

A szégyen szerepe a mentális zavarokban

Doktori értekezés

Vizin Gabriella

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Unoka Zsolt, Ph.D., egyetemi docens

Hivatalos bírálók: Dr. Géczy Anna, Ph.D., egyetemi docens
Dr. Stauder Adrienne, Ph.D., egyetemi docens

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Túry Ferenc, Ph.D., egyetemi tanár
Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Purebl György, Ph.D., egyetemi docens
Dr. Csomortáni Zoltán, Ph.D., egy. adjunktus

Budapest
2017

TARTALOMJEGYZÉK

1. Rövidítések jegyzéke	5
1.1. Táblázatok és ábrák jegyzéke	7
2. Bevezetés	8
2.1. A szégyen.....	9
2.1.1. A szégyen mint érzelem.....	9
2.1.2. Szégyen és büntudat.....	11
2.1.3. A szégyen elméletei	14
2.1.3.1. Funkcionalista perspektíva.....	14
2.1.3.2. Evolúciós perspektíva	15
2.1.3.3. Kognitív-attribúciós perspektíva.....	16
2.1.3.4. Pszichoanalitikus perspektíva	17
2.1.3.5. Tárgykapcsolati és kötődéseméleti perspektíva.....	19
2.1.3.6. Neurobiológiai elmélet.....	21
2.1.4. A szégyenre való hajlam kialakulása és fejlődése	23
2.1.4.1. Szülői elutasítás és bizonytalan kötődés	23
2.1.4.2. Kivételezés a testvérrel	24
2.1.4.3. Abúzus, trauma, stigmatizáció, bullying.....	24
2.1.4.4. Szülői szégyen.....	25
2.1.4.5. Szülői túlóvás	26
2.1.4.6. Szocializációs hatások.....	26
2.1.4.7. Temperamentum	27
2.1.4.8. Nem és életkor hatásai	28
2.1.5. A szégyennel való megbirkózás főbb típusai.....	29
2.1.6. A szégyen mérése	30
2.1.7. Szégyen szerepe az egyes mentális zavarokban	34
2.2. Borderline személyiségzavar	39
2.2.1. A borderline személyiségzavar jellemzői, gyakorisága, komorbiditása, lefolyása	39
2.2.2. Rövid történeti áttekintés	41
2.2.3. A borderline személyiségzavar diagnosztikája.....	42

2.2.4. A borderline személyiségzavar etiológiája	44
2.2.4.1. Biológiai háttér.....	45
2.2.4.2. Rossz bánásmód, családi faktorok	46
2.2.4.3. A borderline személyiségzavar pszichológiai elméletei	48
2.2.5. A borderline személyiségzavar kezelési lehetőségei	57
2.2.6. A szégyen szerepe borderline személyiségzavarban	58
2.3. A kutatás megalapozása.....	61
3. Célkitűzések	63
3.1. Az első vizsgálat célkitűzései	63
3.2. A második vizsgálat célkitűzései.....	63
4. Módszerek	65
4.1. Az első vizsgálat módszerei.....	65
4.1.1. Vizsgálati személyek és eljárás.....	65
4.1.2. Mérőmódszerek.....	66
4.1.3. Statisztikai elemzések	68
4.2. A második vizsgálat módszerei	72
4.2.1. Vizsgálati személyek és eljárás.....	72
4.2.2. Mérőmódszerek.....	73
4.2.3. Statisztikai elemzések	75
5. Eredmények	77
5.1. Az első vizsgálat eredményei	77
5.2. A második vizsgálat eredményei	85
6. Megbeszélés	93
6.1. Az első vizsgálat megbeszélése	93
6.2. A második vizsgálat megbeszélése.....	98
7. Következtetések.....	104
7.1. Az első vizsgálat következtetései	104
7.2. A második vizsgálat következtetései	105
8. Összefoglalás.....	107
9. Summary.....	108
10. Irodalomjegyzék	108
11. Saját publikációk jegyzéke	139

11.1. A disszertációhoz kapcsolódó közlemények	139
11.2. A disszertációtól független közlemények	139
12. Köszönetnyilvánítás	141

1. RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

ANCOVA:	Covariate Analysis of Variance
APA:	American Psychiatric Association
ASGS:	Adapted Shame and Guilt Scale
BPD:	Borderline Personality Disorder
CFA:	Confirmatory Factor Analysis
CFI:	Comparative Fit Index
CoSS:	Compass of Shame Scale
CT:	Cognitive Therapy
DBT:	Dialectical Behavior Therapy
DSM-5:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition
DSM-III-R:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition
DSM-IV-TR:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision
ESS:	Experience of Shame Scale
ETI-SR:	Early Trauma Inventory-Self Report
ExpSS:	Experiment of Shame Scale
fMRI:	Functional Magnetic Resonance Imaging
GLM:	General Linear Model
GNAT:	Go/No-Go Association Task
HC:	healthy control (egészséges kontroll)
HHM:	Hypothalamus-hypophysis-mellékvesekéreg tengely
IAT:	Implicit Asszociációs Teszt
ISS:	Internalized Shame Scale
M.I.N.I.:	Mini International Neuropsychiatric Interview
MBT:	Mentalization-Based Therapy
MIMIC:	Multiple Indicators Multiple Causes
Nem-PD:	egyéb pszichiátriai zavarral küzdő, személyiségzavarral nem küzdő páciensek
NFI:	Normed-fit index
NICE:	National Institute for Clinical Excellence

OAS:	Other as Shamer Scale
OCD:	Obsessive-Compulsive Disorder
PFQ-2:	Personal Feelings Questionnaire-2
PTSD :	Posttraumatic Stress Disorder
RMSEA:	Root Mean Squared Error of Approximation
SBS:	Submissive Behaviour Scale
SCID-II:	Structured Diagnostic Interview for DSM-IV Axis II
SCL-90-R:	Symptoms Checklist-90-Revised
SCL-GSI:	SCL-90-R Global Severity Index
SD:	Standard Deviáció
SES:	Shame Experience Scale
SFT:	Schema-Focused Therapy
ShARQ:	Shame-Aversive Reactions Questionnaire
SPD:	Sensitivity to Put-Down Scale
SPS:	Shame-Proneness Scale
TCI-56:	Temperament and Character Inventory-56
TFP:	Transference Focused Psychotherapy
TLI:	Tucker-Lewis Index
TOSCA:	Test of Self-Conscious Affect
WEB-SG:	Weight- and Body-related Shame and Guilt Scale
WLSMV:	Weighted Least Squares Mean and Variance adjusted estimation method

1.1. TÁBLÁZATOK ÉS ÁBRÁK JEGYZÉKE

Táblázatok

1. Táblázat: Kritikus különbségek szégyen és büntudat között	12
2. Táblázat A szégyen kapcsolata a különböző mentális zavarokkal	35
3. Táblázat A BPD-ben megjelenő komorbid kórképek gyakorisága	40
4. Táblázat A borderline személyiségzavar DSM-5 kritériumai	43
5. Táblázat A borderline személyiségzavar dimenzionális kritériumai a DSM-5- ben.....	44
6. Táblázat Az első vizsgálat leíró statisztikájának eredményei hatáserőségekkel.....	78
7. Táblázat Az ESS standardizált faktor töltései egészséges és klinikai mintán	79
8. Táblázat Az ESS mérési invarianciái egészséges és klinikai mintán	81
9. Táblázat A szégyen három faktorának kovariánsai	82
10. Táblázat A második vizsgálat leíró statisztikájának eredményei és a komorbiditási adatok.....	85
11. Táblázat GLM ANCOVA és utóelemzés eredményei az ESS és SPD alfaktorai tekintetében BPD, Nem-PD és HC csoportok közötti különbségekre vonatkozóan.....	87
12. Táblázat A borderline tünetek és a szégyen faktorainak kapcsolata	89
13. Táblázat GLM ANCOVA és utóelemzés eredményei a korai maladaptív sémák tekintetében BPD, Nem-PD és HC csoportok közötti különbségekre vonatkozóan.....	90
14. Táblázat A sémartományok és az ESS és SPD faktorai közötti korreláció.....	92

Ábrák

1. Ábra. Michael Lewis fejlődési modellje az érzelmi élet kialakulásáról.....	11
2. Ábra. Az öntudati érzelmek folyamatmodellje.....	13
3. Ábra Nathanson szégyen iránytűje	29
4. Ábra Nathanson szégyen iránytűje és a borderline tünetek közötti lehetséges összefüggések	59

2. BEVEZETÉS

A szégyen témáját hosszú évtizedekig elhanyagolta a pszichológia tudománya. A szégyennel kapcsolatos szakirodalmak áttekintése arra utal, hogy Silvan S. Tomkins korai (Tomkins 1963), majd Helen Block Lewis nagy hatású 1971-es művétől (Lewis 1971) eltekintve a publikációk zöme az elmúlt 10-15 évre tehető. Ennek okaként részben a szégyen és büntudat fogalmának összemosása tehető felelőssé (Horváth-Szabó 2002). Mindez olyan mértékű fogalmi bizonytalanságot teremtett, mely a szégyen definiálásának lehetetlenségén túl az érzékeny, operacionalizálást igénylő tudományos kutatás számára megközelíthetlenné tette a témát.

Ezen túlmenően okként és okozatként is említhetjük a diagnosztikai kategóriák hiányosságait. A klasszifikációs rendszerek a szégyent alig említik, noha a pszichés zavarokkal kapcsolatban ezek a leírások a pszichiáterek és pszichológusok számára „diagnosztikai szemüveggé” funkcionálnak. A DSM-IV-TR (APA 2000) diagnosztikai kategóriáit és kritériumait megvizsgálva csupán szociális fóbia esetén (a szociális helyzetektől való tartós félelem, illetve attól való félelem, hogy ilyen helyzetekben zavarba jöhet vagy megalázó helyzetbe kerülhet a páciens), valamint elkerülő személyiségzavarnál (az intim kapcsolatok kerülése, mert fél a páciens a megszégyenüléstől vagy nevetségessé válástól) találunk utalást a szégyen szerepére. A DSM-5 (APA 2013) új, dimenzionális megközelítése a személyiségzavarok diagnózisában az elkerülő és borderline személyiségzavarnál emeli ki az ún. negatív affektivitás személyiségvonást, mely magában foglalja az erős negatív érzelmek, így többek között a szégyen megjelenését is az adott kórképben.

Tapasztalataink szerint az elmúlt 10 évben a szerzők revideálták szemléletüket a szégyennel kapcsolatban. Ebben a periódusban napvilágot látott publikációk zöme a szégyenre, mint központi elemre hívja fel a figyelmet különböző mentális zavarok kialakulásában. Így fontos szerepet játszik a depresszió, szociális fóbia, poszt traumás stressz zavar, kényszeres zavar, egyéb szorongásos zavarok, borderline személyiségzavar, egyéb személyiségzavarok, evészavarok, impulzuskontroll zavarok vagy az addiktív kórképek megjelenésében (Tangney és mtsai 1992, Gilbert és Miles 2000, Andrews és mtsai 2002, Averill és mtsai 2002, Tangney és Dearing 2002, Feiring és mtsai 2002, Swan és Andrews 2003, Milligan és Andrews 2005, Rüschi és mtsai

2007, Brown és mtsai 2009, Fergus és mtsai 2010, Schonleber és Berenbaum 2012), amely felhívja a figyelmet a krónikus szégyen transzdiagnosztikus jellegére és terápiás fókuszba helyezésére (Gilbert 2009, Gilbert 2010).

2.1. A szégyen

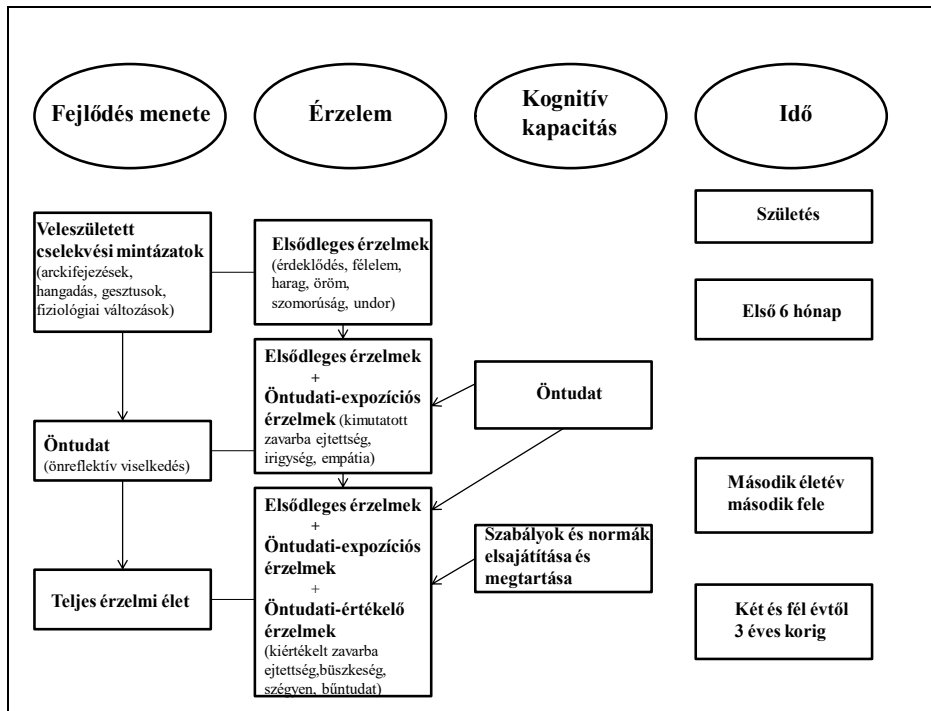
2.1.1. A szégyen mint érzelem

A pszichológiai szakirodalomban a legtöbb elméletalkotó szerint a szégyen nem primer, „alap” érzelem, mint például a düh, félelem, öröm, szomorúság, undor vagy meglepetés (Plutchik 1980, Ekman és mtsai 1982, Kim és mtsai 2011, Lewis 2016), hanem másodlagos, ún. „öntudati” (self-conscious) érzelem, úgy mint a büszkeség (pride), a zavarba ejttség (embarrassment), a szégyen (shame) és a büntudat (guilt) (Tangney és Fischer 1995, Tracy és mtsai 2007, Kim és mtsai 2011, Lewis 2016).

Az érzelemelméletek és az érzelmek kutatásával kapcsolatos eredmények nem egyöntetűek az elsődleges (alap) érzelmek és az öntudati érzelmek elkülönítését tekintve. A legszélesebb körben elfogadott nézet szerint a primer és öntudati érzelmek közötti különbségek közül alapvető az alapérzelmek tanulástól független, veleszületett jellege, szemben a másodlagos érzelmek önértékelési folyamatokkal és a kognitív kapacitás fejlődésével való kapcsolatával. Röviden áttekintve a főbb különbségeket azt látjuk, hogy az elsődleges érzelmek a születést követő néhány hónapon belül megjelennek, míg a másodlagos érzelmek a második év végén, harmadik év elején fejlődnek ki (Lagattuta és Thomson 2007) és egy sor fejlett kognitív képesség meglétét igénylik (mint például az öntudat, az én és másik megkülönböztetésének stabil tudata, önreflexió képessége, a viselkedésre vonatkozó szabályok felismerése és internalizálása, valamint az attribúció képessége) (Kim és mtsai 2011, Lewis 2016). Funkciójukat tekintve az elsődleges érzelmek a fizikai túlélést és reprodukciót segítik (Plutchik 1980, Levenson 1999), míg a másodlagos érzelmek inkább a szociális, társadalmi kihívásoknak való megfelelésben játszanak óriási szerepet (Gilbert 1998). Az elsődleges és másodlagos, öntudati érzelmek közötti különbség kulturális szinten is megjelenik, hiszen az elsődleges érzelmek valószínűbben univerzálisak (Ekman és Friesen 1975; Ellsworth 1994) (noha az alapérzelmek univerzalitásának cáfolatával kapcsolatban több

kutatási eredmény is napvilágot látott, úgy mint: Russell 1994, Elfenbein és Ambady 2002, Crivelli és mtsai 2016), míg a másodlagos érzelmek megjelenésében, elsősorban a fejlettebb kognitív kapacitás igénye miatt, számottevő különbségek lehetnek (Wong és Tsai 2007). Az alapérzelmek könnyen felismerhetőek, hiszen szembetűnően az arckifejezésekben tetten érhetők, a másodlagos érzelmek kifejeződése és felismerése ellenben már sokkal bonyolultabb, valószínűleg nincs kultúrákon átívelő, egyedi magatartásbeli vagy arckifejezésbeli jellemzőjük (Haidt és Keltner 1999, Keltner és mtsai 2003), bár a büszkeség és szégyen univerzális non-verbális kifejezésére vannak kutatási bizonyítékok (Tracy és Matsumoto 2008). Úgy tűnik továbbá, hogy az alapérzelmek az emberen kívül más fajoknál is tetten érhetők, míg a másodlagos érzelmek valószínűleg humán-specifikusak, bár bizonyos evolúciós pszichológiai perspektívából az állatok szubmisszív magatartását negatív önértékelési érzelem kifejeződésének tartják (Fessler 2004, Parr és Waller 2006, Kim és mtsai 2011).

Michael Lewis (2016) az érzelmi élet fejlődési modelljében elsősorban a kognitív kapacitás fejlődésének mentén különítette el egymástól a különböző érzelmek megjelenését a megszületéstől 3 éves korig. Lewis (2016) szerint a szégyen, hasonlóan a büntudathoz, büszkeséghez és a zavarba ejtethez, 2 és fél - 3 éves kor körül alakul ki, amikor a gyermek kognitív kapacitása lehetővé teszi a különböző szabályok és normák elsajátítását és megtartását. Lewis ezeket az érzelmeket öntudati-értékelő érzelmeknek tekinti, melynek során a gyermek képessé válik viselkedését az elsajátított külső (a szülők vagy tanárok szankciói vagy dicséretei alapján) és saját belső standardok mentén értékelni. (Lewis modelljéről részletesebben ld. később 1.1.3.3. Fejezet.) Lewis fejlődési modelljét az 1. Ábra szemlélteti.



1. Ábra Michael Lewis fejlődési modellje az érzelmi élet kialakulásáról (Lewis 2016, 280. és 289. o. alapján)

Az öntudati érzelmek több jellemző mentén definiálhatóak, egyik alcsoportjuk az ún. negatív öntudati-önértékelési érzelmek, úgy mint a szégyen és a büntudat.

2.1.2. Szégyen és büntudat

Vajon hogyan különböztethetjük meg egymástól ezt a két, nagyon hasonló fogalmat? A legegyszerűbben megragadható különbség, hogy szégyenünk az énünkre, míg büntudatunk a viselkedésünkre vonatkozik (Lewis 1971, Tangney és Fischer 1995, Horváth-Szabó 2002, Tomcsányi és mtsai 2002). Más szavakkal, ha szégyent érzünk, azt érezzük, hogy nem olyanok vagyunk, amilyenek szeretnénk lenni, míg büntudat érzésénél inkább az a probléma forrása, hogy úgy látjuk, megbántottunk valakit vagy rosszat tettünk valakivel.

Helen Block Lewis (1971) úttörő munkájában a szégyen nem egyszerű érzelm, hanem több összetevőből áll: a megalázásból, a szégyenkezésből, az alacsony önbecsülés érzéséből, valamint a lekicsinylésből és a stigmatizációból. A szégyen tehát egy többdimenziós konstruktumnak tekinthető. A legtöbb elméletalkotó osztozik abban

a nézetben, mely szerint a szégyen egy különösen intenzív, gyakran a cselekvőképességet akadályozó negatív érzelem, magában foglalva a kisebbségi érzést, tehetetlenséget és féltékenységet, valamint vágyat arra, hogy hiányosságainkat elrejtjük (Wicker és mtsai 1983, Tangney és mtsai 1996). A büntudat ezzel szemben a viselkedés negatív értékelésével kapcsolatban jön létre és jóvátételi cselekvésekre sarkall (Tomcsányi és mtsai 2002).

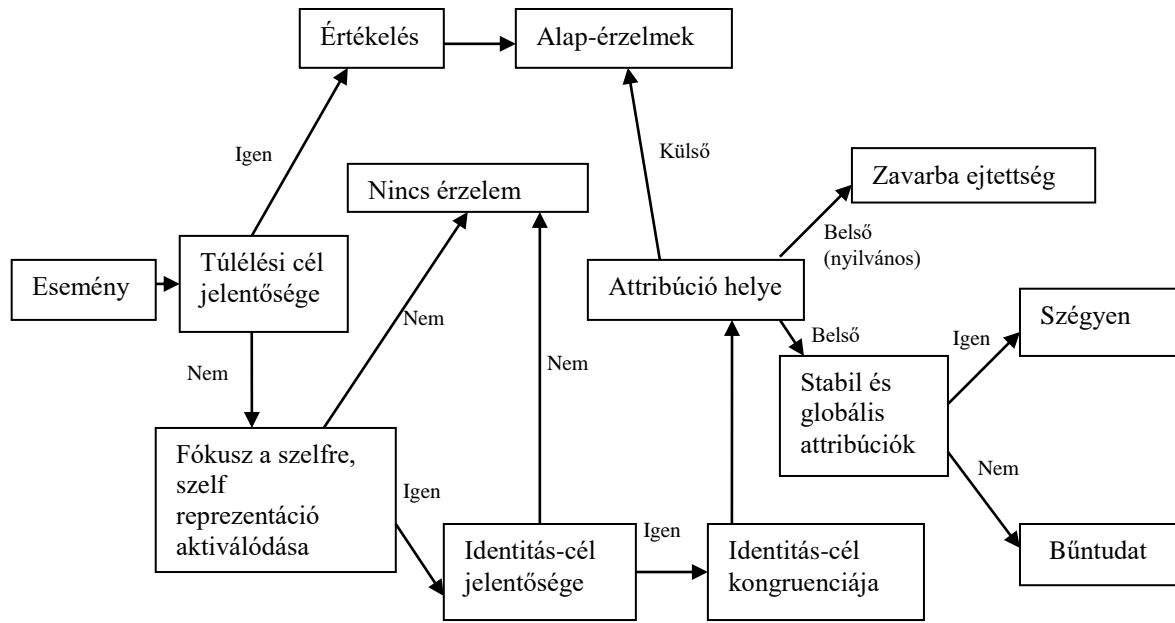
Az áttekinthetőség kedvéért táblázatba foglalva a kritikus különbségek az alábbiak szerint alakulnak szégyen és büntudat között (1. Táblázat):

1. Táblázat: Kritikus különbségek szégyen és büntudat között (Kim és mtsai 2011, 71. o.)

Dimenziók	Szégyen	Büntudat	Hivatkozások
Negatív értékelés tárgya	A teljes én	Körülírt viselkedés	(Lewis 1971, Tangney és Dearing 2002)
Figyelmi fókusz iránya és a szorongás központja	Befelé, szelf felé irányuló	Kifelé, emberi kapcsolatokra irányuló	(Tangney 1991, Leith és Baumeister 1998)
Megjelenő élmény	Kisebbségi érzés, tehetetlenség, gyengeség	Feszültség, megbánás, lelkiismeret-furdalás	(Wicker és mtsai 1983, Lindsay-Hartz 1984, Tangney és mtsai 1996, Tangney és Dearing 2002)
Viselkedési késztetések	Elkerülés, elrejtőzés, visszavonulás, izoláció	Megközelítés, módosítás, kijavítás, mentegetőzés	(Frijda és mtsai 1989)
Kísérő érzelmek	Düh, szorongás, önutálat	Szomorúság, empátia	(Gilbert 1998)
Nyilvánosságnak való kitettség fontossága	Magas	Alacsony	(Smith és mtsai 2002)
Attribúciós mintázat	Belső, stabil, globális, kontrollálhatatlan	Belső, instabil, konkrét, kontrollálható	(Tracy és Robins 2004, Tracy és Robins 2006)
Evolúciós eredet	A rangsor-rendszer részeként alakult ki	A gondoskodó rendszer részeként alakult ki	(Crook 1980, Gilbert 1992)
Funkció	Hírnév kijavítása	Sérült kapcsolat kijavítása	(Crook 1980, Gilbert 1992)

A büntudat vagy szégyen élménye különbségeket eredményez a pszichés működés különböző területein. Attribúciós szempontból például mind a szégyenre, mind a büntudatra való hajlam fordítottan arányos az externalizációval, vagyis inkább belső attribúciót foglalnak magukban. Ugyanakkor a szégyenre való hajlam együtt jár a

felelősség externalizációjával, míg a büntudatra való hajlamra ez kevésbé igaz (Tomcsányi és mtsai 2002, Tracy és Robins 2004, Tracy és Robins 2006). Az attribúció helyére fókuszáló folyamatmodell jól illusztrálja a szégyen és büntudat kialakulásának teoretikus hátterét (Tracy és Robins 2004) (2. Ábra).



2. Ábra. Az öntudati érzelmek folyamatmodellje (Tracy és Robins 2004, 110 o. alapján)

A folyamatmodell alapján szégyen és büntudat akkor alakul ki, ha 1.) az esemény nem befolyásolja a túlélést, 2.) a figyelem az énrre összpontosul és a szelf reprezentációk aktiválódnak, 3.) az esemény az önmagamról kialakult képet negatív irányba befolyásolja, vagyis inkongruens eseménnyel szembesülünk, 4.) és az attribúció helye belső, vagyis belső oknak tulajdonítom az eseményt. A belső attribúció vonatkozhat a nyilvános vagy személyes szelf-reprezentációkra, utóbbi esetben alakul ki a szégyen és a büntudat. A szégyent a büntudattól a stabil és globális szelf-aspektus megléte vagy hiánya alapján különíthetjük el (Tracy és Robins 2004).

A negatív öntudati érzelmek közül inkább a szégyenre való hajlam áll kapcsolatban a dühösséggel, mint a büntudatra való hajlam (Tangney és mtsai 1992). A szégyent gyakran kíséri ellenségesség-érzés, szégyenélmény során az egyén bénulttá válhat, információ-feldolgozó és énrreleváns negatív eseményeket a megfelelő távlatba helyező képessége jelentősen csökkenhet (Lewis 1971, Gilbert 1998, Tomcsányi és

mtsai 2002). Ezek a következmények a szégyenélmény kapcsán felmerülő globális, negatív énértékelést tovább növelik, megakadályozva ezzel a lehetséges jóvátételi cselekvéseket. Ezzel szemben a büntudatra hajlamos személyt nem hátráltatja egy énértéktelenek ítélt én (Lewis 1971, Tangney és Dearing 2002, Tomcsányi és mtsai 2002). A büntudat élményével reagáló személyek képesek a másik iránt empátiát érezni, mely lehetővé teszi a jóvátételi cselekvések kidolgozását, míg a szégyenre hajlamos egyénekre jellemzőbb az énorientált személyes levertségi reakció, így kevésbé képesek a másik iránti empátiára (Frijda és mtsai 1989, Tomcsányi és mtsai 2002). Ennek hátterében az áll, hogy a szégyen elvonja a személy fókuszát a bajba jutott másiktól és visszairányítja az ényre, mely lehetővé teszi, hogy elmerüljön énye negatív vonásaiban (Tangney 1991, Leith és Baumeister 1998). A büntudattal szemben tehát a szégyen élményében az egyén mások ítéleteire koncentrálnak, késztetést érez az elrejtőzésre, menekülésre, visszavágásra, valamint a negatív önmagára vonatkozó gondolatok generálására. Mindez a sérülékenységet növekedését okozza különböző mentális zavarokkal kapcsolatban (Gilbert 1992).

2.1.3. A szégyen elméletei

A szégyen kialakulásának és fejlődésének hat átfogó elméleti modelljét érdemes elkülöníteni: a funkcionalistát és az evolúciós perspektívát, amelyek a szégyen adaptív funkciójára fókuszálnak a szociális kapcsolatok szabályozásában (Mills 2005, Gilbert és Miles 2000), a kognitív-attribúciós modellt, amely, az értékelő folyamatokat emeli ki egy adott esemény megszégyenítő élményként való percipiálásában, a pszichoanalitikus, majd annak folyományaként a tárgykapcsolati/kötődési modellt, amely a korai kötődés hatásait vizsgálja a szégyen szabályozásában (Mills 2005), valamint a neurobiológiai nézőpontot (Sturm és mtsai 2006), amely neuroanatómiai és immunológiai folyamatok mentén vizsgálja a szégyen-érzést és egyéb öntudati érzelmeket.

2.1.3.1. Funkcionalista perspektíva

A funkcionalista elméletek Darwin evolúciós teóriáján alapulnak, mely szerint az érzelmek adaptív funkciója, hogy növeljék a túlélési esélyeket. Véleményük szerint az érzelmek olyan szabályozási folyamatok, melyek az egyén személyes céljait

szolgálják (Barrett és Campos 1987, Saarni és mtsai 1998). Barrett funkcionalista fejlődési modellje szerint a szégyen adaptív célja, hogy fenntartsuk mások elfogadását és megőrizzük az önbecsülést (Barrett 1995). Szerinte a szégyennek három funkciója van: a viselkedés-szabályozó (az értékelésnek való kitettség csökkentése által), a belső szabályozó (szociális normákra és szelf attribúciókra való összpontosítással) és a szociális szabályozó funkció (másokhoz való alkalmazkodással) (Barrett 1995, Mills 2005). A szégyenhez kapcsolódó cselekvések visszahúzóást, elkerülést vagy elrejtőzést válthatnak ki. A szégyen fokozatosan alakul ki a kognitív fejlődés és a szocializáció révén. Ahogy a gyermek fejlődésével egyre nő kapacitása a tapasztalatok, értékek, normák, szabályok értékelésére, úgy változik a szégyen gyakorisága és összetettsége is. A modell egy kétirányú kapcsolatot feltételez a szégyen tapasztalatok és a szelf fejlődése között; nevezetesen a belső szabályozási funkción keresztül a szégyen ráirányítja a figyelmet a szelfre, aktiválja az önértékelést és hozzájárul az öntudatosság fejlődéséhez. Mindez fontos szerepet játszik a morális magatartás kialakulásában és az interperszonális kapcsolatokban.

Más funkcionalista teoretikusok a szégyen megjelenésében kulcsfontosságúnak látják az érzelmek szociális szabályozó funkcióját. Úgy vélik, öntudati érzelmek alakíthatók ki az alapérzelmekre adott jelentős mások visszatükrözései által (Campos és mtsai 2004, Mills 2005). Ilyen értelemben szégyen alakítható ki például csalódás, harag, elutasítás, undor vagy a megvetés szülői visszatükrözése révén.

2.1.3.2. Evolúciós perspektíva

A funkcionalista perspektívával szoros kapcsolatban állnak az ún. evolúciós elméletek, melyek ugyancsak a szégyen adaptív funkciójára helyezik a hangsúlyt. Ezek közül jelentős Gilbert (1997) evolúciós szemléletű ún. szociális rang elmélete, amely szerint a szubmisszív magatartásnak kiemelt jelentősége van a szociális rangsorban elfoglalt hely megőrzése és a konfliktusok elkerülése szempontjából (Gilbert 1997). Véleménye szerint a szégyenkező, behódoló magatartást ezek az evolúciós előnyök tartották fent. Feltételezése szerint – amelyben Sapolsky (1990) teóriájára támaszkodik -, a főemlősök körében a szociális rangsort inkább a ritualizált fenyegetés és szubmisszió határozza meg, mintsem a tényleges erőszak. Megfigyelések szerint a szociális rangsorra fény derülhet az állat fenyegetésre vagy konfliktusra adott viselkedéséből

(Bernstein 1980, Harper 1985, Price és mtsai 1994). Embernél a reakciók között a nonverbális jelzések mellett a verbális kritikusság is megjelenik (Gilbert 1997). Gilbert és munkatársai úgy vélték, hogy a kritikára és megalázásra való érzékenység (mely a szégyenérzet manifesztálódásában központi jelentőségű) összefüggésben állhat különböző pszichés zavarokkal (Gilbert 1992, Allan és Gilbert 1997). Vizsgálataik szerint, aki alacsonyabb szociális rangúnak véli magát, sokkal inkább fogja saját magát hibáztatni egy kritika kapcsán, ellentétben azzal, aki önmagát magasabb pozícióba helyezi. Ez utóbbi esetben az egyén hajlamosabb másokat hibáztatni és dühvel reagálni az adott helyzetre (Gilbert és Miles 2000). Gilbert (2007) megkülönbözteti egymástól a belső szégyent a külső szégyentől. Eszerint a külső szégyen elsősorban mások értékelésére vonatkozik, míg a belső szégyen inkább a negatív önértékelésre. A belső szégyen az önkritikán túlmutatva a megvetés és düh érzelmeivel áll szoros kapcsolatban. A megszégyenítő helyzetre adott reakciók felmérésére Gilbert és munkatársai kidolgoztak egy kérdőívet (Sensitivity to Put-Down Scale, SPD) melynek segítségével jól mérhető a szégyenhelyzetekre adott reakciók jellege (inkább szorongással vagy inkább dühvel reagál-e a személy) (Gilbert és Miles 2000).

