ízben 2020. március 11-én hirdette ki a kormány a veszélyhelyzetet.

A járvány hatásai pontosan most sem ismertek, de mind nagyobb számban jelennek meg olyan cikkek, amelyek a koronavírus pszichés hatásaival is foglalkoznak. Tanulmányunk célja, hogy a százszámra szaporodó publikációk közül kiemeljük azokat, amelyek a családok megéléseire koncentrálnak. Célunk, hogy a szakértők által a legfontosabbnak tartott javaslatok összegzésével segítsük a tájékozódást.

AKIKRE MOST KÜLÖNÖSEN FIGYELNI KELL

Néhány, fentebb említett kivételtől eltekintve a járvány az egész populációt olyan helyzetbe kényszerítette, amelyre saját tapasztalat híján nem volt bevethető forgatókönyve. Ez megnehezítette az alkalmazkodást.

Számos cikk igyekezett azonosítani, mely csoportok a legveszélyeztetettebbek a járvány időszakában. Fontos különválasztani azt, hogy fizikailag – a megbetegedések szempontjából – és pszichológiai szempontból kik tartoznak a rizikócsoportba, bár természetesen a két csoport között van átfedés. A Covid-19 betegség súlyos (akár halállal végződő) formájának ismert rizikófaktorai az idősebb kor (>60 év), a dohányzás és olyan krónikus betegségek, mint a kardiovaszkuláris társbetegségek, cukorbetegség, krónikus tüdőbetegség, rosszindulatú megbetegedés és cerebrovascularis kórképek. (Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2020)

Habár kutatások azt mutatják, hogy a gyerekek és serdülők esetében kisebb az esély a megbetegedésre – és ha mégis megfertőződnek legfeljebb enyhe tüneteket tapasztalnak -, a járványhelyzet pszichológiai hatásaitól ők sem mentesülnek. Sőt, a szakemberek őket tekintik pszichológiai szempontból az egyik leginkább érintett csoportnak (Buheji et al, 2020). Ennek oka egyrészt kevesebb élettapasztalatuk, szűkebb megküzdési repertoárjuk; másrészt pedig, hogy életkorukból következően is érzékenyebbek lehetnek a hirtelen jött, nagymértékű változásra. Mindenképp rizikócsoportba tartoznak azok a gyerekek, akik intézetben élnek – ugyanis a korlátozások okozta látogatási nehézségek csök-

kenthetik a társas támaszt, és ezzel növelheti a gyermek stressz szintjét. Azok a gyerekek, akik fogyatékossággal élnek – legyen szó akár autizmusról, mentális betegségekről vagy bármilyen tanulásbeli nehézségről (Breaux, 2021) szintén ebbe a csoportba tartoznak. Az egészségügyi dolgozók gyermekei szintén fokozott veszélyben vannak, mert nemcsak az esélyeik nagyobbak a fertőzésre, hanem a szülő(k) leterheltsége, frusztrációja további negatív hatást gyakorolhat jóllétükre és megküzdési készségeikre. (Törő, & Csikós, 2020).

A JÁRVÁNYHELYZET RIZIKÓKAT NÖVEL

Az iskolák bezárása, online oktatás bevezetése

Számos ország az oktatási intézmények bezárása mellett döntött a vírus terjedésének megelőzésének érdekében. Magyarországon az elmúlt évben voltak olyan időszakok, amelyek során csupán a felsőoktatási intézmények (egyetemek, főiskolák) tértek át az online oktatásra, azonban a vírus terjedésének intenzív időszakaiban az általános és középiskolák is bezárásra kerültek rövidebb-hosszabb ideig. Az online oktatásra való váltás a legtöbb iskolában okozott nehézségeket, mivel az átállás a tanárok és a gyermekek (illetve családjaik) számára is jelentős kihívásnak bizonyult. Új eszközöket, új módszereket, új kommunikációs vagy éppen értékelési módokat kellett kidolgozniuk, alkalmazniuk. A tanári bizonytalanság szorongást és frusztrációt kelthetett, ami tovább gyűrűzött a fiatalokra. (Sakka et al, 2020) A családoknak meg kellett teremteniük otthonaikban az online oktatás feltételeit. A megfelelő internetkapcsolat és az eszközök biztosítása különösen az alacsony jövedelmű családok számára jelentett kihívást, illetve azoknak, ahol több iskolás korú gyermeknek egyszerre kellene használni ezen eszközöket. Egy japán kutatás (Seiko et al 2021) negatív korrelációt talált a szülő magasabb iskolai végzettsége és jövedelme, valamint a gyermek által megélt stressz-szinttel; vagyis kiviláglik, hogy a társadalom különböző rétegeire eltérő nyomást gyakorolt a koronavírusjárvány.

Egy végzős diákok megkérdezésével zajló görögországi kutatás (Sakka et al, 2020) azt a célt tűzte ki, hogy megvizsgálja, hogy a lelki ellenálló képesség (reziliencia) képes-e mérsékelni a vizsgaszorongás szintjét azoknál, akiknek az érettségi jelentette stresszen túl meg kell küzdeniük a koronavírus következményei által létrehozott új tanítási-tanulási helyzet kihívásaival is. Az eredmények azt mutatták, hogy a serdülők többsége egyetért azzal, hogy az online oktatás negatív hatással lehet vizsgáik eredményeire. A résztvevők a tanárokat jelölték meg, mint akik a vizsgákkal kapcsolatos legnagyobb nyomást gyakorolják rájuk, akik növelték vagy éppen csökkentették vizsgaszorongásukat.

Az iskolák bezárása a kortárs kapcsolatokat is redukálta. Habár a gyermek számára a családja az alapvető szocializációs közeg, mégis elengedhetetlen a

kortársakkal töltött idő. (Buheji et al, 2020). A serdülők számára ez életfeladat is – ugyanis ebben az időben ezek a kapcsolatok segítik a szülőkről való leválást és az önálló élet kialakítását. A korlátozások azonban nagy mértékben gátolják a kortársakkal való személyes találkozót.

A képernyő előtt töltött idő meghosszabbodása

Az online oktatás bevezetésével a fiatalok a korábbiakhoz képest sokkal több időt töltenek online – hiszen itt tanulnak, itt teljesítik a házi feladatot, itt kommunikálnak a kortársakkal, barátokkal, távolabbi családtagokkal. Mindezekkel azonban a számítógépes játékok, vagy a tévénézéssel töltött idő mennyisége sem csökkent – sőt több kutatás azt találta, hogy ezek a leggyakoribb tevékenységek a fiatalok életében. (Lades et al, 2020; Orgilés et al, 2020; Sakka et al, 2020) Lancet (2020) dél-koreai vizsgálatában a szülők 81%-a arról számolt be, hogy pandémia előtti időszakhoz képest megnövekedett az az idő, amit gyermekük képernyő előtt töltött.

Noha az okoseszközök segíthetik a külvilággal való kapcsolattartást, a számítógéppel töltött idő megnövekedése számos hátránnyal is jár. Nagyobb az esély a cyberbullyingra, és növekszik a kockázat, hogy a gyermekek nem életkoruknak megfelelő tartalmakkal találkozzanak. (Buheji et al, 2020) A gyermek számos vírussal kapcsolatos hírrel és álhírrel is találkozik, amelyek megkülönböztetése nehézséget jelenthet. Az álhírek vagy túldramatizált információk a stressz és szorongás szintjének növelésével járhatnak, és fokozzák a helyzettel kapcsolatos félelmeket. (Törő- Csikós, 2020) Fontos tehát, hogy a szülők számos teendőjük mellett arra is időt fordítsanak, hogy beszélgessenek gyermekükkel a járványról; engedjék, hogy a gyermek kérdezzen, életkoruknak megfelelő nyelvezeten magyarázzák el nekik a kialakult helyzetet. A megfelelő információk fokozhatják a kontroll érzetét és ezáltal csökkentik a megélt stresszt. (Sufren et al 2021)

A testmozgás csökkenése

A folyamatos otthonlét és online oktatás, a sportintézmények bezárása (mint az óvintézkedéseknek egy számos országban bevezetett formája), csökkentette a gyerekek testmozgással töltött idejét (Orgilés et al, 2020). Ez a felnőtt korosztályra szintén igaz, de a gyermekek mozgásigénye életkorukból fakadóan nagyobb, mint a felnőtteké. A mozgás egy természetes formája a stressz levezetésének, és a gyermekek normál körülmények között a nap jelentős részét töltik mozgással. A már említett dél-koreai vizsgálatban (Lancet, 2020) a szülők 94% ítélte úgy, hogy gyermekük sport- és játéktevékenysége lecsökkent a pandémia előtti időszakhoz képest. Ezzel egybehangzó eredményekre jutottak Orgilés és

munkatársai (2020). A WHO által javasolt fizikai aktivitás az 5 és 17 éves korosztály számára legalább hatvan perc, amelyet a spanyol és olasz fiatalok közül mindössze 14,8% teljesít, szemben a karantén előtti 54,1%-kal.

Mindebből kifolyólag fontos szülőként arra bátorítani a gyermeket, hogy a megfelelő óvintézkedéseket betartva találjon mozgásigényét kielégítő tevékenységeket. Amellett, hogy ezzel továbbra is fitten tarthatják magukat, elkerülhetik az elhízást (Storz, 2020) és csökkenthetik a szorongás szintjüket is. (Chen et al, 2020)

A mentális egészség romlása

A pandémiás helyzet a mentális egészségre is negatív hatással lehet, megnövelve a szorongás, a depresszió és a hangulatzavarok kialakulásának esélyét. Liu és munkatársai (2020) azt találták, hogy a karanténba helyezett gyermekek esetében megnő a poszttraumás stressz zavar, a hangulatzavarok, de akár a pszichózis és az öngyilkossági kísérletek kockázata is. Egy 2330 általános iskolás bevonásával, 34 nappal a koronavírussal kapcsolatos korlátozások után megvalósuló kínai kutatásban (Xie et al, 2020) használt Gyermekdepresszió Kérdőívben [Children's Depression Inventory–Short Form, CDI-S] a gyermekek 23% -a depressziós tünetekről, 19%-uk pedig szorongásos tünetekről számolt be. A wuhani diákok CDI-S pontszáma szignifikánsan magasabb volt, mint a huangshi diákoké, vagyis a depressziós tünetek kockázata magasabb a wuhani gyermekpopulációban.

Liu és munkatársai (2020) szerint fokozottan vannak kitéve a pszichológiai problémáknak a szüleiktől elválasztott gyermekek és serdülők, valamint azok, akik (gyaníthatóan) fertőzöttek vagy akik szülei fertőzöttek, esetleg meghaltak.

Egy olasz – spanyol összehasonlító vizsgálatba (Orgilés et al, 2020) összesen 1143 olyan szülőt vontak be, aki 3 és 18 év közötti gyermeket nevel. Ezen két országot érintette legsúlyosabban a koronavírus tavaszi hulláma Európában. A kérdőívek felvétele a lezárás kezdetétől számított 15. napon kezdődött és 15 napon át tartott. A megkérdezett szülők 85%-a észlelte a karantén alatt gyermeke érzelmi és viselkedésbeli változását (83,8% olasz, 88,9% spanyol). A változások között említették a koncentrációs nehézségeket (76.6%), szokásosnál nagyobb unottságot (52%), ingerlékenységet (39%), nyugtalanságot (38.8%), idegességet (38%), magányosságot (31.3%), aggodalmaskodást (30,1%). A szülők több vitáról (29,7%) és a szokásosnál több evésről (21,9%) is beszámoltak gyermekükkel kapcsolatban, miközben a gyermek Covid-19-től való félelmét a negyedüknél is kevesebben (23,1%) említették. A két ország összehasonlítása során kiderült, hogy a spanyolokat szignifikánsan nagyobb mértékben befolyásolta a lezárás, mint az olaszokat. A spanyol szülők több viselkedési problémát említettek (29.7 vs. 8%) gyermekükkel kapcsolatban, úgy is mint hogy nagyobb valószínűség-

gel vitatkoztak a család többi tagjával (40.4 vs. 23.2%), több testi panaszuk volt (20.2 vs. 10.1%), jobban féltek egyedül aludni (23.9 vs. 13.2%), jobban aggódtak, amikor az egyik szülő elhagyta a házat (30.2 vs. 17%). Ugyanakkor az olasz gyerekek szomorúbbnak (26.5 vs. 17.9%) és magányosabbnak érezték magukat a karantén alatt (39.3 vs. 18.1%). A két ország közötti különbségeket a kutatók az eltérő kormányzati intézkedésekkel magyarázták. Három hét elteltével az olasz gyermekek egy felnőtt kíséretében rövid sétákra a szabadba mehettek, a spanyolok azonban csak konkrét okkal hagyhatták el otthonaikat. Érdemes utalni arra a szociológiai tényezőre is, hogy Olaszországban több háznak van saját kertje, mint Spanyolországban, ami szintén enyhíthette a tüneteket.

A karantén növeli a poszttraumás stressz szindróma (PTSD), az akut stressz zavar, illetve alkalmazkodási problémák előfordulásának kockázatát. A karanténba nem kerülő gyerekek négyszer kisebb PTSD-pontszámot értek el, mint azok, akik karanténban voltak. (Imran et al, 2020, Sprang -Silman, 2013). Ez azért jelent komoly problémát, mert mint arra Actherberg és munkatársainak (2021) felhívták a figyelmet, a magas észlelt stressz egyúttal a kevésbé szerencsés megküzdési mechanizmusok aktivizálódásával is jár.

Egy további helyzetspecifikus nehézség az úgynevezett „karantén-fáradtság". Kifejezi, hogy ez a jelenség számos tünetet foglal magába, amely „k*ifejezetten a karanténhelyzettel (szabadság korlátozása, izoláltság vagy összezártság, egzisztenciális nehézségek, mozgáshiány) hozható összefüggésbe, és nem azonosak a pontos kritériumokkal diagnosztizálható klasszikus pszichés zavarokkal (pl. depresszió). A karantén-fáradtság tünetei sokfélék. Az alapvető kimerültségen kívül, ami leginkább fizikai fáradtságnak, energiavesztésnek tűnik, feszültség-érzés, ingerlékenység, szorongás, motiválatlanság, a teljesítőképesség csökkenése, zavarok az étkezési és alvási szokásokban, a társas érintkezésben konfliktusok, vagy éppen visszahúzódás társulhatnak hozzá."* (V. Komlósi, 2021)

Szerhasználat

A pandémia egyik lehetséges hatása lehet a szerhasznált megnövekedése (Singh et al, 2020): akár új szerek kipróbálásával, akár a fogyasztás gyakoriságának, mennyiségének növekedésével. Egy kanadai kutatás többek között a szerhasználatot is vizsgálta 12-18 éves populáción (Craig et al, 2020). A serdülőket a 14 tételes Drug History Questionnaire (DHQ) önbevalló kérdőívet tölthették ki online, amely arra kérdezett rá, hogy használták-e valaha, illetve milyen gyakran használtak bizonyos szereket az elmúlt 90 nap során. A válaszok alapján a leggyakoribb szerek között az alkohol (42.3%), nikotin (16.5%), és kannabisz (20.7%) fordult elő. Minden ötödik fiatal (19,7%) legalább egy szerrel kapcsolatban gyakori (hetente legalább egyszer) fogyasztásról számolt be. A nemek között szignifikáns különbség nem volt kimutatható.

Családon belüli erőszak

Habár a karantén vagy a lezárások segíthetik a vírus terjedésének lassítását és megfékezését, egyúttal annak az esélyét is megnövelhetik, hogy az otthon falain belül a gyermekek erőszakot szenvedjenek el. Gyakoriságukat és hatásukat tekintve közvetlen családi környezetben az erőszak az áldozattá válás legsúlyosabb formái közé tartozik. Ez éppen úgy magában foglalhatja a bántalmazás fizikai, pszichológiai, érzelmi vagy szexuális válfajait, mint az elhanyagolást vagy az erőszaknak való kitettséget. Az áldozattá válás kockázata jelen helyzetben növekedett. (Pereda et al, 2020).

A szülők által megélt leterheltség, frusztráció, esetlegesen előforduló egzisztenciális bizonytalanság megnehezíti, hogy türelemmel és megértéssel reagáljanak gyermekük türelmetlenségére, zavaró viselkedésére, ami megnövelheti a családon belüli bántalmazás, illetve elhanyagolás lehetőségét. (Buheji et al, 2020, Törő, & Csikós, 2020; Cusinato et al, 2020). Az elmúlt évek kutatásai azt mutatják, hogy a szülői stressz magas szintje fontos komponense a családon belüli agresszió kialakulásának. (CDC, 2020; Buheji et al., 2020). A stresszes szülők nagyobb valószínűséggel agresszív vagy bántalmazó módon reagálnak gyermekeik aggodalmaira. (Pereda et al, 2020) A szülők otthoni alkoholfogyasztása (a kocsmák, bárok és szállodák bezárása miatt) – melynek célja a stressz és a feszültség levezetése szintén növelheti a gyermekek elleni erőszak előfordulását. (Pereda et al, 2020)

Kanadában készült egy kutatás (Craig et al, 2020), mely 12-18 év közötti fiatalok körében vizsgálta a bántalmazást a Conflict Tactics Scale (CTS) skála segítségével. A kutatásban résztvevő fiataloknak az elmúlt négy hónap tapasztalatai alapján kellett válaszolniuk, milyen gyakorisággal jelent meg családjukban az erőszak. A fiatalok nagyobb mértékű pszichológiai bántalmazásról számoltak be, mint fizikairól mind a szüleiktől, a szüleik felé, illetve a szülők között is.

A gyermek támogatását és a családi környezetben előforduló események azonosítását nehezíti, hogy a gyermekvédelemben dolgozó szakembereknek a korlátozások következtében kevesebb lehetőségük van a személyes találkozóra, az online oktatás következményeként pedig a tanárok is nehezebben fedezhetik fel az esetleges fizikai bántalmazásra utaló jeleket és élhetnek jelentési kötelezettségükkel. (Buheji et al, 2020) A magas fokú veszélyeztetettség miatt várható, hogy a járványt követően a bántalmazott gyermekek aránya növekedni fog. Hosszútávú hatásként érdemes arra is utalni, hogy a bántalmazott gyermekek később nagyobb valószínűséggel válnak maguk is bántalmazóvá. (Pereda et al, 2020)

A járvánnyal kapcsolatos félelmek

A pandémia természetéből és kezdeti ismeretlenségéből kiindulva számos félelmet kelt(ett) az egész populációban, így a gyerekekben is. A gyermeki félelmek középpontjában azonban nem annyira a saját betegség, hanem inkább a családtagok, idősebb rokonok megbetegedése szerepel. (Sakka et al, 2020) A kimondottan koronavírusra vonatkozó félelmek tizennégyéves kor felett és főként a lányok körében kezdtek megjelenni. Egy spanyol kutatás a 16 és 25 év közötti fiatalok legnagyobb félelmeként a vizsgákkal és tanulmányokkal kapcsolatosakat találta. (Muñoz-Fernández, 2021)

A koronavírusjárvány első magyarországi hulláma idején készült online vizsgálat is ezt a mintázatot mutatja, mert a gyermekek körében kevesebb volt a megbetegedéstől vagy a haláltól való félelem. A 343 szülő – serdülő párossal felvett kérdőívcsomag és szabad válaszok alapján elmondható, hogy az anyák nagyobb valószínűséggel verbalizálják a félelmeket, mint az apák, míg a gyermekek esetében ugyanez a nemek közötti különbség nem jelentkezett. Azoknak a szülőknek, akik attól tartanak, hogy megbetegednek, vagy az egyes szám első személy (én) vagy a többes szám első személy (mi)- állításokat alkalmazzák, szignifikánsan magasabb a stressz-szintje. A gyermekek esetében az énközlések használata a félelem verbalizálásakor korrelált az alacsonyabb stresszel. Kapcsolat volt kimutatható a szülők és gyermekeik félelemverbalizációja között. (Tőrő et al 2021)

A szülők nehézségei

A rendszerszemlélet szerint a család tagjai kölcsönösen hatnak egymásra, és mivel bármely családtag hathat a rendszer egészére, kiemelten fontos a világjárvány szülői szempontú tárgyalása is. A bizonytalan helyzet kétszeres kihívást tartogat a szülők számára: egyrészt maguknak is szembe kell nézniük a változásokkal; ugyanakkor példát is kell mutatniuk gyermekeinek és támogatni őket a sikeres megküzdésben. (Buheji et al, 2020). Csakúgy, mint a fiatalok számára, a szülőknél is egyik napról a másikra állt feje tetejére a világ – alkalmazkodniuk kellett az otthoni munkavégzéshez, a munkaterhek növekedéséhez, a korábbinál nagyobb mértékben kellett bevonódniuk a gyermek tanulmányaiba, illetve sokszor meg kell küzdeniük anyagi nehézségekkel vagy akár a munkahely elvesztésével is. Meg kell küzdeniük a bezártsággal, a korlátozottsággal, továbbá az ő feladatuk az idősödő nagyszülőkről való gondoskodás is: úgy, hogy a fertőzés továbbadását elkerüljék. Saját egészségi helyzetüket is fenyegetettnek élhetik meg, és átélik az otthonon kívüli társadalmi támogatás csökkenését is. (Prime et al, 2020)

A szülők perspektíva váltásának képessége nagyon fontos ezekben az időkben, ugyanis így jobban képesek megérteni gyermekük szükségleteit, intenzív érzelmeit lefordítani, és bensőséges érzelmi kapcsolatot kialakítani gyerme-

kükkel (Gambin et al, 2020). Kutatások azt mutatják, hogy azok a szülők, akik saját érzelmeiket szabályozzák, nagyobb támogatást nyújtanak szomorúvá vagy zaklatottá váló gyermekeiknek (Fabes et al, 2001).