2.1.3.3. Kognitív-attribúciós perspektíva

A kognitív teóriák a kognitív kiértékelésre helyezik a hangsúlyt, vagyis úgy vélik, a szégyen a szelfre mint egészre vonatkozó értékelés révén alakulhat ki (Lewis 1971, Mills 2005). Megkülönböztetik egymástól a szégyent és büntudatot, felismerve, hogy a szégyen a másokhoz való kötődési igény függvénye és akkor alakul ki, ha a szeretett másik elutasít bennünket. A szégyen globálisan az egész szelfre, míg a büntudat csupán egy nemkívánatos viselkedésre vonatkozik. Összességében teljesen más gondolatok, érzések és viselkedési reakciók jelennek meg a két esetben (Lewis 1971, Mills 2005). Ezen felül lényeges, hogy megkülönböztetik egymástól a nyíltan megélt szégyent az elfojtott, elkerült szégyen élményétől (Lewis 1971). A nyílt szégyen nyilvánvaló hatásokkal jár, így például vegetatív funkciók változásában (gyors szívverés, elpirulás, izzadás), valamint szubjektív élményekben („rossz vagyok”, „kicsi vagyok”, „tehetetlen vagyok”) érhető tetten. Ilyen esetben a szégyen élmény tudatosul. Azonban elkerült, elrejtett szégyennél maga az élmény nem vagy alig tudatosul, legfeljebb néhány a kinézetére vagy alárendelt helyzetre vonatkozó gondolat jelenik

meg az egyénben. Az ilyen szégyen gyakori következménye a düh és ellenségesség, amely további elutasításhoz és megszegényüléshez vezethet (Lewis 1971, Mills 2005).

Az attribúciós elméletek szerint a szégyen negatív attribúció következménye, mely belső és globális jellegű (Lewis 2000). Michael Lewis (Lewis 1992) fejlődési kognitív attribúciós modellje egyesíti Helen Block Lewis (1971) kognitív modelljét az attribúciós teóriával. Ebben a modellben elkülöníti egymástól azokat az érzelmi állapotokat, melyek egyáltalán nem tartalmazznak kognitív feldolgozást, azoktól az érzelmi állapotoktól, melyek tudatos vagy tudattalan értékelést tartalmazznak. A modell szerint különböző szelf-attribúció kíséri a különböző érzelmeket. Amennyiben a negatív szelf-attribúció az egész szelfre fókuszál, úgy kialakul a szégyen, míg ha csupán egy cselekvésre és annak következményeire fókuszál, akkor büntudat jön létre. Lewis szerint a szégyen kialakulásának 3 alapvető kognitív előfeltétele van: egyrészt az öntudat és önmagunkra való reflektálás képessége, mely nem alakul ki 1-2 éves kor előtt. Másrészt bizonyos kulturálisan előírt szabályok és normák elsajátításának képessége, mely a szocializáció folyamán formálódik és internalizálódik. Bizonyos normák internalizációja révén a gyermek anticipálja mások lehetséges reakcióit egy-egy helyzettel kapcsolatban és kialakulhat benne a szégyen érzés. De mindez legkorábban 2-3 éves korban jelenik meg. A harmadik feltétel, hogy hogyan vélekedünk egy esemény okairól, vagyis külső vagy belső oknak tulajdonítunk-e egy bekövetkezett eseményt. Ennek függvényében ítélni lehetünk meg sikereinket vagy kudarcainkat. Az attribúció további jellemzője, hogy globális, például az egész szelfre vonatkozó, vagy specifikus, csupán egy tulajdonságra, vagy egy cselekvésre vonatkozik-e. Ennek fényében a büntudat és a büszkeség specifikus oktulajdonítás révén alakul ki, míg a szégyen vagy önhittség inkább globális attribúció eredménye (ld. 1. és 2. Ábra) (Lewis 1992, Tracy és Robins 2004, Lewis 2016). Szégyen esetén a globális értékelés miatt egész szelfünket nem-kívánatosnak, kudarcra ítéltnek, alapvetően hibásnak látjuk. A szocializációs tapasztalatok és a temperamentum határozzák meg a specifikus vagy globális attribúciók kialakulása révén a megszegényítő helyzetekre adott egyéni reakciókat.

2.1.3.4. Pszichoanalitikus perspektíva

Sigmund Freud korai írásaiban a szégyent három módon jellemezte: egy társas érzelem, amit egy másik személy általi észleltség vált ki, vagy valamilyen fájdalmas

emlékre való emlékezés elleni elhárítás, valamint kisgyermekkorban az váltja ki, mikor a gyermeket szexuális tevékenység (maszturbáció) közben rajta kapják. „Három értekezés a szexualitásról” (Freud 1995) című művében a hangsúly az érzelemről áthelyeződik az elhárításokban játszott szerepére, az esztétikai és erkölcsi ideálok az undor és a szégyen elleni elhárításokként jelennek meg.

A pszichoanalitikus elmélet szerint a szégyen hasonlít a szorongásra, mivel az is egy figyelmeztető affektív szignál, amely az exhibicionista vágyak felléptekor anticipálja a vágyak kielégítését követő külső világ vagy a felettes-én általi elutasítást. A szégyent egyúttal az exhibicionista vágyak elhárításaként is értelmezzük, melynek funkciója a nem megfelelő viselkedés miatti elutasítás megelőzése. Személyiségvonássá is válhat, melynek célja az önbecsülés fenntartása, az én-ideál részévé válik az internalizált másik, aki előtt szégyelli magát, és az a belső vonása, amit szégyell (Wurmser 1981).

Heinz Kohut „A szelf helyreállítása” című művében (Kohut 2007) a szégyent elsősorban, mint a grandiozitás iránti igény tagadását értelmezi. A szégyen kialakulásában fontos szerepet játszik az, hogy a szülők nem reagálnak megfelelően a gyermek nárcisztikus igényeire és az elvárt rajongó csodálat elmaradása a szülők részéről a gyermeket arra készítetik, hogy elrejtse szükségleteit, szégyellje kielégítésük iránti vágyait. A szégyen másodlagos reakció arra, hogy a szülők kudarcot vallottak abban, hogy megfelelően reagáljanak a gyermek tükrözési és idealizálási szükségleteire. A szégyen a kielégítetlen, visszatartott exhibicionizmus következménye.

Hermann Imre (1929/1982) szerint a megszégyenítő pillantásnak fontos szerepe van a szégyen kiváltásában. Hermann szégyen és szorongás összehasonlításában két fő különbséget hangsúlyoz, melyek a megkapaszkodási vágy konkrét és a közösségbe tartozás elvontabb szintjén egyaránt megnyilvánul: az egyik, az aktív megkapaszkodási vágy elmaradása, a másik az emberi kollektivitásból való kizártság élménye. A szorongás esetén fokozódik az aktív megkapaszkodási vágy, mivel a megkapaszkodás vagy annak megfelelője biztonságnövelő. A szégyen gátolja a megkapaszkodást, így a társas önlenyugtatótól elzárja az egyént. Minden izolált örömszerző és önlenyugtató tevékenység háttérben szégyen állhat.

Winnicott hamis szelf elmélete szerint a hamis szelf funkciója a másikkal való együttműködés a saját fejlődési szükségleteinek feladása árán, amely véd a

megszégyenüléstől, azonban izolálja az igazi ént. Kialakulásának háttérében a gondozók vágyától eltérő, az egyén saját fejlődési szükségleteit képviselő megnyilvánulások rendszeres megszátyenítése áll. Az igazi én érvényesülése és előlépése az őt elrejtő hamis én mögöl a szégyenen keresztül vezet (Winnicott 2004).

A klasszikus pszichoanalízis elméletei alapján a szégyenérzés elhárításának módjai: a szégyen másik ellen fordítása révén maga helyett a másikat tartja megvetendőnek vagy nevetségesnek és megvetően viselkedik vele. Szégyennel szembeni reakció formációk: arrogancia, nagyképűség, zárkózottság. Az önmaga felé irányuló szégyen belső érzésének externalizálása révén a személy a belső szégyen helyett kívülről lebecsülést kényszerít ki. A szégyen kivetítése kóros vonatkoztatásokban, megfigyeltetési, lehallgatási, befolyásoltatásos téveszmékben jelenhet meg (Jacoby 1993).

2.1.3.5. Tárgykapcsolati és kötődéseméleti perspektíva

A pszichoanalitikus szemléleten belül a tárgykapcsolati és kötődési perspektíva képviselői közül Nathanson, Kaufman és Schore nevét érdemes kiemelni (Mills 2005). Ezek az elméletalkotók integrálták a tárgykapcsolati és kötődési elméleteket az érzelmek teóriáival és a csecsemőkutatási eredményekkel. Úgy vélték, hogy a szégyen egy interperszonális vagy kötődési érzelem, amely akkor alakul ki, ha a szoros kapcsolat megszakad, valamint, hogy a szégyen közvetlenül, absztrakt kognitív folyamatokon keresztül megtapasztalható a korai csecsemőkorbán és nem igényel ön-reflexiót.

Nathanson (Nathanson 1987, Nathanson 1992, Mills 2005) szerint a szégyen olyan cselekedetekre vagy tulajdonságokra hívja fel a figyelmet, amelyek másokból elutasítást válthatnak ki, és arra motiválja az egyént, hogy erőfeszítéseket tegyen a lehetséges elutasítás megelőzésére. Nathanson szerint születésünktől kezdve az összetartozás érzésében bekövetkező megszakadás idézi elő a szégyent. A szégyen az alapvető szükségletek kielégítéséből származó pozitív érzelmek csökkentését okozza. Nathanson az ún. „fapofa” (still-face) kísérletet idézi annak szemléltetésére, hogy két és fél, három hónapos korban megjelenik a szégyen. Ebben a kísérletben a szülő a csecsemőjével való szemtől-szembe interakcióban hirtelen nem reagál csecsemőjére, melynek hatására a csecsemő elnéz és lehangoltta válik. Nathanson szerint ez a reakció a szégyen pszichológiai élményének a következménye, ami előidézi az izomtónus

csökkenését a nyakban és a felsőtestben, a bőr hőmérsékletének növekedését az arcon, és a koordinátlanságot.

Kaufman (1989) a szégyent az interperszonális kapcsolatok szemszögéből vizsgálja. Az arcnak kiemelt jelentőséget tulajdonít az interperszonális kapcsolatokban, ami az anya - csecsemő kapcsolatban az elsődleges identifikáció forrása, a kommunikáció korai formája. A kötődési folyamat elegendő és konzisztens pozitív hatást, a negatív csökkentését, érintést, biztonságot és identifikációt foglal magában. Ezek az interperszonális helyzetek fontosak az érzelmi kapcsolatok kiépítése szempontjából. Az „interperszonális híd” kiépítéséhez elengedhetetlen a következetesség és a bejósolhatóság. Kaufman (1989) szerint az „interperszonális híd” megszakadása kritikus esemény, ami aktiválja a szégyent. Ha azonban a szégyen aktiválódását közvetlenül követi az interperszonális híd helyreállítása, akkor a szégyen nem internalizálódik, és nem következik be a felnagyítása.

Kaufman (1989) úgy gondolta, hogy a szégyen a fejlődés bármelyik szakaszában megjelenhet, de a kiváltó tényezők különböznek. A szégyen lehetséges kiváltója lehet a szülői harag első előfordulása, csakúgy, mint más negatív hatások a korai években. A harag kezdeti kifejezését - ami elkerülhetetlen gyermekkorban - a gyerek törésként élheti meg: a szégyen a szelfben vagy a kapcsolatban megjelenő törésként élhető meg. Mindez nem azt jelenti, hogy a haragot el kell kerülni, de az „interperszonális hidat” később újra kell építeni, mert ennek hiányában a szégyen megerősödik, és fokozódik a törés.

A gyerekkor későbbi szakaszában, Kaufmannál (1989) a kontroll módja aktiválhatja a szégyent. Megjelenik a direkt figyelmeztetés („szégyeld magad”), és az olyan szülői kijelentések, mint például a „zavarba hozol”, amelyek elkerülhetetlenül kiváltják a szégyent. A serdülőkor a sebezhetőség időszaka a szégyen szempontjából, mivel a körülmények adottak a szégyen színterének, az elkerülhetetlen testi változások felhívják a figyelmet a szelfre. Felnőttkorban négyféle szégyenkiváltó jelenik meg: a gyengeség, vagyis a kontroll hiányának észlelése, a kudarc a hivatásban, a kudarc a kapcsolatokban, és az öregedés.

Schore (1996) teóriája integrálja a kötődési elméletet a fejlődési neurobiológiai kutatásokkal. Elsősorban a csecsemőkori érzelmi fejlődésre fókuszál, és azt mutatja be, hogy a pszichobiológiai folyamatok hogyan jelenthetik a kötődés és a szégyen

dinamikájának alapját. Az első évben a kötődés ráhangolódott szemtől szembeni interakciókon belül alakul ki, ami a pozitív érzelmi állapotok növekedését eredményezi, míg a második év során a szocializációs tranzakciók félrehangolt interakciókat foglalnak magukban, amelyek szégyent váltanak ki, és akadályozzák ezeket a pozitív hatásokat.

A gondozó központi szerepet játszik a csecsemő érzelmi állapotának szabályozásában. Az összehangolódás szabályozza a csecsemő állapotait, hatással van az érzelmi szabályozásban szerepet játszó agyi területek fejlődésére, erősíti és fenntartja a kellemes állapotokat, melynek köszönhetően 14-16 hónapos korra kialakul egy elvárás a pozitív érzelmi állapotok gondozóval történő megosztására (Schore 1996, Mills 2005). Ennek a várakozásnak a kialakulása teszi lehetővé a szégyent. Ebben az időben a gondozó egyre inkább szocializációs ágenssé válik. A félrehangolások egyre gyakoribbak, korlátozzák a kellemes állapotokat és elősegítik az önkontroll fejlődését. Ezek a félrehangolódások megszegik a csecsemő elvárásait, a pozitív hatás hirtelen negatív állapotba való átváltását okozzák. Schore (Schore 1996, Mills 2005) szerint a pozitív állapotból a negatívba való gyors átmenet a szégyen. Fiziológiai szinten pedig a szégyen az izgalmi állapot hirtelen gátlása, ami gyors váltást foglal magában az energiamobilizáló, szimpatikus vegetatív idegrendszeri aktivitásból az energia-megőrző, paraszimpatikus aktivitásba, ami tulajdonképpen nem más, mint egy stressz válasz.

A szégyen élmény szabályozásához a csecsemő újrhangolódást igényel a gondozó részéről. Az interaktív helyreállítás segíti a csecsemőt egy belső munka modell kialakításához, amelyben az interakciók pozitívak és helyrehozhatóak, a gondozó megbízható, az én pedig hatékony. Ha a csecsemő ismételten megtapasztalja a félrehangolások helyreállításnak hiányát és a kapcsolódó szégyent, akkor mindez bizonytalan kötődéshez, szabályozatlan szégyenhez, és a szégyenre való hajlamhoz vezethet (Schore 1996, Mills 2005).

2.1.3.6. Neurobiológiai elmélet

Meglehetősen kevés kutatási eredmény áll rendelkezésünkre a szégyen neurobiológiáját illetően. Az öntudati érzelmekre vonatkozó kutatások inkább általánosságban vizsgálták ezeket az érzelmeket, nem specifikusan a szégyennel

foglalkoztak. Emellett született néhány immunológiai kutatási eredmény is a szégyen és egyéb szomatikus állapotváltozásokra vonatkozóan.

Az öntudati érzelmek bonyolult agyi hálózatokra támaszkodnak (Sturm és mtsai 2006). Az öntudati érzelmek lényeges komponense az öntudatosság, mely a mediális prefrontális kéreg aktiválásával függ össze (Takahashi és mtsai 2004, Ochsner és mtsai 2005, Sturm és mtsai 2006). Az öntudatosság hiányosságai több mentális zavarban megjelennek, melyek magukban foglalják a frontális lebeny diszfunkcióját is. Ilyen zavar lehet például az autizmus vagy a szkizofrénia (Toichi és mtsai 2002, Suzuki és mtsai 2005, Sturm és mtsai 2006). Feltételezhetően a különböző neurodegeneratív folyamatok, melyek a frontális lebenyben a neuronok hiányát okozzák, károsíthatják az öntudati funkciókat és ezzel együtt az öntudati érzelmek megjelenését is (Sturm és mtsai 2006). Ezt bizonyíthatja például az ún. frontotemporális lebeny degeneráció betegség által okozott emocionális zavar, mely elsősorban az öntudati érzelmek megjelenését befolyásolja. Az ilyen páciensek öntudatossága sérül és képtelenné válnak önmagukat jól elhelyezni különböző szociális kontextusokban, ugyanakkor alapérzelmeik megélése és kifejezése ép marad. Vizsgálatok eredményei szerint a frontotemporális lebeny degeneráció betegségben szenvedő egyének szignifikánsan kevesebb jelét mutatják a zavarba ejttségnek, mint az egyik lényeges öntudati érzelmenek, az egészséges kontroll személyekhez képest (Sturm és mtsai 2006). Miután ez a betegség a mediális prefrontális kéregben a neuronok számának csökkenésével jár, valószínűleg a mediális prefrontális kéreg lényeges szerepet kaphat az öntudati érzelmek kialakulásában (Sturm és mtsai 2006), így a szégyen megjelenésében is.

Egy német kutatásban (Michl és mtsai 2012) fMRI vizsgálatokat végeztek szégyennel és büntudattal kapcsolatos stimulusok agyi aktivitás mintázatát illetően. Mindkét érzellemmel kapcsolatban találtak temporális aktivitást, szégyen helyzetekben inkább az elülső cinguláris kéregben és a parahippocampalis gyrusban, míg büntudat esetén a fusiformis gyrusban és a középső temporális kéregben. Specifikus aktivációt is találtak a szégyenre a frontális régióban (mediális és inferior frontális gyrusban) a büntudatra pedig az amygdalában és az insulában. Korábban japán mintán végzett vizsgálatok hasonló eredményekkel jártak (Takahashi és mtsai 2004). Mindez azt mutatja, hogy az öntudati érzelmek kialakulásáért felelős lehet a frontális és temporális kéreg, valamint a limbikus rendszer is.

Más vizsgálatokban a szégyen hatásaira fókuszáltak különböző immunológiai folyamatok szempontjából (Kemeny és mtsai 2004). Azokban a helyzetekben, ahol a szégyen megjelenhet a gyulladáskeltő citokinek (Interleukin-1, Interleukin-6, Tumor Nekrózis Faktor - α) aktivitása és a kortizol termelődés is megnő (Kemeny és mtsai 2004). Különböző affektív állapotok és a kortizolszint összehasonlításában azt találták, hogy a szégyen érzésének növekedése jár egyedül együtt a kortizolszint robusztus emelkedésével. Ugyanígy a szégyen élmény emelkedése együttjár a gyulladós citokinek szintjének fokozott növekedésével is (Kemeny és mtsai 2004). Mindez különböző szomatikus betegségek kialakulásához vezethet.

2.1.4. A szégyenre való hajlam kialakulása és fejlődése

A szégyen alapvetően normális és egészséges jelenség, amíg akutan és reaktívan jelenik meg egy-egy szégyent okozó helyzetben (Pattison 2000). Azonban bizonyos tényezők hatására patológiássá is válhat, internalizálódik, az identitás részévé válik, krónikus, diszfunkcionális és karakterológiai állapottá alakul (Donhauser 2007). Az internalizálódott, krónikus állapotot jelzi a fokozottabb szégyenre való hajlam vélt vagy valós megszégyenítő helyzetekben. Sajnos kevés tanulmány foglalkozott azzal, hogy milyen kapcsolat van a szégyenre való hajlam és különböző szégyen-kiváltó tényezők között. Ezek a vizsgálatok is zömmel retrospektív módon történtek és azt sugallják, hogy a szégyenre való hajlam kialakulásában lényeges szerepet játszhat a szülői túlvás, a parentifikáció, a másik testvér favorizálása, nyílt megszégyenítés vagy az abúzus, valamint a kulturális hatások (Mills 2005). A kutatók egyetértenek abban, hogy a patológiás szégyen kialakulásában a szégyen-kiváltó tényezők és a karakterológiai jellemzők együttesen játszanak szerepet.

2.1.4.1. Szülői elutasítás és bizonytalan kötődés

A szégyen szabályozása szempontjából lényeges lehet a szülői elutasítás élménye, mely erőteljesen befolyásolja a korai kötődési stílust. A bizonytalan kötődési stílus nyilvánvaló szerepet játszik a fokozottabb szégyen-hajlam és a krónikus szégyen kialakulásában. Néhány kutatásban egyetemi hallgatókat vizsgáltak meg, kötődési stílusukat vetették össze a szégyenre és büntudatra való hajlammal. Tapasztalatok

szerint szorongó és zavarodott kötődés esetén nagyobb valószínűséggel jelent meg a szégyenre való hajlam, mint elkerülő vagy biztonságos kötődési stílus esetén. Ugyanakkor egyik kötődési stílussal bíró csoportnál sem találtak szignifikáns különbségeket a büntudatra való hajlamot illetően (Lopez és mtsai 1997, Gross és Hansen 2000). Belsky és munkatársai (1997) a korai anya gyermek kapcsolat hatásait vizsgálták, 1 és 3 éves kor között figyelték meg több alkalommal a kisgyermeket, valamint szüleik magatartását. Azt találták, hogy az anyai nagy intenzitású érzelmi kifejezés fokozza a gyermek negatív emocionalitását, impulzivitását és a szégyen elrejtésére tett kísérleteit.

2.1.4.2. Kivételezés a testvérrel

A szégyen hajlam egy másik lehetséges forrása a testvér vélt vagy valós előnyben részesítése. Gilbert és munkatársai (1996) úgy vélik, hogy a testvér favorizálása a másik testvér felé olyan üzenetet hordoz, amely negatívan hat a gyermek önértékelésére, kiváltva ezzel a szégyen érzést. Noha egyértelmű kapcsolat a két változó között nem mutatkozott, azonban olyan események, ahol a szülő kivételezett a testvérrel, az egyén számára fájó emlékként jelenik meg és ezáltal megélte az elutasítást is, valamint a negatív önértékelést, mely szorosan összefügghet a szégyennel (Mills 2005).

2.1.4.3 Abúzus, trauma, stigmatizáció, bullying

Az abúzus, trauma vagy stigmatizáció fokozott szégyen hajlam és a krónikus szégyen kialakulásában játszott szerepe meghatározó. A fizikai bántalmazás és a szégyen kapcsolatát vizsgálva óvodások körében azt tapasztalták, hogy bántalmazott lányok sikeres helyzetben kevésbé érezték büszkeséget, míg kudarc esetén fokozott szégyent mutattak. Bántalmazott fiúknál azonban mind a büszkeség, mind a szégyen megjelenése alacsonyabb volt a kontrollcsoportéhoz képest, mely a valódi érzelmek elrejtési kísérleteit jelenti (Alessandri és Lewis 1993). Szexuális jellegű bántalmazásokat illetően 14 éves kor előtt szexuális abúzust elszenvedett személyek körében végzett vizsgálatok számottevően magasabb internalizált szégyen értékeket találtak, mint kontroll személyek körében (Playter 1990). A szexuális abúzust elszenvedett 8-15 évesekkel végzett vizsgálatok azt találták, hogy az áldozatok az

események hatására belső, globális és stabil attribúciót alakítottak ki a történekről és egyértelműen önmagukat hibáztatták. Az abúzus specifikus belső attribúció szoros kapcsolatban áll a szégyennel és úgy tűnik, a szégyen a mediáló tényező az abúzus és a pszichikai distressz között (Feiring és mtsai 1998, Feiring és mtsai 2002). Mindazonáltal nem találtunk olyan korábbi kutatási eredményt, mely a szégyen és emocionális bántalmazás közötti kapcsolatot vizsgálta volna meg.

A szégyen hajlam kialakulásában szerepet játszhat az is, ha egy gyermek bullying áldozata, vagyis csúfolják, bántalmazzák iskolatársai. Egy olasz vizsgálatban 121 fő 9-11 éves gyermeket vontak be és felmérték, hogy bizonyos morális helyzetekben, melyek szégyent és büntudatot is kiválthatnak, milyen mértékű a megélt szégyen vagy büntudat az előre megkapott bántalmazó vagy áldozat forgatókönyvek függvényében (Menesini és Camodeca 2008). A szégyent és büntudatot is együttesen kiváltó szituációkban leginkább büntudat jelent meg mind az elkövető mind az áldozat oldaláról, ugyanakkor igen magas szégyent éreztek az áldozatok azokban a helyzetekben, amelyek leginkább szégyen kiváltására alkalmasak. Tehát a szégyenre való hajlam és az áldozattá válás között kapcsolat van.

2.1.4.4. Szülői szégyen

Bizonyos érzelmi tapasztalatok, melyek a mindennapokban rendre ismétlődnek, az érzelmi zavarok alapjává válhatnak egészen addig, amíg a tapasztalat karakterológiai jellemzőként ivódik be a személyiségbe. Ez a szégyenre való hajlam kialakulására is igaz (Fischer és mtsai 1990, Mills 2005). Abban az esetben például, ha a szülő önmaga is fokozott hajlammal bír a szégyenre, a gyermek empatizálni fog ezzel és akár önmagát hibáztathatja a megszégyenült állapotért. A kialakult tehetetlenség egy ilyen környezetben tovább mélyítheti a gyermek szégyenre való hajlamát a későbbiekben (Lewis és mtsai 1990). Azokban a családokban nevelkedett 7-12 éves gyermekeknél, ahol a házastársi konfliktusok ellenségesek, becsmérlőek, a konfliktussal analóg helyzetekben a gyermekekben emelkedett a distressz, a harag, a szomorúság, a tehetetlenség, a szégyen élménye és az önhibáztatás (Grych 1998). További szégyen hajlam növelő tényező lehet a szülők megszégyenítő nevelési stílusa. Noha a szülői nevelés normális része lehet bizonyos esetekben a szégyen kiváltása, azonban ha ennek mértéke fokozott, akkor nem az egészséges szocializáció részét képezi, hanem károkat

okoz (Mills 2005). A szégyen, mint nevelési eszköz kultúránként is változhat. Tajvani és amerikai anyákat összehasonlítva azt tapasztalták, hogy a tajvani anyák hajlamosak saját magukat is hibáztatni gyermekeik csíntevéséért, míg az amerikai anyákra ez kevésbé jellemző (Chiang és mtsai 2000). Így a szégyen akár közös élményként is megjelenhet anya és gyermeke között az interdependens kultúrákban, míg individualista kultúrákban ez kevésbé jellemző (Fernandez és mtsai 2005).

2.1.4.5. Szülői túlvás

A szülői túlkontrollálás, túlvás elősegítheti a szégyen kialakulását. Felnőttek retrospektív beszámolói alapján azt tapasztalták, hogy a szégyen hajlam kapcsolatban áll a fokozott szülői túlkontrollálással és az alacsonyabb mértékű szülői gondoskodással (Gilbert és mtsai 1996, Lutwak és Ferrari 1997). A tekintélyelvű szülői magatartás tovább fokozhatja a szégyen hajlam mértékét. A tekintélyelvű szülő hajlamos magas mércéket helyezni gyermeke elé, amelyeknek ha nem felel meg a gyermek, akár nyíltan elutasítja. Ezek a kemény és büntető attitűdök képezhetik az alapját egy belső globális szelf-attribúciónak, mely a szégyen kialakulásában kulcsfontosságú (Mills 2003).

2.1.4.6. Szocializációs hatások

A szülői nevelési stílus egyértelműen befolyásolja a szégyenre való hajlam kialakulásának mértékét. Egyes vizsgálatok szerint azon szülők, akik több elutasítást mutattak csemetéik iránt vagy a helyes magatartást kevésbé dicsérték meg, a gyermekeik magasabb szégyent éltek át, mint más gyermekek (Ferguson és Stegge 1995). Azoknál a gyermekeknél, ahol teljesítményhelyzet kapcsán a szülők több negatív és kevesebb pozitív visszajelzést adtak, a szégyen mértéke kifejezettebb volt (Alessandri és Lewis 1993). A dicséret túlzott formája is szégyenhez vezethet. A dicséretből a gyermek következtethet arra, hogy képességei miatt csupán alacsony elvárásoknak felelhet meg, illetve arra, hogy csupán teljesítmény esetén érdemel figyelmet. Mindez alááshatja a belső motivációt, külső kontrollosságot és tehetetlenségérzést hozhat létre, sőt, fokozhatja a negatív önértékelést és a teljesítmény megszakadásához vezethet (Kamins és Dweck 1999, Henderlong és Lepper 2002).

A szocializációs hatások szégyent kiváltó jellegének legsarkalatosabb példája az ún. parentifikáció jelensége, amikor a szülő keres elfogadást, megértést vagy támogatást

gyermekénél (Mills 2005). Egyes kutatások szerint a gyermekkori parentifikáció és a felnőttkori szégyen-hajlam szignifikáns kapcsolatban állnak egymással (Wells és Jones 2000).

2.1.4.7. *Temperamentum*

A temperamentum egy stabil emocionális vonás, mely biológiai eredetű és független a kulturális hatásoktól, valamint a környezeti befolyástól (Cloninger és mtsai 1998). Cloninger négy temperamentum dimenziót határozott meg, az ártalomkerülést, az újdonságkeresést, a jutalomfüggést és a kitartást (Cloninger és mtsai 1998). Korábbi kutatási eredmények szerint ezek a dimenziók kapcsolatban állnak különböző klinikai figyelmet igénylő állapotokkal, különösen a magas ártalomkerülés és alacsony kitartás járhat együtt mentális zavarokkal (Cloninger és mtsai 2006, Cloninger és mtsai 2012, Miettunen és Raevuori 2012, Fassino és mtsai 2013). Annak ellenére, hogy feltételezhető, a temperamentum, mint biológiai vonás alapvetően meghatározza az egyéni különbségeket a szégyenkeltő tapasztaltok hatására vonatkozóan, nagyon kevés és ellentmondó kutatási eredmény áll rendelkezésünkre a szégyen és temperamentum vonások vizsgálatát illetően. Belsky és munkatársai (1997) a korai temperamentum vizsgálata során csecsemők szüleivel készítettek interjút, valamint a csecsemők viselkedését tanulmányozták. Eredményeik szerint a korai, 12-13 hónapos temperamentum, valamint a szégyen és büszkeség között nem volt kapcsolat. Bafunno és Camodeca (2013) ugyanakkor 3-5 éves gyermekek viselkedését figyelték meg különböző helyzetekben, valamint temperamentumukról szülői interjút készítettek. Eredményeik szerint a szégyen kapcsolatban állt az ún. nehéz temperamentummal. A nehéz temperamentummal jellemzett gyermekek inkább visszahúzódnak, nehezen alkalmazkodnak új helyzetekhez és szomorú, negatív hangulatuk van, amely jellemzők emlékeztetnek bennünket a Cloninger által leírt ártalmokerülő temperamentum-dimenzióra (Cloninger és mtsai 1998). Olyan felnőttkorban végzett kutatásokat, melyek során Cloninger temperamentum dimenziói mentén vizsgálták volna meg az önértékelési érzelmeket, vagy a krónikus szégyen és fokozott szégyen hajlam megjelenését, nem találunk.

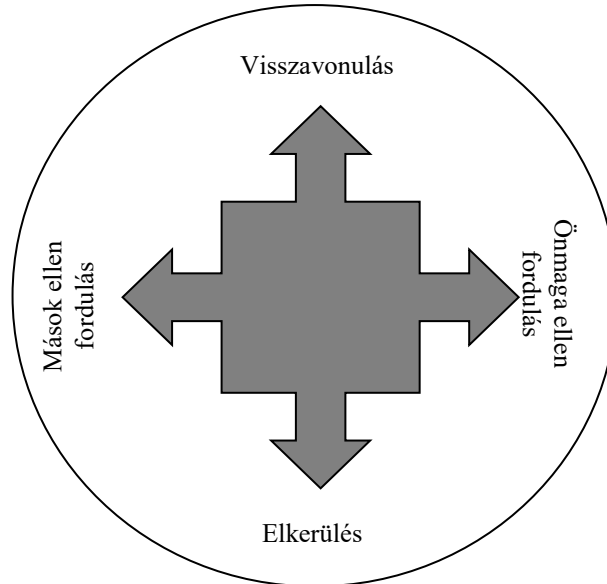
2.1.4.8. Nem és életkor hatásai

Kutatási eredmények szerint a szégyen érzés kialakulása szempontjából lényeges befolyásoló tényező a nem és az életkor. Nemi sztereotípiák mentén feltételezhetjük, hogy a nők jóval magasabb mértékét mutatják a büntudatnak, szégyennek és zavarba ejtettségeknek, mint a férfiak, akik inkább élnek át büszkeséget, mint szégyent. Ezek a sztereotípiák kutatási eredmények révén is alátámasztást nyertek. Lewis és munkatársai (1992) három éves gyermekek körében végzett vizsgálata szerint a lányok magasabb szégyent mutatnak, mint a fiúk. Szignifikáns nemi különbségeket találtak egy másik, egyetemi hallgatókkal végzett kérdőíves vizsgálatban, amelyben a nők jóval magasabb szégyen-szinttel rendelkeztek, mint a férfiak (Gross és Hansen 2000). Egy, a nemi különbségekre vonatkozó metaanalízisben pedig a nők valamivel magasabb szégyen és büntudat szintet mutattak a férfiakhoz képest, ugyanakkor ez a különbség eltűnt a zavarodottság és a büszkeség tekintetében (Else-Quest és mtsai 2012).

Az életkor hatását tekintve gyermekkortól időskorig a szégyen mértéke fluktuáló tendenciát mutat. Több olyan vizsgálati eredmény áll rendelkezésünkre, melyek azt bizonyítják, hogy a szégyen mértéke serdülőkorig emelkedik, majd középkorú felnőttek körében csökken, azonban időskorban újra emelkedést mutat (Tangney és Dearing 2002, Orth és mtsai 2010). Egy másik kutatásban, ahol serdülőket vizsgáltak, azt tapasztalták, hogy a büntudat növekszik az életkor előrehaladtával, de a szégyen mértékének változását a nem is befolyásolja. A fiúk szégyen-hajlama növekszik 8-tól 10. osztályig, ezt követően csökken, míg a lányok szégyen-hajlama csökken 10. osztályban, azonban ezt követően újra emelkedő tendenciát mutat (Walter és Burnaford 2006). Összességében a nemnek és életkornak is lényeges befolyásoló hatása van a szégyen átélésére vonatkozóan.

2.1.5. A szégyennel való megbirkózás főbb típusai

Nathanson véleménye szerint az egyének megszégyenítő helyzetekre különböző módon reagálhatnak és ennek illusztrálására szerkesztette meg az ún. szégyen-iránytűt (Nathanson 1992) (3. ábra).



3. Ábra Nathanson szégyen iránytűje (Nathanson 1992, 312. o.)

Ebben a négy irány, vagyis lehetséges kimenetel: a visszavonulás (elrejtőzés), az önmaga ellen fordulás (önagresszió), az elkerülés (tagadás, szer-abúzus), valamint a mások ellen fordulás (agresszió, düh). Mindannyian reagálunk a szégyenre különböző mértékben, az iránytű által meghatározott módok valamelyikén. Mindazonáltal a kellő önbecsüléssel rendelkező emberek általában gyorsan túljutnak szégyen-érzetükön (Nathanson 1992). Ugyanakkor magas krónikus szégyen és a szégyenre való hajlam fokozott mértéke esetén kifejezettebben és globálisabban érezzük a szégyent megszégyenítő helyzetekben, amelyek különböző következményekkel járhatnak.

A *visszavonulás* és elrejtőzés esetén a személy megpróbál láthatatlanná válni, elbújni, kilépni a helyzetből, visszavonulni, elszaladni, vagy elkerülni azok társaságát, akik tudnak a megszégyenítő dologról. Az *elkerülő* magatartás esetén letagadja a megszégyenítő dolgot, meggyőzi magát arról, hogy nincs oka rá, hogy rosszul érezze magát, sőt bizonyos esetben ellentétbe fordítja a helyzetet és saját érdemeit felnagyítja. Alkohol, drog használatával kábítja magát. Elkerülő stratégia még a szégyen érzését letagadni maga előtt, vagy sok elfoglaltsággal elterelni a figyelmet a

megszégyenülésről. Úgy csinálni, mintha nem is szégyellné magát, például viccel elüti a helyzetet a személy. *Önmaga ellen fordulás* esetén az egyén negatív önértékelésbe kezd: lenyomja magát, megharagszik magára, saját hibáin rágódik, vádolja önmagát, kritizálja magát, viszolyog önmagától, szuicid gondolatokkal küzd. A *másik ellen fordulás* esetében viszont megharagszik a másokra, vádolja a másikat, hogy ilyen érzést váltott ki benne, viszolyog a másiktól, rámutat a másik hibáira, kiabál velük, megszégyeníti a másikat, fizikailag megtámadja őket.

Gilbert szociális rang elmélete, az evolúciós gyökerekből építkezve megszégyenítő helyzetekre kétféle reakciót különít el. Véleménye szerint, aki alacsonyabb szociális rangúnak véli magát, sokkal inkább fogja saját magát hibáztatni egy kritika kapcsán, leértékeli önmagát, *szorongó, depresszív reakciót* ad, ellentétben azzal, aki önmagát magasabb pozícióba helyezi, mert ebben az esetben az egyén hajlamosabb másokat hibáztatni és *dühvel reagálni* az adott helyzetre (Gilbert és Miles 2000). Ez a két reakciómód erős átfedést mutat Nathanson önmaga ellen forduló és mások ellen forduló reakciómódjaival.

A szégyen következményeit az utóbbi években kutatások sora tűzte ki vizsgálata céljával, és a szakirodalmi adatok összességében alátámasztani látszanak a nathansoni és gilberti modellt, a fenti területek köré szerveződő reakciómódokat azonosítva (Gilbert és Miles 2000, Andrews és mtsai 2002, Gilbert és mtsai 2006, Brown és mtsai 2009, Heidenberg és Andrews 2011). Ezek a tanulmányok zömmel kórképek kapcsán vizsgálták a szégyenre adott reakciómódokat és nyilvánvalóvá tették, hogy a szégyen alapvető szerepet játszik különböző mentális zavarok megjelenésében.

2.1.6. A szégyen mérése

A szégyen mérésére a kutatásokban és a klinikai munkában zömmel önkítöltő kérdőíveket használnak. A szégyen 24 féle papír-ceruza tesztjét bemutató összefoglaló tanulmányukban Robins és munkatársai (2007) a szégyen kérdőíveket a vonás-szégyen mérésére, állapot-szégyen mérésére, valamint a szégyennel összefüggésben álló konstruktumok mérésére való alkalmasságuk alapján csoportosítják. Véleményük szerint a kutatásokban leggyakrabban használt kérdőívek a szégyen vonás jellegét mérik fel. Ilyen gyakran alkalmazott kérdőív az Öntudati Érzelmek Tesztje (Test of Self-

Conscious Affect, TOSCA) (Tangney és mtsai 1989, Tangney és mtsai 2000), az Internalizált Szégyen Skála (Internalized Shame Scale, ISS) (Cook 1994), a Személyes Érzelmek Kérdőív-2 (Personal Feelings Questionnaire-2, PFQ-2) (Harder és Zalma 1990), a Másik mint Megszégyenítő Skála (Other as Shamer Scale, OAS) (Goss és mtsai 1994), a Szégyen Iránytű Skála (Compass of Shame Scale, CoSS) (Elison és mtsai 2006) és a Szégyen Élmény Skála (Experience of Shame Scale, ESS) (Andrews és mtsai 2002). Ezek mellett további, ritkán alkalmazott, állapot szégyen mérésére alkalmas kérdőív a Megalázásra való Érzékenység Skála (Sensitivity to Put-Down Scale, SPD) (Gilbert és Miles 2000). A papír-ceruza teszteken túl az érzelmek felismerésére szolgáló, non-verbális eljárásokat is alkalmazzák szégyen vizsgálatokban. Ennek egyik formája az Implicit Asszociációs Teszt (IAT), mely implicit attitűdök vizsgálatára szolgáló eljárás (Greenwald és mtsai 1998, Greenwald és mtsai 2003, Rüsck és mtsai 2007). Ez utóbbi teszt inkább az implicit, mélyen megélt, nem tudatosult, vagy éppen tagadott, esetleg kivetített, externalizált magatartásban megnyilvánuló szégyen vizsgálatára alkalmas.

A két leggyakrabban alkalmazott kérdőív az öntudati érzelmek és ezen belül a szégyen felmérésére az Öntudati Érzelmek Tesztje (TOSCA) (Tangney és mtsai 1989, Tangney és mtsai 2000) és a Személyes Érzelmek Kérdőív-2 (PFQ-2) (Harder és Zalma 1990). PFQ-2 esetén eredetileg a különböző klinikai állapotok affektív tendenciáinak felmérésére alkalmas kérdőívet akartak létrehozni a kutatók és csak később derült ki, hogy ez a mérőeszköz jól elkülöníti egymástól a klinikai szégyent és a büntudatot (Harder és Zalma 1990). Averill és munkatársai (2002) ugyanakkor, klinikai mintán végzett vizsgálatai alapján arra a következtetésre jutottak, hogy a PFQ nem különíti el megfelelően a szégyent a büntudattól, de a TOSCA-t megfelelő mérőeszköznek találták a szégyen felmérésére klinikai mintán. Az Öntudati Érzelmek Tesztje (TOSCA) (Tangney és mtsai 1989, Tangney és mtsai 2000) élethelyzetekre vonatkozó forgatókönyveket tartalmaz és a válaszadás a forgatókönyvekkel kapcsolatos valószínű érzelmi és viselkedési válaszok tételeire adott 5 pontos Likert skálán történik. A kérdőív azonban 60 tételes, amely túl hosszú lehet mentális zavarral küzdő páciensek számára. A TOSCA kérdőív használatával kapcsolatban vannak klinikai tapasztalatok (Averill és mtsai 2002, Fergus és mtsai 2010), azonban a kérdőívet egészséges személyek szégyennel, büntudattal vagy büszkeséggel összefüggő forgatókönyvei alapján állították

össze és elsősorban egészséges populációban alkalmazzák, kutatási céllal (Robins és mtsai 2007). Ehhez hozzájárulhat az is, hogy a forgatókönyvek olyan történetekről szólnak, melyeket a pszichiátriai fekvőbeteg ellátásban részesülő betegek kevésbé tudnak értelmezni, élethelyzetük miatt.

Kutatásunkban, a fentiek alapján esett választásunk egy rövidebb, klinikumban is jól alkalmazható, a krónikus székelyen felmérésére alkalmas kérdőív, a Székelyen Élmény Skálára (ESS) (Andrews és mtsai 2002). Az állapot-székelyen felmérésére hasonló, elsősorban ökonómiai szempontok és a korábbi klinikai tapasztalatok miatt választottuk a Megalázásra való Érzékenység Skálát (Sensitivity to Put-Down Scale, SPD) (Gilbert és Miles 2000).

A Székelyen Élmény Skála (ESS) az élettartam során megtapasztalt székelyen felmérésére szolgáló 25 tételes kérdőív, melyet Andrews és munkatársai (2002) dolgoztak ki. Az egyes tételeknél a válaszadás 4 pontos Likert skálán történik. A kérdőív összesen 8 székelyen területet mér fel, melyek 3 fő faktorba csoportosulnak. Első fő faktora a karakterológiai székelyen, mely 4 területet ölel fel: a személyes szokások, a bánásmód, a „miféle ember vagyok”, és a képességek miatti székelyenkezést. A viselkedési székelyen fő faktor magában foglalja a rosszul csinálni, butaságot mondani és a kudarcot vallani élmények miatti székelyenkezést. A testi székelyen fő faktor a test miatti székelyenkezés területét tartalmazza. A kérdőív megbízhatósága jónak bizonyult (Cronbach Alfa: 0,93) (Andrews és mtsai 2002).

Andrews és munkatársai (2002) az általul felíttelezett 3 faktoros modell (karakterológiai, viselkedési és testi székelyen) mellett egy alternatív két faktoros modellt is kidolgoztak, melyben a testi székelyen mellett egy faktorba tömörült a karakterológiai és viselkedési székelyen, azonban a három faktoros modell sokkal jobban illeszkedett az adatokhoz ($\chi^2(53)=9753$, $p<0,001$; NFI=0,910; CFI=0,892), mint a két faktoros modell, így vizsgálatuk alapján a 2 faktoros modellt elvetették és a 3 faktoros modellt fogadták el.

Az ESS-t klinikai mintán is alkalmazták, így jól bevált mérőeszköznek bizonyult a krónikus székelyen felmérésére depresszió (Andrews és mtsai 2002), evészavarok (Swan és Andrews 2003, Kelly és mtsai 2013, Kelly és Carter 2013), önsértő magatartás (Milligan és Andrews 2005, Gilbert és mtsai 2010), különböző diagnózissal bíró csoport és magas testi székelyennel jellemzett csoport összehasonlító vizsgálatában

(Rockenberger és Brauchle 2011), valamint a dialektikus viselkedésterápia hatékonyságát felmérő vizsgálatban önsértő borderline páciensek körében (Harned és mtsai 2012).

Annak ellenére, hogy az ESS-t több kutatásban is alkalmazták, nem találtunk olyan vizsgálatot, mely a kérdőív faktorstuktúráját összehasonlította volna klinikai és egészséges minták között.

Gilbert kutatócsoportja dolgozta ki szégyen felmérésére a Megalázásra való Érzékenység Skálát (SPD) (Gilbert és Miles 2000). A kérdőív kialakításában szerepet játszott Gilbert evolúciós megközelítése, mely szerint az egyén társadalmi hierarchiában elfoglalt vélt helye alapvetően meghatározza megszégyenítő helyzetekre adott reakcióit. Az SPD kérdőív a megalázó, kritikus helyzetekre adott reakciókat méri, amely Gilbert (Gilbert 1992) elmélete szerint lehet önmagunk (depresszió, visszahúzódás, szorongás) vagy mások (agresszió, düh) hibáztatása. A magas érzékenység az ilyen megalázó helyzetekre összefügghet különböző pszichológiai zavarokkal. Ez a kérdőív elsősorban állapot-szégyent mér fel, azonban az állapot-szégyen kifejezett mértéke a vonás-szégyen magas szintjével összefügg. A kérdőív 20 állítást tartalmaz, melyek megszégyenítő helyzetekre vonatkoznak. A válaszadónak az állítások két oldalán található oszlopokban kell válaszolnia egy 5 fokú Likert skálán arra vonatkozóan, hogy ezekben a helyzetekben hogyan érzi magát (SPD-1) (szorongást vagy inkább dühöt él-e át), illetve hogyan viselkedik (SPD-2) (inkább önmagát vagy inkább másokat hibáztat-e). A kérdőív jó belső reliabilitással bír (Cronbach Alfa: 0,90) (Gilbert és Miles 2000). Az SPD-t viszonylag ritkán alkalmazzák kutatásokban, annak ellenére, hogy, tapasztalataink szerint a megszégyenítő helyzetekre adott reakciókat könnyebb feltárni egyes kórképek esetén, mint magát a krónikus szégyent. Emellett az SPD rövid, kitöltése kevésbé megterhelő a mentális zavarral küzdő személyeknek, valamint klinikai mintán szerzett korábbi tapasztalatok is rendelkezésünkre állnak (Gilbert és Miles 2000, Matos és mtsai 2013) Az SPD az érzelmi reakciók mellett viselkedési reakciók felmérésére is alkalmas, azonban kutatásunk relevanciája miatt, valamint ökonómiai szempontból az SPD érzelmi reakciókat felmérő verzióját alkalmaztuk a megalázásra való érzékenység felmérésére.

2.1.7. Szégyen szerepe az egyes mentális zavarokban

Egyre több kutatási eredmény áll rendelkezésünkre a krónikus, maladaptív szégyen és különböző kóros viselkedésformák, illetve mentális zavarok kapcsolatáról (Rizvi 2010). A krónikus szégyen kapcsolatba hozható a szorongásos zavarokkal (Gilbert és Miles 2000, Averill és mtsai 2002, Fergus és mtsai 2010), a depresszióval (Tangney és mtsai 1992, Andrews és mtsai 2002, Vikan és mtsai 2010), az evészavarokkal (Swan és Andrews 2003), a személyiségzavarokkal (Rüsch és mtsai 2007, Schoenleber és Berenbaum 2012), valamint általánosságban a mentális zavarokkal (Averill és mtsai 2002). Emellett a krónikus szégyen összefüggésben áll az önsértéssel, az öngyilkossági gondolatokkal és viselkedéssel (Brown és mtsai 2002, Kleindienst és mtsai 2008, Brown és mtsai 2009), a düh maladaptív formáival (Tangney és mtsai 1992). Szoros kapcsolatot tártak fel továbbá a krónikus szégyen és a gyermekkori traumatizáció és abúzus között (Andrews és mtsai 2000, Feiring és mtsai 2002). A mentális zavarokban a szégyen szerepét vizsgáló, általunk feltérképezett összes vizsgálati eredményt a 2. Táblázat foglalja össze.

Az általunk megvizsgált terület tekintében a továbbiakban a borderline személyiségzavar (BPD) jellemzői és a BPD és szégyen közötti kapcsolatot alátámasztó kutatások eredményei kerülnek ismertetésre.

2. Táblázat A szégyen kapcsolata a különböző mentális zavarokkal

kórkép	kérdőív	összefüggés	minta	hivatkozás
szorongás	TOSCA; PFQ-2	pozitív korreláció	klinikai	Averill és mtsai 2002
	ISS	pozitív korreláció	klinikai	Vikan és mtsai 2010
szociális fóbia	TOSCA	pozitív korreláció a szégyenre való hajlammal	klinikai	Fergus és mtsai 2010
	SPD	megszégyenítő helyzetekre visszahúzódással reagál	egyetemisták	Gilbert és Miles 2000
PTSD	TOSCA	pozitív korreláció a szégyenre való hajlammal	veteránok	Leskela és mtsai 2002
	TOSCA	szégyenhajlam, eseményhez kötött szégyen és pszichés tünetek között pozitív korreláció	bűncselekmények áldozatai	Semb és mtsai 2011
pánikzavar	TOSCA	negatív, nem szignifikáns kapcsolat	klinikai	Fergus és mtsai 2010
generalizált szorongás	TOSCA	pozitív korreláció a szégyen hajlammal	klinikai	Fergus és mtsai 2010
fóbiás tünetek	TOSCA; PFQ-2	szégyennel pozitív korreláció	klinikai	Averill és mtsai 2002
OCD	TOSCA	szégyenhajlam kifejezettebb, mint a büntudatra való hajlam	klinikai	Fergus és mtsai 2010
	TOSCA	ha a szégyenhajlam magas, kényszeres gondolatok és viselkedés között erősebb az összefüggés	normál, nem klinikai minta	Valentiner és Smith 2008
depresszió	TOSCA	szégyenhajlammal összefüggés	egyetemisták	Tangney és mtsai 1992
	ESS	testi szégyennel összefüggés	longitudinális vizsgálat, normál, nem klinikai minta	Andrews 1995
	SBS ¹	a szégyen élmény központi elem depresszióban	klinikai	Allan és Gilbert 1997
	ESS	központi jelentőségű depresszióban	normál, nem klinikai minta	Andrews és mtsai 2002
	TOSCA	szégyen hajlam prediktora a depresszióknak	serdülőkorúak	De Rubeis és Hollenstein 2009
bipoláris zavar	ISS; TOSCA	magasabb internalizált szégyen bipoláris zavarban	klinikai	Highfild és mtsai 2010
	ISS	magasabb internalizált szégyen	klinikai	Fowke és mtsai 2012

2. Táblázat A szégyen kapcsolata a különböző mentális zavarokkal (folyt.)

körkép	kérdőív	összefüggés	minta	hivatkozás
önkárosító magatartás tünetei	PFQ-2	bűntudat és szégyen hajlam is magasabb szuicid gondolatok esetén	amerikai katonák	Bryan és mtsai 2013
	ESS	önsértő magatartás és testi szégyen között pozitív erős kapcsolat	önsértő női foglyok	Milligan és Andrews 2005
	TOSCA	öngyilkossági gondolatok megjelenése összefügg a szégyennel	prospektív vizsgálat	Hastings és mtsai 2000
	TOSCA	szégyenhajlam a szuicid kísérlet előrejelzője	fiatal felnőttek normál minta, longitudinális vizsg.	Tangney és Dearing 2002
	PFQ	szégyen mások elutasítása miatti félelemtől és önsértés között kapcsolat	BPD klinikai minta	Brown és mtsai 2009
evészavar	ESS	karakterológiai, testi szégyen és evés körüli szégyen is magas	evészavarral küzdő klinikai	Swan és Andrews 2003
	ESS	magas szégyen, de evés körüli szégyen nem magasabb	evészavarral küzdő klinikai	Keith és mtsai 2009
	ISS	magas internalizált szégyen	anorexiás klinikai	Evans 2001
	TOSCA; ISS	internalizált szégyen mediátor a szülői túlóság és a bulimiás tünetek között	normál, nem klinikai minta	Murray és mtsai 2000
	ESS	a szégyen az anorexiás tüneteket jósolta be, a bulimiásokat nem	evészavarral küzdő klinikai - longitudinális	Troop és Redshaw 2012
	WEB-SG ²	aki falásrohammal is küzd, magasabb a zavarspecifikus szégyen, de a testi szégyen nem	túlsúlyos nők	Albohn-Kuhne és Rief 2011
szomatizációs zavar	TOSCA; PFQ-2	pozitív kapcsolat a szomatizációs tünetekkel	klinikai	Averill és mtsai 2002
borderline személyiség-zavar	TOSCA; IAT; ExpSS ³	magas szégyenhajlam	klinikai (BPD, szoc. fóbia)	Rüsch és mtsai 2007a
	TOSCA; IAT	PTSD-től függetlenül magas szégyenhajlam	klinikai (BPD, PTSD)	Rüsch és mtsai 2007b

2. Táblázat A szegény kapcsolata a különböző mentális zavarokkal (folyt.)

kórkép	kérdőív	összefüggés	minta	hivatkozás
antiszociális személyiség-zavar	ISS	elsődleges pszichopáták alacsonyabb szegényt mutatnak a másodlagos pszichopátához képest	klinikai	Morrison és Gilbert 2001
	SES ⁴	magas szegényen	rabok	Li és mtsai 2011
nárcisztikus személyiség-zavar	TOSCA; ASGS ⁵	érzelmileg abúzázó apa növeli a szegényhajlamot fiúknál (elfedett nárcizmus)	egyetemisták	Hoglund 1996
	TOSCA	vulnerábilis nárcizmus és szegény között kapcsolat	egyetemisták	Gramzow és Tangney 1992
hisztrionikus személyiség-zavar	ISS; SPS ⁶	hisztrionikus tünetek inkább kapcsolatban álltak a szegénnyel, mint a nárcisztikus tünetek	egyetemisták	Beavers 1990
C-klasztteres személyiség-zavarok	TOSCA; ShARQ ⁷ ; GNAT ⁸	szegény hajlam és szegénytől való idegenkedéssel is pozitív korreláció	egyetemisták	Schonleber és Berenbaum 2010
agresszió	SPD; OAS; PFQ-2	aki érzékenyebb a kritikára és magát magasabbra helyezi a szoc. rangsorban, inkább érez dühöt megszegyenítő helyzetekben	egyetemisták	Gilbert és Miles 2000
	ESS	pozitív kapcsolat szegény és harag között	egyetemisták	Heidenberg és Andrews 2011
	ESS	egyetemisták szegénye magasabb, bűnelkövetőknél nincs kapcsolat düh és szegény között	egyetemisták és bűnelkövetők	Farmer és Andrews 2009
	TOSCA	impulzív agresszióval és fizikai agresszióval pozitív kapcsolat	egyetemisták	Hedgpeth 2006
	TOSCA; PFQ-2	ellenségességgel pozitív kapcsolat	klinikai	Averill és mtsai 2002
függőségek	TOSCA	magas szegényen és büntudat	klinikai	McGaffin és mtsai 2013
	TOSCA	szegény hajlam és szerhasználat között pozitív korreláció	egyetemisták	Dearing és mtsai 2005

2. Táblázat A szégyen kapcsolata a különböző mentális zavarokkal (folyt.)

körkép	kérdőív	összefüggés	minta	hivatkozás
autizmus		gyengébb ToM esetén gyengébb az öntudati érzelmek felismerése	klinikai	Heerey és mtsai 2003
paranoia	ESS; SPD; OAS	szégyennel kapcsolatos traumatizáló emlékek és paranoid tünetek között kapcsolat, inkább externalizáló szégyen	normál, nem klinikai minta	Matos és mtsai 2013

Korábban nem ismertett, de a kutatásokban használt és a táblázatban feltüntetett szégyen kérdőívek jegyzéke: ¹SBS Submissive Behaviour Scale (Allan és Gilbert 1997), ²WEB-SG Weight- and Body-related Shame and Guilt Scale (Conradt és mtsai 2007), ³ExpSS Experiment of Shame Scale (Turner 1998), ⁴SES Shame Experience Scale (Li és mtsai 2011), ⁵ASGS Adapted Shame and Guilt Scale (Hoblitzelle 1982), ⁶SPS Shame-Proneness Scale (Shreve és Patton 1988), ⁷ShARQ Shame-Aversive Reactions Questionnaire (Schonleber és Berenbaum 2010), ⁸GNAT Go/No-Go Association Task (Schonleber és Berenbaum 2010)

2.2. Borderline személyiségzavar

2.2.1. A borderline személyiségzavar jellemzői, gyakorisága, komorbiditása, lefolyása

A borderline személyiségzavar (borderline personality disorder, BPD), a jelenleg alkalmazott klasszifikációs rendszerek szerint (APA 2000, APA 2013) a dramatikus csoporthoz tartozó személyiségzavar. Mint minden személyiségzavarra, a borderline személyiségzavarra is igaz, hogy a viselkedés és a belső élmények tartós, kulturális elvárásoktól eltérő, pervazív, rugalmatlan és stabil mintázatával jár, amely jelentősen rontja az életminőséget és distresszt okoz a személy számára (APA 2013). A kórképre specifikusan a kötődési és érzelemszabályozási problémák a leginkább jellemzőek. A BPD páciensek hangulata ingadozik, gyakori körükben az önsértő magatartás, gyakran hangoztatnak öngyilkossági szándékot és a mentális zavarok közül BPD esetén a leggyakoribb a befejezett öngyilkosság (Brown és mtsai 2009, APA 2013).

A borderline személyiségzavart önálló diagnosztikai kategóriaként 1980 óta tartjuk számon (APA 1980). A BPD az egyik leggyakrabban diagnosztizált személyiségzavar (Gunderson 2001).

Epidemiológiai kutatások szerint a borderline személyiségzavar gyakorisága meglehetősen magas. Az 1993-tól 2010-ig terjedő időszakban, 16 epidemiológiai kutatás eredményét összefoglalva a BPD gyakorisága az általános népesség körében 0,0-5,5% között van (medián: 1,4%) (Widiger és Rojas 2015). Ez a jelentős eltérés elsősorban a vizsgálatokban alkalmazott mérőeszközök különbségeiből fakadt. A klinikai ellátásban ez a szám jóval magasabb: körülbelül 15%-os a BPD gyakorisága a pszichiátriai fekvőbetegek körében (a személyiségzavarokkal küzdők körében 51%), míg a járóbetegek 8%-a (a személyiségzavarral küzdők körében 27%-a) meríti ki a BPD diagnosztikai kritériumait (Moran és mtsai 2000, Beckwith és mtsai 2014, Widiger és Rojas 2015). A demográfiai profil a fiatal felnőttek túlsúlyát jelzi. A BPD gyakoribb a nagyvárosokban, valamint az alacsonyabb társadalmi, gazdasági helyzetű rétegekben (Torgensen és mtsai 2001).

Noha a legtöbb kutatási eredmény arra utal, hogy a borderline személyiségzavar nők körében jóval gyakoribb (a férfi:nő arány 1:3) (Gunderson 2001, APA 2013),

ugyanakkor egy körülbelül 34 ezer felnőtt lakosra kiterjedt epidemiológiai vizsgálatban az Egyesült Államokban a borderline személyiségzavar tekintetében a férfiak és nők arányát egyenlőnek találták (Grant és mtsai 2008).

A borderline személyiségzavar diagnosztikájában és kezelésében is komoly nehézséget jelentenek a komorbid kórképek, melyek közül leggyakrabban hangulatzavarok, szorongásos zavarok, szerhasználat zavarok, evészavarok és más személyiségzavarok társulnak BPD-vel (Zanarini és mtsai 1998a, Zanarini és mtsai 1998b, McGlashan és mtsai 2000). A BPD-ben megjelenő komorbid kórképek gyakoriságát a 3. Táblázat szemlélteti.

3. Táblázat A BPD-ben megjelenő komorbid kórképek gyakorisága (Zanarini és mtsai 1998a, Zanarini és mtsai 1998b, McGlashan és mtsai 2000 eredményei alapján)

DSM IV I. tengely

• Bármely hangulatzavar	96%
• Major depresszív zavar	71-83%
• Bármely szorongásos zavar	88%
• Pánik zavar	34-48%
• PTSD	47-56%
• Alkohol és szer használat	50-65%
• Evészavar	7-26%

DSM IV II. tengely

• Elkerülő PD	43-47,4%
• Kényszeres PD	18,2-25,7%
• Dependens PD	16-50,7%
• Paranoid PD	13,7-30,3%

A borderline személyiségzavar tüneteinek stabilitása és a kórlefolyás nagy változékonyságot mutat. Egy 10 éves utánkövetéses vizsgálat szerint az affektív tünetek és az interperszonális tünetek mutatkoztak a legstabilabbnak, az önkárosító viselkedés és impulzivitás viszont az évek múltával alábbhagyott a BPD betegek körében (Zanarini és mtsai 2007). Más vizsgálatok azt találták, hogy a leginkább stabil tünetek a krónikus üresség érzése, a harag, az érzelmi labilitás és az identitászavar, míg kisebb stabilitást mutatott a szuicidalitás, az önsértő magatartás, az impulzivitás, az instabil kapcsolatok, a derealizáció és a paranoid gondolatok gyakorisága (Deschamps és Vreugdenhil 2008). Ugyanebben a vizsgálatban a kiindulási BPD állapothoz képest két évvel később csak a

beteg 30%-a felelt meg a diagnosztikai kritériumoknak (Deschamps és Vreugdenhil 2008), ami prognosztikailag előnyös eredmény.