A JÁRVÁNYHELYZET NEM VÁRT ÁLDÁSAI

A reziliencia fontossága

Több kutató utalt a reziliencia fontosságára. A „mentális ellenálló képesség" kifejezés olyan dinamikus folyamatra utal, amelyben az ember a saját képességeinek és a rendelkezésre álló támogatási rendszerek felhasználásával pozitív alkalmazkodást mutat vagy képes megőrizni és helyreállítani mentális egészségét és egyensúlyát a kihívásokkal járó és kedvezőtlen körülmények között. Sakka és munkatársai (2020) arról írtak, hogy a koronavírus terjedése során a magas rezilienciával rendelkező felnőttek alacsonyabb stresszről számolnak be.

A Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológia Intézetén belül működő Reziliens Fejlődés Kutatócsoport több aspektusból is tárgyalta a reziliencia szerepét a járvány időszakában. Ezek a kutatások kimutatták, hogy a magasfokú reziliencia jobb jólléttel és alacsonyabb észlelt stresszel jár. Meglepő eredmény, hogy a magas szülői reziliencia közvetlenül csökkentette a gyermek jóllétét, és csak a szülői jólléten keresztül fejtett ki pozitív hatást. (Csikós et al 2020) Egy másik, longitudinális kutatás a prepubertás gyermekeket és az őket nevelő szülőket (anyákat) emelte ki, mint különösen veszélyeztetett populációt, ugyanis az ő rezilienciájuk sok esetben csak külső támogatással erősíthető (Kövesdi et al 2021). Nemcsak a prepubertás gyerekekre igaz ez, hanem a náluk fiatalabb óvodáskorú gyerekekre is, amint erre egy japán kutatás fel is hívta a figyelmet. Eszerint az óvodában töltött idő szignifikáns mértékben volt képes növelni a gyermek rezilienciáját. (Seiko et al 2021)

Családi kapcsolatok javulása

A számos negatív hatás mellett léteznek pozitív változások is. A hosszantartó otthonlét a családoknak az elmúlt év során sokkal több időt és lehetőséget teremtett arra, hogy közös tevékenységekben vegyenek részt – legyen szó közös játékról, beszélgetésekről, kirándulásokról, étkezések előkészítéséről és közös elfogyasztásáról. Mindezen tevékenységek növelhetik a család érzelmi közelségét. A járványhelyzet egyik kedvező hatása lehet az apák nagyobb mértékű bevonódása a családi életbe. (Slade et al, 2005, Törő, & Csikós, 2020) Sokan számoltak be a szabadidő megnövekedéséről is, ami jelentős mértékben járult hozzá a jóllét növekedéséhez (Achterberg et al 2021)

Gambin és munkatársainak (2020) lengyelországi kutatása azon faktorokat vizsgálta, amelyek a Covid-19 időszak alatti szülő-gyermek kapcsolatra pozitívan hatnak, ezen belül is tárgyalva az empátia, az érzelemszabályozás, a szülői énhatékonyság és a társas támasz hatását. A kutatásban összesen 459 szülő (228 anya + 231 apa) vett részt, 2020 májusában, a lengyel lezárások hatodik hetében. Az eredmények szerint a szülő-gyermek kapcsolat pozitív tapasztalatai, az empátia szintje mindhárom dimenzióban (perspektívaváltás, személyes distressz, empátiás törődés) növekedett, de javultak az észlelt társas támogatás és a szülői önhatékonyság mutatói is. A depressziós és szorongásos tünetek szintje magasabb volt a nőknél, mint a férfiaknál. Az empátia mindhárom komponense szignifikáns előrejelzője a szülő-gyermek kapcsolatban megtapasztalt pozitív élményeknek az anyák és az apák esetében is. A három komponens közül a perspektívaváltás bizonyult az anya-gyermek kapcsolat a leginkább meghatározó előrejelezőjének, az apák esetében viszont az empatikus törődés. Azok a szülők, akik a szülői önhatékonyságban magas értéket értek el, motiváltabbak, kitartóbbak lehetnek, és több energiát fektetnek a gyermekek gondozásába és pozitív interakciók kialakításába a járványhoz kapcsolódó különböző változásokkal szemben. Az anyák több pozitív tapasztalatról számoltak be, amely hátterében az állhat, hogy nekik, mint elsődleges gondozóknak több lehetőségük adódhatott arra, hogy gyermekükkel időt töltsenek, míg az apák által támogatott tevékenységek (felfedező viselkedését és kockázatvállalás) a pandémia alatt jelentős mértékben háttérbe szorultak.

Poszttraumás növekedés

A legszerencsésebb kimenetele minden traumatikus, nehéz élethelyzetnek a poszttraumás növekedés (PTN). A Tedeschi és Calhoun (2004) által megfogalmazott definíció szerint ez „*olyan pozitív változás megtapasztalása, amely a nagyfokú kihívást jelentő életválsággal való küzdelem eredményeként alakul k*i". A traumát átélő személy jobban megbecsüli az életet, több értékes társas kapcsolatot alakít ki, kompetensebbnek érzi magát, megváltoznak a prioritásai, gazdagabb egzisztenciális és spirituális életről számol be. A poszttraumás növekedés nem minimalizálja a trauma súlyosságát és komolyságát, hiszen nem a trauma okozza a növekedést, hanem az, ahogy az egyén reagál és a helyzetet értelmezi. (Olson et al, 2020) A poszttraumás növekedéshez szükséges a belátás, hogy a korábbi működésmód a megváltozott körülmények között már nem használható, és szükség van egy új 'norma' létrehozására. A növekedés legfőbb jellemzője, hogy az egyének „*hosszú távon nemcsak, hogy felépülnek és visszatérnek a trauma előtti működési szintjükre, hanem felül is múlják azt bizonyos területeken*." (Tanyi, 2015)

A szakemberek (Olson et al, 2020) beszámolnak olyan lépésekről, amik katalizálhatják az egyének poszttraumás növekedését. Ezek: 1) Szándékosan időt szánni annak felmérésére, hogy az egyént (vagy szervezetet) hogyan érintette a járvány, és mit lehet tanulni a tapasztalatokból. 2) Azonosítani olyan személyeket (vagy szervezeteket), amelyek a nehézségeken keresztül növekedtek. 3) A traumára kétféleképpen tekinteni – egyrészt trauma, amely következményekkel jár, másrészt lehetőség a jelenlegi helyzet javítására és „újrafeltalálására". Az ebben való előrejutást segítheti az alábbi kérdés végiggondolása: Hogyan szolgálhat a járvány a növekedés és a változás katalizátoraként? Hogyan szolgálhatja ez a tapasztalat az egyén (vagy szervezet) összekapcsolását az emberiséggel és a tágabb társadalommal, valamint altruista megoldások elősegítését? 4) A pandémia során átélt bánat és veszteségélmények tisztábban mutathatják, mik a fontosak, mik hiányoznak, és miért lehetünk hálásak.

Spanyolországban Prieto-Ursúa és Jódar 2020 májusában a poszttraumás növekedés lehetőségeit vizsgálta 1091 (757 nő, 334 férfi) 18 évnél idősebb személy megkérdezésével. Kitértek a járványhelyzet egyéni életben bekövetkező hatására is – különösen arra, hogy a személy (vagy családtagja) megfertőződött-e a koronavírussal, emiatt kórházba került-e, ismert-e olyan személyt, aki meghalt a járványban, családjában volt-e haláleset. A válaszok alapján úgy tűnik, hogy a halállal való szoros kapcsolat vagy a halál lehetőségének személyes tapasztalata mozgósítja azokat az erőforrásokat, amelyek szükségesek ahhoz, hogy a figyelem az élmény pozitív aspektusaira összpontosuljon. Továbbá a létfontosságú célok és tervek megléte, hajlandóság a célok és eredmények elérésére nagyobb mértékben társul a poszttraumás növekedéshez, mint az élet értelmes, értékes vagy izgalmas megtapasztalása. A poszttraumás növekedést a Community Post-Traumatic Growth (Páez et al, 2012) mérőeszköz segítségével mérte, mely a növekedés 3 aspektusára vonatkozik: a személyesre, az interperszonálisra és a szociálisra. Az eredmények alapján minden növekedési aspektusában magasabb értékeket találtak a nők körében, mely arra ösztönzi a kutatókat, hogy további kutatásokat végezzenek a jelenség hátterében álló folyamatok feltárására.

A SZAKEMBEREK JAVASLATAI

Amint az előzőekben olvashattunk a járvány gyökeresen alakította át a mindennapi életünket, számos negatív és pozitív hatással is járt. Érdemes röviden kitérni V. Komlósi Annamáriának (2021) egy frissen készült összefoglalójára, ami a járvány első évének pszichológiai hatásait összegezte. Eszerint a pandémia mint katasztrófa-jelenség olyan válsághelyzetet hoz létre, amelyben négy fázison keresztül jelennek meg tipikus viselkedésformák és lelki tünetek.

Az **első fázis** a *biztonságvesztés és zavarodottság időszaka*. Ennek oka a katasztrófa hirtelen megjelenése, amely az egyént és a közösséget egyaránt fel-

készületlenül érinti, s ezért heves félelmeket és pánikreakciót vált ki (pl. menekülés a veszélyes helyekről, felvásárlási láz). Mivel ebben az fázisban a biztonság- és kontrollvesztés érzése meghatározó, az első teendő ezek visszaszerzése – amire tudatosan és ösztönösen egyaránt törekszünk.

A **második fázisban** elindulnak az *első próbálkozások a helyzet kezelésére*. Fontos szegmens, hogy a kormányzati intézkedések – veszélyhelyzet kihirdetése, karantén elrendelése – hatására kezdetben részben nőtt a biztonságérzet, és tovább erősödött a tenni akarás – például maszk varrással és más altruista cselekvésekkel. Annak reménye, hogy a helyzet kontrollálható némileg csökkentette a szorongást, és pozitív tetteket és érzéseket eredményezett.

A **harmadik fázis** a *valósággal való szembesülés* időszaka. A védőintézkedések nem hozták meg a remélt szignifikáns csökkenést a fertőzés terjedésében, továbbra is fennállt a veszélyhelyzet. *„A szabadság korlátozása, a munkahelyek elvesztése–, átszervezése–, online működésre átállás, továbbá az érzelmi biztonságot adó személyes kapcsolódás nehézségei (elszigeteltség, vagy kényelmetlen összezártság) mindenkiből negatív érzelmeket váltottak ki: feszültséget, szorongást, frusztráltságot, lehangoltságot, ingerültséget, tehetetlenséget, türelmetlenséget, vagy éppen dühöt. Változó, hogy kiből mit, és egyeseknél akár váltakozva jelentek meg ezek a negatív érzelmek."*

Végül a **negyedik fázis** a *katasztrófa-állapot végének reménye és az újrakezdés* időszaka. A korlátozások feloldása 2020 nyarán a pandémia befejeződésének illúzióját keltette, mindez felszabadultság érzést generált a társadalomban. Általánosságban a katasztrófahelyzetekben ez a szakasz valóban az újrakezdés időszaka, azonban a pandémia esetén a szakaszok újraindulásával számolhatunk. A koronavírus újabb és újabb hullámai során ezen bemutatott négy szakasz már egyre elmosódottabban jelenik meg, és *„egyre élesebben válik szét a reziliens és az eleve sérülékenyebb személyek állapota."*

A járvány hosszú távú hatásai egyelőre ismeretlenek, a szakemberek javaslatai azonban javíthatják a megküzdést. A gyerekek nem lehetnek kitéve hosszú távú szeparációnak a szülőktől, gondozótól. Azokban az esetekben, ha a gyermek intézményes ellátásra szorul (pl. kórház) biztosítani kell a rendszer kapcsolatot a gyermek számára szüleikkel – ez történhet például telefonon keresztül. (Ron, & Cuéllar-Flores, 2020)

A szülők támogatása

A családon belüli legjobb megküzdés elérésében a szülők megtámogatása fontos szerepet kap. Törő és Csikós (2020) cikkében felsorolt néhány olyan tényezőt, amivel a szülő gyermeke jóllétéhez hozzájárulhat: 1) saját mentális egészségének karbantartása 2) a gyermek számára életkorának megfelelő információ szolgáltatása 3) híreknek való kitettség csökkentése 4) rutinok fenntartása 5)

a gyermek bevonása annak megtervezésében, miként tudják enyhíteni a rizikót és támogatni a mentális és szociális jóllétet. A szülők támogatásának azért van kitüntetett szerepe a családban, mert minden szülő példaképként áll gyermeke előtt, a megküzdés tekintetében is. A szülő a lehető legnagyobb mértékben akkor támogatja gyermeke megküzdését, ha ő saját maga képes aktiválni az erőforrásait és ezekre támaszkodva alkalmazkodni a folyamatosan változó helyzethez.

Számos kutatás kimutatta, hogy a szülő megküzdése és érzelmei nagy hatással van gyermekük viselkedésére. Orgilés és munkatársainak (2020) korábban már idézett kutatása szerint azok a szülők, akik a kialakult helyzetet stresszesnek élték meg, arról számoltak be, hogy a karantén alatt gyermekeik több viselkedéses és pszichés problémát mutattak; romlott az alvásminőségük s jobban is féltek a koronavírusfertőzéstől.

Rutinok, napirend

Pszichológiai szempontból a mindennapi rutinok biztonságot és kiszámíthatóságot adnak számunkra, hiszen ezek olyan tevékenységek, amelyek nagy gyakorisággal megtörténnek és keretet adnak napjainknak. A hosszantartó otthonlétben számos rutin felborult az elmúlt évben. Az iskolák (sok esetben a munkahelyek) bezárásával, a korlátozások bevezetésével azonban a társadalom számottevő részének rutinjai felborultak egyik napról a másikra. A szakemberek azonban arra hívják fel a figyelmet, hogy még ezen megváltozott körülmények közepette is fontos, hogy szülőként, gondozóként segítsük és támogassuk a gyereket abban, hogy napjaiban továbbra is legyenek olyan tevékenységek, amelyek rutinszerűen megtörténnek, ezáltal struktúrát adva a mindennapoknak. (Ron, & Cuéllar-Flores, 2020; Durmuşoğlu 2021). A rutin és a struktúra nem csak a fiatalok számára fontos, hanem a felnőtteknek hasonlóképpen. A struktúra vonatkozhat a nap bármely időszakára, lehetnek olyan rutinok, amelyek a pandémia előtti időszakban is életünk részei voltak (étkezések, lefekvés, tisztálkodás, takarítás) rutinok, illetve kreativitással új tevékenységek bevezetése is rutinná válhat.

Ennél a témakörnél fontos kitérni az alvási szokások megváltozására. Különböző típusú alvási nehézségek jelentek meg egyes vizsgálatokban a lezárás időszaka alatt, az alvás mennyiségi és minőségi mutatói nagy mértékben változtak. (Becker, 2021) Egy 144 család telefonos felkeresésével megvalósuló kanadai vizsgálat egyértelmű kapcsolatot talált a szülők koronavírussal kapcsolatos félelmei és alvásminősége között. (Suffren et al 2021) Egy török összefoglalás pedig hangsúlyozta, hogy az online oktatás könnyen megbonthatja az alvásciklust. (Durmuşoğlu, 2021)

Orgilés és munkatársai (2020) arról számolnak be, hogy a magasabb stressz szintet átélő szülők azt jelentették, hogy gyermekük kevesebbet alszanak a le-

zárás előtti időszakhoz képest. A két vizsgált ország – Spanyolország és Olaszország gyerekpopulációja között nem volt szignifikáns különbség kimutatható. Ugyanakkor azon szülők, akik a karantén alatti családi együttélést könnyebbnek értékelték, ők arról számolnak be, hogy gyermekeik általában több órát alszanak. Az alvás minőségével kapcsolatban Chen és munkatársai (2020) kutatásukban azt az összefüggést kapták, hogy azoknál a gyerekeknél van nagy esély a rossz minőségű alvásra, akik mozgásszegény életmódot élnek és sokat ülnek a képernyő előtt. Ezzel azonos eredményt kapott Prime és munkatársai (2020). Fontos, hogy a szülők tisztába legyenek az egyes életkori csoportok számára ajánlott alvásmennyiséggel. Ez általános iskolás gyerekeknél (6-13 év) kilenc és tizenegy óra között mozog; tinédzsereknél (14-17 év) 8-10 óra között, felnőtteknél pedig 7-9 között.

Fizikai aktivitás

Utaltunk rá, hogy a pandémiás helyzet a fizikai aktivitás csökkenésével is jár – a gyerekek és felnőttek számára egyaránt. A WHO ajánlása alapján a 6-17 éves korosztály számára a napi 60 perc mérsékelt-erőteljes fizikai aktivitás ajánlott, melynek célja az izmok és csontok megerősítése. Továbbá a mozgásnak elengedhetetlen pszichológiai hatásai vannak – segít a stressz csökkentésében, az endorfinok kiválasztása következtében javítja a közérzetet, segíthet az alvási nehézségekben, továbbá számos betegség megelőzésében is szerepet játszik (Buheji et al, 2020). Legnagyobb pozitív hatással a szabad levegőn való mozgás van. Ugyanakkor, ha ez korlátozott, vagy nehezen elérhető akkor az otthon falain belül is számos lehetőség van a testmozgás különböző formáira – otthon a kertben tevékenykedés, online edzések (ha ez barátokkal, ismerősökkel történik, akkor annak további pozitív társas hatása is van), relaxáció, órák közötti szünetben beépített rövid mozgások. (WHO, 2020)

Egy Írországban végzett kutatás, amelyben 604 (191 férfi, 413 nő) 18 év feletti személy vett részt arról számolt be, hogy a legélvezetesebb tevékenységek között a kertészkedés, a sétálás, a testmozgás és a hobbiban való elmerülés volt. A szabadban töltött időnek volt a legpozitívabb hatása a résztvevőkre. (Lades et al, 2020)

Kommunikáció

A nyílt és őszinte kommunikáció segítheti leginkább a fiatalok és az egész család megküzdését (UNICEF, 2020; Buheji et al, 2020). A média használatának növekedésével a fiatalok ki vannak téve az interneten található hírek tömegeinek, így fontos, hogy a szülő segíteni tudjon a gyermeknek a megfelelő szinten

és nyelvezettel értelmezni ezeket az információkat. A szülő különböző eszközök segítségével korlátozhatja a gyermek hozzáférését a pandémiával kapcsolatos hírekhez, ezáltal lehetővé téve, hogy a szülőktől olyan módon informálódhasson, amely számára valóban befogadható. Ez azért is szükséges, mert a média túldramatizált hírei negatív hatással vannak a gyermekre és növelik a helyzettel kapcsolatos félelmeit. (Ron & Cuéllar-Flores, 2020) Elengedhetetlen, hogy a gyermek megértse, melyek azok az óvintézkedések, amelyeket megtehet saját védelmének érdekében – például alapos kézmosás, zsebkendőbe tüsszentés, arcmaszk használata. (Ron & Cuéllar-Flores, 2020). Fontos, hogy a szülők engedjék a gyermeket kérdezni a helyzetről, ugyanis, ha világosabban képes látni a helyzetet, akkor az csökkenteni tudja a félelmeit a kialakult helyzettel.

A kommunikáció másik kiemelkedő szempontja az, hogy a gyermeket támogatni kell abban, hogy a karantén helyzet alatt is maradjon kapcsolatban barátaival, osztálytársaival, és találjanak olyan új kreatív utakat arra, hogy barátságaikat fenntartsák. Ez a mostani helyzetben természetes módon felnagyítja a virtuális világ általi kapcsolattartást.

Mit tehetnek a segítő szakemberek?

A jelenlegi kihívással teli időben a pszichológusok és mentálhigiénés szakemberek munkája felértékelődik. Egyrészt kiemelt szerepük van abban, hogy monitorozzák a gyerekeket, és felfigyelnek a megjelenő tünetekre – szorongás, depresszió, viselkedési zavarok, erőszak. Mindezek mellett a pszichoedukációval élve számos olyan könnyen elsajátítható technika bemutatásával segíthetik a lakosság megküzdését, mint légzési technikák, stresszlevezető módszerek, mentális egészséget megtámogató gyakorlatok. Ezek terjesztése történhet ismeretterjesztő cikkek, előadások, videók segítségével, továbbá bármely oly módon, ami lehetővé teszi, hogy minél szélesebb populációhoz eljusson ez a fajta segítség. Kiemelt fontosságú az is, hogy a személyek képesek legyenek magukon detektálni a stressz, szorongás tüneteit, ugyanis a felismerés az első lépés ahhoz, hogy a személy saját erőforrásait aktiválva változtasson vagy szakmai segítséget kérjen. A pszicho-edukációnak mindezek mellett a mentális zavarokkal élő gyerekek családjának is kiemelt szerepe van. (Singh et al, 2020) A szülők és a tanárok edukálása nagymértékben elősegítheti azt a folyamatot, hogy a járványhelyzet alatt, illetve után ezen személyek a leghamarabb képesek legyenek azonosítani az esetleges mentális zavarok korai jeleit. (Lee, 2020) Ideális esetben sikerül a tanárok bevonása is a prevenciós folyamatba. Ők az online tanórák részévé tehetik az egyszerűen elsajátítható stresszkezelő technikákat, amelyek hozzájárulhatnak diákjaik mentális és fizikai jól-létéhez.

ÖSSZEGZÉS

A koronavírus járvány olyan helyzetet teremtett, ami Földünk legidősebb polgárait leszámítva generációk sokaságának számított fenyegető újdonságnak. Noha a pandémia a cikk megírásának idején is életünk része, a harmadik hullám megélésekor sem tanulság nélküli visszatekinteni az elmúlt évre és összegezni az azóta felgyülemlett ismereteket. Mint azt a szakirodalmi összefoglalóból láthattuk, a társadalom egészére helyezkedő nyomás nem egyforma súlyú mindenki számára sem gazdasági, sem pszichés, sem életkori értelemben. Különösen veszélyeztetettek a kortárs élményeikben veszteséget elszenvedő serdülők vagy azok a szülők, akik kisgyermeket nevelnek. Mint azonban az a hivatkozott tanulmányokból is kiderül, a járvány egyúttal lehetőség is, éppen az emberi kapcsolatok fontossága értékelődik fel. A család, mint a társadalom kis egysége az egyénnél hatékonyabb módon válaszolhatja meg a kihívásokat. Többek között éppen a reziliencia az a tényező, amely akár a poszttraumás növekedés irányába is elmozdíthatja az egyéneket. Igaz, a társadalom egészét érintő vészhelyzet könnyen lehet, hogy a reziliencia fogalmának átalakulását is elhozza majd.

FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

Achterberg, M., Dobbelaar, S., Boer, O.D. *et al (2021).* Perceived stress as mediator for longitudinal effects of the COVID-19 lockdown on wellbeing of parents and children. *Sci Rep* 11, 2971. https://doi.org/10.1038/s41598-021-81720-8

A 2020. évben azonosított új koronavírus (SARS-CoV-2) okozta fertőzések (COVID-19) megelőzésének és terápiájának kézikönyve (2020), Emberi Erőforrások Minisztériuma. (Elérhetőség:https://www.kamara.fogorvos.hu/?module=news&action=getfile&fid=255978)

Becker, S. P., Dvorsky, M. R., Breaux, R., Cusick, C. N., Taylor, K. P., & Langberg, J. M. (2021). Prospective Examination of Adolescent Sleep Patterns and Behaviors Before and During COVID-19. *Sleep*, zsab054. Advance online publication. https://doi.org/10.1093/sleep/zsab054

Breaux R, Dvorsky MR, Marsh NP, Green CD, Cash AR, Shroff DM, Buchen N, Langberg JM, Becker SP. Prospective impact of COVID-19 on mental health functioning in adolescents with and without ADHD: protective role of emotion regulation abilities. J Child Psychol Psychiatry. 2021 Feb 4. doi: 10.1111/jcpp.13382. Epub ahead of print. PMID: 33543486.

Buheji, M., Hassani, A., Ebrahim, A., da Costa Cunha, K., Jahrami, H., Baloshi, M., & Hubail, S. (2020). Children and coping during COVID-19: a scoping review of bio-psycho-social factors. Int. J. Appl, 10, 8-15.

CDC (2020). Stress and Coping for Parent, https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/managing-stress-anxiety.html#parents. Accessed on: 26/2/2021.

Chen, P., Mao, L., Nassis, G. P., Harmer, P., Ainsworth, B. E., & Li, F. (2020). Coronavirus disease (COVID-19): The need to maintain regular physical activity while taking precautions. Journal of sport and health science, 9(2), 103–104. https://doi.org/10.1016/j.jshs.2020.02.001.

Craig, S., Ames, M. E., Bondi, B. C., & Pepler, D. J. (2020). Rates of Adolescent Mental Health Problems, Substance Use, and Violence in the Home during COVID-19: Does Gender Matter?.

Cusinato, M., Iannattone, S., Spoto, A., Poli, M., Moretti, C., Gatta, M., & Miscioscia, M. (2020). Stress, Resilience, and Well-Being in Italian Children and Their Parents during the COVID-19 Pandemic. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(22), 8297.

Csikós G, Törő K, Rózsa S, Hadházi É, Kövesdi A; Földi R (2020): Psychological factors in Hungarian families under the coronavirus pandemic: The effects of resilience and stress on the wellbeing of adolescents, their interconnections within the family In: Alison, Taysum; Siavash, Bakhtiar; Sophio, Moralishvili; Ahmet, Ecirli (szerk.) ICMS XXIII Proceedings Book Volume 1 : 23rd International Conference on Multidisciplinary Studies: „Resilience for Survival" Cambridge, European Center for Science Education and Research (EUSER), pp. 11-18.

Durmuşoğlu Saltalı, N. (2021). Risk factors of the covid-19 pandemic in the development of preschool children and protective factors. Journal of Teacher Education and Lifelong Learning, 3(1), 1-8.

Fabes, R. A., Leonard,S. A., Kupanoff, K., & Martin, C. L. (2001). Parental coping with children's negative emotions: Relations with children's emotional and social responding, Child Development, 72(3), 907-920.

Gambin, M., Woźniak-Prus, M., Sekowski, M., Cudo, A., Pisula, E., Kiepura, E., ... & Kmita, G. (2020). Factors related to positive experiences in parent-child relationship during the COVID-19 lockdown. The role of empathy, emotion regulation, parenting self-efficacy and social support.

Gulyás Attila & Nguyen Dóra (2020). Koronavírus – várakozások korábbi járványok és gazdasági válságok alapján (Online elérhetőség: https://www.horvath-partners.com/hu/media-center/cikkek/koronavirus-varakozasok-korabbi-jarvanyok-es-gazdasagi-valsagok-alapjan/)

Kövesdi, A ; Csikós, G ; Törő, K ; Hadházi É ; Takács, Sz; Rózsa, S ; Földi, R (2021): The Role of Self-efficacy in Adaptation Regarding Parental and Child Resilience – A Longitudinal Study on the Two Waves of Covid 19 Acta Scientific Neurology 4 : 3 pp. 53-62.

Lades, L. K., Laffan, K., Daly, M., & Delaney, L. (2020). Daily emotional well-being during the COVID-19 pandemic. British journal of health psychology, 25(4), 902-911.

Lancet (2020) Promoting healthy movement behaviours among children during the COVID-19 pandemic. Lancet Child Adolesc Health 2020 Published Online April 29. https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanchi/PIIS2352-4642(20)30131-0.pdf Accessed on: 2/3/2021.

Lee, J. (2020). Mental health effects of school closures during COVID-19. The Lancet Child & Adolescent Health, 4(6), 421.

Liu, J., Bao, Y., Huang, X., Shi, J., & Lu, L. (2020). Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. The Lancet Child & Adolescent Health, 4(5), 347-349

Muñoz-Fernández, N.; Rodríguez-Meirinhos, A. Adolescents' Concerns, Routines, Peer Activities, Frustration, and Optimism in the Time of COVID-19 Confinement in Spain. J. Clin. Med. 2021, 10, 798. https://doi.org/10.3390/ jcm10040798

Olson, K., Shanafelt, T., & Southwick, S. (2020). Pandemic-driven posttraumatic growth for organizations and individuals. Jama, 324(18), 1829-1830.

Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., & Espada, J. P. (2020). Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. Frontiers in psychology, 11, 2986.

Páez, D., Reyes, C., and Villagrán, L. (2012). Evaluación del Crecimiento Postraumático Colectivo en víctimas de catástrofes humanitarias. Manuscrito. Facultad de Psicología: Universidad del País Vasco.

Pereda, N., & Díaz-Faes, D. A. (2020). Family violence against children in the wake of COVID-19 pandemic: a review of current perspectives and risk factors. Child and adolescent psychiatry and mental health, 14(1), 1-7.

Prieto-Ursúa, M., & Jódar, R. (2020). Finding meaning in hell. The role of meaning, religiosity and spirituality in posttraumatic growth during the coronavirus crisis in Spain. Frontiers in psychology, 11.

Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. American Psychologist.

Ron, A. G., & Cuéllar-Flores, I. (2020, July). Psychological impact of lockdown (confinement) on young children and how to mitigate its effects: Rapid review of the evidence. In Anales de Pediatria. Elsevier.

Sakka, S., Nikopoulou, V. A., Bonti, E., Tatsiopoulou, P., Karamouzi, P., Giazkoulidou, A.,Diakogiannis, I. (2020). Assessing test anxiety and resilience among Greek adolescents during COVID-19 pandemic. Journal of Mind and Medical Sciences, 7(2), 173-178.

Singh, N., Gupta, P. K., & Kar, S. K. (2020). Mental health impact of COVID-19 lockdown in children and adolescents: Emerging challenges for mental health professionals. Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health, 16(3).

Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. Attachment & Human Development, 7(3), 283-298

Seiko Mochida , Mieko Sanada , Qinfeng Shao , Jiwon Lee , Junko Takaoka, Satoko Ando & Yoichi Sakakihara (2021) Factors modifying children's stress during the COVID-19 pandemic in Japan, European Early Childhood Education Research Journal, 29:1, 51-65, DOI: 10.1080/1350293X.2021.1872669

Sprang G, Silman M. (2013) Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health related disasters. Disaster medicine and public health preparedness, 7:105–110

Storz MA. The COVID-19 pandemic: an unprecedented tragedy in the battle against childhood obesity (2020) Clin Exp Pediatr 2020;63:477-82. https://doi.org/ 10.3345/cep.2020.01081

Suffren, S.; Dubois-Comtois, K.; Lemelin, J.-P.; St-Laurent, D.; Milot, T. (2021) Relations between Child and Parent Fears and Changes in Family Functioning Related to COVID-19. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 1786. https://doi.org/10.3390/ijerph18041786

Tanyi Zsuzsanna: A trauma pozitív hozadéka: A poszttraumás növekedés In: Kuritárné Szabó Ildikó, Tisljár-Szabó Eszter (szerk): Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna. 2015., Oriold és társai

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). „ Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". Psychological inquiry, 15(1), 1-18.

Törő, K ; Csikós, G (2020): Families Face Pandemic: A Review of Psychological Suggestions and Empirical Findings Regarding the Covid-19 Pandemic. *European Journal of Social Sciences* 3 : 3 pp. 114-122.

Törő K, Mokos J, Földi R, Kövesdi A, Hadházi É, Csikós G (2021) Félelemtípusok, stressz és jóllét szintje a magyar családokban a koronavírus első hullámában. Studia Caroliensia (megjelenés alatt)

UNICEF (2020) How to talk to your child about coronavirus disease 2019 (COVID-19).https://www.unicef.org/coronavirus/how-talk-your-child-about-coronavirus-covid-19. Accessed on: 5/3/2021.

V. Komlósi Annamária (2021). Áttekintés a pandémia első évének pszichés következményeiről. Magyar Pszichológiai Társaság. Elérhetőség: http://mpt.hu/2021/03/05/attekintes-a-pandemia-elso-evenek-psziches-kovetkezmenyeirol/?fbclid=IwAR3H8kHHpHlH4Z5k0C1IpQV_QvfECMpmkHoRwyeDF7hxvhNA_wVd_Delyd8

WHO (2020) Stay physically active during self-quarantine. http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov-technical-guidance/stay-physically-active-during-self-quarantine. Accessed on: 5/4/2020.

Xie, X., Xue, Q., Zhou, Y., Zhu, K., Liu, Q., and Zhang, J. (2020). Mental health status among children in home confinement during the coronavirus disease 2019 outbreak in Hubei Province. China. JAMA Pediatr. 174, 898–900. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.1619

MENTALIZÁCIÓ ÉS REZILIENCIA ÖSSZEFÜGGÉSEI ADHD-S ÉS TIPIKUS FEJLŐDÉSŰ GYERMEKEK ÉS SERDÜLŐK KÖRÉBEN

F. Földi R, Németh Kata, Takács Szabolcs, Hadházi Éva,
Törő Krisztina, Csikós Gábor, Kövesdi Andrea

Absztrakt

Az ADHD nemzetközileg is az egyik leggyakrabban diagnosztizált neuropszichiátriai rendellenesség gyermek- és serdülőkorban, amely befolyásolja az életminőséget és funkcióromlást idéz elő az egyén számára. Az ADHD-val küzdők, mintegy 20%-a mégis sikeresen boldogul az élet valamennyi területén. Ezzel kapcsolatban a vizsgálatunk fókuszában a sikeres alkalmazkodást segítő reziliencia, illetve a szociális nehézségekkel összefüggésbe hozott mentalizációs képesség áll. A vizsgálat célja: az ADHD-s gyermekek és serdülők tüneteinek erőssége, mentalizációs képességei, és a lelki ellenálló képességük közötti összefüggések, valamint a tipikus fejlődésű csoport közötti eltérések megállapítása. A vizsgálatban a CD-RISK Reziliencia kérdőív, (Connor és Davidson, 2003; Járai és mtsai, 2015) Faux Pas hamisvélekedés teszt,(Faux Pas teszt Baron-Cohen és mtsai., 1999) a Conners Gyermekviselkedés – Szülői változat / Tanári változat (Conners és mtsai., 1998; Perczel-Forintos, 2018) valamint az SDQ kérdőív által mért változók közti kapcsolatot vizsgáltuk. (SDQ (Strength and Difficulties Questionaire – Képességek és Nehézségek Kérdőív) Módszerek: noninvazív keresztmetszeti vizsgálat 9-16 éves gyermekekből és serdülőkből álló 64 fős klinikai (32 fő ADHD) és nem klinikai (32 fő tipikus fejlődésmenetű) mintán. Az ADHD tüneteinek erőssége szerint valamennyi felhasznált tesztben eltérést találtunk a tipikusan fejlődő és az ADHD csoport között. Az SDQ alskálái közül a hiperaktív, *az érzelmi és a viselkedéses problémák tünetei és a proszociális viselkedést jelző alskálák pontszáma korrelál* a *CD – RISK skálán mért összpontszámmal* a tipikusan fejlődő csoportban, míg az ADHD-s csoportban a *proszociális skála mutat összefüggést*. A Faux Pas teszt esetében a *történetmegértés dimenzió bizonyult szignifikánsan alacsonyabbnak az ADHD-sok körében*. A *Faux Pas „helyes azonosítása", az „összpontszám" és a „történetmegértés" dimenzióiban mutat pozitív összefüggést a proszociális viselkedéssel az ADHD -s csoportban*. Eredményeink alapján úgy látjuk, hogy a proszociális viselkedés olyan protektív faktorként lehet jelen, amely elősegíti a reziliencia magasabb szintű működését. A szakirodalom és vizsgálatunk alapján feltételezzük, hogy a reziliencia kapcsán a protektív faktor (protective factor) az egyén vagy a környezet olyan tulajdonsága, amely a veszélyeztető élethelyzetben a kedvező kimenetel létrejöttét jósolja be a rizikótényezők megjelenése közben is (Masten, 2001).

Kulcsszavak: ADHD ▪ figyelemhiányos hiperaktivitás zavar ▪ funkcióromlás ▪ életminőség ▪ reziliencia ▪ szociális nehézségek ▪ mentalizáció ▪ CD – RISK ▪ Faux Pas ▪ SDQ ▪ Conners Gyermekviselkedés Kérdőív

BEVEZETÉS

Az ADHD (attention deficit hyperactivity disorder), figyelemhiányos hiperaktivitás zavar a viselkedés, a figyelem, a gondolkodás, valamint az érzelemszabályozás zavara, mely gyermek- és serdülőkorban az egyik leggyakrabban diag-

nosztizált neuropszichiátriai rendellenesség. (Csiky, 2015; Somogyi, Máté és Miklósi, 2015; Kooij és mtsai. 2019). A rendellenesség potenciálisan befolyásolja az érintettek iskolai teljesítményét, szociális alkalmazkodását, és későbbi életminőségét. A DSM-5 (Nussbaum, 2013) alapján a diagnózis felállításához szükséges, hogy a figyelemzavar, illetve a hiperaktivitás – impulzivitás tünetcsoportokon belül felsorolt tünetek közül legalább az egyikből 6 vagy több (17 éves kor fölött 5), legkevesebb hat hónapos időintervallumon keresztül, legalább kétféle élethelyzetben fennálljon.

FÓKUSZBAN A VÉGREHAJTÓ FUNKCIÓK

A figyelem, végrehajtó működés és memória területén számos neuropszichológiai vizsgálat bizonyítja az ADHD-s gyerekeknél kimutatható deficiteket. Több kutatás a prefrontális lebeny működéséhez köthető végrehajtó funkciók sérülését hangsúlyozza, mint az ADHD egyik legfőbb kockázati tényezőjét. (Balázs, 2017.; Kooij és mtsai., 2019) A legújabb átfogó vizsgálatok eredménye szerint azonban ezek az agyi strukturális elváltozások gyermekek esetében a hangsúlyosabbak, míg felnőttkorra csak minimálisan mutathatók ki. (Kooij és mtsai, 2019) A végrehajtó működés elsősorban az önszabályozás, a viselkedéstervezés és szervezés, a célirányos gondolkodás, a célvezérelt mozgások végrehajtása, továbbá a válaszgátlás és a munkamemória zavara, a fókuszálás és a figyelem irányításának nehézségében nyilvánul meg. (Csiky, 2015; Kooij és mtsai., 2019, Somogyi, Máté és Miklósi, 2015, Földi-Ujlaky 2014). Ezek a deficitek azonban nem specifikusak, de a motivációs és aktivációs rendszer működési zavara, a megnövekedett jutalomérzékenység és a késleltetés, valamint az averzív visszajelzés feldolgozásának problémái miatt az önmotiválás, önmonitorozás is sérülhet. Összességében tehát befolyásolják a rugalmas alkalmazkodást. (Csiky, 2015; Sonuga – Barke, 2002 in: Somogyi, Máté és Miklósi, 2015).