2.2.2. Rövid történeti áttekintés

A borderline személyiségzavar története meglehetősen hosszú múltra tekint vissza, hiszen a BPD-hez hasonló intenzív hangulatváltásokkal, impulzív dühösséggel jellemzett kórképeket már az ókorban is feljegyezték. Ezeket a tüneteket először Bonet (1684/ idézi Millon és mtsai 2004) foglalta össze egy közös szindrómába, melyre a *folie maniaco-mélancholique* kifejezést alkalmazta. Ezt követően a XIX. század orvosai igyekeztek megragadni a kórkép jellegzetességeit. Közös jellemzőjük ezeknek a leírásoknak az affektív instabilitás volt, mely egyúttal affektív spektrumba tartozóként tárgyalta a BPD jellegű tüneteket. Más megközelítések szerint a pszichopátiával rokon megbetegedésről van szó, melyet a manifeszt pszichotikus tünetek hiánya mellett ésszerűtlen viselkedés és kóros lelki reakciók jellemeznek (Wirth-Cauchon 2001). A harmadik történeti vonulat Kraepelin (1896) és Kretschmer (1925) nevéhez fűződik, akik a betegség hátterében biológiai predispozíciót hangsúlyoztak.

Maga a borderline kifejezés Adolph Stern pszichoanalitikus nevéhez fűződik, aki 1938-ban használta ezt a leírást olyan páciensekre, akik se nem neurotikusok, se nem pszichotikusok, ugyanakkor a pszichoanalitikus kezelésük nagy nehézségekkel jár. Noha a borderline kifejezés a DSM diagnosztikai kategóriáiban a mai napig fennmaradt (APA 2013), a kifejezésnek deskriptív értéke már nincs.

Az első empirikus vizsgálatokat borderline betegek körében 1968-ban végezték Grinker és munkatársai (1968). Eredményeik szerint a BPD tünetei négy jellegzetes csoportba rendeződtek: (1) a düh, mint legfőbb affektus, (2) az interperszonális kapcsolatok defektusai, (3) az identitás hiányára utaló jelzések, és a (4) depresszív magányosság. A betegek a tünetek relatív súlya alapján 4 alcsoportba sorolhatók: (1) a pszichózis határán lévő páciensek, akiket zömében a negatív affektusok és dühös viselkedés jellemez, az identitás- és valóságérzékelés deficites; (2) a „központi borderline szindrómát” a páciens negatív, kaotikus érzelmei és viselkedése, valamint erős acting-out késztetés jellemzi; (3) az alkalmazkodó, affektusok nélküli, védekező, „mintha” személyiséget színtelen, felületes alkalmazkodás és érzelmekben szegény

interakciók határozzák meg; (4) a neurózissal határos személyiség fő jellemzői a gyermeki kapaszkodás és a depresszió.

Később Gunderson és Singer (1975) áttekintő tanulmányt jelentetett meg, melyben szintetizálták a borderline koncepcióval kapcsolatban addig megjelent szakirodalmi megállapításokat. Munkájukban Grinker és munkatársai (1968) kutatásaira támaszkodtak, valamint a pszichoanalitikus klinikai leírásokra és a Rorschach teszttel végzett vizsgálatokra.

A DSM-III. II. tengelyén dolgozó szakértői konszenzus a Gunderson és Singer (1975) által leírt vonásokat fogadta el - Kernberg (1993) identitásdiffúzió fogalmával kiegészítve - a hivatalos borderline személyiségzavar diagnosztikai kritériumaiként 1980-ban. Így a borderline személyiségzavar 1980-tól körülhatárolt diagnosztikai kategóriává vált (APA 1980).

2.2.3. A borderline személyiségzavar diagnosztikája

A DSM-III-ban nyolc, operacionalizált BPD kritérium szerepel, melyek közül ötnek kell teljesülnie a diagnózis felállításához (APA 1980). Az egyes tünetek mögött feltárható pszichobiológiai dimenziók azonosítására faktoranalitikus vizsgálatokat végeztek. Sanislow és munkatársai (2000) borderline mintán a DSM-III-R kritériumok együjtjárása alapján 3 faktort tudott azonosítani: (1) identitásproblémák és megzavart kapcsolati viszonyulás, (2) a viselkedésszabályozás zavara, (3) az affektív szabályozás zavara.

A DSM-IV. revíziójának köszönhetően a tételek sorrendje változott a diagnosztikai súlyuknak megfelelően, valamint bekerült egy új tétel, az átmeneti stresszhez kapcsolódó paranoid elképzelések vagy súlyos disszociatív tünetek (Skodol és mtsai 2002).

Jelenleg a borderline személyiségzavar diagnosztikáját a DSM-5 (APA 2013) kategoriális megközelítést alkalmazó diagnosztikai kritériumai segítik. A DSM-5 (APA 2013) borderline személyiségzavarra vonatkozó diagnosztikai kritériumait az 4. Táblázat szemlélteti.

4. Táblázat A borderline személyiségzavar DSM-5 kritériumai (APA 2013)

Fiatal felnőttkortól kezdve számos különféle helyzetben megnyilvánuló instabil interperszonális kapcsolatok, önkép és affektusok, valamint kifejezett impulzivitás mindent átható mintázata, amit az alábbiak közül öt (vagy több) jelez:

1. Kétségbeesett erőfeszítés a valós vagy képzelt elhagyatás elkerülésére.
2. Instabil és intenzív interperszonális kapcsolatok mintázata, melyekre az idealizálás és lebecsülés szélsőséges váltakozása jellemző.
3. Identitászavar: kifejezetten és tartósan instabil önkép vagy önérték.
4. Impulzivitás legalább két, potenciálisan önkárosító vagy önvészélyeztető területen (pl. költekezés, szex, szerabúzus, gondatlan autóvezetés, falás).
5. Ismétlődő szuicid viselkedés, gesztusok, fenyegetések vagy önsértő viselkedés.
6. Affektív instabilitás a jelentős hangulati reaktivitás következtében (pl. intenzív epizodikus diszfória, irritabilitás vagy szorongás, mely rendszerint néhány órán át tart és csak ritkán áll fenn néhány napnál tovább).
7. Krónikus ürességérzés.
8. Inadekvát, intenzív harag vagy a harag kontrollálásának nehézsége (pl. gyakori dühkitörések, állandó harag, ismétlődő verekedések).
9. Átmeneti, stresszhez kapcsolódó paranoid gondolatok vagy súlyos disszociatív tünetek.

A kategoriális osztályozást sok kritika érte a gyakorló szakemberek részéről. Egyrészt az ilyen osztályozás nem teszi lehetővé a kritériumszintet még éppen nem teljesítő, de maladaptív személyiségvonásokkal bíró személyek diagnosztizálását, másrészt az ilyen rendszerek megkövetelnék a személyiségzavarok tiszta formáit, melyek nagyon ritkán fordulnak elő a gyakorlatban (Kuritárné 2008). Ennek köszönhetően a DSM-5 alternatív diagnosztikai rendszere egy dimenzionális megközelítést is kínál a személyiségzavarok diagnosztikájára.

A DSM-5. III. fejezetében a személyiségzavarokat a személyiség működésének károsodása és a kóros személyiségvonások alapján kategorizálják. A személyiség működési szintjének megítélése az önmagára (identitás, önirányítottság) és az interperszonális kapcsolatokra (empátia, intimitás) vonatkozó elemek alapján történik. A kóros személyiségvonásokat 5 átfogó kategóriába csoportosították (negatív affektivitás vs. emocionális stabilitás, elkerülés vs. extravertió, antagonizmus vs. együttműködés, gátlástalanság vs. lelkiismeretesség, pszichotizmus vs. egyértelműség), melyeket 25 specifikus jellemvonás alapján tudunk definiálni. A személyiségzavarok diagnózisa ebben a dimenzionális megközelítésben a személy funkcionálási szintjének megítélése, valamint a jelen levő jellemvonások alapján

lehetséges. A DSM-5 (APA 2013) dimenzionális megközelítése alapján a borderline személyiségzavar diagnosztikai kritériumait az 5. Táblázat szemlélteti.

5. Táblázat A borderline személyiségzavar dimenzionális kritériumai a DSM-5-ben (APA 2013)

<p>A. Személyiség működésében legalább 2 jellemző az alábbiakból:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identitás: gyengén fejlett vagy instabil énkép, önkritikusság, üresség érzése • Önirányítottság: célokban, értékekben, karriertervekben bizonytalanság • Empátia: nehezen ismeri fel mások érzéseit és szükségleteit, ugyanakkor hiperszenzitív. Könnyen von le hibás következtetéseket mások viselkedéséből. • Intimitás: intenzív, instabil és konfliktusos közeli kapcsolatok, bizalmatlanság, rettegés az elhagyatástól, túl közeli bevonódás és elutasítás, idealizálás és lebecsülés. <p>B. 4 vagy több az alábbi személyiségjegyekből:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emocionális labilitás • Félénkség • Szeparációs szorongás • Depresszió • Impulzivitás • Kockázattvállalás • Ellenségesség
--

A borderline személyiségzavar diagnosztikáját a gyakorlatban a DSM-IV (APA 1994) és a DSM-5 (APA 2013) diagnosztikai kritériumai alapján kifejlesztett strukturált vagy félig-strukturált interjúk teszik lehetővé. Widiger (2002) összefoglaló tanulmányában legalább ötféle interjút tart alkalmasnak a személyiségzavarok diagnosztikájában. Az egyik legelterjedtebb, könnyen hozzáférhető mérőeszköz a SCID-II (Strukturált klinikai interjú a személyiségzavarok felmérésére, First és mtsai 1997, magyarul: Szádóczky és mtsai 2004). A SCID-II (First és mtsai 1997), kutatási eredmények szerint a borderline személyiségzavar megbízható mérőeszköze (kappa érték: 0,72-0,91; Arntz és mtsai 1992, Dressen és Arntz 1998, Maffei és mtsai 1997, Lobbstaël és mtsai 2011). Ezen kívül a BPD tüneteinek felmérésében legalább 10 féle kérdőív és becslőskála is rendelkezésünkre áll (Widiger 2002).

2.2.4. A borderline személyiségzavar etiológiája

Az eddigi kutatási eredmények arra utalnak, hogy a borderline személyiségzavar multifaktoriális eredetű. Stepp és munkatársai (2016) áttekintő tanulmányukban 39

korábbi vizsgálat eredményét összegezve úgy találták, hogy a legerőteljesebb rizikó faktorok borderline személyiségzavar kialakulását tekintve négy terület köré szerveződnek: (1) szociális hatások (alacsony szocioökonómiai státusz, stresszes életesemények gyermekkortól kezdve, súlyos családi veszteségek/csapások); (2) családi hatások (az anya mentális zavara, hideg, bántalmazó szülői bánásmód, hosztilitás, durva büntetések); (3) a rossz bánásmód (fizikai vagy szexuális abúzus, elhanyagolás); valamint (4) a gyermek fejlődési nehézségei (alacsony intellektuális képesség, magas fokú negatív affektivitás és impulzivitás és internalizáló vagy externalizáló mentális zavar gyermekkorban). Ugyanakkor más kutatási eredmények arra utalnak, hogy a borderline személyiségzavarnak lehetnek neurobiológiai etiológiai faktorai is. Úgy tűnik, az idegrendszeri sérülékenység és a súlyos és/vagy hosszan fennálló környezeti traumatikus hatások játszanak döntő szerepet a BPD kialakulásában. A kutatási eredmények egybecsengenek a gyakorló pszichológusok megfigyeléseivel és elméleti feltevéseivel a borderline személyiségzavar kialakulását illetően.

Az alábbiakban a borderline személyiségzavarra vonatkozó biológiai és környezeti hatásokkal kapcsolatos kutatások eredményei, valamint az analitikus és kognitív-viselkedésterápiás szemléletű pszichológiai modellek kerülnek bemutatásra.

2.2.4.1. Biológiai háttér

A biológiai megalapozottság tekintetében az örökölhetőség szerepére hívták fel a figyelmet Torgersen (2000) eredményei. Torgersen (2000) 97 monozigóta és 129 dizigóta ikerpárt vizsgált meg és azt tapasztalta, hogy a BPD csoportban a konkordancia a monozigóta párokban 35%, míg a dizigóta párokban 7% volt. Torgersen (2000) a familiáris környezetre vonatkozóan úgy találta, hogy a közönséges/normális családi miliő hatása a BPD kialakulásában minimális. Ezek a vizsgálatok arra mutatnak, hogy a BPD biológiai háttere egyáltalán nem elhanyagolható.

A neurobiológiai vizsgálatok zöme talált arra vonatkozó adatokat, hogy a borderline betegek bizonyos százalékában kimutathatók valamilyen agyi károsodások. A férfi borderline betegek között az organikus károsodás 40-56%, míg nők körében 14-29% (Van Reekum és mtsai 1993). A vizsgálatok során a BPD betegek 47-65%-a mutatott legalább 2-4 minimális abnormalitásra utaló neurológiai jelet. A képalkotó eljárások és a neuropszichológiai vizsgálatok többnyire a hippocampus, az amygdala, a

prefrontális és orbitofrontális kérgi területeken mutattak eltéréseket (Donegan és mtsai 2003, Herpertz és mtsai 2001, Driessen és mtsai 2004, Vollm és mtsai 2004, New és mtsai 2007, Silbersweig és mtsai 2007, Unoka és mtsai 2011). Egy közelmúltban megjelent metaanalízis eredményei szerint a borderline páciensek kifejezett neurokognitív deficittel bírnak, elsősorban a döntéshozatal, a memória funkciók és a végrehajtó funkciók területén, amely eredmények ugyancsak a neurobiológiai hátteret támasztják alá BPD esetén (Unoka és Richman 2016).

2.2.4.2. Rossz bánásmód, családi faktorok

Több kutatási eredmény bizonyítja, hogy a szülői, különösen az anyai mentális zavar előrejelzője a borderline tünetek kialakulásának (Stepp és mtsai 2014, Winsper és mtsai 2015), azonban úgy tűnik, az anyai pszichopatológia inkább a rossz bánásmód révén vezet borderline tünetekhez (Reinelt és mtsai 2014, Belsky és mtsai 2012).

A szülői nevelői stílus tekintetében az alacsony melegség, az elutasítás, a hosztilitás és a durva büntetések állnak kapcsolatban a borderline személyiségzavar kialakulásával (Stepp és mtsai 2014, Winsper és mtsai 2012, Hallquist és mtsai 2015), ugyanakkor Stepp és munkatársai (2014) a rossz bánásmód és a borderline tünetek között reciprok hatást találtak serdülők körében, ami azt jelenti, hogy a BPD tünetek kialakulásához hozzájárul a rossz, bántalmazó szülői bánásmód, de a BPD tünetek kiváltják és növelik is az ilyen bánásmódot a szülők részéről.

A kutatási eredmények alátámasztják emellett a súlyos gyermekkori abúzus-történet, valamint a bullying hatásának jelentőségét a borderline tünetek kialakulása szempontjából. A különböző típusú súlyos bántalmazások gyermekkorban, mint a fizikai (Belsky és mtsai 2012, Bornovalova és mtsai 2013), a verbális és emocionális (Johnson és mtsai 2001, Bornovalova és mtsai 2013), valamint a szexuális abúzusok (Bornovalova és mtsai 2013, Stepp és mtsai 2015) mellett az elhanyagolás (Johnson és mtsai 1999) is döntő jelentőségű tapasztalatok a borderline személyiségzavar kialakulásának rizikóját tekintve. Az elhanyagolás lényege a gondozó személy mulasztása, amellyel veszélyezteti a gyermek egészséges fejlődését. Mindkét szülő elhanyagolása különösen kóroki jellegű (Révész 2004). Az elhanyagolásnak több formája létezik, így a fizikai elhanyagolás, a gondozó érzelmi elérhetetlensége, a gondozó következetlen bánásmódja. Emellett lényeges elhanyagolási forma, ha a

gondozó tagadja a gyermek érzéseit, nincs valódi érzelmi kapcsolat a gondozóval, a gyermeket szülői szerepbe helyezi, vagy nem biztosít megfelelő védelmet a gyermeknek (Zanarini és mtsai 1997, Révész 2004). Az elhanyagolás jó táptalaja lehet a fizikai vagy szexuális intrafamiális vagy extrafamiális abúzusoknak is (Zanarini és mtsai 1997).

Emellett rizikófaktorként definiálható az anyai szeparáció megtapasztalása (pl. kórházi tartózkodás gyermekkorban) (Crawford és mtsai 2009), a gyenge szülői gondoskodás (Lyons-Ruth és mtsai 2013), valamint a kortársak részéről a kirekesztés és bullying (Wolke és mtsai 2012).

Több olyan kutatási eredmény is rendelkezésünkre áll, amelyben a kora gyermekkori traumák mellett az idegrendszeri károsodásokat is egyidejűleg vizsgálták. Kimble és munkatársai (1997) az idegrendszeri károsodások mellett a gyermekkori elhanyagolást és abúzusélményeket is megvizsgálták. Azt tapasztalták, hogy a BPD diagnózis szempontjából az organikus sérülékenység erőteljesebb prediktív értékkel bír, mint a patológiás gyermekkori élmények. Ugyanakkor azon borderline betegek körében, ahol nem volt kimutatható organikus károsodás, mindannyian beszámoltak gyermekkori szexuális abúzusról. A szerzők ezek alapján úgy vélték, hogy mind az organikus vulnerabilitás, mind a gyermekkori szexuális abúzus fontos rizikótényező a BPD kialakulása szempontjából.

A rossz bánásmód következményeinek biológiai magyarázata szerint a megfelelő szülői gondoskodás a fiziológiai izgatottság megfelelő szintjének a fenntartására törekszik. Bántalmazó, vagy a gyermek szükségleteire nem reagáló, elhanyagoló szülők gyermekeiben krónikus túlfokozott izgalmi állapotot találtak, amely együtt jár az érzelmek szabályozásának zavarával is. Ez a felfokozott izgalmi állapot lényegében megfelel a stressz válasznak. Korai időszakban tapasztalt tartós stressz a mellékvesekéreg serkentést kiváltó faktor (Corticotropin Releasing Factor) szekrécióját kontrolláló gén expresszióját fokozhatja, ami a stresszt okozó stimulusokkal szembeni szenzitivizációval, a Hypothalamus-hypophysis-mellékvesekéreg tengely fokozott aktivitásával (HHM) jár (Heim és mtsai 2000).

Egy másik vizsgálatban azt találták, hogy az oxitocin és vazopresszin szint is jelentős mértékben csökkent az árvaházban felnőtt, elhanyagolt gyermekek körében. Az oxitocin fontos szerepet játszik a bizalom érzésében, és a HHM tengely tevékenységének leszabályozásában (Wisner-Fries és mtsai 2005, Carter 2005). Schore

összefoglalója szerint a korai elhanyagoló, vagy abúzív bánásmód következtében az orbitofrontális pályák szenzitizációja alakul ki, és hosszantartó károsodás figyelhető meg az érzelmek intenzitását szabályozó agyi régiókban. Ennek klinikai következményei az állandó stresszre irányultságban és a stressz válasz aktivációban, az affektív reguláció zavaraiiban, az impulzivitásban, a csökkent szorongás tűrésben és az agresszív késztetések modulációjának zavaraiiban nyilvánul meg (Schore 2001).

2.2.4.3. A borderline személyiségzavar pszichológiai elméletei

A személyiségzavarok, így a borderline személyiségzavar átfogó elméleteit az analitikus/dinamikus, majd később, a kognitív szemlélet térhódítását követően, a kognitív-viselkedésterápiás irányzatok képviselői alkották meg. A pszichológiai elméletek – összhangban a különböző vizsgálatok eredményeivel - a gyermek sérülékenysége mellett a rossz szülői bánásmódra és az abúzusok jelentőségére helyezik a hangsúlyt a BPD kialakulásában.

Pszichoanalitikus elméletek

Számos jól ismert pszichoanalitikusan orientált korai fejlődéseméleti rendszerben elhelyezhető a borderline patológia (összefoglalja Fonagy és Target 2005). Így például *Freud és Abraham* pszichoszexuális fejlődéseméletében orális fixációként, valamint az örömelev és a primer folyamatgondolkodás dominanciájaként értelmezhető. *Ferenczi* fejlődéseméletében a feltétel nélküli omnipotencia és a mágikus-hallucinatorikus omnipotencia stádiumában rögzültek a BPD betegek, nem érik el a realitáselv szintjét. *Melanie Klein* személyiségfejlődési modelljében a borderline patológia a paranoid-skizoid pozícióból a depresszív pozícióba történő átmenet zavaraként konceptualizálható. *Winnicott* terminusaiban a borderline beteg a környezet elvárásaihoz alkalmazkodó hamis szelfet volt kénytelen kifejleszteni, amely erősen eltér a valódi szelf minőségeitől. *Fairbairn* megközelítésében a fejlődés az infantilis dependencia stádiumából egy átmeneti stádiumon keresztül az érett dependencia irányába vezet. A borderline beteg az átmeneti stádium korai szakaszában fixálódik, amikor a jó és rossz belső tárgyak még hasítottak. *Erikson* pszichoszociális stádiumai közül az alapvető bizalom szintjén megjelennek a deficitek. A *mahleri* szeparáció-individualizáció folyamatában a borderline fejlődési elmaradás az újraközeledési alfázis idejére lokalizálható. *Bálint Mihály* szerint az archaikus tárgykapcsolat stádiumában

elszenvedett östörés áll a súlyos személyiségpatológiák, így a borderline személyiségzavar hátterében is. *Kohut* szerint a borderline beteg koherens szelfmagja nem épült fel. Végezetül *Kernberg* fejlődésméleteben a BPD beteg az integrálatlan szelf és tárgyrepresentációk stádiumában fixálódott.

Otto F. Kernberg nem a DSM szerinti értelemben beszélt borderline személyiségzavarról, hanem a súlyos karakterpatológiáknak egy széles tartományát írja le borderline személyiség szerveződési címszó alatt (*Kernberg* 1993). Három nagy diagnosztikus kategóriát különböztet meg az identitás integráltsága, az elhárítások fejlettsége és a realitásvizsgálat színvonala szempontjából. Így elkülöníti a pszichotikus és neurotikus kategóriát, valamint a kettő közé helyezi a borderline személyiségorganizációt. A borderline személyiség szerveződésre az identitásdiffúzió, a primitív elhárítások dominanciája és a realitás tesztelés megtartottsága jellemző (*Kernberg* 1993).

Kernberg elméletében a borderline patológia hátterében húzódó döntő etiológiai tényező a fokozott agresszív készlet, amely egy veleszületett adottság, vagy az extrém anyai frusztráció következtében másodlagosan jelenik meg. A jelentős pregenitális agresszió és a frusztrációs élmények interakciója következtében az anya és későbbiekben az apa is gyűlölettel átitatott, veszélyes lényekké válnak, akik fenyegető minőségükben introjektálódnak (*Kernberg* 1993). Ilyen fejlődéslélektani helyzetben a beépített szelf- és tárgyképzetek torzítottak, döntően agresszív színezetűek. Kevés a jó tárgy, melyeket primitív elhárítások útján próbál a személy megvédeni.

Kernberg az internalizált tárgyak kapcsolatokat öt stádiumból álló epigenezisét írja le, melynek során első fejlődési feladat a normál autizmus periódusában a szelf- és tárgyképzetek egymástól való differenciálása, majd a pozitív és negatív színezetű reprezentációk integrációja, mind a szelf, mind a tárgy vonatkozásában (normál szimbiózis) (*Kernberg* 2005). Ekkor a primer szelftárgy reprezentációk még differenciálatlanok és csupán a harmadik fejlődési szakaszban (kb. 6-36 hó) történik meg az én és nem-én elhatárolódása, a szelf- és tárgyképzetek egymástól való elkülönülése. A borderline betegek a következő fejlődési fázis feladatait képtelenek megoldani, vagyis nem tudják a pozitív szelf- és tárgyrepresentációkat integrálni a negatív szelf- és tárgyrepresentációkkal. Emellett a felettes én integrációja sem valósul meg. A neurotikus betegek megoldják ezt a fejlődési fázist. Az ötödik szint élethosszig

tartó stádium, melynek során megtörténik az érettebb intrapszichikus struktúrák kialakulása és az én és felettes-én konszolidációja (Kernberg 2005).

A borderline zavar Kernberg megközelítésében a szeretet-gyűlölet konfliktusa ellen szerveződő stabil védekező struktúra. Így a primitív elhárítások elsődleges kóroktani szerepet töltenek be a borderline patológiában. A tárgykapcsolati egységekben az integráció hiánya, a gyenge én és felettes-én, valamint az éretlen szabályozó struktúrák ismétlődő maladaptív viselkedéshez, krónikus affektív, impulzív és kognitív nehézségekhez vezetnek (Clarkin és mtsai 1999). Ezek alapján felvázolhatók a borderline személyiség szerveződés kernbergi kritériumai, így az identitásdiffúzió, a primitív elhárítások (hasítás, tagadás, projektív identifikáció, projekció, primitív idealizáció és leértékelés, onnipotencia), a specifikus és nem specifikus éngyengeség jellemzők (primer folyamatgondolkodásra való hajlam, csökkent szorongástűrés, impulzuskontroll és szublimációs kapacitás), a felettes-én károsodása (öndestruktív magatartás), az interperszonális kapcsolatok patológiája és a realitásvizsgálatban tapasztalt enyhébb eltérések (Kernberg 1993). A kritériumok tipikus tüneti képet alakítanak ki borderline páciensek esetében, melyek között szerepel a diffúz, folyamatos szorongás, a polimorf-perverz szexualitás, az impulzivitás, az öndeaktivitás, valamint a kiüresedett depresszió (Kernberg 1993).

Masterson és Rinsley (1975) a borderline személyiségzavar kórereditét az anyai viselkedésmóddal és az anyai személyiségben rejlő patológia hatásaival magyarázzák. Úgy vélik, hogy ezek a betegek a mahleri szeparáció-individuáció során az újraközeledési alfázisban sérülnek, mégpedig amiatt, mert az anya az újraközeledési alfázisban nem megfelelően viszonyul gyermekéhez. Konceptiójuk szerint az anya azért nem tud megfelelően viszonyulni gyermekéhez, mert ő maga is sérült érzelmileg, nagy a dependenciaigénye, aki rosszul viseli gyermeke szeparálódását és önállósulási törekvéseit. Az apa többnyire távoli, érzelmileg elérhetetlen és nem korrigálja az anyai hibázásokat. A borderline dinamika, Mastersonék hipotézise szerint az újraközeledési alfázis anyai hibázásaiból eredeztethető elhagyatottsági depresszió elkerülése köré szerveződik. Az elhagyatottság kapcsán életbe lépő szorongás, düh, üresség és tehetetlenség érzései ellen a borderline páciens sajátos módon, primitív elhárítások és maladaptív viselkedésmódok alkalmazásával védekezik és ezek a védekezési módok jól megkülönböztethetővé teszik a többi szelfzavartól (Masterson 1993).

Gerald Adler (1985) ugyancsak az anyai hiányosságok patologizáló voltára hívja fel a figyelmet a borderline személyiségzavar kialakulásában. Masterson elméletével szemben ugyanakkor a borderline sérülékenység háttérében az anyát nem túl involváltnak, inkább megbízhatatlannak és következetlennek látja. Az anyai elhanyagolás következménye, hogy a gyermek a gondoskodó introjektum hiányától szenved, hiszen nem tudja beépíteni az anyai gondoskodásból származó tartalmazó-megnyugtató internalizált tárgyképzetet. A borderline betegek tárgykapcsolati minősége és instabil szelférzete ebből a megnyugtató-tartalmazó, szorongást moduláló internalizált tárgyképzet hiányosságaiból érthető meg. Adler elméletében a borderline deficit ilyen módon inkább reprezentációs deficit, semmint ego- vagy szelfdeficit. A borderline betegek, Adler szerint stresszhelyzetben a 18 hónapos kor előtti fejlődési szintre regrediálnak és elveszítik a felidézni való képességüket. A felidézni való emlékezetre vonatkozó sérülékenység a borderline patológia specifikuma, melynek következtében a borderline beteg szeparáció miatt szörnyű magányosságot, megsemmisülési szorongást, pánikállapotot, dühöt él meg.

A *kötődésméletek* szerint a BPD patológia elsősorban a bizonytalan/ellenálló-ambivalens és a dezorganizált kötődési stílussal állhat kapcsolatban. Az ambivalens kötődési stílussal rendelkező gyermek hasonlóan reagál szoros szeretetkapcsolatokban a szeparáció lehetőségeire, mint a borderline páciens. Így megjelenik a közelségkereső, kapaszkodó-követelő attitűd, az elhagyatástól és egyedüllétől való szorongás, a közelség folytonos ellenőrzésére való törekvés (Fonagy és mtsai 2001).

A dezorganizált kötődési stílus kialakulásának háttérében intrafamiliaris traumaeredet valószínűsíthető. Az ilyen kötődési stílussal bíró gyermekek anyái a traumatikus élmények által elárasztott pillanataikban ijedt vagy ijesztő módon viselkednek, így a csecsemő számára felváltva jelentik a biztonságos bázist és a félelem forrását (Dozier és mtsai 1999). A csecsemő képtelen a gondozóval kapcsolatos reprezentációit egységes képbe integrálni, melynek következtében a tárgyról és a szefről alkotott reprezentációi is töredezetten, fragmentáltak lesznek. A kötődésméleti klinikai kutatások szerint a későbbi pszichopatológia előrejelzése tekintetében a legnagyobb prediktív értéke a dezorganizált csecsemőkori kötődésnek van (Lyons-Ruth és Jacobvitz 1999). Ugyan a dezorganizált kötődés és a BPD között nem áll fent közvetlen kapcsolat, mindazonáltal a dezorganizált kötődéssel kapcsolatos kutatások kiváló

magyarázóértékkel rendelkeznek a gyermekkori intrafamiális traumatizációból és a kötődés hibáiból kifejlődő borderline patológiát illetően (Lyons-Ruth és Jacobvitz 1999).

Peter Fonagy mentalizációnak vagy reflektív funkciónak azt a képességet nevezi, amelynek segítségével a gyermek nemcsak a másik személy felszíni viselkedésére tud reagálni, hanem saját magának a másik vélekedéseiről, érzéseiről, vágyairól vagy terveiről alkotott elképzeléseire is. A reflektív funkció avagy mentalizációs képesség teszi lehetővé a gyermek számára más személyek gondolatainak „olvasását” (Fonagy és Target 1998). A mentalizáció és annak kötődési kontextusa számos lélektani funkció, az érzelemreguláció, az impulzuskontroll, az önmonitorozás és a szelfágencia képességének alapját képezi.

A gyermek mentalizációs képességének kibontakozását befolyásolja a gondozó mentalizációs képessége és a kötődés minősége. Kutatások szerint a szülői reflektivitás minősége jobban előrejelzi a gyermek kötődési stílusát, mint a szülő kötődési stílusa (Fonagy és Target 2005). A jól mentalizáló szülő érzékenyen monitorozza gyermeke affektív állapotait és a jó érzelemtükrözés lehetővé teszi a gyermek számára egyrészt érzelmi szimbolizációját és az érzelmi állapotok felismerését, másrészt az érzelmekhez való kognitív hozzáférés révén képessé válik a megfelelő érzelemregulációra is (Gergely és Watson 1998).

A magas szintű reflektivitás kvázi pszichológiai immunrendszerként az egész élet során protektív szerepet tölt be. Ezzel szemben a hiányos reflektív funkció vulnerabilitási tényezőként szerepel (Fonagy és Target 1998). Fonagy szerint számos borderline beteg előtörténetében jelen vannak a reflektív funkció kibontakozása szempontjából kedvezőtlen jelenségek (gyermekkori traumatizáció, elhanyagolás, szülők pszichopatológiája), melyek gátolt, hiányos mentalizációs képességet eredményeznek. A mentalizációs deficit pedig jól magyarázza a borderline betegek jellemzőinek zömét (Allen és mtsai 2011).

Kognitív-viselkedésterápiás megközelítés

A kognitív viselkedésterápia az utóbbi bő egy évtizedben egyre több figyelmet szentel a borderline személyiségzavar kezelésének. Különösen érdemes kiemelni Beck és Freeman, Linehan, valamint Young munkáit ebben a témakörben.

Aaron T. Beck kognitív elmélete szerint az események észlelésének és értelmezésének befolyásolásában és a viselkedéses-érzelmi reakciók alakításában az egyén alaphiedelmei játszanak központi szerepet. Három kulcsfontosságú alaphiedelem gyakran feltárul a BPD páciensek terápiájában és központi szerepet játszanak a zavarban: „A világ veszélyes és rosszindulatú”, „Erőtlen és sérülékeny vagyok” és „Alapvetően elfogadhatatlan vagyok” (Beck és mtsai 2004). Ezek az alaphiedelmek vezetnek oda, hogy a borderline beteg úgy véli, a világ rossz, de ő maga gyenge, így nem tud vele megküzdeni. Mivel saját magát elfogadhatatlannak látja, ezért arra sem számíthat, hogy bárki segítene neki ebben a megküzdésben. Így tulajdonképpen az önállóság és dependencia között ingadozik, ebben az állapotban gyakran frusztrálódik, melynek következménye lehet a harag és a stabil szeretetkapcsolatok kialakításának lehetetlensége.

A borderline betegek másik jellemzője Beckék szerint a dichotóm gondolkodás. Ennek köszönhetően saját magát és az eseményeket is szélsőségesen értékeli, ami szélsőséges érzelmi reagálásokhoz, valamint szélsőséges cselekvésekhez vezet (Beck és mtsai 2004).

Végül fontos szerepet tulajdonítanak ebben a modellben a borderline páciensek gyenge és instabil ön-identitásának. Ezért a célok és prioritások tekintetében sem tud dönteni a BPD páciens, képtelen dolgozni hosszú távú célokon, ami alacsony hatékonyságot, motivációhiányt, gyenge kitartást és még kevesebb sikert eredményez (Beck és mtsai 2004).

Marsha M. Linehan dialektikus viselkedésterápiája (DBT) a borderline személyiségzavar *dialektikus és bioszociális* megközelítésén alapul (Perczel Forintos 2010).

A DBT dialektikus szemlélete elsősorban a pácienseknek a világról, önmagukról és a társas kapcsolataikról kialakított kognitív torzításait és azok adaptív feldolgozását helyezi középpontba (Linehan 2010).

Linehan szerint a BPD fő jellegzetessége az érzelmi szabályozás diszfunkciója, melynek háttérben veleszületett biológiai sérülékenységet és környezeti hatásokat egyaránt feltételez (Linehan 2010). A bioszociális megközelítés azt jelenti, hogy az érzelemregulációs zavar háttérben érzelmi sérülékenység és elégtelen érzelmi moduláció áll. Linehan szerint érzelmi sérülékenység az emocionális ingerekre való

nagyfokú érzékenység, a rájuk adott intenzív reakció és az emocionális izgalmi szint lassú lecsengése (Linehan 2010). Az érzelmi moduláció az emocionális ingerekre adott megfelelő válaszok kialakításáért felelős. Ha az egyén rendkívül érzékeny az emocionális helyzetekre és az érzelmi válaszai túlreagálóak, valamint ha képtelen a létrejövő erős érzelmek és az azokat kísérő reakciók modulálására, úgy a borderline személyiségzavarra jellemző érzelmi diszregulációs működésmód bontakozik ki.

Linehan szerint az érzelmi diszreguláció kialakulásában fontos szerep jut, az ún. érvénytelenítő környezetnek (Linehan, 2010). Az érvénytelenítő környezet sajátossága, hogy következtelen és inadekvát módon reagál a gyermek személyes tapasztalataira, élményeire. Így a gyermek szempontjaira, hiedelmeire, gondolataira és érzelmeire sokkal intenzívebben, vagy épp ignorálva reflektál. Emellett az ilyen környezet gyakran nagy hangsúlyt helyez az érzelmek kifejezésének kontrolljára is. Összességében az érvénytelenítő környezet megfosztja a mindennapi érzelmeket kommunikációs funkciójuktól. Emellett Linahan kitér a gyermekkori traumatizáció és szexuális abúzus szerepére is, és a BPD-vel egyértelmű korrelációjukat feltételezi.

Linehan (2010) elméletében tehát a borderline tematika mögött egy súlyos érzelemszabályozási zavar húzódik, amellyel a legtöbb borderline tünet jól magyarázható. Így az impulzív, paraszucidális viselkedés egy maladaptív problémamegoldási módnak és a környezet kontrolljára szolgáló effektív stratégiának tekinthető. Az érzelemszabályozás zavara emellett a szelf-élmény kialakulását és fenntartását is akadályozza. Az érzelmi labilitás a viselkedés bejósolhatatlanságához és kognitív inkonzisztenciához vezet, így megzavarja az identitás kialakulását. Az érvénytelenítő környezet a dependencia kialakulásának irányába hat. Az érzelemszabályozás zavara csökkenti a stabil szelf-élmény és az érzelmi kifejezőképesség kialakulásának valószínűségét, valamint a feszültségtűrési képességet is, mely képességek híján a hatékony interperszonális kapcsolatteremtés fog csorbát szenvedni.

Linehan az egyéni terápia mellett egy készségfejlesztő tréning tematikáját is megfogalmazta, melynek során a borderline betegek jellemző maladaptív magatartásminták viselkedésterápiás korrekcióját tűzte ki célul. Így a készségfejlesztés magában foglalja az interperszonális hatékonyság, az érzelemszabályozási készségek, a

feszültségtűrési készségek és a tudatos jelenlét (mindfulness) készségek fejlesztését (Linehan 2010, Linehan 2011).

Jeffrey E. Young egy új, integratív pszichoterápiát dolgozott ki, amely jelentősen kibővíti a hagyományos kognitív viselkedésterápia módszereit és fogalmait. A *sématerápia* kognitív viselkedésterápiás, kötődési, gestalt, tárgykapcsolati, konstruktivista és pszichoanalitikus iskolák elemeit foglalja egybe egy gazdag, egyesítő konceptuális és terápiás modellbe (Young és mtsai 2003).

Young, módszerét a klasszikus kognitív viselkedésterápiákkal nehezen, vagy egyáltalán nem megközelíthető személyiségproblémás, vagy krónikus I. tengely zavarral küzdő páciensek kezelésére alkalmazta. Véleménye szerint ezek a páciensek számos olyan problémával küzdenek, amelyek révén nem lehet őket hatékonyan kezelni jól strukturált, rövidebb terápiás eljárásokkal. A hagyományos kognitív viselkedésterápiát azzal egészítette ki, hogy sokkal nagyobb hangsúlyt fektetett a pszichológiai problémák gyermek- és serdülőkori eredetének feltárására, emotív technikákra, a terapeuta-páciens kapcsolatra és a maladaptív megküzdési stílusokra (Young és mtsai 2003).

Young elméletében a krónikus, kiterjedt lelki problémákat a korai maladaptív sémák jelenlétével magyarázza. Definíciója szerint a korai maladaptív sémák pervazív motívumok vagy mintázatok, melyek emlékekből, érzelmekből, kogníciókból és testi érzésekből állnak, és az egyénre magára és másokkal való kapcsolataira vonatkoznak. Young szerint a sémák a gyermek veleszületett temperamentuma és a környezete közti kölcsönhatások következtében betöltetlen alapvető érzelmi szükségletekből alakulnak ki, egész életen át finomodnak és jelentős mértékben diszfunkcionálisak (Young és mtsai 2003). Feltevése szerint az embereknek öt alapvető érzelmi szükségletük van: (1) biztonságos kötődés (ide tartozik a biztonságra, stabilitásra, gondoskodásra és elfogadásra való igény), (2) autonómia, kompetencia és az énazonosság érzése, (3) jogos igények és érzelmek kifejezésének szabadsága, (4) spontaneitás és játék, valamint (5) reális keretek és önkontroll. A betöltetlen szükségletek alapján öt sématartományt írtak le, amelyek összesen 19 féle sémát foglalnak magukban.

A korai maladaptív sémák jellemzői, hogy kora gyermekkorban adaptívak voltak, felnőttkorban azonban maladaptív megküzdési stratégiákat aktiválnak, többnyire három módon: (1) séma fenntartása révén az ún. logikai hibák és maladaptív viselkedési

módok megjelenésével, (2) séma elkerülés által gondolati, érzelmi vagy viselkedéses szinteken, valamint (3) séma túlkompensálással, vagyis amikor a személy épp az ellenkezőjét teszi annak, amit a sémája alapján tenne, látszólag elkerülve ezzel annak aktiválódását. Ezek a megküzdési stratégiák azonban a sémák fenntartását szolgálják.

A súlyosabb személyiségzavarok, így a borderline személyiségzavar esetén is a sématerapeuták felismerték, hogy egyes sémák együttes előfordulása sajátos érzelmi, gondolati és viselkedési egységeket teremt meg, melyeket sémamódoknak neveztek el. A sémamódok aktiválódása során bizonyos maladaptív sémák, negatív érzelmek, elkerülő reakciók és önsorsrontó viselkedés uralja a páciens működését. Gyakori sémamódok a Sérülékeny (elhagyott, elhanyagolt, magányos, depresszív, tehetetlen) Gyermekek mód, a Büntető és Követelőző (szigorú, önostorozó, büntető, elégedetlen, követelő) Szülő módok, az Elidegenedett (távolságtartó, érzelmeket gátló, elkerülő) Védelmező Megküzdési mód, valamint az Egészséges Felnőtt (Young és mtsai 2003). Ezek a sémamódok emocionális trigger hatására aktiválódhatnak és bizonyos időperiódusonként válthatják egymást.

Young és munkatársai (2003) szerint a borderline páciensek bizonyos tipikus sémamódokkal rendelkeznek, melyek akár egy terápiás ülés során is váltogathatják egymást. Ennek hatására figyelhető meg a borderline betegek sajátos viselkedési és érzelmi labilitása. A borderline személyiségzavarban azonosítható sémamódok az Elhagyott Gyermekek mód, a Dühös Gyermekek mód, a Büntető Szülő mód, az Elidegenedett Védelmező mód és az Egészséges Felnőtt mód.

A korai maladaptív sémák mentális zavarokban betöltött szerepét több kutatási eredmény is alátámasztja (Unoka és mtsai 2007, Unoka és mtsai 2010, Csukly és mtsai 2011). Emellett kutatások kimutatták, hogy a korai maladaptív sémák szignifikánsan aktívabbak borderline páciensek körében az egészséges kontrollcsoport eredményeihez képest (Lawrence és mtsai 2011), valamint a borderline személyiségzavar sajátos korai maladaptív séma-mintázattal jár, amely magában foglalja az elhagyatottság, a csökkentértékűség-szégyen, a dependencia-inkompetencia, a bizalmatlanság-abúzus, a sérülékenység-veszélyeztetettség és a behódolás sémákban elért szignifikánsan magasabb eredményeket (Arntz és mtsai 1999, Jovev és Jackson 2004).

2.2.5. A borderline személyiségzavar kezelési lehetőségei

A személyiségzavarokban, így borderline személyiségzavarban is elsődlegesen választandó terápiás eljárás a pszichoterápia, ugyanakkor elkerülhetetlen, hogy bizonyos tünetek esetén ne alkalmazzanak a szakemberek gyógyszeres kezelést is (Bateman és mtsai 2015). A farmakoterápia tekintetében a BPD bizonyos tünetdimenzióinak célzott kezelésére javasolnak gyógyszert. Az amerikai, a német és a holland irányelvek a kognitív-perceptuális tünetek kezelésében bizonyos antipszichotikumok, az érzelemszabályozás és az impulzus kontroll javítására az antiepileptikum-hangulatstabilizálók alkalmazását javasolják. Az antidepresszívumok hatékonyságát BPD-ben megkérdőjelezi (Bateman és mtsai 2015).

A NICE Guideline (2009) a borderline páciensek kezelésében kiemeli a pszichoterápiás beavatkozások fontosságát, de egyúttal leszögezi, hogy lényeges aspektus az egyértelmű és egységes elméleti megközelítést alkalmazó terápiás hozzáállás, a strukturált ellátás és a terapeuta szupervíziójának biztosítása is. Az alapelvekben leírják a heti kétszeri ülést, amelyet természetesen a páciens igényeihez igazítva módosíthatunk, valamint azt, hogy a terápia BPD esetén nem tervezhető rövidre.

A BPD terápiás hatékonyságára vonatkozó randomizált kontrollált vizsgálatok eredményeit összegezve úgy tűnik, hogy a borderline személyiségzavarban hatékony eljárás az áttételfókuszú pszichoterápia (Transference Focused Psychotherapy, TFP) (Clarkin és mtsai 2004), a mentalizáció alapú terápia (Mentalization-Based Therapy, MBT) (Bateman és Fonagy 1999), a kognitív terápia (Cognitive Therapy, CT) (Davidson és mtsai 2006), a dialektikus viselkedésterápia (Dialectical Behavior Therapy, DBT) (Linehan és mtsai 1991, Clarkin és mtsai 2004, Koons és mtsai 2001, Van den Bosch és mtsai 2002, Linehan és mtsai 2006) és a sématerápia (Schema-Focused Therapy, SFT) (Giesen-Bloo és mtsai 2006). A hatékony terápiás beavatkozás közös jellemzője a sérült kötődési kapacitás gyógyítása a terápiás kapcsolat kialakításával és fenntartásával. Ugyanakkor a fent felsorolt terápiás módszerek között nincsenek eltérések a terápiás hatékonyságot illetően BPD esetén. Úgy tűnik, hogy több olyan faktor befolyásolhatja ezeket az eredményeket, melyek terápiás módszertől függetlenül javíthatják a BPD betegek állapotát. Stone (2016) összefoglaló

tanulmányában úgy véli, ezek a faktorok a páciens és a terapeuta személyiségvonásai, a bejósolhatatlan életesemények, a páciens szocioökonómiai és kulturális háttere és egyszerűen a hit abban, hogy az adott terápia segít (placebo-hatás).

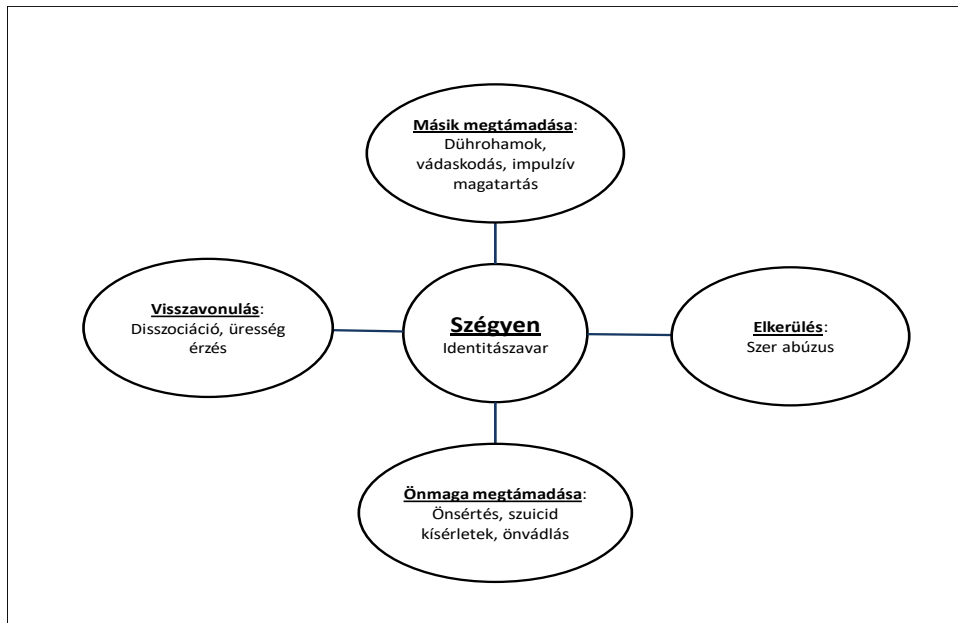
2.2.6. A szégyen szerepe borderline személyiségzavarban

Bár a DSM-5 (APA 2013) dimenzionális megközelítésében a BPD kritériumai között szerepel a negatív affektivitás személyiségvonás, amely magában foglalhatja a szégyent, de a szélesebb körben alkalmazott kategoriális megközelítésben a BPD kritériumai nem tartalmazzák a szégyent. Mindazonáltal egyre több empirikus bizonyíték szól amellett, hogy a krónikus szégyennek lényeges szerepe lehet borderline személyiségzavarban.

Egyrészt a krónikus maladaptív szégyen kialakulásában olyan tényezők játszanak szerepet (abúzus, elhanyagolás, stigmatizáció, megalázó familiáris kommunikáció) (Mills 2005), melyek a borderline személyiségzavar etiológiájában is számottevő jelentőséggel bírnak (ld. például Kernberg 1993, Zanarini 1997, Zanarini és mtsai 1997, Johnson és mtsai 1999, Young és mtsai 2003, Linehan 2010, Bornovalova és mtsai 2013). Ezek a korai szégyenteljes tapasztalatok az önéletrajzi emlékezetben rögzülnek mint kondicionált érzelmi reakciók és nagy hatással vannak a szelf-releváns hiedelmek, forgatókönyvek, maladaptív belső munkamodellek és a negatív szelf értékelések kialakulására (Bowlby 1969, Bowlby 1973, Bowlby 1980, Mikulincer és Shaver 2007, Young és mtsai 2003, Baldwin 1992, Baldwin 1997, Baldwin és Dandeneau 2005) és az élettörténet és személyes identitás központi tényezőjévé válnak (Tomkins 1981, Kaufman 1989, Nathanson 1996, Berntsen és Rubin 2002, Brewin és mtsai 1999, Ehlers és Clark 2000, Gilbert és Procter 2006, Rubin 2005, Rubin és Siegler 2004, Pinto-Gouveia és Matos 2011).

Másrészt, a borderline személyiségzavar tünetei a szégyen okozta fájdalmas élményre adott védekezésként (Nathanson 1992) vagy válaszként is értelmezhetők (Crowe 2004). Ebben az értelemben a BPD tünetei a nathansoni szégyeniránytű (Nathanson 1992) egyes elemeinek megnyilvánulásaként is felfoghatók. Az önsértő magatartás a szégyenre adott, önmaga ellen forduló agresszióval, a dührohamok és az impulzív magatartás a szégyenre adott mások ellen fordított agresszióval, a disszociáció

és az üresség érzése a szégyenre adott visszahúzóással, míg a különböző szerabúzusok a szégyenre adott elkerülő magatartással magyarázható. Ebben a modellben az identitás zavara a szégyellt szelf és ezzel egyidejűleg a krónikus szégyen következménye. A BPD tünetei és a szégyenre adott reakciók közötti lehetséges összefüggéseket a 4. Ábra szemlélteti.



4. Ábra Nathanson szégyen irányítúje (Nathanson 1992) és a borderline tünetek közötti lehetséges összefüggések

Több olyan empirikus kutatást is végeztek, ahol a BPD tünetei és a szégyen, valamint BPD-vel és más mentális zavarral küzdő páciensek krónikus szégyen mértékét hasonlították össze.

Linehan (1993/2010) feltevése, mely szerint a szégyen kapcsolódik leginkább az öngyilkossági magatartáshoz, az önsértő viselkedéshez, az impulzivitáshoz és a dühhöz, több empirikus bizonyítékkal is alátámasztást nyert. Borderline személyiségzavarral küzdő nők körében a szégyen mértéke és az önsértés megjelenése közötti kapcsolatot vizsgálták (Brown és mtsai 2009) és azt találták, hogy a szégyennel összefüggésben megjelenő félelem mások elutasítása miatt lényeges szerepet játszhat az önsértő magatartás létrejöttében. Milligan és Andrews (2005) vizsgálatukba 89 önsértő viselkedést mutató női foglyot vontak be és felmérték szégyenre, dühre, önkárosításra vonatkozó állapotukat és összevetették azt a kora gyermekkori fizikai és szexuális

abúzus mértékével és azt tapasztalták, hogy minden változó között szignifikáns együttjárás mutatkozik, azonban legkifejezettebb ez a korreláció az önsértő magatartás és a testi szégyen között. A szerzők szerint a testi szégyen a mediátor önsértés és gyermekkori szexuális abúzus között.

Más mentális zavarokkal összehasonlítva Rüschi és munkatársai (2007a) kutatásukban azt találták, hogy a BPD páciensek magas fokú szégyen-hajlamot mutatnak a nem-pszichiátriai kontrollhoz és a szociális fóbiás kontrollhoz képest. Egy másik vizsgálatukban megállapították, hogy azok a páciensek, akik BPD mellett PTSD-vel is küzdenek, nem mutattak nagyobb szégyen-hajlamot, mint azok, akik csak BPD-vel küzdenek (Rüschi és mtsai 2007b). Az eredmények arra utalnak, hogy a borderline személyiségzavar specifikusabb szégyen-hajlamra, mint más kórképek.

A fentiekből látható, hogy több olyan kutatási eredmény is rendelkezésünkre áll, ahol a szégyen és a borderline személyiségzavar kapcsolatát vizsgálták, jelen tudásunk szerint azonban nincs olyan kutatás, amelyben a krónikus szégyen és annak faktorai, a karakterológiai, viselkedési és testi szégyen szerepét vizsgálták volna meg borderline személyiségzavar esetén.

A szégyen élménye, mint ismeretes, szoros kapcsolatban áll a megszégyenítő helyzetekkel, azok észlelésével és az azokra adott érzelmi reakciókkal. A megszégyenítő helyzetekben megtapasztalt, mások általi kritizálás, leértékelés és elutasítás a szelf karakterológiai, viselkedési és testi attribútumaira vonatkozhat, amelyekről úgy gondolhatjuk, mások számára nem kívánatos vagy nem vonzó (Tangney és mtsai 1996, Gilbert 1998, Gilbert és Miles 2000). A megalázás elszenvedéseként megtapasztalt szégyen következménye a szorongás vagy a düh érzése (Tangney és mtsai 1996). A megszégyenítő helyzetekre adott reakció nagyban függ attól, hogy aki elszenvedi a megszégyenítést, hogyan érzékeli a szociális rangsort és hogyan vélekedik a szociális rangsorban elfoglalt helyzetéről (Gilbert és Miles 2000). Gilbert és Miles (2000) tapasztalatai szerint azok a személyek, akik a szociális rangsorban alacsonyabbra helyezik magukat, hajlamosabbak szorongó érzelmi reakciót adni, míg azok a személyek, akik úgy ítélik pozíciójukat a szociális rangsorban, hogy magasabban állnak a többiekénél, hajlamosabbak agresszíven reagálni egy megalázó helyzetre. További kérdésként merül fel, hogy vajon mi alapján érzékelhetik magukat a személyek a szociális rangsorban alacsonyabb vagy magasabb rendűnek társaiknál? Ebben fontos

szerep juthat a korai megszegyenítő élményeknek, a krónikus szégyen kialakulásában szerepet játszó tapasztalatoknak és ezzel szoros összefüggésben a korai maladaptív sémák jelenlétének. Azok a személyek, akik saját magukat a szociális rangsorban alacsonyabbra helyezik és vélekedésük erről a pozícióról maladaptív (korai maladaptív sémáik aktívabbak), vagyis önmagukat kevésbé szerethetőnek, elutasítottnak, csökkentértékűnek, inkompetensnek és behódolónak/leigázottnak látják, nagyobb valószínűséggel élnek át szorongást megszegyenítő helyzetekben. Ezzel szemben azok a személyek, akik a szociális rangsorban magasabbra helyezik önmagukat másoknál és a feljogosítottság, valamint az elégtelen önkontroll sémáik aktívak, nagyobb valószínűséggel adnak dühös reakciót megszegyenítő helyzetekben (Bushman és Baumeister 1998, Gilbert és Miles 2000). A szociális rangsorban elfoglalt helyzetünk észlelése tehát vélhetően a korai, krónikus szégyent és maladaptív sémák kialakulását okozó tapasztalatok függvénye, melynek hatására a szégyen élményére elfogadó (inkább szubmisszív) vagy túlkompenzáló (inkább agresszív) módon reagálhatunk. A korai maladaptív sémák és a krónikus szégyen közötti kapcsolat mellett szól továbbá, hogy a korai maladaptív sémák aktiválódása, hasonlóan a szégyenhez, belső, stabil, kontrollálhatatlan és globális attribúcióval jár (Young és mtsai 2003, Tangney és mtsai 1992, Tracy és Robins 2004).

Jelen tudásunk szerint a megszegyenítő helyzetekre adott reakciók, a krónikus szégyen faktorai és a korai maladaptív sémák közötti összefüggéseket feltáró vizsgálatokat még nem végeztek.

2.3. A kutatás megalapozása

Mint az elméleti bevezetőből látható, a szégyen egy különösen intenzív, gyakran a cselekvőképességet akadályozó negatív másodlagos/öntudati érzélem, mely kisebbrendűségi érzéssel, tehetetlenséggel és féltékenységgel jár, valamint azzal a vágygal, hogy hiányosságainkat elrejtjük. A szégyen elméletei elsősorban a szociális, társadalmi normáknak való megfelelésben és a kötődési kapcsolatokban betöltött nélkülözhetetlen szerepét emelik ki, rámutatva arra, hogy bizonyos tényezők hatására a szégyen élménye krónikussá, diszfunkcionálissá, kínzóvá válhat. A krónikus, internalizált, maladaptív szégyen kialakulásában a szégyent kiváltó tapasztalatok (bizonytalan kötődés, testvér

favorizálása, traumák, abúzus, stigmatizáció, megszégyenítő családi interakciók, szülői túlkontrollálás), valamint a temperamentumbeli vonások egymásra hatása játszik kiemelkedő szerepet. A krónikus szégyen és szégyen hajlam felmérését különböző, zömében önkitöltő kérdőívek segítségével végezték a kutatók és meghatározó szerepét ki tudták mutatni sok mentális zavarral összefüggésben.

Az egyik, viszonylag gyakran alkalmazott kérdőív a krónikus szégyen felmérésében a Szégyen Élmény Skála (Experience of Shame Scale, ESS), melynek kidolgozása Andrews és munkacsoportja (2002) nevéhez fűződik. A kérdőívről ismeretes, hogy egy 25 tételű, a szégyen három fő faktorát mérő önkitöltő eszköz. A karakterológiai, viselkedési és testi szégyen felmérésére alkalmas eljárást több, klinikai mintán történt kutatásban is alkalmazták, azonban mindezidáig nem született olyan vizsgálat, mely az ESS faktorstruktúrájára vonatkozott volna klinikai és illetékes egészséges kontroll mintán, valamint nem vizsgálták még a kérdőív validitását és reliabilitását magyar klinikai és illetékes egészséges kontroll mintán sem.

Ezen túlmenően több olyan kutatási eredmény áll rendelkezésünkre, mely a krónikus szégyen kialakulásában szerepet játszó tényezőket vizsgálta, azonban egyértelmű eredmények nem állnak rendelkezésünkre a krónikus szégyen és az ESS által vizsgált karakterológiai, viselkedési és testi szégyenfaktorok, valamint az SCL-90-R (Derogatis 1977) mentális zavarok súlyosságát felmérő Global Severity Index-e (SCL-GSI), a korai abúzusok, különösen az emocionális abúzus és Cloninger temperamentum dimenziói közötti összefüggésekre vonatkozóan.

Ezen kívül kutatási eredmények bizonyítják, hogy bizonyos mentális zavarokban, úgy mint a depresszív zavarban, szorongásos kórképekben, személyiségzavarokban vagy az evészavarokban lényeges szerepet játszik a krónikus szégyen. Noha a borderline személyiségzavarra vonatkozó kutatások alátámasztják a kapcsolatot BPD és krónikus szégyen között, jelen tudásunk szerint nincs olyan kutatás, amely a karakterológiai, viselkedési és testi szégyen szerepét elkülönítve, valamint a megszégyenítő helyzetekre adott érzelmi reakciókat vizsgálta volna meg borderline személyiségzavar esetén, valamint nem találtunk korábbi kutatási eredményeket a megszégyenítő helyzetekre adott reakciók, a krónikus szégyen faktorai és a korai maladaptív sémák közötti összefüggéseket feltáró vizsgálatokra vonatkozóan sem.

3. CÉLKITŰZÉSEK

3.1. Az első vizsgálat célkitűzései

Szégyen, trauma, temperamentum és mentális zavarok: A Szégyen Élmény Skála konstruktumvaliditása

A fentebb ismertetett korábbi kutatási eredményekre alapozva első kutatásunknak három rész célja volt:

1. Elsőként célunk volt a Szégyen Élmény Skála (ESS) magyar változatának faktoranalízise és item-analízise az általunk vizsgált teljes mintán, valamint elkülönítve klinikai és egészséges kontroll mintán, konfirmatorikus faktorelemzéssel. A klinikai és egészséges kontroll csoportot összevetve célunk volt a három szégyen faktor dimenzionális, konfigurális, metrikus, skaláris és szigorú faktor invarianciáinak elemzése.
2. Ezen kívül vizsgálatunk célja volt konfirmatorikus faktorelemzés elvégzése kovariánsokkal, melynek során a három ismert szégyen faktort latens változóként definiálva, kovariánsok hozzáadásával, modellünket hierarchikusan felépítve teszteltük a klinikai státusz, nem, életkor, iskolai végzettség, abúzus-történet, a klinikai tünetek súlyossága és a temperamentum dimenziók összefüggéseit a krónikus szégyen faktoraival.
3. Végezetül célunk volt megvizsgálni az ESS három faktorának időbeli stabilitását egy kisebb klinikai és egészséges kontroll mintán, két hetes időintervallummal, teszt-reteszt reliabilitás vizsgálat révén.

3.2. A második vizsgálat célkitűzései

A karakterológiai, viselkedési és testi szégyen, a megszügyenítő helyzetekre adott érzelmi reakciók és a maladaptív sémák kapcsolatának vizsgálata borderline személyiségzavarban

A korábban leírtakra alapozva második vizsgálatunkban négy célt fogalmaztunk meg:

1. Elsőként célunk volt, hogy összehasonlítsuk a krónikus szégyen faktorai, a karakterológiai, viselkedési és testi szégyen, valamint a megszégyenítő helyzetekre adott érzelmi reakciók mértékét borderline személyiségzavarral küzdők, egyéb pszichiátriai zavarral küzdők, de személyiségzavarral nem küzdők (klinikai kontrollcsoport) és egészséges kontroll személyek körében.
2. Célunk volt továbbá, hogy megvizsgáljuk a krónikus szégyen és a borderline tünetek kapcsolatát.
3. Vizsgálatunk célja volt, hogy összehasonlítsuk a korai maladaptív sémák jelenlétét és aktivitásuk mértékét borderline személyiségzavarral küzdők, egyéb pszichiátriai zavarral küzdők, de személyiségzavarral nem küzdők (klinikai kontrollcsoport) és egészséges kontroll személyek körében.
4. Végezetül célunk volt, hogy megvizsgáljuk a krónikus szégyen és faktorai, a karakterológiai, viselkedési és testi szégyen, a megszégyenítő helyzetekre adott érzelmi reakciók és a korai maladaptív sémák kapcsolatát az általunk vizsgált pszichiátriai és illesztett egészséges kontroll mintán.

4. MÓDSZEREK

4.1. Az első vizsgálat módszerei

Szégyen, trauma, temperamentum és mentális zavarok: A Szégyen Élmény Skála konstruktumvaliditása

4.1.1. Vizsgálati személyek és eljárás

A vizsgálatban 382 önkéntes személy vett részt. A mintánk két almintából állt. A konfirmatorikus faktorelemzésben (confirmatory factoranalysis, CFA) 296 fő vett részt, akik közül 148 fő a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika Pszichoterápiás osztályán kezelt, pszichiátriai zavarokkal diagnosztizált páciens és 148 fő életkorban, nemben és iskolázottságban illesztett egészséges kontroll személy. Az egészséges kontroll személyek bevonása pszichológushallgatók által történt, a kontroll személyek egyetemi hallgatók, valamint azok ismerősei és rokonai voltak, akiket pszichiátriai zavarral sem jelenleg, sem korábban nem diagnosztizáltak. Ezen kívül, teszt-reteszt reliabilitás vizsgálatot végeztünk egy elkülönülő 86 fős almintán, amelyből 46 fő a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika Pszichoterápiás osztályán kezelt, pszichiátriai zavarokkal diagnosztizált páciens és 40 fő sem korábban, sem jelenleg pszichiátriai diagnózissal nem rendelkező egészséges kontroll személy volt. Az adatgyűjtés 2012 áprilisától 2013 novemberéig zajlott, a kitöltési idő átlagosan 1,5 óra volt.