Habár a legtöbb ADHD-val diagnosztizált gyermek különböző mértékű érzelmi, viselkedéses, társas vagy iskolai teljesítménybeli nehézségekkel küzd, mégis a vizsgálatok szerint a figyelemhiányos hiperaktivitás zavarral élők megközelítőleg 20 %-a jól alkalmazkodik, és az ADHD a tüneti megjelenés ellenére náluk nem jár funkcióromlással társas, érzelmi és iskolai teljesítmény terén. A másik 20 % kifejezetten rosszul, míg 60 % közepesen teljesít ezeken a területeken. (Regalla és mtsai., 2015) Többek között ez a jelenség szolgáltatja az alapot azoknak a vizsgálatoknak, melyek az ADHD és a reziliencia összefüggéseit kutatják. (Dvorsky & Langberg, 2016; Mackenzie, 2017; Regalla és mtsai., 2015; Schei és mtsai., 2018; Shi és mtsai., 2018)

ADHD ÉS SZOCIÁLIS NEHÉZSÉGEK

Az ADHD -ban az életminőséget is befolyásoló, gyakran funkcióromlással járó egyik terület a társas kapcsolatokat érinti, mert a figyelemhiányos hiperaktivitás zavarral élő gyermekek az átlagosnál gyakrabban küzdenek problémákkal a kortárs kapcsolatokban, gyakran szenvednek elutasítást a társaiktól, vagy élnek meg szociális izolációt a mindennapokban (de Boo és Prins, 2007).

Több kutatás is meggyőző eredményekkel szolgál a figyelemhiányos hiperaktivitás zavarral küzdőket illetően a szociális kogníció területén. Az ADHD figyelemhiányos tünetei kapcsolatot mutatnak többek között az érzelem felismerés hiányosságaival; úgy tűnik, hogy mind a gyermekek, mind pedig a felnőttek esetében az érzelemfelismerés során a negatív érzelmek jelentik a legnagyobb akadályt a figyelemzavarral élők esetében (Perroud és mtsai., 2017). A terület kutatói szerint a figyelmi nehézségek szerepet játszhatnak az empátiás készséget érintő eltérésekben; a figyelem fenntartásának nehezítettsége az interakciók közben problémát okozhat mások érzéseinek megértésében és mások nézőpontjába való belehelyezkedésben (Braaten és Rosen, 2000; Marton és mtsai., 2009; Perroud és mtsai., 2017).

Deschamps és munkatársai (2014) az empátiás készséget és az empátiához köthető proszociális viselkedést (pl. segítségnyújtás, osztozkodás, mások megvigasztalása) vizsgálták diszruptív viselkedészavar, illetve ADHD diagnózissal rendelkező gyerekeknél 6-7 éves korban. Azokra az ADHD-s gyermekekre, akik párhuzamosan diszruptív viselkedészavarral is rendelkeztek kevésbé volt jellemző az empátiához köthető proszociális viselkedés.

A szakirodalom alapján feltételezhető, hogy a hiányos empátia és a zavart szenvedő szociális kogníció, melyet az ADHD-val diagnosztizált személyeknél kimutattak, eredhetnek a figyelmi problémákon kívül a végrehajtó funkciók sérüléséből, valamint a mentalizációs képességek deficitjéből is. (Maoz és mtsai., 2017; Perroud és mtsai., 2017; Pineda-Alhucem és mtsai., 2018)

MENTALIZÁCIÓ

Fónagy és Target (1998) reflektív funkciónak nevezi az ember azon képességét, melynek segítségével, nem csak a másik személy felszíni viselkedésére tudunk reagálni, hanem saját magunknak a másik vélekedéseiről, érzéseiről, vágyairól vagy terveiről alkotott elképzeléseire is a mentális állapotok függvényében. A reflektív funkció egy olyan multidimenzionális fogalom, mely részben átfedésben van olyan szűkebben meghatározott szociális kognitív jelenségekkel, mint az empátia vagy a tudatelmélet (Theory of Mind). A reflektív funkció fogalma azonban interperszonális kontextusban igyekszik megragadni a saját magunkról és másokról való gondolkodás érzelmi és kognitív mivoltának ösz-

szetettségét (Perroud és mtsai., 2017). Lényegében ezt a reflektív funkciót nevezi Fónagy és Target (1998) mentalizációs képességnek, amely lehetővé teszi az ember számára mások gondolatainak „olvasását", tudatállapotok megértését, amely segítségével más személyek viselkedése értelmezhetővé és értelmessé válik ezáltal elősegítve az adaptív magatartást az interperszonális helyzetekben. A mentalizációs képesség nagy szerepet játszik abban, hogy együttműködjünk másokkal vagy empatizáljunk mások felé; hogy befolyásoljunk vagy félrevezessünk másokat, illetve, hogy mások testbeszédét értelmezni, viselkedését pedig megjósolni tudjuk (Gál, 2015; Herold, 2004). A fogalom társas-kognitív képességként írható le; alapját képezi az érzelemszabályozásnak, az impulzuskontrollnak, és az önmonitorozásnak is. A szociális alkalmazkodás egyik kiemelkedően fontos képessége, melynek kialakulásában és fejlődésében nagy szerepet játszanak a korai szociális ingerek, interakciók (Fónagy és Target, 1998; Gál, 2015). Fónagy és Target (1998) elképzelése szerint a mentalizáció elsajátítása a csecsemő és gondozója közötti interszubjektív folyamat része, melynek során a gyermek vágyak és érzelmi állapotok tulajdonításával kezdi el értelmezni saját, illetve mások cselekedeteit. Szerintük a mentalizációs képesség fejlődésének egyik lehetséges mediátora a kortárs interakció. A kortársakkal történő interakciók növelik annak a lehetőségét, hogy a gyermeknek el kelljen képzelnie, szimulálnia kelljen, hogy mit gondolna, érezne, látna, ha ő lenne a másik helyzetében.

Az utóbbi évtizedekben végzett kutatások eredményei arra engednek következtetni, hogy a társas kapcsolatokban a magasabb szintű tudatelméleti működéssel/mentalizációs képességgel rendelkező gyerekek sikeresebbek, mint az alacsonyabb szintű mentalizációs képességgel rendelkező gyerekek. A kutatási eredmények azonban ellentmondásosak, a mérések alapján az együttes előfordulások összességében meglehetősen gyengén, vagy alig közepes erősséggel mutathatóak ki, az ok-okozati viszonyok pedig nem tisztázottak egyértelműen (Gál, 2015). Az iskolai zaklatásokkal kapcsolatos vizsgálatok eredményei például azt mutatják, hogy vannak, akik a jó tudatelméleti működést antiszociális célra használják, ami természetesen nem értékelhető sikeres társas működésnek (Slaughter és Repacholi, 2003; Sutton, 2003 in: Gál, 2015).

A vizsgálatok közül kiemelhető Banerjee és Watling (2005) egy longitudinális kutatása, melynek keretein belül a társas baklövést mérő Faux Pas teszttel vizsgálták a gyermekek tudatelméleti működését a teszten elért teljesítményt a gyermek szociometriai helyzetével összefüggésbe állítva egy 308 fős mintában. A kapott eredmények azt mutatták, hogy azok a gyerekek, akik több negatív szociometriai jelölést kaptak a társaiktól, a Faux Pas teszten is alacsonyabb teljesítményt értek el. Azt találták, hogy az erősen negatív szociális kapcsolatok jelenléte sokkal inkább bejósolják a Faux Pas helyzetben fellépő nehézségeket, mint az erősen pozitív kapcsolatok hiánya. Az összefüggések erőteljesebben mutatkoztak meg az idősebb, 8-9 éves korosztályban, míg az 5-6 éves gyermekek

esetében ez nem volt megfigyelhető, hiszen a Faux Pas megértés ebben a korban még nem elvárható. A szerzők, 2011-es munkája, a gyerekek 24 hónapos utánkövetéses vizsgálatát mutatta be, melyben szintén a Faux Pas teszten nyújtott teljesítmény került összehasonlításra a gyermekek szociometrián mért társak általi elutasítottságának mértékével. A Faux Pas teljesítmény átlaga egyenletes növekedést mutatott az életkorral arányosan. Eszerint a 7 éves kori, társak általi elutasítás sikeresen bejósolja az alacsonyabb szintű Faux Pas megértést 8 éves korban. Ugyanilyen jellegű korrelációt találtak a 9 éves kori elutasítottság és a 10 éves kori Faux Pas megértés között. Ezen felül a 9 évesen mért magasabb szintű Faux Pas megértés összefüggést mutatott a 10 éves korban mért társak általi elfogadottsággal. A 10 éves korban mért alacsonyabb szintű Faux Pas megértés sikeresen bejósolta a 11 éves kori elutasítottságot a szociometriai mérésben. Az eredmények jól mutatják, hogy a társak általi elutasítás visszaveti a Faux Pas sikeres megértésének tanulási folyamatát egy olyan életkorban, amikor ez a megértés tipikusan növekedő tendenciát kellene, hogy mutasson. (Banerjee, és mtsai., 2011)

MENTALIZÁCIÓ ÉS ADHD

Szakirodalmak alapján feltételezhető, hogy a hiperaktivitáshoz a mentalizációs folyamatok alacsonyabb szintje társul, mely hatással lehet többek között a társas alkalmazkodásra is (Földi és mtsai., 2016). A mentalizációval kapcsolatos vizsgálatok az autizmus spektrumzavarral élők esetében mutatták ki először a mentalizációs képesség sérülését és a társas kapcsolatokkal való összefüggését. (Banerjee és mtsai., 2005) A további kutatások mentalizációs deficitet mutattak ki többek között a Williams -szindróma, a bipoláris affektív zavar, az antiszociális-, és borderline személyiségzavarok, bizonyos demenciák, valamint az ADHD esetében is (Herold, 2004).

Fónagy és Target (1998) szerint olyan biológiai alapú sérülések, mint a hiperaktivitás, a figyelmi problémák, az alacsony impulzuskontroll, valószínűleg akadályozzák, hogy a gyermek mentalizáló reflektív modellt alakítson ki valamilyen konfliktushoz kötődő társas helyzetben. Szerintük ez lehet az oka annak is, hogy az agresszív viselkedéses problémák gyakran járnak együtt hiperaktivitással vagy figyelemi nehézségekkel.

Perroud és munkatársai (2017) figyelemhiányos hiperaktivitás zavar diagnózissal rendelkező felnőttek esetében vizsgálták a mentalizációs képességeket összehasonlítva sine morbo, illetve borderline személyiségzavaros kontrollcsoportokkal. Vizsgálatukban Reflective Function Questionnaire (RFQ) kérdőívet használtak. 101 ADHD-s vizsgálati személy (41 nő, 60 férfi) vett részt a kutatásban. Eredményeik azt mutatják, hogy az ADHD-val küzdő vizsgálati személyek mentalizációs kérdőívben elért pontszámai a sine morbo és a borderline sze-

mélyiségzavaros kontrollcsoportok között helyezkednek el. Az ADHD tünetek súlyosságával negatívan korreláltak a pontszámok, valamint az ADHD-s vizsgálati személyek csoportjában az impulzivitást és az indulatkezelés nehézségeit mutató vizsgálati személyek szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el. Végül pedig arra jutottak, hogy mások megértése során a másik személy mentális állapotáról való meggyőződés vagy bizonytalanság alapján szignifikánsan elkülöníthető az ADHD-s csoport a másik két kontrollcsoporttól. A kutatók arra következtetnek, hogy az eredmények azt sugallják, hogy az ADHD-s vizsgálati személyek nem gondolkodnak a saját vagy mások mentális állapotáról olyan gyakran, amikor megpróbálják megérteni azokat.

Pineda-Alhucema és munkatársai (2018) szisztematikus áttekintő tanulmányában azoknak a kutatásoknak az eredményeit dolgozta fel, mely ADHD–s gyermekek végrehajtó funkcióinak és tudatelméleti képességeinek/mentalizációjának összefüggéseit vizsgálták a szociális funkcióromlás tükrében. Nyolcból csupán két vizsgálat nem mutatott ki szignifikáns összefüggéseket. A tudatelméleti/mentalizációs képességek ADHD esetén összefüggést mutattak a végrehajtó funkciók közül a gátlási funkciókkal, a munkamemóriával és a kognitív rugalmassággal. A szerzők szerint a gátlási funkciók megfelelő működése elengedhetetlen az olyan kognitív és érzelmi folyamatok kezeléséhez, melyek szerepet játszanak abban, hogy az ember a tervezést, döntéshozatalt, problémamegoldást, önkontrollt és érzelemszabályozást igénylő helyzetekben megfelelően tudjon reagálni. Több vizsgálatban a figyelem is összefüggést mutatott a tudatelméleti működéssel. Összességében azonban az áttekintett vizsgálatok a végrehajtó funkciók és a tudatelméleti működés egyértelmű kapcsolata ellenére is csak gyenge vagy közepes erősségű összefüggéseket mutattak ki a szociális nehézségek függvényében vizsgálva a figyelemhiányos hiperaktivitás zavarral élőket.

Korábbi kutatásunkban (Földi és munkatársai, 2016) ADHD-s gyermekek végrehajtó funkcióinak és mentalizációs képességének összefüggéseit vizsgáltuk. A vizsgálat kiinduló gondolata volt, hogy minél súlyosabbak a hiperaktivitáshoz kapcsolódó tünetek (figyelemzavar, impulzivitás), minél inkább detektálja ezeket a tüneteket a gyermek környezete, annál inkább mutatkozik deficit a gyermek mentalizációs folyamataiban. A vizsgálatban n= 31 hiperaktivitással diagnosztizált 12- 17 éves korú gyermek, valamint hasonló létszámú és életkorú kontroll csoportba tartozó tipikus fejlődésű gyermek vett részt. A két csoport átlagainak összehasonlítását követően szignifikáns eredményeket kapunk az SDQ teszt kortárs kapcsolatokat tesztelő alskálájának átlagaiban, míg a Faux Pas teszt történetmegértési rész átlagainak összehasonlításában tendencia szintű eltérés mutatkozott. A kontroll csoport kevésbé volt hajlamos elkövetni az úgynevezett társas baklövést.

Obioha és munkatársai (2017) New York és környékén végzett kutatásukban többek között szintén ADHD-val küzdő gyermekek és serdülők mentalizációs képességeit vizsgálták Baron – Cohen módosított Faux Pas tesztjének segítségé-

vel. Az ADHD diagnózissal rendelkező gyermekek szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el a Faux Pas tesztben. Az életkor tekintetében a 7-8 évesek szignifikánsan alacsonyabban teljesítettek a Faux Pas felismerés tekintetében.

MENTALIZÁCIÓ ÉS REZILIENCIA

Annak ellenére, hogy az eddigiekből láthatjuk a mentalizáció és a reziliencia fogalmainak vannak egymást átfedő területei, a szakirodalomban igen kevés információt találunk a tudatelméleti működés és a reziliencia esetleges összefüggéseiről. Fónagy és munkatársai (1994) tanulmányukban leírják, hogy az extrém veszélyeztető tapasztalatok gátló hatással lehetnek a reflektív funkció működésére, így a személy minden olyan interakcióban sebezhetővé válik, ami a másik vagy a saját mentális állapotainak megítélését megkívánja. A magasfokú mentalizációs képességekkel rendelkező személyek így feltételezhetően reziliensebbek a stresszes körülményekkel szemben (Fónagy és Bateman, 2016). A mentalizáció és a reziliencia összefüggéseire azonban empirikus eredményt nem találtunk a szakirodalom áttekintése során.

A VIZSGÁLAT CÉLJA

A kutatás a Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézet Fejlődéslélektani Kutatócsoport (Reziliens Fejlődés – Pozitív Kutatócsoportot) beavatkozással nem járó ETT TUKEB engedéllyel rendelkező, (engedély száma: 19024-2/2019/EKU) munkája.

A vizsgálat célja, hogy az ADHD-s gyermekek és serdülők kortárs kapcsolataiban szerepet játszó tényezőket a kontroll csoporttal összevetve vizsgálja, és ennek alapján az adaptív környezeti alkalmazkodást segítő lehetőségeket állítsa a középpontba.

MINTA

A vizsgálatban 9-16 éves ADHD diagnózissal rendelkező gyermekek, valamint a kontroll csoport vett rész, amelyet hasonló életkorú tipikus fejlődésmenetű, sine morbo gyermekek és serdülők képeztek. A teszteket a vizsgálati csoport, és a kontroll csoport esetében is az intézményvezetők hozzájárulásával, és a szülők írásbeli beleegyező nyilatkozata alapján személyes tesztfelvétel módszerével vettük fel.

Az ADHD-s csoport tagjai az iskolában megtalálható pszichológiai anyaguk alapján, célzottan, diagnózis szerint lettek kiválasztva az intézmény szakmai se-

gítségével. A kontroll csoport kialakítása az ADHD-s csoport létszámához igazítva bármely pszichiátria diagnózis kizárásával történt. A kutatásban összesen 83 vizsgálati személy, 41 ADHD diagnózissal rendelkező, valamint 42 tipikus fejlődésmenetet mutató gyermek és serdülő vett részt, ami az adatok tisztítása után,- részlegesen hiányzó adatok miatt ,- a következőképpen alakult:

ADHD-s csoport n=32 (8 lány, 27 fiú, átlag életkor:12,8 év,a minta tisztítása során 3 fő adatai hiányosnak bizonyultak,

Tipikus fejlődésmenetű kontroll csoport: n=32 (14 lány, 21 fiú, átlagéletkor:12,91) fő, a hiányos adatokat nem vettük a mintába)

HIPOTÉZISEK

1. Az ADHD –val diagnosztizált gyermekek és serdülők a reziliencia (CD – RISK) teszt összpontszámában alacsonyabb pontszámot érnek el, mint a kontroll csoport. (Dvorsky & Langberg, 2016; Mackenzie, 2017; Regalla és mtsai., 2015; Shi és mtsai., 2018).
2. Conners Gyermekviselkedés Kérdőív az ADHD externalizációs tüneteinek súlyossága alapján az Oppozíciós, Kognitív, alskálákban feltételezünk jelentős eltérést, melyek a szociális helyzeteket és interakciókat befolyásolják, ami hatással van a kortárskapcsolatok alakulására. (Braaten és Rosen, 2000; Marton és mtsai., 2009; Perroud és mtsai., 2017).
3. Összefüggést feltételezünk az SDQ Kortárskapcsolati Problémák és a Proszociális Skála alskáláiban megjelenő társas kapcsolatokra vonatkozó adatok és a reziliencia mértéke között. (Dvorsky & Langberg, 2016).
4. Szignifikánsan alacsonyabban teljesítenek az ADHD – val küzdő személyek a tipikus fejlődésmenettel rendelkezőkhöz képest a mentalizációt mutató Faux Pas- tesztben, elsősorban a társas helyzetek (történetmegértés) megértésében. (Földi és mtsai., 2016; Perroud és mtsai., 2017; Pineda-Alhucema és mtsai., 2018; Obioha és mtsai., 2017)
5. Összefüggés feltételezünk az SDQ Kortárs kapcsolati Problémák és a Proszociális Skála alskáláiban megjelenő társas kapcsolatokra vonatkozó adatok, illetve a mentalizációt mérő Faux Pas történetmegértés szintje között. (Banerjee és Watling, 2005; Banerjee, és mtsai, 2011).

MÉRŐESZKÖZÖK

– **Conners Gyermekviselkedés Kérdőív** tanári, illetve szülői változata, (Conners és mtsai. 1998; Perczel-Forintos, 2018) A szakemberek által évtizedek óta széles körben használt skála szülői, illetve tanári verziója viselkedéses jellemzőket leíró itemekből áll. (externalizációs tünetek) Ezek

segítségével a szülő, illetve a gyermeket régóta tanító pedagógus egy 4 – fokú skálán jelöli a viselkedéses jellemzőket.(Benyák, 2007). A tanári változat használata kiemelkedően fontos a klinikumban abból a szempontból, hogy a figyelemhiányos hiperaktivitás zavar diagnosztikus kritériumainak megfelelően mérhető információ szülessen arról, hogy a tünetek az iskolában is megjelennek. A kérdőív Oppozíciós, Kognitív, Hiperaktív alskálákkal, valamint egy alskálának nem minősülő ADHD -indexxel rendelkezik (Conners és mtsai. 1998).