A kutatásban mindkét klinikai almintánál a beválogatás kritériuma volt az alábbi pszichiátriai diagnózisok valamelyike: hangulatzavar, szorongásos zavar, evészavar, személyiségzavar. Kizárási kritérium volt az akut pszichotikus állapot, a mentális retardáció vagy a szkizofrénia diagnózisa, valamint a kognitív funkciók olyan szintű károsodása, mely nem tette lehetővé önkitöltő kérdőívek kitöltését. A klinikai mintában a páciensek diagnosztizálása a kezelő pszichiáter által történt a DSM-IV-TR kritériumok alapján.

A CFA vizsgálatban a páciensek életkora 18 és 65 év közé esett (átlagéletkor: 37,97; szórás: 12,81), az egészséges kontrollszemélyek életkora 18 és 66 év között volt (átlagéletkor: 36,67; szórás: 13,20). A teszt-reteszt reliabilitásvizsgálatban a bevont páciensek életkora 20 és 65 év közé esett (átlagéletkor: 42,19; szórás: 13,07), az

egészséges kontrollszemélyek életkora 22 és 48 év között volt (átlagéletkor: 27,87; szórás: 8,22).

A megbízhatósági vizsgálatban a szégyen három faktorának időbeli stabilitását teszteltük teszt-reteszt reliabilitás vizsgálat révén az egész almintán, valamint külön klinikai és egészséges kontroll mintán. A kérdőív első kitöltését követően a résztvevőket kértük az ismételt kitöltésre, melyre két hét elteltével került sor.

A kutatás minden résztvevője informált beleegyező nyilatkozatot írt alá, a szolgáltatott információkat biztonságosan, anoním módon kezeltük. A vizsgálatot a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága hagyta jóvá.

4.1.2. MÉRŐMÓDSZEREK

A résztvevők az alább felsorolt kérdőíveket töltötték ki.

Szégyen Élmény Skála (Experience of Shame Scale, ESS)

A Szégyen Élmény Skálát Andrews és Hunter (1997) szégyen interjúja alapján dolgozták ki Andrews és munkatársai (2002). A kérdőív 25 tételes, a szégyen három faktorának (karakterológiai, viselkedési és testi szégyen) felmérésére szolgáló mérőeszköz. Minden tételre a válaszadás egy 4 pontos Likert skálán történik (1=Egyáltalán nem jellemző, 2=Egy kicsit jellemző, 3=Mérsékeltlen jellemző, 4=Nagyon jellemző). A tételek a szégyen három faktorán belül a szégyen konkrét élményét, mások vélekedését és az elrejtőzés gyakoriságát mérik fel az elmúlt egy évben. Andrews és munkatársai (2002) vizsgálatai szerint a kérdőív magas belső konzisztenciával bír (Cronbach $\alpha=0.92$) és a 11 hetes teszt-reteszt reliabilitás vizsgálat ugyancsak jó eredményeket mutatott nem-klinikai mintán ($r=0,83$). Kutatásunkat megelőzően a kérdőívet magyarra fordítottuk, majd egy független személy újra angolra fordította. Az eredeti és a visszafordított angol szöveg egybevetése után alakítottuk ki a kérdőív végső magyar változatát. A kérdőív magyar nyelven történő alkalmazását Bernice Andrews, az eredeti angol nyelvű kérdőív (Andrews és mtsai 2002) kialakítója engedélyezte.

Derogatis féle Tünetlista (Symptom Checklist-90-R, SCL-90-R)

Az SCL-90-R (Derogatis, 1977) széles körben elterjedt önkítöltő kérdőív, mely pszichés tünetek fennállásának és súlyosságának felmérésére alkalmas. A 90 tételes kérdőív 9 skálából áll: szomatizáció, kényszeresség, interperszonális érzékenység, depresszió, szorongás, ellenségesség, fóbia, paranoia, pszichoticizmus. A válaszadás egy 5 pontos Likert skálán történik (0=egyáltalán nem; 4=nagyon). A kérdőív egyik globális skálája az ún. Globális Súlyossági Index (Global Severity Index, GSI), melynek kiszámítása: az összpontszám osztva a kérdések számával. Magyar mintán végzett vizsgálat az SCL-90-R-t megbízható és érvényes mérőeszköznek találta ($\alpha = 0.73-0.97$), valamint a GSI diagnosztikai megbízhatósága (szenzitivitása és specificitása) ugyancsak jónak bizonyult (Unoka és mtsai 2004).

Korai Trauma Kérdőív (Early Trauma Inventory-Self Report, ETI-SR)

Az ETI-SR (Bremner és mtsai 2007) egy 62 tételes önkítöltő kérdőív, melyet az 56 tételes ETI (Early Trauma Inventory) féligstrukturált interjúból (Bremner és mtsai 2000) fejlesztettek ki. Az ETI-SR követi az eredeti ETI formátumot, mely a 18 éves kor előtti traumatikus események négy területét méri fel: az általános traumákat (31 tétel), a fizikai abúzust (9 tétel), az emocionális abúzust (7 tétel) és a szexuális abúzust (15 tétel). Az általános trauma tételei stresszes és traumatikus események sorát tartalmazza, a fizikai abúzus tételei a fájdalomkózoszás szándékával létrejött fizikai kontaktusra, kényszerítésre vagy bezártságra vonatkoznak, az emocionális abúzus tételei olyan verbális kommunikációra vonatkoznak, melyeket sértegetés vagy megalázás szándékával követtek el a személy ellen, végezetül a szexuális abúzusra vonatkozó tételek a nemkívánt szexuális érintkezésre vonatkoznak, melynek során az elkövető, domináns fél elégül ki és az áldozat megalázó helyzetbe kerül. Az ETI-SR méri a traumatikus események gyakoriságát, az elkövetéskor az áldozat életkorát, valamint az esemény érzelmi befolyását a személyre. A kérdőív validitása és belső konzisztenciája jó ($\alpha = 0.78-0.90$) (Bremner és mtsai 2007). A kérdőívet magyar nyelvre Fogd Dóra fordította. Statisztikai elemzésünk során az elszenvedett traumák gyakoriságát illesztettük modellünkbe.

Temperamentum és Karakter Kérdőív-56 (Temperament and Character Inventory-56, TCI-56)

A TCI átdolgozott változatát (Temperament and Character Inventory revised version, TCI-R) a TCI kérdőív (Cloninger és mtsai 1993, Cloninger és mtsai 1994) alapján dolgozta ki Cloninger (1999). A kérdőív a személyiséget négy temperamentum és három karakter dimenzió mentén méri. Az újdonságkeresés (az új ingerek iránt nyitott, impulzív döntéseket hoz, és kerüli a frusztrációt), az ártalomkerülés (óvatos, feszült, félénk, pesszimista, aggodalmaskodó, szorongó, fáradékony), a jutalomfüggőség (jutalmazásra reagáló, különösen a verbális társadalmi és szociális elfogadásra, támogatásra érzékeny) és a kitartás (kitartó a fáradtság vagy frusztrációk dacára is) alkotják a temperamentum-dimenziókat, míg az önirányítottság, az együttműködés és a transzcendencia élmény a karakterdimenziókat. A TCI-56 kialakítása a TCI-R tételeinek szelektálásával történt meg. A rövidített kérdőív 56 tételt, temperamentum- és karakterdimenzióként összesen 8-8 tételt tartalmaz. A TCI-56-ban a válaszadás 5 pontos Likert skálán történik. A kérdőív jó pszichometriai mutatókkal bír (Rigozzi és Rossier 2004). Vizsgálatunkban a TCI-56 temperamentum alszkálát használtuk.

4.1.3. Statisztikai elemzések

Megerősítő faktorelemzés kovariánsokkal (confirmatory factor analysis with covariates)

A leíró statisztika során megbízhatósági és kétváltozós elemzést végeztünk. A klinikai- és kontrollcsoport különbségét a Cohen d hatásereőség értékkel adtuk meg.

A pszichológiai konstruktumokat, mint amilyen a szégyen, vagy annak alfaktorai nem tudjuk közvetlenül mérni, ezért látens változóként kell kezelnünk őket (Bollen 2002). A látens változók olyan fogalmak, melyek közvetlenül nem mérhetők, hanem vizsgálatuk manifeszt változókon keresztül valósítható meg (Diamantopoulos és Siguaw 2000). Esetünkben ezek a manifeszt változók az ESS skála tételei. A látens változók, vagyis a szégyen skála alfaktorainak vizsgálatára alkalmas a faktoranalízis módszere.

Statisztikai elemzésünk során elsőként megerősítő faktorelemzést (confirmatory factor analysis, CFA) végeztünk annak megállapítására, hogy a Szégyen Élmény Skála (ESS) faktorstruktúrája mennyiben illeszkedik az eredeti elméleti modellhez (Andrews

és mtsai 2002) magyar mintán. Elemzésünk során felmértük az ESS faktorstruktúráját és item-analízist végeztünk a teljes mintán, valamint külön-külön a klinikai és egészséges kontroll mintán is. A válaszadási kategóriák alacsony száma miatt az egyes tételeket ordinális változóként kezeltük, ezért a súlyozott legkisebb négyzetek korrigált becslés módszerét alkalmaztuk (Weighted Least Squares Mean and Variance adjusted estimation method, WLSMV) (Brown 2006, Finney és DiStefano 2006). Az illeszkedési mutatók közül, CFA esetén az összehasonlító illeszkedési mutató (Comparative Fit Index, CFI) és a Tucker-Lewis mutató (Tucker-Lewis Index, TLI) elfogadható mértékű illeszkedést jeleznek, ha értékük közel van a 0,95-höz, ugyanakkor a modellt el kell vetni, ha az értékük 0,90 alatti (Brown 2006). Ugyancsak illeszkedési mutató a megközelítés átlagos hibája (Root Mean Squared Error of Approximation, RMSEA), melynek értéke 0,05 alatt kiváló illeszkedést jelez, ha az értéke 0,08 körüli, még elfogadható az illeszkedés, viszont 0,10, vagy annál magasabb értéke gyenge illeszkedést mutat (Browne és Cudek 1993).

A belső konzisztencia vizsgálatban a Cronbach- α mutatót alkalmaztuk, amely elfogadható mértékű, ha értéke legalább 0,70 (Nunnally és Bernstein 1994). A belső konzisztencia értékelését természetesen az adott skála tételeinek száma is befolyásolja (Nunnally és Bernstein 1994). Abban az esetben, ha egy adott skála kevés számú tételből áll, a belső konzisztencia kritériumait enyhíteni lehet. A statisztikai elemzést MPLUS 7.11 programmal végeztük (Muthén és Muthén 1998, 2012).

A klasszikus pszichometriai jellemzők, mint amilyen a belső konzisztencia vagy a validitás, nem elégséges feltételei annak, hogy eldönthessük, egy adott pszichológiai mérőeszköz egyformán működik-e két külön csoportban (Vandenberg és Lance 2000, Mónok és mtsai kézirat). Ahhoz, hogy a látens változók (esetünkben a szégyen három alfaktora, nevezetesen a karakterológiai, viselkedési és testi szégyen) különböző csoportokban összehasonlíthatók legyenek, arra van szükség, hogy a megfigyelt változók (esetünkben az ESS skála tételei) ugyanolyan mintázat szerint kapcsolódjanak a látens változókhoz mind a klinikai, mind az egészséges kontroll csoportban. Ennek vizsgálatára alkalmas az ún. mérési invariancia vagy ekvivalencia, mely egyúttal feltétele is a különböző csoportok összehasonlításának (Chen 2007, Chen 2008, Mónok és mtsai kézirat).

A klinikai és egészséges kontroll csoportunk összehasonlíthatósága érdekében, statisztikai elemzésünk következő lépéseként mérési invariancia vizsgálatot végeztünk. A mérési invariancia tesztelése hierarchikusan történt, a különböző mérési invariancia szintek bevonásával. Megvizsgáltuk a dimenzionális, konfigurális, metrikus, skaláris és szigorú faktor invarianciát (Gregorich 2006). A dimenzionális invariancia azt jelenti, hogy ugyanolyan számú faktor van jelen a vizsgált csoportokban, vagyis esetünkben mind a klinikai, mind az egészséges kontroll csoportban. A konfigurális invariancia azt jelenti, hogy ugyanazok a tételek vannak kapcsolatban mindegyik vizsgált szégyen faktorról mind a klinikai, mind az egészséges kontroll csoportban. A metrikus invariancia a konfigurális invarianciánál erősebb invariancia. A metrikus invariancia azt jelenti, hogy egyenlőség van a faktortöltésekben, melyek jellemzik a kapcsolat erősségét a vizsgált tételek és a hozzájuk kapcsolódó specifikus faktorok között. Metrikus invariancia esetén megállapítható, hogy a vizsgálati személyek minden csoportban ugyanazt a jelentést rendelik a vizsgált látens változóhoz (Milfont és Fisher 2010, Mónok és mtsai kézirat) Ha az ESS tételeinek faktorsúlyai statisztikailag azonosak, az azt bizonyítja, hogy a résztvevők ugyanolyan módon válaszolnak az egyes tételekre és az egyes faktorok ugyanazt jelentik mindkét vizsgált csoportban. A metrikus invariancia fennállása előfeltétele, hogy a faktorok varianciája és a kovariancia mátrix összehasonlíthatóak legyenek. A skaláris invariancia a tételek küszöbértékeinek egyenlőségére utal. Skaláris invariancia fennállása esetén azok a személyek, akik ugyanolyan pontszámmal rendelkeznek a látens változókat (szégyen faktorok) illetően, ugyanolyan pontszámot érnének el a megfigyelt változó (egy-egy tétel) esetében is, csoport-hovatartozásuktól függetlenül. Az ESS skaláris invarianciája előfeltétele a csoportok közötti átlagok összehasonlításának. Ezért vizsgálatunk során teszteltük a strukturális és mérési invarianciát a klinikai és egészséges kontroll csoportok között, melyet multigroup CFA elemzések sorozatával végeztünk.

Az egymásra épülő modelleket egyre szigorúbb ekvivalencia elvárások mellett az alábbiak szerint vizsgáltuk: Első lépésben a konfigurális invarianciát teszteltük, annak érdekében, hogy a mérési modellünk érvényességét biztosítsuk mind a klinikai, mind az egészséges kontroll csoportban. Második lépésben a metrikus invarianciát teszteltük a faktortöltések azonosságának megállapítására az általunk vizsgált két csoportban. Harmadik lépésben a skaláris invarianciát teszteltük azért, hogy a

faktortöltések és a küszöbérték egyenlőségét megállapíthassuk. Annak érdekében, hogy összehasonlíthassuk a beágyazott modelljeinket WLSMV becslés révén, az MPLUS DIFFTEST eljárását alkalmaztuk (Asparouhov és Muthén 2006) a korrigált $\Delta\chi^2$ -teszt kiszámolására. Ezen kívül irányadónak vettük Cheung és Rensvold (2002) és Chen (2007) javaslatait két beágyazott modell összehasonlítására vonatkozóan: küszöbértéknek a $\Delta CFI \leq 0.01$ és a $\Delta RMSEA \leq 0.015$ értékeket használtuk.

Ezt követően a kovariánsok hatásainak tesztelésére kovariánsokkal bővített konfirmatorikus faktorelemzést (CFA with covariates) végeztünk. Ezt a vizsgálatot MIMIC (Multiple Indicators Multiple Causes) modellként is említik a szakirodalomban, melynek során a mérési modellünket strukturális elemekkel bővítjük ki. A kovariánsokkal bővített modellünkben a szégyen faktorok és a klinikai státusz, életkor, nem, iskolázottság, abúzus történet, a klinikai tünetek súlyossága és a temperamentum dimenziók közötti kapcsolatokat vizsgáltuk meg. Kutatásunkban azért a kovariánsokkal bővített CFA-t alkalmaztuk, mert ez az eljárás egyidőben képes megbecsülni a manifeszt indikátorok és csoportosító változók vagy más folytonos változók hatásait a látens változókra. A kovariánsokkal bővített CFA modellünket hierarchikusan építettük fel a kovariánsok csoportos hozzáadásával, melynek következtében három, egymásra épülő modellt teszteltünk vizsgálatunkban. Az elemzéseket az MPLUS 7.11 (Muthén és Muthén 1998-2012) programmal végeztük.

Reliabilitás

Az ESS magyar verziójának teszt-reteszt reliabilitását Pearson Rank korrelációs vizsgálattal teszteltük, melyben a STATISTICA 12.0 (StatSoft 2012) programot használtuk.

4.2. A második vizsgálat módszerei

A karakterológiai, viselkedési és testi szegyen, a megszegyenítő helyzetekre adott érzelmi reakciók és a maladaptív sémák kapcsolatának vizsgálata borderline személyiségzavarban

4.2.1. Vizsgálati személyek és eljárás

Vizsgálatunkat a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika Pszichoterápiás osztályán kezelt páciensek körében végeztük 2013 októbere és 2014 novembere között.

A kutatás minden résztvevője informált beleegyező nyilatkozatot írt alá, a szolgáltatott információkat biztonságosan, anoním módon kezeltük. A vizsgálatot a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága hagyta jóvá.

Vizsgálatunkba összesen 160 önkéntes résztvevőt vontunk be, 80 fő pszichoterápiás osztályon kezelt pszichiátriai beteget, valamint 80 fő korban, nemben és iskolázottságban illesztett egészséges kontroll személyt. A pszichiátriai mintában 56 fő teljesítette a DSM-IV-TR (2000) borderline személyiségzavarra vonatkozó kritériumait. A 80 fő pszichiátriai beteg közül 24 fő egyéb pszichiátriai zavarral küzdő klinikai kontrollszemély volt, akik nem teljesítették egyik személyiségzavar DSM-IV-TR kritériumait sem.

Pszichiátriai betegek esetén a beválogatás kritériumai voltak az alábbi klinikai diagnózisok valamelyike: hangulatzavar, szorongásos zavar, evészavar, személyiségzavar, szerhasználat zavar. A pszichiátriai betegek közül a beválogatás kritériumai borderline személyiségzavar esetén a SCID-II Strukturált diagnosztikai interjú (First és mtsai 1997, magyar változat: Szádóczky és mtsai 2004) alapján diagnosztizált borderline személyiségzavar volt. Egyéb pszichiátriai zavarral küzdők csoportja esetén beválogatási kritérium volt a SCID-II interjú alapján nem diagnosztizált személyiségzavar. A komorbid diagnózisok felállításához a M.I.N.I. Strukturált diagnosztikai interjút és a SCID-II interjút használtuk.

A korban, nemben és iskolázottságban illesztett egészséges kontroll személyek a Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika munkatársai, valamint azok ismerősei és

rokonai voltak, akiket pszichiátriai zavarral nem diagnosztizáltak a kérdőívek felvételének időpontjáig.

Beválogatási kritérium volt minden vizsgált csoport esetén a 18 és 70 év közötti életkor.

Kizárási kritérium volt minden vizsgált csoport esetén az akut pszichotikus állapot, a mentális retardáció vagy a szkizofrénia diagnózisa, valamint a kognitív funkciók olyan szintű károsodása, mely nem tette lehetővé önkitöltő kérdőívek kitöltését.

Az általunk megvizsgált csoportok szociodemográfiai mutatóit és a komorbiditási adatokat a 10. Táblázat tartalmazza.

4.2.2. MÉRŐMÓDSZEREK

M.I.N.I. Interjú (Mini International Neuropsychiatric Interview, M.I.N.I.)

A M.I.N.I. és ennek bővített változata a M.I.N.I. Plusz átfogó, strukturált diagnosztikai interjú. A M.I.N.I. 18 a M.I.N.I. Plusz 29 kórkép diagnosztizálását teszi lehetővé (Sheehan és mtsai 1998). A M.I.N.I. a DSM-IV. I. tengely zavarainak diagnosztizálására alkalmas mérőeszköz. A M.I.N.I. korábbi, magyar mintán történt vizsgálataiban jó pszichometriai mutatókat találtak (Balázs és mtsai 1998).

SCID-II Strukturált klinikai interjú (Structured Diagnostic Interview for DSM-IV Axis II, SCID-II)

A SCID-II Strukturált klinikai interjú a személyiségzavarok felmérésére alkalmas interjú (First és mtsai 1997, magyarul: Szádóczky és mtsai 2004). A SCID-II interjú a DSM-IV II. tengelyén található személyiségzavarok mellett a depresszív és passzív-agresszív személyiségzavarok felmérését is lehetővé teszi. Az interjú megbízható mérőeszköze a személyiségzavaroknak (kappa-érték: 0,65-0,98, Maffei és mtsai 1997, Lobstael és mtsai 2010).

Derogatis féle Tünetlista (Symptom Checklist-90-R, SCL-90-R)

Az SCL-90-R (Derogatis 1977), mint ismeretes, egy 90 tételes kérdőív, mely 9 alskálából áll. A válaszadás egy 5 pontos Likert skálán történik (0=egyáltalán nem;

4=nagyon). A kérdőív egyik globális skálája az ún. Globális Súlyossági Index (Global Severity Index, GSI). Magyar mintán végzett vizsgálat az SCL-90-R-t megbízható és érvényes mérőeszköznek találta ($\alpha = 0,73-0,97$), valamint a GSI diagnosztikai megbízhatósága (szenzitivitása és specificitása) ugyancsak jónak bizonyult (Unoka és mtsai 2004). Jelen vizsgálatunkban a GSI-re vonatkozó Cronbach $\alpha = 0,98$.

Szégyen Élmény Skála (Experience of Shame Scale, ESS)

Mint ismeretes, az ESS egy 25 tételes kérdőív, a krónikus szégyen és annak három alfaktora, a karakterológiai, viselkedési és testi szégyen felmérésére alkalmas mérőeszköz (Andrews és mtsai 2002). A válaszadás egy 4 pontos Likert skálán történik. Andrews és munkatársai (2002) vizsgálatai szerint a kérdőív magas belső konzisztenciával bír (Cronbach $\alpha=0,92$). Jelen vizsgálatunkban az ESS alskáláinak belső reliabilitását ugyancsak jónak találtuk (karakterológiai szégyen $\alpha = 0,93$; viselkedési szégyen $\alpha = 0,92$; testi szégyen $\alpha = 0,88$).

Megalázásra való Érzékenység Skála-1 (Sensitivity to Social Put-Down Scale-1, SPD-1)

Az SPD-1-et Gilbert és Miles (2000) dolgozták ki a megszegényítő helyzetekre adott reakciók felmérésére. A kérdőív elsősorban az állapot-szégyen felmérésére alkalmas, kétszer 20 tételes mérőeszköz, két alskálával; a megalázó helyzetekre adott érzelmeket, így a szorongást vagy a dühöt méri fel. A válaszadás egy 5 pontos Likert skálán történik (1=egyáltalán nem – 5=rendkívüli módon). A kérdőív jó belső reliabilitással bír (Cronbach- $\alpha=0,90$) (Gilbert és Miles 2000). A kérdőív magyar nyelven történő alkalmazását Paul Gilbert, az eredeti angol nyelvű kérdőív (Gilbert és Miles 2000) kialakítója engedélyezte. Jelen vizsgálatunkban a két alskála belső konzisztenciája ugyancsak jónak bizonyult (szorongó/depresszív reakció skála $\alpha = 0,95$; haragosóagresszív reakció skála $\alpha = 0,94$).

Séma kérdőív (Schema Questionnaire)

A Séma kérdőív (Young 1999) a korai maladaptív sémák felmérésére alkalmas 240 tételes mérőeszköz, mely 6 fokú Likert skálán teszi lehetővé a válaszadást a páciensek számára. A kérdőív 19 féle korai maladaptív séma felmérésére alkalmas, melyek 5 sématartományba sorolhatók, amelyek a következők: Elszakítottság és

elutasítottság sémartomány (Érzelmi depriváció, Elhagyatottság, Bizalmatlanság-abúzus, Társas izoláció, Csökkentértékűség-szégyen, Társas elutasítottság), Károsodott autonómia és teljesítőképeség sémartomány (Kudarca ítéltés, Dependencia-inkompetencia, Sérülékenység-veszélyeztettség, Összeolvadtság-éretlenség), Határok károsodott volta sémartomány (Feljogosítottság, Elégtelen önkontroll-önfegyelem), Kóros másokra irányultság sémartomány (Behódolás, Önfeláldozás, Elismerés-keresés), Aggályosság és gátlás sémartomány (Negativizmus-pesszimizmus, Érzelmi gátoltság, Könnyörtelen mércék, Büntető készenlét). A kérdőív pszichometriai mutatói jónak bizonyultak magyar mintán (Cronbach $\alpha = 0,85-0,96$) (Unoka és mtsai 2004), valamint a kérdőív jól elkülöníti egymástól a mentális zavarokkal küzdő személyeket az egészséges kontrollszemélyektől (Unoka és mtsai 2011). Jelen vizsgálatban a kérdőív alskáláinak megbízhatósága ugyancsak magasnak bizonyult (Elszakítottság és elutasítottság sémartomány $\alpha = 0,96$; Károsodott autonómia és teljesítőképeség sémartomány $\alpha = 0,94$; Határok károsodott volta sémartomány $\alpha = 0,84$; Kóros másokra irányultság sémartomány $\alpha = 0,88$; Aggályosság és gátlás sémartomány $\alpha = 0,91$).

4.2.3. Statisztikai elemzések

A statisztikai elemzéseket az SAS programcsomag 9.2 verziójával végeztük (SAS Institute Inc Cary NC). Az általunk vizsgált három csoport (borderline személyiségzavarral küzdők csoportja, BPD; egyéb pszichiátriai betegek csoportja személyiségzavar nélkül, Nem-PD; egészséges kontroll csoport, HC) közötti különbségek elemzésére kovariánsokkal bővített varianciaanalízist végeztünk Általános Lineáris Modellben (Covariate Analysis of Variance in General Linear Model, GLM ANCOVA). Független változó volt a három vizsgálati csoport, függő változó a karakterológiai, viselkedési és testi szégyen, valamint a megszegyenítő helyzetekre adott szorongásos/depresszív és dühös/agresszív érzelmi reakció, kovariánsként pedig a nemet, kort és iskolai végzettséget illesztettük modellünkbe. A vizsgálati csoportok eltérő létszáma miatt a Hedges' g hatáserősség mutatót alkalmaztuk a hatáserősség meghatározására, amely mutató számításba veszi a minták méretét és eltérő mintaméretű csoportok, valamint kis létszámú csoportok esetén alkalmas a hatáserősség

meghatározására (Hedges 1981). A Hedges' g tekintetében a 0,2 körüli értékek kicsi, a 0,5 körüli értékek közepes, a 0,8 vagy afölötti értékek nagy hatáserősséget jelölnek (Hedges 1981).

A karakterológiai, viselkedési és testi szégyen, a megszégyenítő helyzetekre adott szorongó/depresszív és dühös/agresszív reakciók és a korai maladaptív sémák közötti kapcsolat feltárására Pearson-féle parciális korreláció vizsgálatot végeztünk, ahol kontrolláltuk a kor, nem, és iskolázottság hatásait. A többszörös tesztelés korrekciójára Benjamini-Hochberg eljárást végeztünk 0,05-ös hamis felfedezési hibaarányal (false discovery rate = 0,05) (Benjamini és Hochberg 1995).

5. EREDMÉNYEK

5.1. Az első vizsgálat eredményei

Szégyen, trauma, temperamentum és mentális zavarok: A Szégyen Élmény Skála konstruktumvaliditása

Leíró statisztika és kovariánsok

A klinikai és egészséges kontroll csoport leíró statisztikájának eredményeit és statisztikai összehasonlításukat, beleértve a hatáserősséget a 6. Táblázat tartalmazza. A két minta nem tér el szignifikánsan egymástól a nem és életkor tekintetében, ugyanakkor a tanulmányi évek száma (iskolázottság) szignifikánsan magasabb a klinikai mintában az egészséges kontroll csoporthoz képest. A klinikai mintában ugyancsak szignifikánsan magasabb eredményeket tapasztaltunk az általános traumatizáltság, a fizikai, emocionális és szexuális abúzus gyakoriságát tekintve, nagy hatáserősséggel. A klinikai minta szignifikánsan magasabb értékeket mutatott az egészséges kontroll csoporthoz képest az SCL Globális Súlyossági Indexében (SCL GSI) és a két csoport közötti különbség hatáserőssége nagyon magas (Cohen $d=1,80$). Hasonlóan, a négy vizsgált temperamentum dimenzióban is szignifikáns különbség mutatkozott a két vizsgált csoport között az ártalomkerülés (Cohen $d=1,16$), a jutalomfüggőség (Cohen $d=0,24$) és a kitartás (Cohen $d=0,33$) területén, azonban az újdonságkeresés temperamentumdimenzióban nem mutatkozott különbség (Cohen $d=0,13$).

6. Táblázat Az első vizsgálat leíró statisztikájának eredményei hatáserőségekkel

	Egészséges minta (N=148)	Klinikai minta (N=148)	χ^2/t (p)
Nem - Nő (%)	72,3%	72,3%	0,00 (1,00)
	Átlag (SD)	Átlag (SD)	
Kor	36,67 (13,20)	37,97 (12,81)	0,86 (0,389)
Iskolázottság éveiben	13,60 (3,09)	14,87 (3,02)	3,46 (<0,001)
Korai általános traumák gyakorisága	3,11 (3,00)	6,17 (4,40)	6,71 (<0,001)
Fizikai abúzus gyakorisága	1,65 (1,54)	3,24 (2,24)	6,40 (<0,001)
Emocionális abúzus gyakorisága	1,09 (1,70)	3,46 (2,52)	8,46 (<0,001)
Szexuális abúzus gyakorisága	0,38 (0,95)	1,99 (2,49)	6,45 (<0,001)
SCL-GSI	0,53 (0,51)	1,79 (0,84)	15,44 (<0,001)
Újdonság keresés	20,94 (4,42)	21,59 (5,30)	1,13 (0,258)
Ártalom kerülés	16,71 (3,90)	21,50 (4,31)	9,93 (<0,001)
Jutalomfüggés	23,09 (4,26)	22,06 (4,33)	2,03 (<0,05)
Kitartás	16,17 (3,48)	14,86 (4,44)	2,80 (<0,01)

Megerősítő faktorelemzés (CFA)

Megerősítő faktorelemzés során az ESS első mérési modellje nem mutatott egyértelműen megfelelő illeszkedést az adatokhoz ($\chi^2 = 1095,6$, $df = 272$, CFI = 0,957, TLI = 0,953, RMSEA = 0,102 [0,096-0,108]). A χ^2 teszt szignifikáns volt és nem jelzett illeszkedést, de ez a teszt érzékeny a nagy méretű mintákra, ezért más mutatókat is figyelembe kell venni. A CFI és a TLI a szokásos küszöbérték fölött jó illeszkedést jelzett, azonban az RMSEA nem mutatott illeszkedést. Annak érdekében, hogy azonosítsuk az illeszkedésben fennálló lokális problémákat (misfit) megvizsgáltuk a modifikációs mutatókat és a tételek tartalmát. Ennek fényében a hasonló tartalmú tételek között feltételeztünk hibakovarianciákat, azaz olyan kovarianciát, amelyet a háttérben álló faktor nem magyarázott meg. Így feltételeztünk hibakovarianciát az egyes faktorok hasonló aspektusára kérdező tételeknél, mint amilyen a szégyen érzés is, melynek egyik aspektusa lehet az aggodalom mások véleménye miatt, másik aspektusa pedig az elrejtőző viselkedés. Modellünk illeszkedése így megfelelőnek bizonyult ($\chi^2 = 683,7$, $df = 251$, CFI = 0,978, TLI = 0,973, RMSEA = 0,077 [0,070-0,084]). A tételek között 0,30-0,67 közötti tartományba eső nagy hiba kovarianciákat észleltünk visszautalva arra, hogy a megszégyenülés és az aggodalom tételei minden szempontból arra mutatnak, hogy az aggodalomnak és a szégyen érzésének közös varianciájuk van, amit az adott faktor nem tud megmagyarázni.

A konfirmatorikus faktorelemzést megismételtük klinikai és egészséges kontroll mintán is, külön-külön. Mindkét mintánkon az illeszkedés megfelelő volt (egészséges kontroll minta: $\chi^2 = 475,6$, $df = 251$, CFI = 0,957, TLI = 0,948, RMSEA = 0,078 [0,067-0,088]; klinikai minta: $\chi^2 = 474,1$, $df = 251$, CFI = 0,970, TLI = 0,964, RMSEA = 0,079 [0,068-0,089]). A standardizált faktor töltéseket a 7. Táblázat tartalmazza mindkét mintára. Minden faktortöltés 0,50 felett volt, a faktor tartományok közötti korreláció 0,56-0,83 közé esett.

7. Táblázat Az ESS standardizált faktor töltései egészséges és klinikai mintán

Tételek*	Karakterológiai szégyen		Viselkedési szégyen		Testi szégyen	
	Egészséges minta	Klinikai minta	Egészséges minta	Klinikai minta	Egészséges minta	Klinikai minta
1. Érzett már valaha szégyent saját szokásai miatt?	0,612	0,752				
2. Aggódott már amiatt, hogy az emberek mit gondolnak az Ön saját szokásairól?	0,771	0,786				
3. Próbálta már leplezni vagy eltitkolni bármilyen saját szokását?	0,723	0,802				
4. Szégyellte már magát másokkal való viselkedése miatt?	0,745	0,741				
5. Aggódott már amiatt, hogy mit gondolnak az emberek másokkal való viselkedéséről?	0,880	0,766				
6. Előfordult már, hogy elkerülte az embereket a saját viselkedése miatt?	0,734	0,763				
7. Szégyellte már magát amiatt, hogy miféle ember Ön?	0,818	0,813				
8. Aggódott már amiatt, hogy más emberek mit gondolnak arról, hogy miféle ember Ön?	0,817	0,890				
9. Próbálta már elrejteni mások előtt, hogy miféle ember Ön?	0,698	0,767				
10. Szégyellte már bizonyos dolgok elvégzéséhez szükséges képességét?	0,613	0,613				
11. Aggódott már amiatt, hogy más emberek mit gondolnak bizonyos dolgok elvégzéséhez szükséges képességeiről?	0,667	0,717				
12. Előfordult már, hogy elkerült embereket, mert bizonyos képességei hiányoztak?	0,650	0,814				

Tételek*	Karakterológiai szégyen		Viselkedési szégyen		Testi szégyen	
	Egészséges minta	Klinikai minta	Egészséges minta	Klinikai minta	Egészséges minta	Klinikai minta
13. Szégyenkezett már amiatt, mert valamit rosszul csinált?			0,792	0,836		
14. Aggódott már amiatt, hogy mások mit gondolnak, amikor Ön valamit rosszul csinált?			0,859	0,935		
15. Próbált már elleplezni vagy eltitkolni dolgokat, amelyek elvégzése után szégyenkezett?			0,779	0,753		
16. Szégyenkezett már amiatt, mert valami butaságot mondott?			0,778	0,757		
17. Aggódott már amiatt, hogy mit gondolnak Önről mások, amikor valami butaságot mondott?			0,836	0,813		
18. Próbálta már elkerülni a kapcsolatot olyan személlyel, aki tudta Önről, hogy butaságot mondott?			0,732	0,833		
19. Szégyenkezett már amiatt, amikor kudarcot vallott egy versenyhelyzetben?			0,661	0,830		
20. Aggódott már amiatt, hogy mások mit gondolnak Önről, amikor kudarcot vallott egy versenyhelyzetben?			0,812	0,855		
21. Került már el embereket, akik látták a kudarcát?			0,710	0,841		
22. Szégyellte már magát a teste vagy egy testrésze miatt?					0,911	0,958
23. Aggódott már amiatt, hogy mit gondolnak mások az Ön megjelenéséről?					0,963	0,933
24. Elkerülte már azt, hogy megnézzék magát a tükörben?					0,575	0,584
25. El akarta már rejteti vagy titkolni a testét vagy egy testrészét?					0,907	0,847
Cronbach's α	0,912	0,924	0,898	0,923	0,842	0,849

* Andrews és mtsai 2002 alapján

Mérési invariancia: multigroup elemzés

Ezt követően az ESS mérési invarianciáját vizsgáltuk meg klinikai és egészséges kontroll mintán (8. Táblázat). A konfigurális invarianciát multigroup modellel teszteltük, melyben szabad paraméter-bebecslés történt a klinikai és egészséges kontroll mintában egyaránt. A modell illeszkedése megfelelő volt ($\chi^2 = 949,7$, $df = 502$, CFI = 0,964, TLI = 0,957, RMSEA = 0,078 [0,071-0,086]), vagyis a konfigurális

invariancia alátámasztható. Ezután a metrikus invarianciát teszteltük, a faktor töltések azonosságának megállapítása miatt és eredményeink szerint a modell illeszkedés nem csökkent szignifikánsan ($\chi^2 = 965,1$, $df = 524$, $CFI = 0,965$, $TLI = 0,960$, $RMSEA = 0,076$ [0,068-0,083]; $\Delta\chi^2=24,9$, $\Delta df=22$, $p=0,301$, $\Delta RMSEA=0,002$, $\Delta CFI=0,001$), vagyis a metrikus invariancia alátámasztást nyert a klinikai és egészséges kontroll csoportokban. A skaláris invariancia tesztelés révén a faktor töltések és a küszöbértékek egyenlőségét állapíthatjuk meg. Eredményeink szerint a modell illeszkedés szignifikánsan csökkent a konzervatív $\Delta\chi^2$ teszt alapján ($\chi^2 = 1013,9$, $df = 571$, $CFI = 0,965$, $TLI = 0,960$, $RMSEA = 0,073$ [0,066-0,080]; $\Delta\chi^2=72,1$, $\Delta df=47$, $p=0,0107$); azonban az RMSEA és CFI változása nem érte el a küszöbértéket (-0,003 és <0,001). Összességében a metrikus invariancia erősen alátámasztott, mely lehetővé teszi a faktor variancia és kovarianciák tesztelését. A skaláris invariancia ugyanakkor azt sugallja, hogy a látens változók összehasonlítását kellő körültekintéssel tehetjük meg.

8. Táblázat Az ESS mérési invarianciái egészséges és klinikai mintán

	χ^2	df	RMSEA	CFI	$\Delta\chi^2$	Δdf	p	$\Delta RMSEA$	ΔCFI
CFA csoportonként									
Klinikai minta	474,1	251	0,079	0,970					
Egészséges minta	475,6	251	0,078	0,957					
Multigroup elemzés a mérési invarianciák teszteléséhez									
Konfigurális invariancia	949,7	502	0,078	0,964					
Konfigurális versus Metrikus invariancia					24,9	22	0,301	-0,002	0,001
Metrikus invariancia	965,1	524	0,076	0,965					
Metrikus versus Skaláris invariancia					72,1	47	0,011	-0,003	<0,001
Skaláris invariancia	1013,9	571	0,073	0,965					

Megjegyzés: RMSEA= root mean squared error of approximation; CFI = comparative fit index. $\Delta\chi^2 = \chi^2$ különbség teszt difftest eljárással.

Megerősítő faktorelemzés kovariánsokkal

Ahhoz, hogy azonosítsuk a három szegyen faktor kovariánsait, kovariánsokkal bővített megerősítő faktorelemzést végeztünk. Első lépésben modellünkbe a csoporttagság (klinikai versus egészséges kontroll) mellett a nem, az életkor és az iskolázottság szintje az intézményi iskolai képzésben eltöltött évek száma alapján, mint

magyarázó változók kerültek be (1. modell a 9. Táblázatban). Első modellünkben mindhárom szégyen faktor pozitív kapcsolatban állt a klinikai státusszal, tehát a klinikai minta minden szégyenfaktor tekintetében magas értékeket ért el. Az életkor negatív kapcsolatban állt mind a három szégyen faktoral. A nem a testi szégyennel, a magasabb iskolázottság pedig a karakterológiai és viselkedési szégyennel állt kapcsolatban. Második lépésben újabb indikátorokat adtunk modellünkhöz, egyrészt az SCL Globális Súlyossági Indexét (SCL GSI), valamint az általunk felmért korai traumák és abúzusok négy típusát (2. modell a 9. Táblázatban). Az SCL GSI kifejezetten erős kapcsolatban állt mindhárom szégyenfaktoral, ugyanakkor az abúzus-formák közül csupán az emocionális abúzus állt kapcsolatban a szégyenfaktorok mindegyikével. Lényeges megjegyezni, hogy az SCL GSI modellhez adását követően a klinikai státusz csak a karakterológiai szégyen faktoral maradt szignifikáns kapcsolatban. Végezetül, harmadik lépésben modellünkhöz adtuk a Cloninger féle temperamentumdimenziókat, így az újdonságkeresést, ártalomkerülést, jutalomfüggést és a kitartást. A temperamentumdimenziók közül csupán az ártalomkerülés temperamentumfaktor és a karakterológiai és viselkedési szégyen között mutatkozott szignifikáns kapcsolat (3. modell a 9. Táblázatban).

9. Táblázat A szégyen három faktorának kovariánsai

	Karakterológiai szégyen		Viselkedési szégyen		Testi szégyen	
	B (SE)	p	B (SE)	p	B (SE)	p
1. Modell						
Klinikai állapot	1,061 (0,104)	<0,001	0,965 (0,114)	<0,001	0,915 (0,124)	<0,001
Nem	0,034 (0,096)	0,719	0,125 (0,110)	0,256	0,478 (0,126)	<0,001
Kor	-0,009 (0,003)	0,012	-0,010 (0,004)	0,014	-0,016 (0,005)	<0,001
Iskolázottság	0,037 (0,014)	0,010	0,040 (0,017)	0,018	0,013 (0,018)	0,456
R^2	38,0%		27,4%		28,7%	

9. Táblázat A szégyen három faktorának kovariánsai (folyt.)

2. Modell						
Klinikai állapot	0,461 (0,138)	0,001	0,287 (0,155)	0,064	0,058 (0,166)	0,728
Nem	-0,091 (0,111)	0,411	-0,065 (0,125)	0,605	0,225 (0,144)	0,120
Kor	-0,009 (0,004)	0,013	-0,011 (0,004)	0,007	-0,017 (0,005)	0,001
Iskolázottság	0,030 (0,016)	0,066	0,036 (0,019)	0,063	0,030 (0,020)	0,144
Általános traumák gyakorisága	-0,009 (0,014)	0,537	-0,009 (0,016)	0,587	0,015 (0,018)	0,411
Fizikai abúzus gyakorisága	-0,003 (0,032)	0,918	-0,036 (0,038)	0,340	-0,009 (0,044)	0,834
Emocionális abúzus gyakorisága	0,098 (0,030)	0,001	0,132 (0,036)	<0,001	0,086 (0,041)	0,036
Szexuális abúzus gyakorisága	0,019 (0,033)	0,567	0,050 (0,041)	0,219	0,018 (0,046)	0,690
SCL-GSI	0,342 (0,078)	<0,001	0,307 (0,090)	0,001	0,473 (0,099)	<0,001
R^2	50,4%		40,7%		40,4%	
3. Modell						
Klinikai állapot	0,391 (0,143)	0,006	0,203 (0,161)	0,207	0,007 (0,174)	0,970
Nem	-0,117 (0,119)	0,328	-0,216 (0,135)	0,109	0,239 (0,160)	0,136
Kor	-0,010 (0,004)	0,014	-0,012 (0,004)	0,006	-0,015 (0,005)	0,004
Iskolázottság	0,036 (0,017)	0,039	0,031 (0,021)	0,138	0,034 (0,023)	0,142
Általános traumák gyakorisága	0,003 (0,015)	0,866	0,004 (0,017)	0,809	0,018 (0,020)	0,361
Fizikai abúzus gyakorisága	-0,008 (0,033)	0,818	-0,039 (0,040)	0,327	-0,006 (0,048)	0,908
Emocionális abúzus gyakorisága	0,099 (0,031)	0,002	0,135 (0,038)	0,000	0,091 (0,044)	0,037
Szexuális abúzus gyakorisága	0,017 (0,036)	0,641	0,052 (0,044)	0,242	0,012 (0,049)	0,813
SCL-GSI	0,233 (0,094)	0,013	0,124 (0,103)	0,230	0,428 (0,117)	0,000
Újdonságkeresés	-0,006 (0,011)	0,576	-0,004 (0,013)	0,777	0,010 (0,016)	0,503
Ártalomkerülés	0,044 (0,015)	0,004	0,080 (0,018)	0,000	0,025 (0,020)	0,203
Jutalomfüggés	-0,004 (0,012)	0,763	0,025 (0,013)	0,058	0,017 (0,017)	0,317
Kitartás	-0,021 (0,014)	0,139	0,000 (0,017)	0,995	-0,025 (0,018)	0,163
R^2	53,7%		49,5%		41,3%	

Az ESS megbízhatósága

Az ESS skála belső megbízhatóságának vizsgálatában a Cronbach α mutatót számoltuk ki. Mindhárom szubfaktor esetén a Cronbach α 0,87 és 0,94 között volt, ami alátámasztja a mérőeszköz belső reliabilitását.

Az ESS teszt-reteszt reliabilitás vizsgálata egy kisebb mintán történt (klinikai minta N= 46, egészséges kontroll N= 40). A két tesztfelvétel között két hét telt el. A teljes almintán (N=86) Spearman féle Rank Korreláció teszttel a korreláció $r=0,89$ volt. Az ESS skáláinak átlaga a következőképpen alakult: karakterológiai szégyen: 2,16 (szórás=0,71), viselkedési szégyen: 2,48 (szórás=0,88), testi szégyen 2,33 (szórás=0,92). Az alskálák teszt-reteszt reliabilitása: $r_{\text{karakterológiai}}= 0,84$; $r_{\text{viselkedési}}= 0,85$; $r_{\text{testi}}= 0,92$. A klinikai és egészséges kontroll almintán ugyancsak magas korrelációs értékek mutatkoztak: $r_{\text{egészséges}}=0,90$; $r_{\text{klinikai}}=0,78$. Összességében az ESS jó teszt-reteszt reliabilitással bír magyar klinikai és egészséges kontroll mintán egyaránt.

5.2. A második vizsgálat eredményei

A karakterológiai, viselkedési és testi szegyen, a megszegyenítő helyzetekre adott érzelmi reakciók és a maladaptív sémák kapcsolatának vizsgálata borderline személyiségzavarban

Leíró statisztika

A megvizsgált csoportokra vonatkozó leíró statisztikát az egyes változók átlagaival és szórásával a 10. Táblázat foglalja magában. A borderline személyiségzavarral küzdők csoportjának (N=56) átlagéletkora 30,32 év (szórás: 10,31) volt, a személyiségzavarral nem küzdő, egyéb pszichiátriai betegek csoportjának (N=24) átlagéletkora 34,00 év (szórás: 11,37) volt, míg az egészséges kontrollcsoport (N=80) átlagéletkora 31,56 év (szórás: 10,09) volt.

10. Táblázat A második vizsgálat leíró statisztikájának eredményei és a komorbiditási adatok

Jellemzők	Csoportok						Teszt
	BPD (N=56)		Nem-PD (N=24)		Egészséges (N=80)		
	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD	F(2,157)
Kor (év)	30,32	10,31	34,00	11,37	31,56	10,09	1,06
Iskolázottság (év)	13,18	2,64	13,21	3,13	14,49	2,35	5,08**A
SCL-GSI	2,08	0,63	1,08	0,52	0,51		104,23***D
	N	%	N	%	N	%	χ^2
Nem							5,07
férfi	10	17,86	10	41,67	20	25,00	
nő	46	82,14	14	58,33	60	75,00	
Aktuális I. tengely diagnózis							
Major depressív zavar	45	80,35	16	66,67			0,06
Pánik zavar	19	33,93	9	37,5			0,41
Agoraphobia	7	12,5	2	8,33			0,06
Egyszerű fóbia	1	1,79	1	4,17			0,65
Szociális fóbia	11	19,64	0	0			5,08*
Generalizált szorongásos zavar	24	42,86	4	16,67			3,13
OCD	6	10,71	1	4,17			0,56
PTSD	4	7,14	1	4,17			0,15
Bipolaris II zavar (Jelenleg euthym epizód)	9	16,07	1	4,17			0,89
Szer abúzus	8	14,29	5	20,83			1,25
Alkohol abúzus	5	8,93	1	4,17			0,29
Anorexia nervosa	3	5,36	3	12,5			1,61
Bulimia nervosa	9	16,07	2	8,33			0,46
Szomatizáció	6	10,71	2	8,33			0,05

10. Táblázat A második vizsgálat leíró statisztikájának eredményei és a komorbiditási adatok (folyt.)

Jellemzők	Csoportok						Teszt
	BPD (N=56)		Nem-PD (N=24)		Egészséges (N=80)		
	N	%	N	%	N	%	χ^2
II. tengely diagnózis							
Paranoid	8	14,29					
Szkizotíp	7	12,5					
Szkizoid	1	1,79					
Depresszív	17	30,36					
Kényszeres	6	10,71					
Elkerülő	16	28,57					
Dependens	5	8,93					
Histrionikus	2	3,57					
Narcisztikus	8	14,29					
Antiszociális	2	3,57					
Passzív-agresszív	7	12,50					

Megjegyzés: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,0001$;

A: post hoc analízis szerint a BPD csoport szignifikánsan eltért az egészséges csoporttól ($p < 0,05$); D: post hoc analízis szerint mindhárom csoport szignifikánsan eltért egymástól ($p < 0,0001$); SD=szórás (standard deviation); SCL-GSI= Symptom Checklist-90-R - Global Severity Index; OCD=kényszeres zavar; PTSD=poszttraumás stressz zavar

Komorbid profil

A különböző mentális zavarral küzdő páciensek komorbiditási adatait az 10. Táblázat mutatja be. A borderline betegek csoportja a borderline személyiségzavaron kívül elsősorban major depresszív zavarral (80,35%), generalizált szorongásos zavarral (42,86%), pánikzavarral (33,93%) küzdött, de magas komorbiditási arányok mutatkoztak a szociális fóbiával, a szerabúzussal és az evészavarokkal is. Ugyanebben a csoportban a komorbid személyiségzavarokat tekintve a depresszív (30,36%), elkerülő (28,57%), narcisztikus (14,29%) és paranoid (14,29%) személyiségzavarokkal mutatkozott magas komorbiditás. Az egyéb pszichiátriai zavarral, de nem személyiségzavarral küzdők körében a leggyakoribb kórkép a major depresszív zavar (66,67%), a pánikzavar (37,5%) és a szerabúzus (20,83%) volt. A χ^2 próba eredményei szerint a két pszichiátriai betegcsoport komorbiditási adataiban csak a szociális fóbia tekintetében mutatkozott szignifikáns különbség.

A krónikus szégyen alfaktorai és a megalázásra adott reakciók különbségének vizsgálata borderline páciensek, személyiségzavarral nem küzdő pszichiátriai betegek és egészséges kontroll személyek körében

Az általunk vizsgált három csoport (BPD, Nem-PD, HC) közötti statisztikai különbségek kimutatására kovariánsokkal bővített varianciaanalízist végeztünk Általános Lineáris Modellben (GLM ANCOVA). A tesztelt változók a következők voltak: a karakterológiai, viselkedési és testi szégyen, valamint a megalázásra adott érzelmi reakciók (SPD alfaktorai), a nem, az életkor és az iskolázottság kontrollja mellett. A GLM ANCOVA vizsgálat eredményeit a 11. Táblázat tartalmazza.

11. Táblázat GLM ANCOVA és utóelemzés eredményei az ESS és SPD alfaktorai tekintetében BPD, Nem-PD és HC csoportok közötti különbségekre vonatkozóan

Változók	Csoportok						Csoportok közötti különbségek			Utóelemzés		
	Borderline csoport (BPD)		Személyiség-zavarral nem küzdők (Nem-PD)		Egészséges kontroll (HC)		(F)	df	p	BPD vs Nem-PD	BPD vs HC	Nem-PD vs HC
	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD				p	p	p
Karakterológiai szégyen	2,85	0,85	2,16	0,54	1,73	0,56	49,03	5,154	***	** g=0,88	*** g=1,6	** g=0,77
Viselkedési szégyen	2,76	0,95	2,45	0,59	2,09	0,65	15,06	5,154	***	n.s. g=0,35	*** g=0,85	** g=0,58
Testi szégyen	2,96	1,01	2,05	0,95	1,88	0,79	23,56	5,154	***	** g=0,9	** g=1,21	n.s. g=0,21
SPD/depresszív	3,37	1,22	3,03	0,86	2,98	0,92	3,15	5,154	*	n.s. g=0,3	* g=0,36	n.s. g=0,05
SPD/agresszív	3,31	0,91	2,89	0,84	2,78	0,77	5,86	5,154	**	n.s. g=0,46	** g=0,62	n.s. g=0,14

Megjegyzés: g= Hedge's g hatásérősség; p= szignifikancia szint; *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,0001; n.s.=nem szignifikáns; SD=Standard deviation (szórás); BPD=borderline személyiségzavar; Nem-PD=személyiségzavarral nem küzdő pszichiátriai kontroll; HC=egészséges kontrollszemélyek; SPD=Megalázásra való érzékenység skála.

Eredményeink szerint az összes általunk vizsgált változó tekintetében szignifikáns különbség mutatkozott a három csoport között, így a karakterológiai szégyen ($F(5,154)=49,03$; $p<0,0001$), a viselkedési szégyen ($F(5,154)=15,06$; $p<0,0001$), a testi szégyen ($F(5,154)=23,56$; $p<0,0001$), a megszegyenítő helyzetekre adott szorongó/depresszív reakció ($F(5,154)=3,15$; $p=0,0455$) és agresszív/dühös reakció ($F(5,154)=5,86$; $p=0,0035$) esetén is. Az utóelemzés alapján a karakterológiai

szégyen tekintetében a borderline csoport szignifikánsan magasabb eredményeket mutatott a személyiségzavarral nem küzdő pszichiátriai betegekhez és az egészséges kontroll személyekhez képest és a Nem-PD csoport szignifikánsan magasabb eredményeket mutatott az egészséges kontrollcsoporthoz képest. Viselkedési szégyen tekintetében a BPD és Nem-PD csoport is szignifikánsan magasabb eredményeket ért el az egészséges kontrollhoz képest, viszont a két pszichiátriai csoport (BPD, Nem-PD) között nem mutatkozott szignifikáns különbség. Ezen kívül a borderline csoport szignifikánsan eltért a személyiségzavarral nem küzdő pszichiátriai betegek csoportjától és az egészséges kontrollcsoporttól a testi szégyen tekintetében. A megszegyenítő helyzetekre adott reakciók tekintetében a depresszív/szorongó és az agresszív/dühös érzelmi reakciók esetén is a borderline betegek csoportja mutatott szignifikánsan magasabb eredményeket az egészséges kontrollcsoporthoz képest, ugyanakkor a BPD és Nem-PD csoport, valamint a Nem-PD és egészséges kontroll csoport között nem mutatkoztak szignifikáns különbségek.

A borderline tünetek és a szégyen faktorainak kapcsolata

A BPD csoportban a borderline személyiségzavar tünetei és a karakterológiai, viselkedési és testi szégyen közötti kapcsolatot Pearson-féle parciális korrelációval vizsgáltuk meg. A kontrollált változók a modellben a nem, életkor és iskolázottság voltak. A többszörös tesztelés miatt Benjamini-Hochberg korrekciót végeztünk, mely nem módosította az eredeti szignifikáns eredményeinket. Eredményeink szerint a borderline tünetek közül az identitászavar közepesen erős, szignifikáns kapcsolatot mutatott mindhárom szégyenfaktorral. Ugyancsak közepesen erős, de az identitászavarral való kapcsolatokhoz képest gyengébb korrelációt találtunk az instabil kapcsolatok BPD tünet és a testi szégyen között. Eredményeinket a 12. Táblázat szemlélteti.

12. Táblázat A borderline tünetek és a szégyen faktorainak kapcsolata

BPD csoport	BPD tünetek	Karakterológiai szégyen	Viselkedési szégyen	Testi szégyen
(n=54)	Elhagyatottság	0,11	0,19	0,3
	Instabil kapcsolatok	0,23	0,27	0,37*
	Identitászavar	0,50***	0,49***	0,41***
	Impulzivitás	-0,03	-0,05	0,15
	Önsértő magatartás	0,09	0,11	0,14
	Affektív instabilitás	0,04	-0,01	0,06
	Krónikus üresség	0,12	0,16	0,16
	Intenzív harag	0,04	-0,08	-0,04
	Paranoid tünetek	0,1	0,19	-0,07

Megjegyzés: Pearson parciális korreláció eredményei. *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; BPD=borderline személyiségzavar.

A korai maladaptív sémák különbségének vizsgálata borderline páciensek, személyiségzavarral nem küzdő pszichiátriai betegek és egészséges kontroll személyek körében

Az általunk vizsgált három csoport közötti statisztikai különbségek kimutatása céljából GLM ANCOVA vizsgálatot végeztünk a korai maladaptív sémák megjelenésére vonatkozóan. A tesztelt változók a Sémakérdőív által mért 5 sémartomány voltak (Elszakítottág és elutasítottág, Károsodott autonómia és teljesítőképesség, Határok károsodott volta, Kóros másokra irányultság, Aggályosság és gátlás), a nem, az életkor és az iskolázottság kontrollja mellett. A vizsgált sémartományokban a legmagasabb értékeket a BPD csoport, ezt követően a Nem-PD csoport, majd az egészséges kontroll személyek csoportja érte el. A három csoport között minden sémartományra vonatkozóan szignifikáns különbségek mutatkoztak. Az utótesztelés eredményei szerint szignifikáns különbségek mutatkoztak mindhárom vizsgált csoport között minden sémartományra vonatkozóan, kivéve az aggályosság és gátlás sémartományban, ahol a Nem-PD és HC csoport között nem volt kimutatható szignifikáns különbség. Eredményeinket a 13. Táblázat szemlélteti.

13. Táblázat GLM ANCOVA és utóelemzés eredményei a korai maladaptív sémák tekintetében BPD, Nem-PD és HC csoportok közötti különbségekre vonatkozóan

Változók	Csoportok						Csoportok közötti különbségek			Utóelemzés		
	Borderline csoport (BPD)		Személyiség-zavarral nem küzdők (Nem-PD)		Egészséges kontroll (HC)		(F)	df	p	BPD vs Nem-PD	BPD vs HC	Nem-PD vs HC
	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD						
Elutasítottság	3,98	0,83	2,50	0,76	1,92	0,76	108,54	2,154	***	*** g=1,86	*** g=2,59	** g=0,75
Károsodott autonómia	3,37	0,12	2,45	0,17	1,67	0,09	67,91	2,154	***	*** g=0,96	*** g=2,18	*** g=1,1
Károsodott határok	3,54	3,54	2,89	0,79	2,33	0,80	31,78	2,154	***	** g=0,71	** g=1,39	** g=0,69
Kóros másokra irányultság	3,66	0,11	2,89	0,18	2,31	0,10	38,83	2,154	***	*** g=0,75	*** g=1,52	** g=0,85
Aggályosság és gátlás	3,9	0,76	2,82	0,58	2,52	0,86	48,30	2,154	***	*** g=1,66	*** g=2,09	n.s. g=0,37

Megjegyzés: g= Hedge's g hatáserősség; p= szignifikancia szint; *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,0001; n.s.=nem szignifikáns; SD=Standard deviation (szórás); BPD=borderline személyiségzavar; Nem-PD=személyiségzavarral nem küzdő pszichiátriai kontroll; HC=egészséges kontrollszemélyek; SPD=Megalázásra való érzékenység skála.

Korreláció vizsgálata a korai maladaptív sémák (sémartományok), valamint az ESS és SPD faktorai között

A korai maladaptív sémák (sémartományok), valamint a karakterológiai, viselkedési és testi szégyen, és a megszégyenítő helyzetekre adott reakciók kapcsolatának vizsgálata céljából Pearson-féle parciális korreláció vizsgálatot végeztünk, a nem, életkor és iskolázottság kontrollja mellett vizsgált csoportonként külön-külön. A többszörös tesztelés miatt Benjamini-Hochberg korrekciót végeztünk, mely csupán egy, eredetileg szignifikáns kapcsolat tekintetében módosította eredményeinket. Eredményeinket részletesen az 14. Táblázat tartalmazza.

Eredményeink szerint a borderline betegek és az egészséges kontroll személyek körében korreláltak szignifikánsan az egyes sémartományok (kivétel a BPD betegek esetén a Határok károsodott volta sémartomány) a karakterológiai szégyenfaktoral. A viselkedési szégyenfaktort tekintve csak a BPD csoportban találtunk szignifikáns

együttjárást az Elszakítottság és elutasítottság sémartománnyal, ugyanakkor a Károsodott autonómia és teljesítőképesség sémartománnyal a BPD és egészséges kontrollcsoportban is együttjárást tapasztaltunk a viselkedési szégyennel. A Határok károsodott volta sémartomány és a viselkedési szégyen között csak a személyiségzavarral nem küzdő pszichiátriai kontroll csoportban találtunk szignifikáns együttjárást. Az egészséges kontroll személyek körében a testi szégyen mind az öt sémartománnyal szignifikáns korrelációt mutatott, a személyiségzavarral nem küzdő pszichiátriai kontrollcsoportban egyik sémartomány sem mutatott szignifikáns korrelációt a testi szégyennel, míg a BPD csoportban az Elszakítottság és elutasítottság, valamint a Kóros másokra irányultság sémartományok álltak szignifikáns korrelációban a testi szégyenfaktorral. A megszégyenítő helyzetekre adott depresszív reakciót tekintve az egészséges kontroll személyek körében volt szignifikáns korreláció minden sémartománnyal, a Nem-PD csoportban a Károsodott autonómia és teljesítőképesség sémartomány és a depresszív reakció között volt szignifikáns együttjárás, míg BPD betegek körében a megszégyenítő helyzetekre adott depresszív reakció az Aggályosság és gátlás sémartománnyal korrelált szignifikánsan. A megszégyenítő helyzetekre adott agresszív reakció mindhárom vizsgált csoportban szignifikánsan együtt járt a Határok károsodott volta sémartománnyal, ezen kívül az egészséges kontroll személyek körében együtt járt az Aggályosság és gátlás sémartománnyal is.

14. Táblázat A sémartományok és az ESS és SPD faktorai közötti korreláció

Csoportok	Sémartomány	Karakterológiai szegény	Viselkedési szegény	Testi szegény	SPD/depresszív	SPD/agresszív
BPD (n=54)	Elszakítottság és elutasítottság	0,41**	0,41**	0,39**	0,30	-0,12
	Károsodott autonómia és teljesítőképesség	0,53**	0,39*	0,22	0,14	0,07
	Határok károsodott volta	0,22	0,09	0,08	0,07	0,42**
	Kóros másokra irányultság	0,44**	0,40**	0,34*	0,20	0,04
	Aggályosság és gátlás	0,43*	0,48**	0,27	0,35*	-0,05
Nem-PD (n=19)	Elszakítottság és elutasítottság	0,21	0,48	0,43	0,37	0,37
	Károsodott autonómia és teljesítőképesség	0,34	0,47	0,21	0,6*	0,27
	Határok károsodott volta	0,1	0,71**	-0,00	0,42	0,62**
	Kóros másokra irányultság	-0,03	0,51*	0,27	0,45	0,46
	Aggályosság és gátlás	0,44	0,68**	0,47	-0,06	-0,04
Egészséges kontroll (n=80)	Elszakítottság és elutasítottság	0,44**	0,21	0,38**	0,36**	0,16
	Károsodott autonómia és teljesítőképesség	0,62**	0,38**	0,39**	0,39**	0,23
	Határok károsodott volta	0,28*	-0,06	0,34**	0,3**	0,25*
	Kóros másokra irányultság	0,48**	0,28*	0,28*	0,32**	0,13
	Aggályosság és gátlás	0,55**	0,28*	0,29*	0,33**	0,3**

Megjegyzés: Pearson parciális korreláció eredményei. *p<0,05, **p<0,01; BPD=borderline személyiségzavar; Nem-PD=személyiségzavarral nem küzdő pszichiátriai kontroll; HC=egészséges kontrollszemélyek; SPD=Megalázásra való érzékenység skála.