– **SDQ** (Strengths and Difficulties Questionnaire – Képességek és Nehézségek Kérdőív) önkitöltős változata. A szülők, gyermekek, valamint pedagógusok által egyaránt kitölthető rövid Képességek és Nehézségek Kérdőívet a gyermekkori viselkedési problémák és pszichés zavarok felmérésére, valamint szűrésére, használják a világ több országában a klinikai kivizsgálás részeként, terápiák hatásvizsgálata esetén, illetve kutatási eszközként. A Goodman (1997) által megalkotott kérdőív 4 éves kortól a szülői és a pedagógus által is kitölthető változata alkalmazható, 11 éves kortól pedig ezeken felül önkitöltős formában is használható. Az SDQ abban különbözik a többi hasonló mérőeszköztől, hogy a gyermekek erősségeit, képességeit és proszociális viselkedését mérő alskálákban és a többi tétel jó részének pozitív megfogalmazása által figyelembe véve ad képet a gyermek viselkedéséről és esetleges nehézségeiről,a tételeket egy 3-fokú skálán jelölve. (Turi és mtsai., 2014 A kérdőív tartalmaz egy Összesített Probléma skálát, valamint Érzelmi Tünetek, Viselkedéses Problémák, Hiperaktivitás, Kortárskapcsolati Problémák és Proszociális Skála alskálákat (Turi és mtsai., 2014).
– **CD-RISK 10 tételes Reziliencia kérdőív** a lelki ellenállóképesség mérésére használt, eredetileg 25 itemes Connor és Davidson által kifejlesztett mérőeszköz. A szerzők eredményei azonban számos módszertani kérdést felvetve további vizsgálatokra adtak indokot, mely vizsgálat esetében már egy 10 itemes kérdéssorral dolgoztak a szerzők, ami az eredmények alapján stabilabb pszichometriai tulajdonságokkal rendelkezik (Járai és mtsai, 2015; Kövesdi, 2018). A magyar CD – RISK az eredeti angol nyelvű kérdőív 25 itemes változatát használta a tesztbe bekerülő 10 item kiválasztásához, az így kapott kérdőív pedig megfelelő pszichometriai tulajdonságokkal, magas szintű reliabilitással és validitással bír az eredmények szerint; így alkalmas és megbízható eszköz a reziliencia mérésére. A vizsgálati személyeknek egy 5 fokú skálán kell értékelniük az állítások jellemző mértékét (0 – egyáltalán nem igaz, 1 – ritkán igaz, 2 – néha igaz, 3 – gyakran igaz, 4 – szinte mindig igaz) (Járai és mtsai, 2015).
– **Faux Pas (Baron-Cohen és mtsai., 1999)** A Faux Pas teszt a hamis vélekedés jelenségének felmérésén alapuló tudatelméleti mérőeszkösz, mely rendelkezik gyermek, illetve felnőtt verzióval is (Baron-Cohen és

mtsai., 1999). A teszt alkalmas az explicit, verbalizált tudatelméleti működés/mentalizáció vizsgálatára az iskoláskorú populációban; egyaránt méri a kognitív, valamint az affektív mentális állapotok megértését (Gál, 2015). A tesztben a „Faux Pas", egy társas szituációban történő elszólás helyes felismerése a cél rövid történetek meghallgatása során. Az 5 „társas baklövés" felismerérésre irányuló történet mellett a teszt tartalmaz 5 kontroll történetet, mely esetekben a feladat a „Faux Pas" helyes elutasítása nem tartalmaz „társas baklövést."A „társas baklövés" megértésekor a vizsgálati személynek fel kell ismernie, hogy a két szereplő tudása között különbség van (kognitív), valamint fel kell ismernie azt is, hogy az elszólást negatív érzelem követte (affektív). A „Faux Pas" felismerése a tipikus fejlődés során 9–11 éves korra alakul ki. (Stone, Baron-Cohen és Knight, 1998; Baron-Cohen és mtsai, 1999 in: Gál, 2015)

EREDMÉNYEK

A statisztikai próbákat ROPstat programcsomaggal végeztük. A ROPstat olyan statisztikai programcsomag, amely a standard egyváltozós módszerek teljes repertoárja mellett gazdag választékát nyújtja a robusztus technikáknak és az ordinális skálájú változókkal végezhető elemzéseknek. A ROPstat megkülönböztetett figyelmet szentel a mintázatfeltáró eljárásoknak is. (A ROPstat szerzői: Prof. Dr. Vargha András, Bánsági Péter Konzultáns: Prof. Dr. Lars R. Bergman, Stockholm University)

Connor – Davidson Reziliencia Kérdőív (CD – RISK)

Független minták kétszempontos összehasonlítása NEM és a fejlődési kategóriák szerint.

n=64

Mintaelemszámok táblázata

	NEM	**'DIAG' szerinti csoportok**		
Index	*csoport*	*normál fej*	*ADHD*	*ÖSSZESEN*
1	fiú	11	8	19
2	lány	21	24	45
	ÖSSZES	32	32	64

Mintaátlagok táblázata (CD – RISK)

Index	NEM	tipikus fej	ADHD	ÁTLAG
1	fiú	28,55	24,5	26,52
2	lány	24,57	23,29	23,93
	ÁTLAG:	26,56	23,9	

Varianciaanalízis összefoglaló táblázata (súlyozatlan átlagok módszere)

Szóródás foka		Szórásnégyzet	F	p-érték	Omega2	Eta2_parc
NEM	1	87,999	1,697	0,198	0,011	0,028
DIAG	1	92,917	1,792	0,186	0,012	0,029
NEM x Diag	1	25,063	0,483	0,49	0	0,008
Hibatag	60	51,847				

NEM és a fejlődési kategóriák szerint a tipikus fejlődésű csoportok átlaga fiú 28,55, lány 24,57. Az ADHD csoportok átlaga: fiú 24,5, lány 23,29 eltérést mutatnak ugyan, a tipikus fejlődésű csoporthoz képest, de az eltérés nem szignifikáns a csoportok között.

Eredmények Conners Gyermekviselkedés Kérdőív

Conners oppozíció alskála

Mintaátlagok táblázata (Con_op)

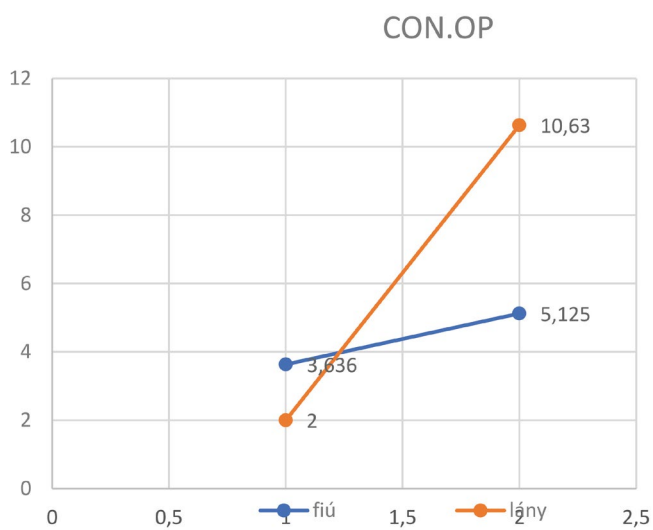
Index	NEM	Normál fej	ADHD	ÁTLAG
1	fiú	3,636	5,125	4,381
2	lány	2	10,63	6,313
	ÁTLAG:	2,818	7,875	

Mintaszórások táblázata (Con_op)

		'DIAG' szerinti csoportok	
Index	*NEM*	*Normál fej*	*ADHD*
1	fiú	3,749	3,834
2	lány	2,966	4,179

Szóródás foka		Szórásnégyzet	F	p-érték	Omega2	Eta2_parc
NEM	1	48,912	3,574	0,064+	0,025	0,056
DIAG	1	335,149	24,492	0,000***	0,232	0,29
NEM x Diag	1	166,869	12,194	0,001***	0,111	0,169

Mind a nem szerint (F(1,60)=3,574, p=0,064), mind a diagnózis (F(1,60)=24,492, p<0,001) szerint legalább tendencia szintű az eltérés, illetve szignifkáns az interakció (F(1,60)=12,194, p<0,001).



Robosztus kétszempontos variancianalízis (Connors oppozíció)

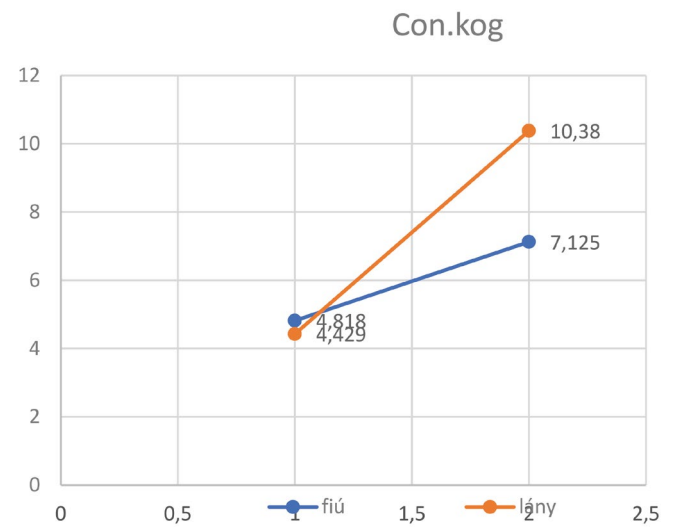
Welch-próba a NEM csoporthatás tesztelésére: F(1; 26,8) = 3,503 (p = 0,0722)+

Welch-próba a DIAG csoporthatás tesztelésére: F(1; 26,8) = 24,003 (p = 0,0000)***

Johansen-próba a NEM x DIAG interakció tesztelésére: Khi2(1) = 10,540 (p = 0,0012)**

Conners kognitív alskála

		'DIAG' szerinti csoportok		
Index	*NEM*	*Normál fej*	*ADHD*	*Átlag*
1	fiú	4,818	7,125	5,972
2	lány	4,429	10,38	7,402
	ÁTLAG:	4,623	8,75	

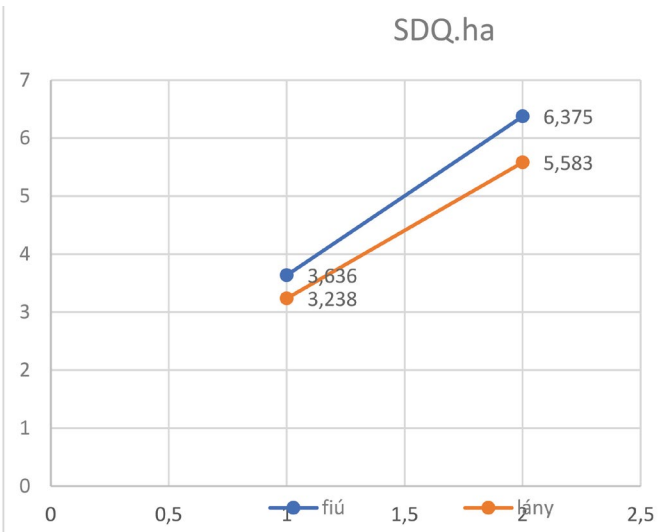


Diagnózis szerint szignifikáns eltérés van a Conners kognitív alskálában a csoportok között..(F(1,60)=11,279, p=0,001), a normál átlag 4,623, ADHD átlag 8,75.

SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire – Képességek és Nehézségek Kérdőív, a hiperaktivitás alskála

Index	NEM	Normál fej	ADHD	Átlag
1	fiú	3,636	6,375	5,006
2	lány	3,238	5,583	4,411
	ÁTLAG:	3,437	5,979	

Szóródás foka		Szórásnégyzet	F	p-érték	Omega2	Eta2_parc
NEM	1	4,639	0,928	0,339	0	0,015
DIAG	1	84,686	16,934	0,000***	0,202	0,22
NEM x Diag	1	0,507	0,101	0,751	0	0,002
Hibatag	60	5,001				



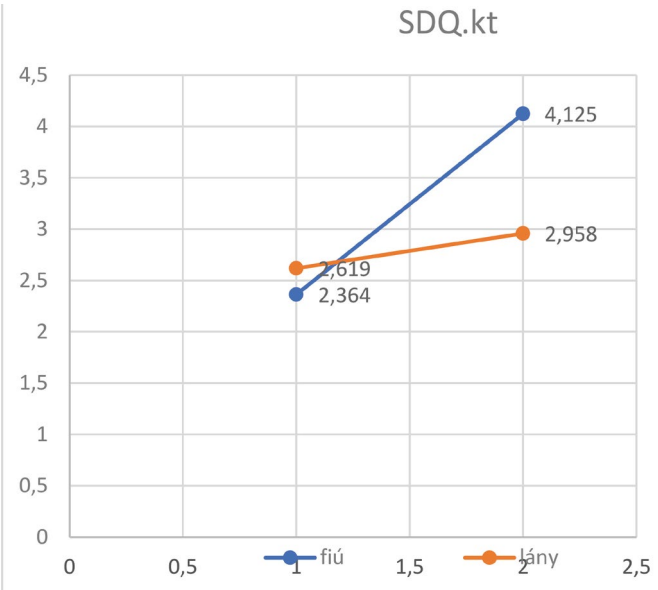
Diagnózis szerint szignifikáns eltérés mutatható ki a vizsgálati és kontroll csoportok között. (F(1,60)=16,934, p<0,001), a normál átlag 3,437, ADHD átlag 5,979.

SDQ kortárs kapcsolatok alskála

Mintaátlagok táblázata (Sdq_kt)

Index	NEM	Normál fej	ADHD	Átlag
1	fiú	2,364	4,125	3,244
2	lány	2,619	2,958	2,789
	ÁTLAG:	2,491	3,542	

Diagnózis szerint szignifikáns eltérés van a tipikus és ADHD csoport között. (F(1,60)=5,005, p=0,029), a normál átlag 2,491, ADHD átlag 3,542.



A reziliencia csoportonkénti vizsgálata az SDQ Kortárskapcsolati Problémák és a Proszociális Skála összefüggésében: SDQ Kortárskapcsolati Problémák és a Proszociális Skála alskáláiban megjelenő társas kapcsolatokra vonatkozó adatok és a reziliencia mértéke között (Dvorsky & Langberg, 2016).

Csoportonkénti Pearson-féle korrelációs együtthatók
a reziliencia és a társas összefüggések kapcsán

	A reziliencia pontszámainak az SDQ Kortárskapcsolati Problémák alskálájával való korelációja		A reziliencia pontszámainak az SDQ Proszociális Skála alskálájával való korelációja	
ADHD-s csoport	r = -0,090	p = 0,6229	r = 0,452**	p = 0,0094
Tipikusan fejlődő csoport	r = -0,136	p = 0,4574	r = 0,468**	p=0,0070

Szignifikáns korreláció csak a proszociális viselkedés kapcsán igazolódik, mégpedig pozitív összefüggés formájában, mely arra enged következtetni, hogy minél jellemzőbb a proszociális viselkedés annál magasabb a reziliencia mértéke, és fordítva. A kapott eredmény a szakirodalomi adatoknak megfelelően részben alátámasztja a hipotézist.

Mentalizáció csoportonkénti összehasonlítása

Faux Pas teszt: szignifikánsan alacsonyabban teljesítenek az ADHD diagnózissal bíró gyerekek a tipikus fejlődésmenettel rendelkezőkhöz képest.

Faux Pas teszt mutatók csoportonkénti leíró statisztikája

Változó	Tipikus fejlődésű csoport		ADHD-s csoport	
	Átlag	*Szórás*	*Átlag*	*Szórás*
Faux Pas helyes azonosítás pontszám	4,250	1,078	3,937	1,343
Faux Pas helyes eluatsítás pontszám	4,500	0,916	4,063	1,190
Faux Pas összpontszám	8,750	1,191	8,000	2,125
Faux Pas történetmegértés pontszám	9,500	1,016	8,781	1,039

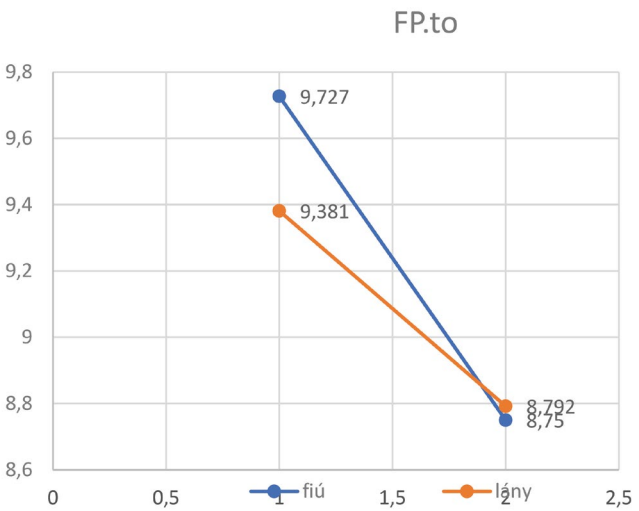
Az ADHD-s csoport minden tekintetben alacsonyabb pontszámokat ért el, mint a tipikus fejlődésű csoport, de az átlagonkénti összehasonlítás szignifikáns különbséget egyedül a történetmegértés pontszám esetében mutat. A tipikus fejlődésű csoportban a normalitás sérülése miatt (ferdeség: -3,150*** és csúcsosság: 12,193*** alapján) sztochasztikus egyenlőséget teszteltem **Mann – Whitney próba** alkalmazásával (a szóráshomogenitás az O'Brien – próba: F(1; 62,0) = 0,715 (p = 0,4011) és a Levene – próba: F(1; 62,0) = 0,066 (p = 0,7977) alapján nem sérül). A Mann – Whitney próba alapján a történetmegértési feladatban megfigyelhető különbség **szignifikáns (Z = 3,339 (p = 0,001)***),** mely eredmény a hipotézist részben igazolva Földi és mtsai. (2016) vizsgálatát erősíti meg.

Faux Pas Történetmegértés

Index	NEM	Normál fej	ADHD	Átlag
1	fiú	9,727	8,75	9,239
2	lány	9,381	8,792	9,086
	ÁTLAG:	9,554	8,771	

Varianciaanalízis összefoglaló táblázata (súlyozatlan átlagok módszere)

Szóródás foka		Szórásnégyzet	F	p-érték	Omega2	Eta2_parc
NEM	1	0,304	0,282	0,597	0	0,005
DIAG	1	8,041	7,469	0,008**	0,093	0,111
NEM x Diag	1	0,493	0,458	0,501	0	0,008
Hibatag	60	1,077				



Diagnózis szerint szignifikáns eltérés van a történetmegértés alskálában a tipikus és az ADHD csoport között. (F(1,60)=7,469, p=0,008), a normál átlag 9,554, ADHD átlag 8,771.

Összefüggést feltételezünk az SDQ Kortárs kapcsolati Problémák és a Proszociális Skála alskáláiban megjelenő társas kapcsolatokra vonatkozó adatok, illetve a mentalizációt mérő Faux Pas történetmegértés szintje között. (Banerjee és Watling, 2005; Banerjee, és mtsai, 2011).

A csoportonkénti korrelációs vizsgálat az SDQ hipotézisben megfogalmazott két alskálájának pontszámai (kortárs kapcsolati, proszociális skálák) és Faux Pas teszt mentalizációt mérő szubteszt (faux pas helyes azonosítás, faux pas helyes elutasítás, faux pas összpontszám, valamint a történetmegértés) pontszámai alapján az alábbi táblázatokon látható.

Pearson-féle korrelációs együtthatók a mentalizáció és társas összefüggések kapcsán az ADHD-s csoportban

	ADH-s csoport			
	Faux Pas helyes azonosítás	*Faux Pas helyes elutasítás*	*Faux Pas összpontszám*	*Faux Pas történetmegértés*
SDQ Kortárs – kapcsolati Problémák	r =-0,104 p = 0,5713	r = -0,153 p = 0,4020	r = -0,152 p = 0,4078	r = -0,274 p = 0,1295
SDQ Proszociális Skála	r = 0,446* p = 0,0105	r = 0,278 p = 0,1233	r = 0,437* p = 0,0123	r = 0,394* p = 0,0256

Pearson-féle korrelációs együtthatók a mentalizáció
és társas összefüggések kapcsán a tipikus fejlődésű csoportban

	ADH-s csoport			
	Faux Pas helyes azonosítás	*Faux Pas helyes elutasítás*	*Faux Pas összpontszám*	*Faux Pas történetmegértés*
SDQ Kortárs – kapcsolati Problémák	r = 0,201 p = 0,2704	r = 0,028 p = 0,8799	r = 0,203 p = ,2651	r = 0,125 p = 0,4944
SDQ Proszociális Skála	r = -0,175 p = 0,3390	r = -0,064 p = 0,7281	r =-0,207 p=0,2553	r = -0,206 p = 0,2583

A mentalizáció kapcsán szignifikáns korreláció csak az ADHD -s csoportban mutatható ki, a proszociális viselkedésre vonatkozóan.. Az összefüggés pozitív irányú, tehát minél magasabb a Proszociális Skálán elért pontszám az ADHD-val küzdő személyeknél, annál jobban teljesít a társas baklövés helyes azonosításában, az összpontszámot tekintve, illetve a Faux Pas történetmegértés dimenziójában, és fordítva; a hipotézis tehát beigazolódott.

EREDMÉNYEK ÖSSZEFOGLALÁSA

A vizsgálatunk célja, hogy az ADHD-s gyermekek és serdülők kortárs kapcsolataiban szerepet játszó tényezőket a kontroll csoporttal összevetve vizsgálja, és ennek alapján az adaptív környezeti alkalmazkodást segítő lehetőségeket állítsa a középpontba.

1. A reziliencia mértéke a vizsgálati mintában ugyan alacsonyabbnak bizonyult az ADHD-val küzdők körében, de szignifikáns összefüggés nem volt kimutatható a tipikus fejlődésű és az ADHD-val diagnosztizált csoport között.
2. A **Conners Gyermekviselkedés Kérdőív** tanári, illetve szülői változatának eredményei azt igazolják, hogy a tünetek erőssége,- különös tekintettel az externalizációs tüneteket jelző oppozíció és a szociális kognició tekintetében- szignifikáns kapcsolat van az ADHD-s és a kontroll csoport között, mely előrevetíti, az ADHD esetén a korábbi kutatásokkal megegyezően a kortárs kapcsolati nehézségeket.
3. Az eredmények szerint az SDQ alskálái közül a hiperaktív, és a kortárs kapcsolatok alskáláiban mutatható ki szignifikáns különbség. A reziliencia csoportonkénti vizsgálata során az SDQ Kortárskapcsolati Problémák és a Proszociális Skála összefüggésében találhatunk kapcsolatot. SDQ Kortárskapcsolati Problémák és a Proszociális Skála alskáláiban megjelenő társas kapcsolatokra vonatkozó adatok és a reziliencia mértéke közötti összefüggés csak a proszociális viselkedés kapcsán igazolódik. Mégpe-

dig pozitív összefüggés formájában, mely arra enged következtetni, hogy minél jellemzőbb a proszociális viselkedés, annál magasabb a reziliencia mértéke, és fordítva

4. A mentalizáció (Faux Pas) csoportonkénti összehasonlítása azt jelzi, hogy alacsonyabban teljesítenek az ADHD diagnózissal bíró gyerekek a kontroll csoporthoz képest, és a diagnózis szerint szignifikáns eltérés van a történetmegértés alskálában a tipikus és az ADHD csoport között. A mentalizációs képességet mérő Faux Pas teszt mutatói közül csak a történetmegértés dimenzió bizonyult szignifikánsan alacsonyabbnak az ADHD-sok körében a tipikus fejlődésmenetű csoporthoz képest. A Faux Pas teszt a helyes azonosítás, az összpontszám és a történetmegértés dimenzióiban mutat pozitív összefüggést a proszociális viselkedéssel az ADHD -s csoportban, míg a tipikusan fejlődő csoportban összefüggés nem mutatható ki.
5. SDQ Kortárs kapcsolati Problémák és a Proszociális Skála alskáláiban megjelenő társas kapcsolatokra vonatkozó adatok, illetve a mentalizációt mérő Faux Pas történetmegértés szintje között azt találtuk, hogy a SDQ alskálái közül a hiperaktív, az érzelmi és a viselkedéses problémák tünetei, és a proszociális viselkedést jelző alskálák pontszáma korrelál a CD – RISK skálán mért összpontszámmal a tipikusan fejlődő csoportban. Az ADHD-s csoportban a proszociális skála mutat csak összefüggést.

DISZKUSSZIÓ

Ahogy a szakirodalom áttekintése során már említésre került az ADHD diagnózissal bíró gyermekek és felnőttek az életminőség tekintetében alacsonyabb mutatókkal bírnak, mint az egészséges személyek, sőt még más mentális zavarral küzdők között is egyedül a szorongásos, illetve depressziós zavarral élő személyekkel összehasonlítva találták magasabbnak az ADHD- val küzdők életminőségét. (Velő és munkatársai, 2013). A funkcióromlás/éretlenség ugyan okoz iskolai teljesítménybeli és kortárs kapcsolati nehézségeket, ennek ellenére a figyelemhiányos hiperaktivitás zavarral élők megközelítőleg 20 %-a jól alkalmazkodik, és az ADHD a tüneti megjelenés ellenére náluk nem jár funkcióromlással társas, érzelmi és iskolai teljesítmény terén. Mivel a serdülő kor életkor specifikus feladata a személyes identitás kialakítása melyben, a kortárs kapcsolatok vezető szerepet töltenek be, fontos, hogy azok a dimenziók feltárásra kerüljenek, melyek a megfelelő alkalmazkodást elősegítik, mint a lelki ellenállóképesség és a mentalizáció. Ilyen a rezlienciával és a mentalizációval összefüggő faktorok lehetnek gyermekkorban a kompetens és törődő felnőttekkel való kapcsolat, a kognitív és szelfregulációs képesség, a belső kontroll, az empátia, az optimizmus, a pozitív énkép.

További kutatási feladat lehet, annak pontosítása, hogy az alacsonyabb szintű reziliencia milyen módon függ össze az ADHD tüneteivel, és a kórképpel járó funkciógyengeségekkel, hogy van-e esetleg mediáló szerepe, a tüneti nehézségekhez való sikeres alkalmazkodásban? Erre hívja fel a figyelmet Shi és munkatársainak (2018) vizsgálata mely a reziliencia ilyen jellegű mediáló szerepét hangsúlyozza a figyelmi nehézségek és az életminőség romlása között.

IRODALOMJEGYZÉK

Balázs, J. (2017). *Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve A hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórismézéséről, kezeléséről és gondozásáról.* A Pszichiátriai Szakmai Kollégium. Letöltve: http://www.magyipett.hu/files/file/iranyelvek/PSZICH-ADHD.pdf , 2019. 09.01.

Banerjee, R. & Watling, D. (2005). Children's understanding of Faux Pas : Accosiations with peer relations. *Hellenic Journal of Psychology: Special Issue of Theory of Mind*. 2, 27-45.

Banerjee, R. és mtsai. (2011). Peer Relations and the Understanding of Faux Pas: Longitudinal Evidence for Bidirectional Associations. *Child Development*. 82(6), 1887–1905.

Baron-Cohen, S. és mtsai. (1999). Recognition of Faux Pas by Normally Developing Children and Children with Asperger Syndrome or High-Functioning Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 29(5), 407-418.

Birkás, E. és mtsai. (2008). Gyermekkori viselkedési problémák felismerésének lehetõségei rövid kérdõívekkel: A Strengths and Difficulties Questionnaire magyar változata. *Psychiatria Hungarica*. 23, 358–365.

Bitter, I. és mtsai.(2010). How do different diagnostic criteria, age and gender affect the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in adults? An epidemiological study in a Hungarian community sample. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience,* 260, 287 – 296.

Benyák, A. (2007). *A hiperaktivitás tényezőinek vizsgálata alsó tagozatos tanulóknál.* Doktori (PhD) értekezés. Letöltve: https://dea.lib.unideb.hu/dea/bitstream/handle/2437/55266/benyak_aniko_tezisfuzet_magyar.pdf?sequence=8&isAllowed=y , 2019.09.29.

Braaten, E.B., Rosen, L.A.(2000). Self-regulation of affection in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and non-ADHD boys: differences in empathic responding. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68 (2), 313–321.

Conners, C.K. és mtsai. (1998). Revision and Restandardization of the Conners Teacher Rating Scale (CTRS-R): Factor Structure, Reliability, and Criterion Validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(4), 279-291.

Connor, K. M., Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety,* 18(2), 76–82.

Csiky, M.(2015). *A hiperaktivitás és figyelemzavar tünetegyüttes képének alakulása a különböző életkorokban. A beavatkozás lehetőségei.* Letöltve: http://www.adhd-magyarorszag.com/akos/csikim.pdf, 2018.05.10.

Dallos, Gy. (2015). *Gyermekpszichiátriai kórképek vizsgálata: Az életminőség és az ADHD vizsgálata*. Doktori értekezés. Letöltve: https://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/3875/dallosgyongyver.d_DOIs.pdf?sequence=1 , 2019.09.29.

Dallos, Gy. és mtsai. (2014). Self- and Parent-Rated Quality of Life of a Treatment Naïve Sample of Children With ADHD: The Impact of Age, Gender, Type of ADHD, and Comorbid Psychiatric Conditions According to Both a Categorical and a Dimensional Approach. *Journal of Attention Disorders,* 1 –10.

de Boo, G.,M. és Prins, P.,J.,M. (2007). Social incompetence in children with ADHD: possible moderators and mediators in social-skills training. *Clinical Psychology Review*. 27, 78 –97.

Deschapmps, P.K.H. és mtsai. (2014). Empathy and prosocial behavior in response to sadness and distress in 6- to 7-year olds diagnosed with disruptive behavior disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. Europeana Child and Adolescence Psychiatry. 24(1):105-13.

Dvorsky, M.R. & Langberg, J.M. (2016). A Review of Factors that Promote Resilience in Youth with ADHD and ADHD Symptoms. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 19, 368–391.

Fónagy, P. és mtsai. (1994). The Emmanuel Miller Memorial Lecture 1992: The Theory and Practice os Resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 35(2), 231-257.

Fónagy, P. & Bateman, A.W. (2016). Adversity, Attachemnet, and mentalizing. *Comprehensive Psychiatry*. 64, 59-66.

Fónagy, P. & Target, M. (1998). A kötődés és a reflektív funkciók szerepe a szelf fejlődésében. *Thalassa*, 9(1), 5-43.

Földi, R.(2004). *Hiperaktivitás és tanulási zavarok*. Budapest: Comenius Kiadó KFT.

Földi, R. és mtsai.(2016). Végrehajtó funkciók és mentalizáció vizsgálata ADHD-val diagnosztizált gyermekeknél. Múlt És Jelen Összeér. *A Magyar Pszichológiai Társaság Xxv. Jubileumi Országos Tudományos Nagygyűlése. Kivonatkötet*. 255-256.

Gál, Z. (2015). *A tudatelmélet életkori különbségei, kapcsolata a munkamemória kapacitással és a társas pozícióval*. PhD-értekezés. Letöltve: http://doktori.bibl.u-szeged.hu/2905/19/Disszertacio_Gal_Zita.pdf , 2018.12.12.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.

Herold, R. (2004). *Mentalizációs deficit szkizofréniában*. Doktori (PhD) értekezés. Letöltve: http://aok.pte.hu/docs/phd/file/dolgozatok/2005/Herold_Robert_PhD_dolgozat.pdf, 2018.05.12.

Járai, R. és mtsai. (2015). A Connor–Davidson Reziliencia kérdőív 10 itemes változatának jellemzői. *Alkalmazott pszichológia*. 15(1), 129–136.

Kooij, J.J.S. és mtsai. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*. 56, 14–34.

Kövesdi, A. (2018). A személyiségfaktorok és a reziliencia összefüggése az anorexia nervosaban. *Psychologia Hungarica*. 6(1), 7–22.

Maoz, H. és mtsai. (2017). Theory of Mind and Empathy in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 1 –8

Marton, I. és mtsai. (2009). Empathy and social perspective taking in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 37 (1), 107–118.

Masten, A.S. (2001). Ordinary Magic. Resilience Processes in Development. *American Psychologist*. 56(3), 227-238.

McKenzie, G. (2018). Building Resilience among Children and Youth with ADHD through Identifying and Developing Protective Factors in Academic, Interpersonal and Cognitive Domains. *Journal of Adhd and Care*. 1(1), 14-31.

Nussbaum, A. M. (2013). *A DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó.

Obioha, O. és mtsai (2017). Decreased Faux Pas Recognition and Parental Underestimation of Social Deficits in ADHD Children: A Pilot Study. *Research Journal of Clinical Pediatrics*. 1(2), 1-3.

Perczel-Forintos, D. (2018). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest: Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió.

Perroud, N. és mtsai. (2017). Mentalization in adults with attention deficit hyperactivity disorder: Comparison with controls and patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*. 256, 334–341.

Pineda-Alhucema, W. és mtsai. (2018). Executive Function and Theory of Mind in Children with ADHD: a Systematic Review. *Neuropsychology Review*. 28(3):341-358.

Regalla, M. A. és mtsai. (2015). Attention deficit hyperactivity disorder is an independent risk factor for lower resilience in adolescents: a pilot study. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. 37(3) – 157-160.

Schei, J. és mtsai. (2015). Improved quality of life among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder is mediated by protective factors: a cross sectional survey. *BMC Psychiatry*.15:108

Shi, M. és mtsai. (2018). Associations between symptoms of attention-deficit/ hyperactivity disorder and life satisfaction in medical students: the mediating effect of resilience. *BMC Medical Education*. 18, 164.

Simon, V. és mtsai. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 194, 204–211.

Somogyi,K., Máté, O. & Miklósi, M.(2015). Felnőttkori figyelemhiányos hiperaktivitás zavar és szülőség: szakirodalmi összefoglaló. *Magyar Pszichológiai Szemle*,70,3/7, 617–632.

Sonuga-Barke, E.J.S. (2002). Psychological heterogeneity in AD/HD—a dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural Brain Research*. 130, 29–36.

Szabó, D. F. (2017). A reziliencia értelmezésének lehetőségei: kihívások és nehézségek. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 72(2/6), 247–262.

Szuromi, B. (2013). *A felnőttkori figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (ADHD) klinikai, neuropszichológiai és elektrofiziológiai jellemzőinek vizsgálata*. Doktori értekezés. Letöltve: https://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/1141/szuromibalint.DOIs.pdf?sequence=1, 2019.10.24.

Turi, E. és mtsai. (2014). A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ) validálása serdülőkorú klinikai populációban. *Psychiatria Hungarica*. 28 (2):165-179.

Vannest, K.J. és mtsai. (2019). Self-report Measures of Resilience in Children and Youth. *Contemporary School Psychology*. 1-10.

Velő, Sz. és mtsai.(2013). Figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar diagnózisú gyermekek és felnőttek életminősége: az elmúlt öt év vizsgálatainak szisztematikus áttekintő tanulmánya. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, XV(2), 73-82

THE RELATIONSHIP BETWEEN MENTALISATION AND RESILIENCE IN TYPICALLY DEVELOPING CHILDREN AND ADOLESCENTS AND CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ADHD

F. Földi R, Németh Kata, Takács Szabolcs,
Hadházi Éva, Törő Krisztina, Csikós Gábor, Kövesdi Andrea

Abstract

Even internationally, ADHD is the most frequently diagnosed neuropsychiatric disorder in children and adolescents, which influences quality of life. However, 20 % of those struggling with ADHD are successful in all walks of life. The focus of our test was resilience - helping successful adaptation and the mentalisation ability linked to social difficulties. The objective of the test is to identify the anomalies between groups of children and adolescents with ADHD and typically developing children and adolescents from the following perspectives: the link between the intensity of the symptoms, their mentalisation abilities and psychological resilience abilities. In the test, we examined the relationship between the variants of the following questionnaires: CD-RISK Resilience survey, (Connor and Davidson, 2003; Járai et al, 2015),(Faux Pas test (Baron-Cohen et al, 1999) the Conners Child Behaviour and Parent variation / Teachers's variation (Conners et al., 1998; Perczel-Forintos, 2018) and the SDQ questionnaire (SDQ (Strength and Difficulties Survey) Methods: non-invasive cross-section test on a 64 clinical and (32 subjects with ADHD) and non-clinical (32 typically developing subjects) sample of children (9-16 yrs). Depending on the intensity of the symptoms, we found differences between the typically developing and the ADHD group in all tests used. From the SDQ subscales, the hyperactive and the symptoms of emotional and behavioural problems and the scores of the subscales indicating pro-social beahviour correlates with the overall score measured on the CD-RISK scale in the typically developing group. While in the ADHD group, the prosocial scale indicates a relationship with the CD-RISK scale. In case of the Faux Pas test, the story comprehension dimension was significantly lower in the ADHD group. The Faux Pas test shows positive relationship regarding „correct identification", „overall score" and „story comprehension" with the prosocial behaviour in the ADHD group. According to our results, prosocial behaviour may be present as a protective factor enhancing a higher level operation of resilience. Based on the professional literature available and our test, we suppose that the protective factor linked to resilience is a characteristic of the individual or the environment which predicts the positive outcome of a threatening situation even during the appearance of risk factors. (Masten, 2001).

Keywords: ADHD ▪ attention-deficit hyperactivity disorder ▪ deterioration of functions ▪ quality of life ▪ resilience ▪ social difficulties ▪ mentalization ▪ CD-RISK ▪ Faux Pas ▪ SDQ ▪ Conners CBRS (Conners Comprehensive Behavior Survey)

INTRODUCTION

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) – inattention hyperactivity disorder, the disorder of behavior, attention, thought and emotional control is the most frequently diagnosed neuropsychiatrical disorder diagnosed in

childhood and adolescence. (Csiky, 2015; Somogyi, Máté and Miklósi, 2015; Kooij et al., 2019). The disorder potentially influences school performance, social adaptation and the future quality of life of the diagnosed individual. Based on the DSM-5 (Nussbaum, 2013) to make a diagnosis, 6 or more symptoms (5 symptoms above the age of 17) from at least one of the attention disorder, hyperactivity-impulsivity symptoms groups should prevail for at least 6 months in at least two real-life situations:

THE EXECUTIVE FUNCTIONS IN FOCUS

Numerous neuropsychological tests proves the deficits of ADHD children in the field of attention, executive functions and memory. Several researches emphasize the damage of the executive functions linked to the operation of the prefrontal lobe, as one of the major risk factors of ADHD (Balázs, 2017.; Kooij et al., 2019). According to the results of the latest comprehensive tests the structural deformations of the brain are more prominent in children, but can be hardly detected by adulthood (Kooij et al., 2019). The executive operation makes the difficult: self-regulation, behavior planning and organisation, goal-oriented thinking, execution of goal-directed movements, response inhibition and working memory disorder, focusing and attentional control. (Csiky, 2015; Kooij et al., 2019, Somogyi, Máté and Miklósi, 2015, Földi-Ujlaky 2014). However, these deficits are not specific: the disfunctionality of the motivational and activational system, the increased reward-sensitivity, procrastination and due to the problems of processing aversive feedback, self-motivation, self-monitoring may become damaged. All in all they influence flexible adaptation (Csiky, 2015; Sonuga – Barke, 2002 in: Somogyi, Máté and Miklósi, 2015).

Although, most children diagnosed with ADHD struggle with different levels of emotional, behavioral, social and school performance difficulties, the tests show that almost 20% of children with ADHD adapts well and despite the appearance of the symptoms ADHD, it doesn't result in functional deterioration in the field of social, emotional and school performance. Another 20% performs poorly, while 60% performs moderately in these fields (Regalla et al, 2015). *Inter alia*, this phenomenon provides the basis for the tests researching the links between ADHD and resilience. (Dvorsky & Langberg, 2016; Mackenzie, 2017; Regalla et al., 2015; Schei et al., 2018; Shi et al., 2018)

ADHD AND SOCIAL DIFFICULTIES

In ADHD, one area influencing the quality of life – often accompanied with functional deterioration – effects social relationships because children with

ADHD very often struggle with problems in their peer-relationships and often suffer from peer-rejection or experience social isolation in everyday life. (de Boo and Prins, 2007).

Regarding people with ADHD, several researches serve with persuading evidence in the field of social cognition. The inattention symptoms of ADHD show a relationship to the deficits of emotional recognition; it seems that in case of both children and adults with ADHD negative feelings are the biggest obstacle in recognizing emotions (Perroud et al., 2017). According to the researchers of this field, the attentional difficulties play a role in the deviations of empathy skills; the difficulty of sustaining attention may create problems during interaction to understand the feeling of others and showing compassion to other people's perspective (Braaten és Rosen, 2000; Marton et al., 2009; Perroud et al., 2017).

Deschamps et al (2014) examined empathic ability and prosocial behavior linked to empathy (e.g. offering help, sharing, comforting others) in children (6-7 yrs) with disruptive behaviour disorder and ADHD. In children with ADHD also showing symptoms of disruptive behavior, prosocial behavior linked to empathy was less common.

According to the professional literature available, it may be supposed that deficiency in empathy and social cognition disorder, which were diagnosed in people with ADHD, apart from the attentional disorders, may originate from the damage of the executive functions and the deficits of mentalisation ability –. (Maoz et al., 2017; Perroud et al., 2017; Pineda-Alhucem et al., 2018).

MENTALISATION

According to Fónagy and Target (1998), reflective function is the ability of a person to react not only to another person's superficial behavior but also to our own ideas of the other person's thoughts, feelings, desires and plans depending on the mental states. Reflective function is a multi-dimensional concept, which partly overlaps with narrowly-defined social cognitive phenomena like empathy or theory of mind. However, in an interpersonal context, the notion of reflective function text aims at seizing the complexity of the emotional and cognitive features of how we think about ourselves and others. (Perroud et al., 2017) Basically, Fónagy and Target (1998) calls this reflective function as mentalisation ability, which makes us possible to „read" other people's thoughts, the understanding of mental states, which aids the understanding of other people's behavior, thus enhancing adaptive behavior in interpersonal situations. Mentalisation ability plays a huge role when cooperating with or empathizing with others; to influence or deceive others, to understand the body language and to predict the behaviour of other's (Gál, 2015; Herold, 2004). The concept can be described as a social-cognitive ability; it is the basis of emotional control,

impulse control and self-monitoring. It is an extremely important ability of social adaptation: early social stimulus and interaction play an important role in its evolution and development (Fónagy és Target, 1998; Gál, 2015). According to Fónagy and Target (1998) the learning of mentalisation is part of the intersubjective process between the newborn baby and his/her carer. During this process, the child begins to interpret his/her own actions and that of others by interpreting desires and emotional states. In their view, one potential mediator of the development of mentalisation ability is peer-interaction. Peer interaction increases the chance of having to imagine, simulate what the child would think, feel or see if he/she were in the other child's shoes.

The results of research carried out in the last decades may conclude that in social interactions, children with a higher level mentalisation ability are more successful than children with a lower level mentalisation ability. However, the findings are contradictory: according to the tests, the occurences can be shown very poorly or moderately and the cause and effect relationships lack clarity (Gál, 2015). The results of tests on school bullying show that certain children use their well-performing theory of mind ability for antisocial intentions. Obviously, this cannot be evaluated as successful peer interaction. (Slaughter and Repacholi, 2003; Sutton, 2003 in: Gál, 2015).

Among the tests, a longitudinal study of Banerjee and Watling (2005) can be emphasized. It measured the theory of mind ability of children by the Faux Pas test detecting social blunders. The results of the test was related to the sociometric position of the child in a sample of 308. The results demonstrate that the children who received more negative sociometric nominations from their peers, reached lower results on the Faux Pas test, too. Researchers found that the presence of strong negative social relationships predict the occuring difficulties in the Faux Pas situation much more than the lack of highly positive relationships. The relationships appeared more strongly in the older age-group (8-9yrs), while this could not be detected in the age group (5-6 yrs) as they are not expected to understand Faux Pas. The work of the authors carried out in 2011 shows the 24-month follow-on test of the children: the performance of the Faux Pas test was compared with the degree of peer rejection measured in the sociometry. The average of the Faux Pas performance showed a steady increase in proportion to age. Peer-rejection at the age of 7 successfully predicts the lower level Faux Pas understanding at the age of 8. The same correlation was identified in peer-rejection at the age of 9 and the Faux Pas comprehension at the age of 10. Furthermore, the higher level Faux Pas comprehension measured at the age of 9 corresponded with peer acceptance at the age of 10. The lower level Faux Pas comprehension at the age of 10 successfully predicted the peer-rejection at the age of 11 in the sociometry test. The results clearly indicate that peer rejection hinders the successful learning of Faux Pas comprehension in an age when it should show a typically increasing tendency. (Banerjee, et al., 2011).

MENTALISATION AND ADHD

According to professional publications, presumably, hyperactivity can be linked to lower level mentalisation processes, which could influence social adaptation, among others (Földi and others., 2016). Tests related to mentalisation showed the damage of mentalisation abilites and its links to social relationships in people with autism spectrum disorder (Banerjee et al., 2005). Further research show mentalisation deficits in case of Williams syndrome, bipolar affective disorder, antisocial and borderline personality disorder, certain type of dementia cases and also in ADHD (Herold, 2004).

According to Fónagy and Target (1998) biology-based disorders like hyperactivity, attention problems, low impulse control, most probably hinder the child to create a mentalisation reflective model in a conflict-related social interaction. The authors believe that this could be the reason that aggressive behaviour problems are often accompanied by hyperactivity and attention difficulties.

Perroud and his associates (2017) examined mentalisation abilities in adults diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder, comparing them with *without disease* and borderline personality disorder control groups. In their test, the Reflective Function Questionnaire (RFQ) was used. N = 101 subjects with ADHD (41 women, 60 men) took part in the research. The results show that their score in the mentalisation questionnaire are in-between the *without disease* and borderline personality disorder control groups. The scores showed negative correlation with the severeness of the ADHD symptoms and within the ADHD group the test people demonstrating impulsivity and anger-management difficulties scored significantly lower on the test. Finally, the conlusion had been reached that based on the mental state and insecurity of the other individual when it comes to understanding another individual, the ADHD group can be significantly separated from the other two control groups. Researchers have concluded that the results suggest that the test individuals with ADHD do not think about their own or other's mental state often when trying to understand them.

Pineda-Alhucema et al (2018) processed the results of the researches in a systematic comprehensive study which examined the connections of the executive functions and theory of mind abilities of children with ADHD in the light of social function deterioration. Only 2 out of 8 tests didn't show any significant relationships. In case of ADHD, from the group of executive functions, the theory of mind/mentalisation abilities showed relationship with the inhibitive functions, working memory and cognitive flexibility. According to the authors, the adequate operation of the inhibitory functions is indispensable for the control of cognitive and emotional processes which play a role in producing an adequate response in situations that involve planning, decision-making, solving

a problem, self-control and emotional control. In several studies, attention also showed relationship with theory of mind operation. However, on the whole, despite the obvious connection between executive functions and the theory of mind operation, the reviewed tests showed poor or moderate connections in people with ADHD examining them in the context of social difficulties.

In an earlier research (Földi et al, 2016) we examined the connection between the executive functions and mentalisation abilities of children with ADHD. The preliminary idea of the test was that the more severe the symptoms connected to hyperactivity (attention deficit, impulsivity) are and the more the child's environment can detect these symptoms, the more deficit will appear in the mentalisation processes of the child. N= 31 children (12-17yrs) diagnosed with hyperactivity and similar number and age-group of typically developing children as a control group took part in the test. After comparing the averages of the two groups, we received significant results in the averages of the subscales of the SDQ test examining peer-relations. The comparison of the story comprehension averages reached in the Faux Pas test showed a tendency level difference. The control group was less apt to commit the so-called social blunder.

Obioha et al (2017) also examined the mentalisation ability of children and adolescents with ADHD in and around New York with the Baron-Cohen modified Faux Pas test. Children with ADHD scored significantly lower in the Faux Pas test. In terms of age group, 7-8 year old children performed significantly lower in the Faux Pas test.

MENTALISATION AND RESILIENCE

Despite the fact, that it is apparent from the above mentioned that the concepts of mentalisation and resilience overlap in certain areas, professional literature contains very little information about the potential relationship between the operation of the theory of mind and resilience. Fónagy et al (1994) describe in their study that extreme jeopardizing experiences can be inhibitory to the operation of the reflective functions. Therefore the person may become vulnerable in all interactions which require the judgement of his/her own mental state or that of the other person. People with high-order mentalisation abilities are supposedly more resilient to stressful conditions (Fónagy and Bateman, 2016). However, looking through the professional literature, I couldn't detect any empirical evidence regarding the relationship between mentalisation and resilience.

THE OBJECTIVE OF THE TEST

The research is the work of the Developmental Psychology Research Group (Resilience Development – Positive Research Group) of the Institute of Psychology, Károli Gáspár Reformed University. The research does not involve treatment, has an ETT TUKEB permission, (Permission number: 19024-2/2019/EKU).

The objective of the test is to examine the factors playing a role in the peer relations of children and adolescents with ADHD compared to the control group and based on this to put a spotlight on the possibilities supporting adaptive environmental adaptation.

SAMPLE

The experiment involved children (9-16 yrs) with ADHD and the control group consisting of typically developing, *without disease* children and adolescents of a similar age group. Both in the treatment group and the control group, the experiments were carried out with the approval of the Head of Institutes and the written approval of the parents. Data collection was carried out face-to-face.

The members of the ADHD group were specifically chosen based on the (psychology) documentation of their school, selected by the diagnosis specifically with the professional help of the Institution. The formation of the controll group adjusted to the headcount of the ADHD group was done by excluding any psychiatric diagnosis. 83 test persons, 41 diagnosed with ADHD and 42 typically developing children and adolescents participated in the test, which resulted as follows after data cleaning (partially missing data):

Group with ADHD n=32 children (8 girls, 27 boys, mean age:12,8 years)

Typically developing control group: n=32 children (14 girls, 21 boys, mean age:12,91)

HYPOTHESES

1. Children and adolescents diagnosed with ADHD scored lower in the total score in the CD-RISK (resilience) test than the controll group. (Dvorsky & Langberg, 2016; Mackenzie, 2017; Regalla et al., 2015; Shi et al., 2018).
2. Based on the severity of the externalisation symptoms of ADHD, we supposed significant difference in the Opposition, Cognitive subscales of the Conners Child Behavior Survey, which influence the social situations and interactions effecting the formation of peer relations. (Braaten and Rosen, 2000; Marton et al., 2009; Perroud et al., 2017).

3. We suppose that there is a correlation between the data of the subscales of the SDQ Peer-relation Problem and the Prosocial Scale appearing in social relations and the degree of resilience. (Dvorsky & Langberg, 2016).
4. People with ADHD demonstrate significantly lower performance compared with typically developing people in the Faux Pas test indicating mentalisation, primarily in the comprehension of social situations (story comprehension). (Földi et al., 2016; Perroud et al., 2017; Pineda-Alhucema et al., 2018; Obioha et al., 2017)
5. We suppose that there is a correlation between the data of social relations appearing in the subscales of the SDQ Peer relation Problems and Prosocial scales and the level of story comprehension measured in the Faux Pas test measuring mentalisation. (Banerjee and Watling, 2005; Banerjee, et al, 2011).

TEST INSTRUMENTS

– **Conners Child Behavior Survey** teacher and parent version, (Conners et al., 1998; Perczel-Forintos, 2018)

  The teacher and parent versions of the survey have been used by professionals for decades. They consists of items describing behavioural traits (externalisational symptoms).

  With the help of the survey, the parent and the teacher of the child indicates the behavioural features on a four-level scale (Benyák, 2007). Using the teacher's version is extremely important in the clinical practice in order to derive measurable information according to the ADHD diagnostic criterion to show that the symptoms appear in the school, as well.

  The survey has Oppositional, Cognitive, Hyperactive subscales and an ADHD index which does not qualify as a subscale (Conners et al., 1998).

– **SDQ** (Strengths and Difficulties Survey–Abilities and Difficulties Questionnaire) – paper and pencil version. The short Abilities and Difficulties Questionnaire can be filled in by parents, children, teachers alike to examine and diagnose behavioural problems and mental disorders in childhood. In many countries of the world, the survey is used as part of the clinical examination, a measure for treatment effect and as a research tool. The survey was created by Goodman (1997). The parent and teacher version can be applied from the age of 4 and from the age of 11 it can be filled in on your own. The SDQ differs from other similar measuring tools in the following way: it presents an overview on the child's behavior and potential difficulties by composing the majority of the other items in a positive way and by measuring the children's strengths, abilities and prosocial behaviour in the subscales. The items are marked on a 3-level scale (Turi et al., 2014). The survey includes an Overall Problems Scale,

and Emotional Symptoms, Behavior problems, Hypeactivity, Peer-relations and Prosocial subscales. (Turi et al., 2014).

- **CD-RISK 10-item Resilience Survey** is originally a 25-item measuring tool developed by Connor and Davidson to measure emotional resilience. The results of the authors raised numerous methodological issues which gave reason for further testing. In the later tests, the authors worked with a 10-item set of questions, which show more stable psychometrical characteristics according to the results (Járai et al, 2015; Kövesdi, 2018). The Hungarian CD–RISK used the 25-item version of the original English survey to choose the 10 item included in the test. According to the results, the new survey has adequate psychometric characteristics, high validity and reliability; therefore it is a suitable and reliable tool for measuring reliablity. The test participants must indicate their answers on a 1-5 scale (0 – not true at all, 1 – rarely true, 2 – moderately true, 3 – often true, 4 – almost always true) (Járai et al, 2015).
- **Faux Pas (Baron-Cohen et al., 1999)** The Faux Pas test is a theory of mind measuring tool based on testing the phenomenon of false beliefs. There is a child and an adult version (Baron-Cohen et al., 1999) available. The test is capable of examining the explicit, verbalised theory of mind operation/mentalisation in a population of school children; it measures the understanding of both the cognitive and the affective mental states. (Gál, 2015). The objective of the test is the correct recognition of the „the Faux Pas" a 'slip of the tongue' in a social situation listening to short stories. Besides, the stories containing the 5 social blunders, the test also contains 5 control stories, where the task is the rejection of the „Faux Pas" as they do not include any social blunders. When understanding the social blunder, the participant must recognize that there is a (cognitive) difference between the knowledge of the characters and that the blunder was followed by a negative emotion (affective). In case of typical development, the recognition of the Faux Pas evolves around the age of 9-11 (Stone, Baron-Cohen and Knight, 1998; Baron-Cohen et al, 1999 in: Gál, 2015)

RESULTS

The statistical probes were carried out by the ROPstat program package. ROPstat is a statistical program package which includes the complete collection of the standard one-variant methods and also provides a wide scope of robust techniques and rich analyses with ordinal scale variants. ROPstat devotes speical attention to pattern-recognition procedures. (Authors of ROPstat: Prof. Dr. Vargha András, Bánsági Péter Consultant: Prof. Dr. Lars R. Bergman, Stockholm University)

Connor – Davidson Resilience Survey (CD – RISK)

Comparison of 2-variant independent samples according to SEX and development categories.

n=64

Table of sample elements

	SEX	**Groups according to ‚DIAG'**		
Index	*group*	*typically developing*	*ADHD*	*TOTAL*
1	boy	11	8	19
2	girl	21	24	45
	TOTAL	32	32	64

Table of Sample Means (CD – RISK)

Index	*SEX*	*typically developing*	*ADHD*	*MEAN*
1	fiú	28,55	24,5	26,52
2	lány	24,57	23,29	23,93
	AVERAGE:	26,56	23,9	

Summary of variant analysis (unweighted-means analysis)

Degree of freedom		**Standard deviation**	**F**	**p-value**	**Omega2**	**Eta2_parc**
SEX	1	87,999	1,697	0,198	0,011	0,028
DIAG	1	92,917	1,792	0,186	0,012	0,029
SEX x Diag	1	25,063	0,483	0,49	0	0,008
Error	60	51,847				

Typically developing group averages according to SEX and development categories: Boys =28,55, Girls=24,57. The average of ADHD groups show a difference – Boys = 24,5, Girls= 23,29 compared to the typically developing groups, but this is not a significant difference between the groups.

Results of the Conners Child Behaviour Survey

Conners opposition subscale

Table of SAMPLE MEANS (Con_op)

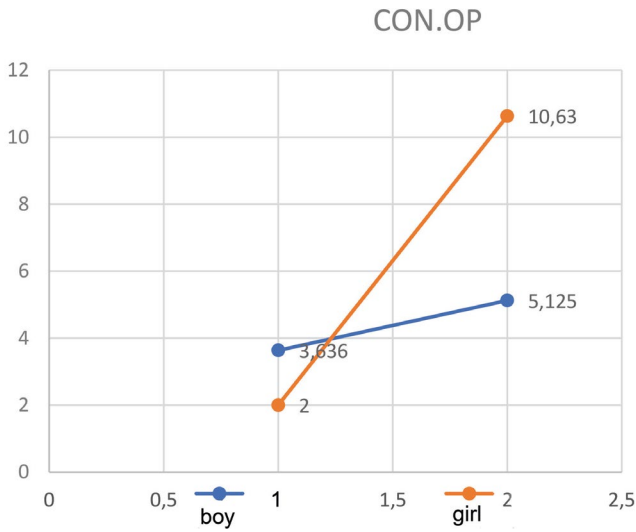
Index	SEX	typically developing	ADHD	Mean
1	boy	3,636	5,125	4,381
2	girl	2	10,63	6,313
	Mean:	2,818	7,875	

Table of STANDARD DEVIATION (Con_op)

		Groups according to 'DIAG'	
Index	*SEX*	*typically developing*	*ADHD*
1	boy	3,749	3,834
2	girl	2,966	4,179

Degree of	freedom	Standard deviation	F	p-value	Omega2	Eta2_parc
NEM	1	48,912	3,574	0,064+	0,025	0,056
DIAG	1	335,149	24,492	0,000***	0,232	0,29
NEM x Diag	1	166,869	12,194	0,001***	0,111	0,169

Both according to sex ($F(1,60)=3,574$, $p=0,064$) and diagnosis ($F(1,60)=24,492$, $p<0,001$), the difference shows at least a tendency level, and the interaction is significant ($F(1,60)=12,194$, $p<0,001$).



Robust two-way analysis of variance (Connors opposition)

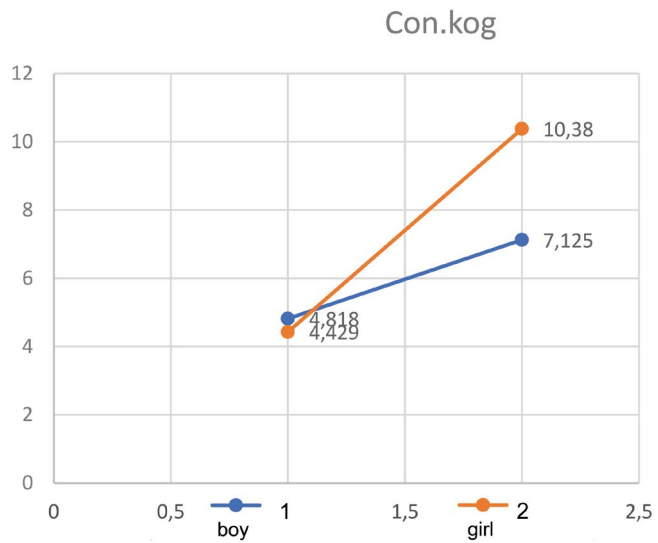
Welch-probe to test the SEX group effect: F(1; 26,8) = 3,503 (p = 0,0722)+

Welch-probe to test DIAG group effect: F(1; 26,8) = 24,003 (p = 0,0000)***

Johansen-probe to test SEX x DIAG interaction: Khi2(1) = 10,540 (p = 0,0012)**

Conners cognitive subscale

		Groups accordig to 'DIAG'		
Index	*SEX*	*typically developing*	*ADHD*	*MEAN*
1	Boy	4,818	7,125	5,972
2	Girl	4,429	10,38	7,402
	AVERAGE:	4,623	8,75	

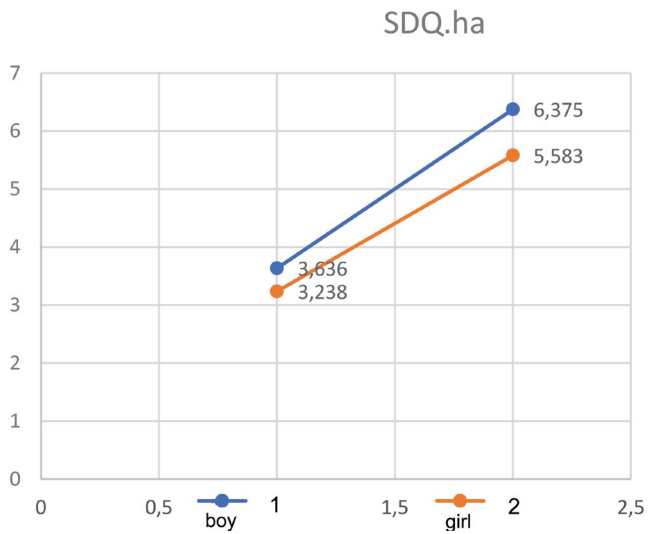


According to the diagnosis, there is a significant difference in the Conners cognitive subscale between the groups. (F(1,60)=11,279, p=0,001), the normal mean is 4,623, ADHD mean is 8,75.

SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire
– Abilities and Difficulties Survey, the hyperactivitiy subscale

Index	SEX	typically developing	ADHD	MEAN
1	fiú	3,636	6,375	5,006
2	lány	3,238	5,583	4,411
	ÁTLAG:	3,437	5,979	

Degree of freedom	f	Standard deviation	F	p-value	Omega2	Eta2_parc
SEX	1	4,639	0,928	0,339	0	0,015
DIAG	1	84,686	16,934	0,000***	0,202	0,22
SEX x Diag	1	0,507	0,101	0,751	0	0,002
Error	60	5,001				



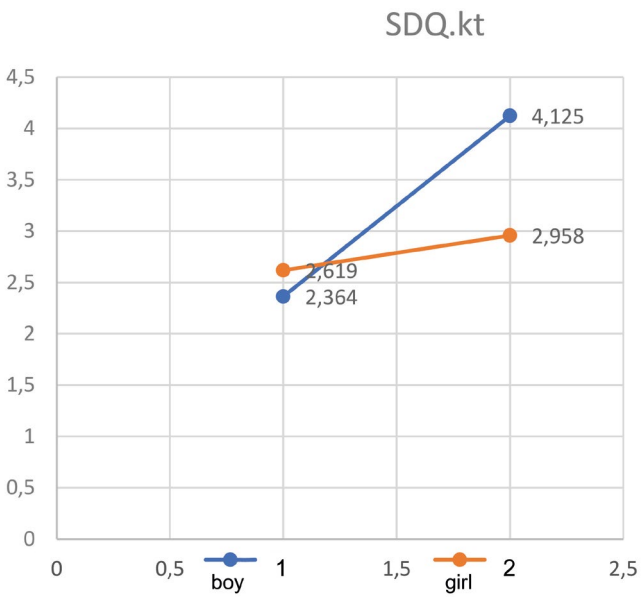
According to diagnosis, a significant difference can be detected between the treatment and the control group (F(1,60)=16,934, p<0,001), the normal mean is 3,437, ADHD mean is 5,979.

SDQ peer-relations subscale

Table of Sample Means (Sdq_kt)

Index	SEX	typically developing	ADHD	MEAN
1	Boy	2,364	4,125	3,244
2	Girl	2,619	2,958	2,789
	AVERAGE:	2,491	3,542	

According to diagnosis, there is a significant difference between the typical group and the group with ADHD. (F(1,60)=5,005, p=0,029), the normal mean is 2,491, ADHD mean is 3,542.



Test of resilience by groups comparing the SDQ Peer Relations Problems and the Prosocial Scale. Correlation between social relations data appearing in the subscales of SDQ Peer Relations Problems and Prosocial Scale and the degree of resilience (Dvorsky & Langberg, 2016).

The Pearson coefficients by groups in Resilience and Peer Relations

	The correlation between the score of resilience and the SDQ Peer-relations problem subscale		**The correlation between the score of resilience and the SDQ Prosocial Scale subscale**	
Group with ADHD	r = -0,090	p = 0,6229	r = 0,452**	p = 0,0094
Typically developing group	r = -0,136	p = 0,4574	r = 0,468**	p=0,0070

Significant correlation was proven only in prosocial behaviour. The correlation was positive which may infer that the more typical prosocial behaviour is, the higher the degree of resilience is and vice versa. The result partially backs up the hypyothesis in line with the data available in professional literature.

Comparison of Mentalisation by groups

The Faux Pas test: children with ADHD perform significantly lower on the Faux Pas test compared to the typically developing children.

Descriptive statistics of Faux Pas indeces by groups

Variant	Typically developing group		Group with ADHD	
	Mean	*Standard deviation*	*Mean*	*Standard deviation*
Faux Pas correct identification score	4,250	1,078	3,937	1,343
Faux Pas correct rejection score	4,500	0,916	4,063	1,190
Faux Pas Total score	8,750	1,191	8,000	2,125
Faux Pas Story comprehension score	9,500	1,016	8,781	1,039

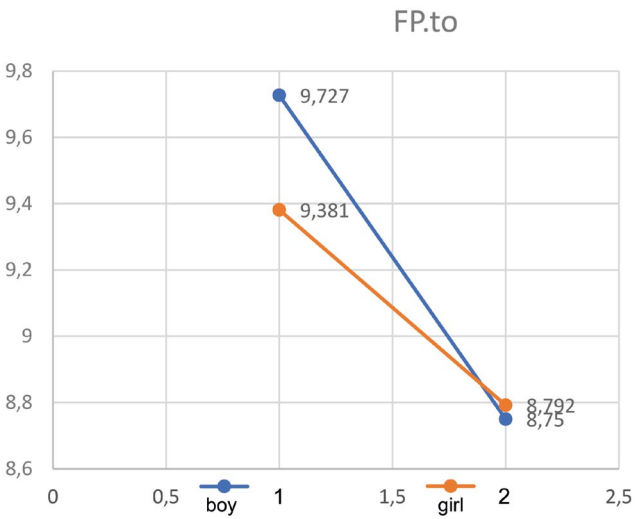
The group with ADHD reached a lower score in every respect than the typically developing group but only the story comprehension score shows a significant difference when comparing the means. In the typically developing group, due to the violation of normality (skewness: -3,150*** and kurtosis: 12,193*** alapján) I tested stochastic equality by applying the **Mann – Whitney probe** (According to the equality of variancies the O'Brien - test: F(1; 62,0) = 0,715 (p = 0,4011) and the Levene – test: F(1; 62,0) = 0,066 (p = 0,7977), it is not violated. Based on the Mann – Whitney probe, in the story comprehension task a significant difference can be detected **(Z = 3,339 (p = 0,001)***).** Partially justifying the hypothesis, the result confirms the test of Földi et al (2016).

Faux Pas Story Comprehension

Index	SEX	typically developing	ADHD	MEAN
1	Boy	9,727	8,75	9,239
2	Girl	9,381	8,792	9,086
	AVERAGE:	9,554	8,771	

Summary of variance analyis (unweighted-means analysis)

Degree of freedom	f	Standard deviation	F	p-value	Omega2	Eta2_parc
SEX	1	0,304	0,282	0,597	0	0,005
DIAG	1	8,041	7,469	0,008**	0,093	0,111
SEX x Diag	1	0,493	0,458	0,501	0	0,008
Error	60	1,077				



According to diagnosis, there is a significant difference in the story comprehension subscale between the typical group and the one with ADHD. (F(1,60)=7,469, p=0,008), the normal mean is 9,554, the ADHD mean is 8,771.

We suppose there is a relationship between the data of the SDQ Peer Relation Problems and the data of the Prosocial Scale regarding peer relations and the story comprehension level of the Faux Pas measuring mentalisation. (Banerjee és Watling, 2005; Banerjee, et al, 2011).

The correlation test by groups, the scores of the two subscales defined in the SDQ hypothesis (peer relation, prosocial scales) and the scores of the subtest of the Faux Pas test measuring mentalization (Faux Pas correct identification, Faux Pas correct rejection, Faux pas total score and story comprehension) in the following tables:

Pearson correlation coefficients of mentalization and peer relationships in the ADHD group

	ADHD group			
	Faux Pas correct identification	*Faux Pas correct rejection*	*Faux Pas*	*Faux Pas Story comprehension*
SDQ Peer – relation problems	r =-0,104 p = 0,5713	r = -0,153 p = 0,4020	r = -0,152 p = 0,4078	r = -0,274 p = 0,1295
SDQ Prosocial Scale	r = 0,446* p = 0,0105	r = 0,278 p = 0,1233	r = 0,437* p = 0,0123	r = 0,394* p = 0,0256

Pearson correlation coefficients of mentalization and peer relationships in the typically developing group

	Typically developing group			
	Faux Pas Correct identification	*Faux Pas Correct rejection*	*Faux Pas*	*Faux Pas történetmegértés*
SDQ Peer – relation problems	r = 0,201 p = 0,2704	r = 0,028 p = 0,8799	r = 0,203 p = ,2651	r = 0,125 p = 0,4944
SDQ Proszociális Skála	r = -0,175 p = 0,3390	r = -0,064 p = 0,7281	r =-0,207 p=0,2553	r = -0,206 p = 0,2583

With regard to mentalisation, significant correlation could only be detected between mentalisation and prosocial behaviour in the ADHD group. The correlation is positive: the higher the score on the Prosocial Scale in case of individuals with ADHD, the better they perform in the correct identification of social blunder with regard to the total score. And also in the story comprehension dimension and vice versa. We may conclude that the hypothesis is justified.

SUMMARY OF RESULTS

The aim of our test is to examine the factors involved in the peer-relations of children and adolescents with ADHD-s and compare them with the control group and based on this to focus on the possibilities enhancing adaptive environmental adaptation.

1. The degree of resilience proved to be lower in the test samples of individuals with ADHD but there was no significant correlation between the typically developing and the ADHD groups.
2. The results of the **Conners Child behavior Survey** teacher and parent version prove that regarding the strength of the symptoms, there is a significant correlation between the ADHD and the control group – with special regard to the opposition indicating externalisation symptoms and social cognition. In case of ADHD, this predicts the peer relationship difficulties in line with previous studies.
3. According to the results, from the SDQ subscales, significant difference could only be detected in the hyperactive and the peer-relations subscales. During the resilience test by groups, we may find relationship in the context of SDQ Peer-relation Problems and Prosocial Scale. The correlation between the data of peer-relations appearing in the subscales of SDQ peer relation problems and the Prosocial scales and the degree of resilience is only justified in the prosocial behaviour. The correlation is positive which

concludes that the more typical the prosocial behaviour is, the higher the degree of resilience is and vice versa.

4. The group comparison of Mentalisation (Faux Pas) indicates that the children with ADHD score lower compared to the control group. According to the diagnosis there is a significant difference in the story comprehension subscale in the tpically developing and the ADHD group. From the indices of the Faux Pas test measuring mentalisation ability, only the story-comprehension dimension proved to be significantly lower in the ADHD group compared to the typically developing group.

   The Faux Pas test shows positive correlation with prosocial behaviour in the ADHD group in correct identification, total score and the story comprehension dimension, while in the typically developing group no correlation can be found.

5. From the data of the subscales of the SDQ Peer-Relations problems and the Prosocial Scale, and the level of the Faux Pas story comprehension measuring resilience, we have found that from the SDQ subscales the symptoms of the hyperactive, the emotional and behavioral problem and the scores of the subscales of the prosocial behaviour correlates with the total score measured on the CD-RISK scale in the typically developing group. In the ADHD group only the prosocial group shows correlation.

DISCUSSION

When reviewing the professional literature, it has already been mentioned that children and adults with ADHD show lower indeces (indexes) than healthy people. What is more, when comparing the life quality of people with ADHD to people suffering from other mental disorders, only when comparing them to people with anxiety disorders and depression was their life quality better. (Velő et al, 2013).

Functional deterioration/immaturity may cause difficulties in school performance and peer-relations, yet, nearly 20% of people with ADHD adapt well. Despite the appearance of ADHD symptoms, there is no functional deterioration in case of social, emotional and school performance. As the formation of personal identity is a specific task of adolescence and peer relations play a leading role in this, it is important to explore the dimensions – emotional resilience and mentalisation - that enhance adequate adaptation. The factors connected to resilience and mentalisation in childhood could be the relationship to competent and caring adults, cognitive and self-regulatory abilities, self-control, empathy, optimism and positive self-image.

A further research task could be the clarification of how lower-order resilience correlates with the symptoms of ADHD and the functional weaknesses of

the illness, whether it has a mediation role in the successful adaptation to symptom difficulties. This is what the test of Shi et al (2018) draws attention to: it emphasized the mediatory role between the attention difficulties and the deterioration of life-quality.

BIBLIOGRAPHY

Balázs, J. (2017). *Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve A hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórismézéséről, kezeléséről és gondozásáról.* A Pszichiátriai Szakmai Kollégium. Letöltve: http://www.magyipett.hu/files/file/iranyelvek/PSZICH-ADHD.pdf , 2019. 09.01.

Banerjee, R. & Watling, D. (2005). Children's understanding of Faux Pas : Associations with peer relations. *Hellenic Journal of Psychology: Special Issue of Theory of Mind.* 2, pp 27-45.

Banerjee, R. et al. (2011). Peer Relations and the Understanding of Faux Pas: Longitudinal Evidence for Bidirectional Associations. *Child Development.* 82(6), pp 1887–1905.

Baron-Cohen, S. et al. (1999). Recognition of Faux Pas by Normally Developing Children and Children with Asperger Syndrome or High-Functioning Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 29(5), pp 407-418.

Birkás, E. és mtsai. (2008). Gyermekkori viselkedési problémák felismerésének lehetõségei rövid kérdõívekkel: A Strengths and Difficulties Questionnaire magyar változata. *Psychiatria Hungarica.* 23, pp 358–365.

Bitter, I. et al.(2010). How do different diagnostic criteria, age and gender affect the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in adults? An epidemiological study in a Hungarian community sample. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, p* 260, pp 287 – 296.

Benyák, A. (2007). *A hiperaktivitás tényezőinek vizsgálata alsó tagozatos tanulóknál.* Doktori (PhD) értekezés. Letöltve: https://dea.lib.unideb.hu/dea/bitstream/handle/2437/55266/benyak_aniko_tezisfuzet_magyar.pdf?sequence=8&isAllowed=y , 2019.09.29.

Braaten, E.B., Rosen, L.A.(2000). Self-regulation of affection in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and non-ADHD boys: differences in empathic responding. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 68 (2), pp 313–321.

Conners, C.K. és mtsai. (1998). Revision and Restandardization of the Conners Teacher Rating Scale (CTRS-R): Factor Structure, Reliability, and Criterion Validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(4), pp 279-291.

Connor, K. M., Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety,* 18(2), pp 76–82.

Csiky, M.(2015). *A hiperaktivitás és figyelemzavar tünetegyüttes képének alakulása a különböző életkorokban. A beavatkozás lehetőségei.* Letöltve: http://www.adhd-magyarorszag.com/akos/csikim.pdf, 2018.05.10.

Dallos, Gy. (2015). *Gyermekpszichiátriai kórképek vizsgálata: Az életminőség és az ADHD vizsgálata.* Doktori értekezés. Letöltve: https://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/3875/dallosgyongyver.d_DOIs.pdf?sequence=1 , 2019.09.29.

Dallos, Gy. és mtsai. (2014). Self- and Parent-Rated Quality of Life of a Treatment Naïve Sample of Children With ADHD: The Impact of Age, Gender, Type of ADHD, and Comorbid Psychiatric Conditions According to Both a Categorical and a Dimensional Approach. *Journal of Attention Disorders, pp* 1 –10.

de Boo, G.,M. és Prins, P.,J.,M. (2007). Social incompetence in children with ADHD: possible moderators and mediators in social-skills training. *Clinical Psychology Review*. 27, pp 78 –97.

Deschapmps, P.K.H. és mtsai. (2014). Empathy and prosocial behavior in response to sadnesp s and distress in 6- to 7-year olds diagnosed with disruptive behavior disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. Europeana Child and Adolescence Psychiatry. 24(1):p105-13.

Dvorsky, M.R. & Langberg, J.M. (2016). A Review of Factors that Promote Resilience in Youth with ADHD and ADHD Symptoms. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 19, pp 368–391.

Fónagy, P. és mtsai. (1994). The Emmanuel Miller Memorial Lecture 1992: The Theory and Practice os Resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 35(2), pp 231-257.

Fónagy, P. & Bateman, A.W. (2016). Adversity, Attachemnet, and mentalizing. *Comprehensive Psychiatry*. 64, pp 59-66.

Fónagy, P. & Target, M. (1998). A kötődés és a reflektív funkciók szerepe a szelf fejlődésében. *Thalassa*, 9(1), pp 5-43.

Földi, R.(2004). *Hiperaktivitás és tanulási zavarok*. Budapest: Comenius Kiadó KFT.

Földi, R. és mtsai.(2016). Végrehajtó funkciók és mentalizáció vizsgálata ADHD-val diagnosztizált gyermekeknél. Múlt És Jelen Összeér. *A Magyar Pszichológiai Társaság Xxv. Jubileumi Országos Tudományos Nagygyűlése. Kivonatkötet*. 255-256.

Gál, Z. (2015). *A tudatelmélet életkori különbségei, kapcsolata a munkamemória kapacitással és a társas pozícióval.* PhD-értekezés. Letöltve: http://doktori.bibl.u-szeged.hu/2905/19/Disszertacio_Gal_Zita.pdf , 2018.12.12.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, pp 581-586.

Herold, R. (2004). *Mentalizációs deficit szkizofréniában*. Doktori (PhD) értekezés. Letöltve: http://aok.pte.hu/docs/phd/file/dolgozatok/2005/Herold_Robert_PhD_dolgozat.pdf, 2018.05.12.

Járai, R. és mtsai. (2015). A Connor–Davidson Reziliencia kérdőív 10 itemes változatának jellemzői. *Alkalmazott pszichológia*. 15(1), pp 129–136.

Kooij, J.J.S. és mtsai. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*. 56, pp 14–34.

Kövesdi, A. (2018). A személyiségfaktorok és a reziliencia összefüggése az anorexia nervosaban. *Psychologia Hungarica*. 6(1), pp 7–22.

Maoz, H. és mtsai. (2017). Theory of Mind and Empathy in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 1 –8

Marton, I. és mtsai. (2009). Empathy and social perspective taking in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 37 (1), 107–118.

Masten, A.S. (2001). Ordinary Magic. Resilience Processes in Development. *American Psychologist*. 56(3), pp 227-238.

McKenzie, G. (2018). Building Resilience among Children and Youth with ADHD through Identifying and Developing Protective Factors in Academic, Interpersonal and Cognitive Domains. *Journal of Adhd and Care*. 1(1), pp 14-31.

Nussbaum, A. M. (2013). *A DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó.

Obioha, O. és mtsai (2017). Decreased Faux Pas Recognition and Parental Underestimation of Social Deficits in ADHD Children: A Pilot Study. *Research Journal of Clinical Pediatrics*. 1(2), 1-3.

Perczel-Forintos, D. (2018). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest: Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió.

Perroud, N. és mtsai. (2017). Mentalization in adults with attention deficit hyperactivity disorder: Comparison with controls and patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*. 256, pp 334–341.

Pineda-Alhucema, W. és mtsai. (2018). Executive Function and Theory of Mind in Children with ADHD: a Systematic Review. *Neuropsychology Review*. 28(3):341-358.

Regalla, M. A. és mtsai. (2015). Attention deficit hyperactivity disorder is an independent risk factor for lower resilience in adolescents: a pilot study. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. 37(3) – 157-160.

Schei, J. és mtsai. (2015). Improved quality of life among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder is mediated by protective factors: a cross sectional survey. *BMC Psychiatry*.15:108

Shi, M. és mtsai. (2018). Associations between symptoms of attention-deficit/ hyperactivity disorder and life satisfaction in medical students: the mediating effect of resilience. *BMC Medical Education*. 18, 164.

Simon, V. és mtsai. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 194, pp 204–211.

Somogyi,K., Máté, O. & Miklósi, M.(2015). Felnőttkori figyelemhiányos hiperaktivitás zavar és szülőség: szakirodalmi összefoglaló. *Magyar Pszichológiai Szemle*,70,3/7, pp 617–632.

Sonuga-Barke, E.J.S. (2002). Psychological heterogeneity in AD/HD—a dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural Brain Research*. 130, pp 29–36.

Szabó, D. F. (2017). A reziliencia értelmezésének lehetőségei: kihívások és nehézségek. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 72(2/6), pp 247–262.

Szuromi, B. (2013). *A felnőttkori figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (ADHD) klinikai, neuropszichológiai és elektrofiziológiai jellemzőinek vizsgálata*. Doktori értekezés. Letöltve: https://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/1141/szuromibalint.DOIs.pdf?sequence=1, 2019.10.24.

Turi, E. et al. (2014). A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ) validálása serdülőkorú klinikai populációban. *Psychiatria Hungarica*. 28 (2):pp 165-179.

Vannest, K.J. és mtsai. (2019). Self-report Measures of Resilience in Children and Youth. *Contemporary School Psychology*. pp 1-10.

Velő, Sz. és mtsai.(2013). Figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar diagnózisú gyermekek és felnőttek életminősége: az elmúlt öt év vizsgálatainak szisztematikus áttekintő tanulmánya. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, XV(2), pp 73-82