6. MEGBESZÉLÉS

6.1. Az első vizsgálat megbeszélése

Szégyen, trauma, temperamentum és mentális zavarok: A Szégyen Élmény Skála konstruktumvaliditása

Első vizsgálatunkban a Szégyen Élmény Skála (ESS) pszichometriai jellemzőinek tesztelését tűztük ki célul. Vizsgálatunkat nagy klinikai és illetett egészséges kontroll mintán végeztük el.

A leíró statisztika eredményei a klinikai és egészséges minta összehasonlításán alapult az abúzus, az SCL Globális Súlyossági Indexe (SCL GSI), és a Cloninger féle négy temperamentumdimenzió mentén. Az abúzus történetet illetően eredményeink összhangban voltak elvárásainkkal, mely szerint a klinikai mintában lényegesen magasabb az elszennvedett abúzusok gyakorisága, mind az általános traumatizáltság, mind a fizikai, emocionális és szexuális abúzusokat tekintve. Eredményünk korábbi kutatási eredményekkel összeeseng, melyek szerint a különböző pszichiátriai zavarok esetén a korai traumák és abúzusok elszennvedésének gyakorisága lényegesen magasabb az egészséges kontroll személyek tapasztalataihoz képest (Carmen és mtsai 1984, Bryer és mtsai 1987, Cohen és mtsai 2001).

Korábbi kutatások eredményeihez hasonlóan (Derogatis 1977, Unoka és mtsai 2004) a mi vizsgálatunkban is az SCL GSI eredményeiben a pszichiátriai páciensek jóval magasabb értékeket értek el, mint az egészséges kontroll személyek, sőt, a csoportok közötti különbség hatáerőssége is nagyon magas volt (Cohen $d=1,80$).

A temperamentumdimenziók tekintetében korábbi kutatások rámutatnak, hogy azok a személyek, akik valamilyen mentális zavarral küzdenek, magasabb értékeket érnek el az ártalomkerülés temperamentumvonásban, azonban alacsonyabb értékeik vannak a jutalomfüggésben és a kitartásban, mint egészséges társaiknak (Cloninger és mtsai 2006, Cloninger és mtsai 2012, Miettunen és Raevuori 2012, Fassino és mtsai 2013). Saját kutatásunkban ezek az eredmények is alátámasztást nyertek, hiszen a klinikai és egészséges kontroll mintánkat összehasonlítva a négy temperamentumdimenzió mentén, szignifikáns különbségeket találtunk az ártalomkerülés, a jutalomfüggés és a kitartás dimenziókban, azonban nem volt

különbség az újdonságkeresés temperamentumfaktorban (Cohen $d=0,13$). Eredményeink szerint a klinikai mintát alkotó személyek inkább ártalomkerülők, viszont kevésbé jutalomfüggők és kitartók, mint az egészséges kontroll csoport tagjai.

Kutatásunk fő célja az ESS magyar változatának megerősítő faktorelemzése volt. Konfirmatorikus faktorelemzés során az ESS magyar változatának fakturstruktúráját teszteltük, valamint item-analízist végeztünk a teljes mintán és a klinikai és egészséges kontroll mintán, külön-külön is. Jelen ismereteink szerint nincs olyan kutatás, amely az Andrews és munkatársai (2002) által kidolgozott háromfaktoros struktúrát tesztelte volna mind klinikai, mind egészséges mintán konfirmatorikus faktorelemzés segítségével. Eredményeink szerint empirikus modellünk illeszkedik Andrews-ék háromfaktoros elméleti modelljéhez. Ezen túlmenően a háromfaktoros struktúra megerősítést nyert az egész mintánkon, valamint elkülönítve a klinikai és egészséges kontroll mintánkon is. Eredményeink alapján elmondható, hogy a krónikus szegény három lényeges dimenziója jól elkülönül magyar klinikai és egészséges kontroll mintán egyaránt. Mindez rámutat arra, hogy az ESS által felmért három szegényfaktor konzisztensen jelen van nyelvtől és kultúrától függetlenül, pszichiátriai zavarral küzdő és egészséges személyek körében egyaránt.

Kutatásunk további célja volt az ESS mérési invarianciáinak tesztelése klinikai és egészséges kontroll mintán. Eredményeink jól alátámasztották a konfigurális és metrikus invarianciát, viszont a skaláris invarianciát kevésbé. A metrikus invariancia elégséges feltétele annak, hogy a faktor varianciát és kovarianciákat megvizsgáljuk, azonban a skaláris invariancia tesztelésével kapcsolatos eredményeink óvatosságra intenek a látens változók összehasonlítását illetően. Az invariancia analízis alapján a kovariánsokkal bővített konfirmatorikus faktorelemzés elvégezhető volt mind klinikai mind egészséges kontroll mintán.

Ezt követően a krónikus szegény dimenziói és egyéb modellünkhöz adott prediktorok, mint a klinikai státusz, életkor, nem, iskolai végzettség, abúzus történet és temperamentumdimenziók kapcsolatát elemeztük. A kovariánsokat csoportonként illesztettük modellünkbe, így három, egymásra épülő, hierarchikus modellt hoztunk létre.

Első lépésben a klinikai státuszt, nemet, életkort és iskolázottságot illesztettük modellünkhöz. Eredményeink szerint a klinikai minta magasabb értékeket mutatott

mindhárom szégyenfaktor tekintetében, a kor negatív kapcsolatban állt mindegyik szégyenfaktoral, a nem csak a testi szégyennel állt kapcsolatban, míg az iskolázottság pozitív kapcsolatban volt a karakterológiai és viselkedési szégyennel. Eredményeink összhangban vannak több korábbi kutatási eredménnyel. Nevezetesen, korábbi kutatások szerint a krónikus szégyen központi vonása a mentális zavaroknak, így esetünkben a klinikai státusznak is (Tangney és mtsai 1992, Gilbert és Miles 2000, Averill és mtsai 2002, Andrews és mtsai 2002, Swan és Andrews 2003, Rüscht és mtsai 2007, Fergus és mtsai 2010, Vikan és mtsai 2010, Schoenleber és Berenbaum 2012). Az életkorra vonatkozó kutatások szerint a szégyen mértéke csökken az életkor előrehaladtával (Tangney és Dearing, 2002, Walter és Burnaford 2006, Bafunno és Camodeca 2013), ezen kívül, a szégyen és nem közötti kapcsolatra vonatkozóan a nők magasabb szégyenértékeket mutatnak, mint a férfiak (Lewis és mtsai 1992, Gross és Hansen 2000, Else-Quest és mtsai 2012). Jelen ismereteink szerint nincs olyan kutatás, mely a szégyen dimenziói és a nemek közötti kapcsolatokra hívta volna fel a figyelmet. Kutatásunkban azt találtuk, hogy a nők magasabb testi szégyent éreznek, mint a férfiak. Részben evolúciós előny, másrészt társadalmi elvárás is, hogy a nők hibátlan, attraktív külsővel rendelkezzenek. A média sugallta női test ideálja alapvető társadalmi normaként jelenhet meg a nők gondolkodásában, amelytől az észlelt legkisebb eltérés is szégyenkeltő erővel bírhat. További, korábban nem vizsgált eredményünk, hogy a magasabb iskolai végzettség magasabb mértékű karakterológiai és viselkedési szégyen megjelenésével jár.

Második lépésben az abúzus történetre vonatkozó faktorokat, valamint az SCL Globális Súlyossági Indexét (SCL GSI) adtuk modellünkhöz. Második modellünkben a klinikai státusz csupán a karakterológiai szégyennel maradt kapcsolatban, az életkor továbbra is negatív kapcsolatban állt a szégyenfaktorokkal, ugyanakkor a nemre és iskolázottságra vonatkozó kapcsolatok eltűntek. Mindez azt sugallja, hogy a szégyenfaktorok tekintetében a nem és iskolázottság befolyását felülírja a tünetek súlyossága és az elszenvedett traumák hatásai. Az SCL GSI mindhárom szégyenfaktoral kapcsolatban volt. Ez egybeesik korábbi kutatások eredményeivel, melyek szerint a mentális zavarok tünetei és azok súlyossága összefügg a szégyennel (Tangney és mtsai 1992, Gilbert és Miles 2000, Averill és mtsai 2002, Andrews és mtsai 2002, Swan és Andrews 2003, Rüscht és mtsai 2007, Fergus és mtsai 2010, Vikan

és mtsai 2010, Schoenleber és Berenbaum 2012). Az általunk vizsgált négy traumafaktor tekintetében csupán az elszenvedett gyermekkori emocionális abúzus állt kapcsolatban az összes szégyenfaktorral. Korábbi vizsgálatok szignifikáns kapcsolatokat tártak fel a szégyen és a fizikai és szexuális abúzus között (Kim és mtsai 2009, Milligan és Andrews 2005), azonban jelen tudásunk szerint nincs olyan kutatás, mely a szégyen és emocionális abúzus kapcsolatára hívná fel a figyelmet. Mintánkban, úgy tűnik a korai emocionális abúzus fontosabb szerepet játszik a szégyen kialakulásában, mint a szexuális vagy fizikai abúzus. Tekintve, hogy korábban a különböző kutatásokban a szexuális és fizikai abúzusokra sokkal nagyobb hangsúlyt fektettek, eredményünk meglepő, ugyanakkor alátámasztható. A szociális visszajelzések a karakterünkről, viselkedésünkről és testünkről hozzájárul az önreflektív érzelmeink - mint amilyen a szégyen - kialakulásához és differenciálódásához. Eredményeink szerint az ismételt kritikusság, megalázás, verbális abúzus és érvénytelenítés igen fontos szerepet játszik a krónikus szégyen kialakulásában. Mindazonáltal Gilbert (1997) szociális rang elméletében hangsúlyozza, hogy a hierarchiában elfoglalt helyünket a társadalomban nem csak fizikai jelzések, hanem verbális jelzések útján is közvetítjük. Gilbert-i szempontból értelmezve eredményeinket úgy tűnik, hogy az emberi társadalmakban lényegesebb szerep juthat a verbális megnyilvánulásoknak a megszegésben és ezáltal a hierarchiában elfoglalt helyünk megtartásában vagy magasabb pozíció megszerzésében – és ezáltal a szégyen kialakításában - mint a fizikai vagy szexuális bántalmazásoknak.

Annak magyarázatában, hogy kutatási eredményeink szerint nem mutatkozott kapcsolat a szexuális abúzus és a szégyen faktorai között, részben lényeges szempont, hogy az önkitöltő kérdőívek sajátossága, hogy az általuk szolgáltatott eredményeket a résztvevők emlékezeti és kitöltési torzítása befolyásolhatja. Mindez hatással lehet arra, hogy a résztvevők, az esetleges szexuális abúzusra vonatkozó élményeiket nem, vagy nem valódi mértékben osztották meg a kérdőív kitöltése során. Ugyanakkor kutatási eredmények arra utalnak, hogy a mentális zavarok kialakulásában inkább multifaktoriális eredet feltételezhető, a gyermekkori szexuális abúzus önmagában nem elegendő feltétele a mentális zavarok kialakulásának (ld. például Paolucci és mtsai 2001) és ebben a tekintetben valószínűleg a krónikus szégyen kialakulásának sem. Valószínűbb, hogy a korai szexuális abúzus a testi szégyen kialakítása mentén vezethet

mentális zavarok tüneteire, mint ahogy erre Milligan és Andrews (2005) felhívja a figyelmet, míg a krónikus szegény minden szegényfaktorra kiterjedt formájának megjelenésében az emocionális abúzusnak (énre, viselkedésre és testre vonatkozó kritikusság, elutasítás) lényegesebb szerepe jut.

Harmadik lépésben Cloninger temperamentum dimezióit, az újdonságkeresést, ártalomkerülést, jutalomfüggést és kitartást adtuk a modellünkhöz. Jelenlegi ismereteink szerint ez az első kutatás, amely megvizsgálta Cloninger temperamentum dimenziói és a karakterológiai, viselkedési és testi szegény közötti összefüggéseket. Utolsó modellünkben az ártalomkerülés állt csupán kapcsolatban a karakterológiai és viselkedési szegényfaktorokkal. Mindez arra utal, hogy azok a személyek, akik óvatos, feszült félénk, pesszimista, aggodalmaskodó, szorongó és fáradékony temperamentumvonásokkal jellemezhetők (Cloninger 1987) hajlamosabbak a karakterológiai és viselkedési szegény átélésére. Miután a temperamentum egy stabil emocionális vonás, mely biológiai eredetű és független a kulturális hatásoktól, valamint a környezeti befolyástól (Cloninger és mtsai 1998), úgy tűnik, az ártalomkerülés temperamentumvonás fokozhatja a sérülékenységet a korai traumatikus élmények hatásaival szemben, és ilyen módon, szinergikus hatásként befolyásolhatja a krónikus szegény kialakulását és a mentális zavarok kialakulását is, mely utóbbira korábbi kutatási eredmények is rámutatnak (Cloninger és mtsai 2006, Cloninger és mtsai 2012, Miettunen és Raevuori 2012, Fassino és mtsai 2013).

Végezetül teszt-reteszt reliabilitás vizsgálatot, valamint item-analízist végeztünk. Eredményeink szerint az ESS jó teszt-reteszt reliabilitással és belső megbízhatósággal bír magyar klinikai és egészséges kontroll mintán, hasonlóan Andrews és munkatársai (2002) eredményeihez.

Jelen kutatásunk nem volt korlátok nélküli. Egyrészt keresztmetszeti vizsgálatot végeztünk, így az ok-okozati összefüggésekre vonatkozóan nem vonhatunk le következtetéseket. További nehézséget jelenthet eredményeink értékelésénél, hogy az iskolázottság tekintetében nem tudtuk illeszteni a klinikai mintához az egészséges kontroll csoportot. Gyenge pontja még kutatásunknak, hogy önkitöltő kérdőívekkel történt, melynek eredményeit befolyásolhatja a résztvevők emlékezeti és kitöltési torzítása.

6.2. A második vizsgálat megbeszélése

A karakterológiai, viselkedési és testi szégyen, a megszegyenítő helyzetekre adott érzelmi reakciók és a maladaptív sémák kapcsolatának vizsgálata borderline személyiségzavarban

Második vizsgálatunkban a Szégyen Élmény Skála (Andrews és mtsai 2002) által felmért három szégyenfaktor (karakterológiai, viselkedési és testi szégyen) megjelenésének különbségeit hasonlítottuk össze borderline személyiségzavarral küzdő (BPD), személyiségzavarral nem küzdő pszichiátriai betegek (Nem-PD) és illetett egészséges kontroll személyek (HC) körében, valamint a megszegyenítő helyzetekre adott depresszív és agresszív reakciók megjelenésének különbségeit hasonlítottuk össze az általunk vizsgált három csoportban. Emellett második vizsgálatunkban a borderline személyiségzavar tünetei és az egyes szégyenfaktorok közötti együttjárásokat, a korai maladaptív sémák (sématautományok) és az egyes szégyenfaktorok, valamint a megszegyenítő helyzetekre adott depresszív és agresszív reakciók együttjárását vizsgáltuk meg BPD, Nem-PD és HC személyek körében.

A borderline betegek komorbiditási profilja alátámasztja a korábbi vizsgálati eredményeket (Zanarini és mtsai 1998a, Zanarini és mtsai 1998b, McGlashan és mtsai 2000), melyek szerint a borderline személyiségzavar gyakran társul major depresszív zavarral, szorongásos zavarokkal, szerhasználat zavarával és evészavarokkal, valamint elkerülő, kényszeres, paranoid és nárcisztikus személyiségzavarral.

Jelen tudásunk szerint ez az első olyan vizsgálat, amely a karakterológiai, viselkedési és testi szégyen, valamint a megszegyenítő helyzetekre adott depresszív és agresszív reakciók kapcsolatát vizsgálja meg a borderline személyiségzavar tünetei és a korai maladaptív sémák (sématautományok) között, borderline személyiségzavarral küzdő, személyiségzavarral nem küzdő pszichiátriai betegek és egészséges kontroll személyek körében.

Vizsgáltunk első célja volt, hogy összehasonlítsuk borderline betegek, Nem-PD pszichiátriai betegek és egészséges kontroll személyek karakterológiai, viselkedési és testi szégyen mértékét, valamint a megalázásra adott depresszív és agresszív reakcióikat. Eredményeink szerint, az általunk megvizsgált három csoport közül a borderline betegek csoportja mindhárom szégyenfaktorban és a megszegyenítő

helyzetekre adott reakciókban is a legmagasabb eredményeket érték el az átlagok tekintetében, ezt követően a Nem-PD csoport következett, legalacsonyabb értékeket az egészséges kontroll személyek érték el. A GLM ANCOVA vizsgálat eredményei szerint a BPD páciensek szignifikánsan magasabb eredményeket értek el mindhárom szégyenfaktor tekintetében az egészséges kontroll személyekhez képest, valamint a karakterológiai és a testi szégyen területén a Nem-PD csoporthoz képest is. A Nem-PD csoport a karakterológiai és viselkedési szégyen tekintetében mutatott magasabb értékeket az egészséges kontrollcsoporthoz képest. A megszégyenítő helyzetekre adott reakciókat illetően a BPD csoport szignifikánsan magasabb eredményeket ért el az egészséges kontrollszemélyekhez képest, azonban nem volt szignifikáns különbség a BPD és Nem-PD, valamint a Nem-PD és egészséges kontrollcsoport között. Eredményeink alátámasztják azokat a korábbi vizsgálati eredményeket, amelyek szerint a szégyen központi tényező lehet borderline személyiségzavar esetén (Crowe 2004, Rüschi és mtsai 2007a, Rüschi és mtsai 2007b), valamint, hogy a krónikus szégyen mértéke kifejezettebb mentális zavarok esetén, mint egészséges személyek körében (ld. például Tangney és mtsai 1992, Gilbert és Miles 2000, Averill és mtsai 2002, Andrews és mtsai 2002, Swan és Andrews 2003, Fergus és mtsai 2010, Vikan és mtsai 2010). Az általunk vizsgált mintán magasabb testi szégyen jellemzi a borderline pácienseket, mint a Nem-PD pácienseket és az egészséges kontrollszemélyeket, ami összecseng korábbi vizsgálati eredményekkel, melyek szerint a borderline páciensek testi szégyene kifejezett, mely összefügghet önsértő magatartásukkal (Linehan 1993/2010, Brown és mtsai 2009). A verbális megszégyenítés vonatkozhat a személy identitására, képességeire vagy megjelenésére, amelynek hatására a személy leértékelődik saját maga vagy mások szemében. Eredményeink alapján úgy tűnik, a borderline páciensek különösen érzékenyek az ilyen megszégyenítő kommunikációra (elutasítás, kirekesztés), amelyre sokkal inkább depresszív vagy agresszív módon reagálnak, mint az egészséges kontroll személyek. A megalázásra való agresszív reakció borderline betegek körében összecseng Rüschi és munkatársai (2007a) korábbi eredményeivel, melyek szerint a magasabb szégyen-hajlammal jellemezhető énkép borderline betegeknél kapcsolatban áll a magasabb fokú dühvel és hosztilitással, azonban meglepő eredmény, hogy a BPD páciensek megalázó helyzetekre nem csak nagyobb dühvel, hanem kifejezettebb depresszív/szorongó reakcióval is reagálhatnak az egészséges kontrollszemélyekhez

képest. Mindez utalhat Gilbert és Miles (2000) tapasztalataira. Gilbert és Miles (2000) szerint a megalázó helyzetekre adott reakció függ a szociális rangsorban elfoglalt hely személyes percepciójától, amit befolyásolhatnak a korai maladaptív sémák. Erre vonatkozó eredményeinket alább tárgyaljuk.

Vizsgálatunk második célja az volt, hogy a borderline tünetek kapcsolatát megvizsgáljuk a krónikus szégyen különböző faktoraival. Eredményeink szerint a borderline tünetek közül az identitászavar korrelált egyedül szignifikánsan a krónikus szégyen mindhárom faktorával, így a karakterológiai, viselkedési és testi szégyenfaktorokkal, valamint kapcsolatot találtunk az instabil kapcsolatok BPD tünet és a testi szégyen között. Eredményünk nem támasztja alá Linehan (1993/2010) felvetését és Brown és munkatársai (2009) eredményeit, mely szerint a szégyen leginkább az önsértő magatartással és impulzivitással állhat kapcsolatban. Ugyanakkor eredményünk alátámasztja Kernberg (1993), Young (Young és mtsai 2003), Fonagy (Allen és mtsai 2011) és Crowe (2004) feltételezését a borderline patológiával kapcsolatban a szégyen szerepére vonatkozóan. Borderline személyiségzavar esetén a legtöbb elméletalkotó felveti a kora gyermekkori megalázó, megszátyenítő kommunikáció és bántalmazás hatásait és az introjektált büntető szülői hang révén a belső megszátyenítő hang jelenlétét (Kernberg 1993, Young és mtsai 2003, Allen és mtsai 2011), amely ellehetetleníti az önazonosság érzés kialakulását az egész szelfre vonatkozó állandó külső, majd belsővé tett elégedetlenség, elfogadhatatlanság miatt. Mindez torzult, negatív szelf-reprezentációk kialakulásához vezet, amely a korai maladaptív sémák megjelenésében ölthet testet (Young és mtsai 2003). Eredményünk azt sugallja továbbá, hogy az identitászavarral és instabil kapcsolatokkal jellemezhető BPD páciensek pszichoterápiájában nagy figyelmet kell fordítani a szégyen kezelésére, melynek során segítjük az önérvényesítés, az önelfogadás és az önegyüttérzés kialakulását.

További célunk volt megvizsgálni a korai maladaptív sémák megjelenését BPD, Nem-PD és egészséges kontroll személyek körében. Eredményeink szerint a korai maladaptív sémák aktivitása a legmagasabb BPD betegek körében, BPD betegekhez képest szignifikánsan alacsonyabb Nem-PD betegek körében és Nem-PD betegekhez képest szignifikánsan alacsonyabb egészséges kontroll személyek körében. Eredményeink alátámasztják Young (Young és mtsai 2003) elméletét, valamint korábbi vizsgálati eredményeket (Lawrence és mtsai 2011), melyek szerint a korai maladaptív

sémák lényeges szerepet játszanak a BPD patológia kialakulásában, valamint a korai maladaptív sémák aktívabbak pszichiátriai betegek körében, mint egészséges kontroll személyek körében (Arntz és mtsai 1999, Jovev és Jackson 2004, Unoka és mtsai 2007, Unoka és mtsai 2010, Csukly és mtsai 2011).

Végezetül vizsgálatunk célja volt a krónikus szégyen faktorai, a megalázásra való reakciók, valamint a sémartományok közötti kapcsolat feltárása külön vizsgálati csoportonként. Eredményeink szerint az ESS és SPD faktorai és a maladaptív sémák (sémartományok) között legtöbb területen az egészséges kontroll személyek mutattak szignifikánsan pozitív, de zömében gyenge korrelációt. Az egészséges kontroll személyek körében talált legnagyobb számú korreláció magyarázható az egészséges minta nagyságával. Borderline betegek körében a határok károsodott volta sémartomány kivételével minden sémartomány kapcsolatban állt a karakterológiai és viselkedési szégyennel, viszont a testi szégyennel csupán az Elszakítottág és elutasítottág, valamint a Kóros másokra irányultság sémák álltak kapcsolatban. Eredményeink arra utalnak, hogy mindhárom szégyenfaktor területén magas értékekkel jár, ha egy személy a BPD-re leginkább jellemző maladaptív sémákkal bír (úgy mint az elhagyatottság, a csökkentértékűség-szégyen, a dependencia-inkompetencia, a bizalmatlanság-abúzus, a sérülékenység-veszélyeztettség és a behódolás) (Arntz és mtsai 1999, Jovev és Jackson 2004).

A sémartományok és az SPD faktorai közül az Aggályosság és gátlás sémartomány állt kapcsolatban a megszégyenítő helyzetekre adott depresszív reakcióval BPD betegek körében, míg a Határok károsodott volta sémartomány állt kapcsolatban a megszégyenítő helyzetekre adott agresszív reakcióval mindhárom általunk vizsgált csoport esetében. Eredményeink a szociális rangsorban elfoglalt pozíció percipiálását befolyásoló, önmagunkról, a világról és másokhoz fűződő viszonyunk negatív észlelésében szerepet játszó korai maladaptív sémák jelenlétére hívják fel a figyelmet. Azok a személyek, akik saját magukat a szociális rangsorban alacsonyabbra helyezik és vélekedésük erről a pozícióról maladaptív (korai maladaptív sémáik aktívabbak), vagyis önmagukat kevésbé szerethetőnek, elutasítottnak, csökkentértékűnek, inkompetensnek és behódolónak/leigázottnak látják, krónikus szégyenük magasabb. Azon eredményünk, mely szerint BPD betegek körében egyedül az Aggályosság és gátlás sémartomány áll kapcsolatban a megszégyenítő helyzetekre

adott depresszív reakcióval, arra utalhat, hogy a belsővé tett kritikus, büntető hang (könyörtelen mércék, büntető készenlét sémák) különösen meghatározó lehet a szégyen kialakításában és ezzel egyidejűleg a szociális rangsorban az alacsonyabb pozíció percipiálásában (Kernberg 1993, Young és mtsai 2003, Allen és mtsai 2011).

Ezzel szemben azok a személyek, akik a szociális rangsorban magasabbra helyezik önmagukat másoknál és a feljogosítottság, valamint az elégtelen önkontroll sémáik aktívak, nagyobb valószínűséggel adnak dühös reakciót megszégyenítő helyzetekben (Bushman és Baumeister 1998, Gilbert és Miles 2000). Azon eredményünk, mely szerint a Határok károsodott volta sématartomány csupán a megszégyenítő helyzetekre adott agresszív reakcióval áll kapcsolatban, a többi szégyenfaktorral nem, összefügghet azzal a korábbi feltételezéssel és vizsgálati eredménnyel is, mely szerint a magukat mások felett állóként percipiáló, feljogosítottsággal küzdő páciensek (pl. narcisztikus személyiségzavar esetén) inkább élnek át implicit szégyent, mint nyílt szégyent (Lewis 1971, Ritter és mtsai 2014).

Nem-PD betegek körében a szégyenfaktorok közül csupán a viselkedési szégyennel volt kapcsolata három sématartománynak (Határok károsodott volta, Kóros másokra irányultság, Aggályosság és gátlás), amely egyrészt arra utalhat, hogy a személyiségzavarral nem küzdő páciensek kevésbé a teljes szelfjük, mint inkább a viselkedésük miatt élnek át szégyent, másrészt a viselkedési szégyen kialakulásában lényeges tényező lehet körükben a kontroll hiánya, az érzelmek és szükségletek kifejezésének inadekvát módja vagy a spontaneitás gyengesége. Érdekes eredményünk, hogy a megszégyenítő helyzetekre adott depresszív reakció egyedül a Károsodott autonómia és teljesítőképesség sématartománnyal mutatott szignifikáns, pozitív, kifejezett korrelációt Nem-PD betegek körében, amely eredmény a depresszív tünetek és az inkompetencia érzés és dependencia közötti kapcsolatra utalhat személyiségzavarral nem küzdő páciensek körében, amely kapcsolatra korábbi kutatási eredmények már felhívták a figyelmet (ld. pl. Seligman 1972, Garber és Hollon 1980, Birtchnell és mtsai 1991).

Kutatásunknak voltak korlátai. Vizsgálatunk keresztmetszeti volt, mely nem teszi lehetővé ok-okozati következtetések levonását. Kutatásunkat önkéntes kérdőívekkel végeztük, melyek torzíthatnak. Második vizsgálatunk egyik lényeges korlátja volt továbbá a személyiségzavarral nem küzdő pszichiátriai betegcsoport

létszáma. Az esetleges alacsonyabb mintaszámból származó torzítást több ponton próbáltuk korrigálni. Egyrészt a klinikai kontrollcsoport komorbid profilja nem tért el szignifikánsan a borderline betegcsoporttól. Másrészt a kor, nem és iskolázottság hatásait kontrolláltuk, valamint a korreláció vizsgálatok eredményeit korrigáltuk. Egyúttal pszichiátriai fekvőbeteg ellátásban a személyiségzavarok gyakorisága meglehetősen magas (Tyrer és mtsai 2015), így a pszichiátriai fekvőbeteg ellátásból történt mintaválasztás önmagában nehezítette a klinikai kontrollcsoport kialakítását. Mindazonáltal fontos megjegyezni, hogy a klinikai kontrollcsoportra vonatkozó eredményeink, a csoport kis létszáma miatt óvatos értelmezésre intenek. Emellett gyenge pontja volt kutatásunknak, hogy nem külön maladaptív sémákra, hanem csak sématarományokra vonatkozó eredményeink vannak. A mintaszám emelésével a későbbiekben pontosabb eredményekhez juthatunk az egyes maladaptív sémákra és a szégyen különböző faktoraira vonatkozóan. Későbbi kutatás tárgyát képezi BPD esetén a szégyenfaktorok sémamódokkal való kapcsolatának vizsgálata, valamint a krónikus szégyen mérséklésének terápiás hatékonyságot befolyásoló kimutatása, amellyel alátámaszthatjuk jelenlegi eredményeinket. Ezen kívül a komorbid kórképek tekintetében a pszichiátriai mintánk heterogén volt, amely esetleg torzíthatja eredményeinket.

7. KÖVETKEZTETÉSEK

7.1. Az első vizsgálat következtetései

Szégyen, trauma, temperamentum és mentális zavarok: A Szégyen Élmény Skála konstruktumvaliditása

Első vizsgálatunk legfontosabb eredménye, hogy a Szégyen Élmény Skála (ESS) magyar verziójának faktorstruktúrája mind klinikai mind egészséges kontroll mintán illeszkedik az Andrews és munkatársai (2002) által leírt három faktoros elméleti modellhez. Eredményeink alapján elmondható, hogy az ESS magyar változata megbízható mérőeszköze a krónikus szégyennek és a szégyen három alfaktorának klinikai és egészséges mintán egyaránt. Ezen kívül, kutatásunkban alátámasztást nyert, hogy a krónikus szégyen kifejezett kapcsolatban áll az emocionális abúzzsal és az ártalomkerülés temperamentumdimenzióval. Az emocionális abúzus szerepe meglepő eredmény, hiszen korábbi kutatások a szexuális és fizikai abúzus szerepét emelték ki a krónikus szégyen kialakulásában. Eredményünk magyarázatában lényeges szempont a verbalitás és emocionális hangolódás szerepe az önreflektív érzelmek kialakulásában, valamint az evolúciós perspektíva. A szociális rang elmélet szerint az emberi társadalmakban lényeges szerep jut a verbális kommunikációnak a szégyenérzet kialakulása szempontjából. Miután a krónikus szégyen sok mentális zavarral kapcsolatba hozható, így további megfontolás és kutatás tárgyát képezheti egy folyamatmodell kialakítása és tesztelése, melyben a mentális zavarok és az emocionális abúzus között mediáló szerepet kaphat a krónikus szégyen. Emellett, az emocionális abúzus és verbalitás szerepével kapcsolatban érthetővé válik a pszichoterápiás empátikus miliő és hiteles, elfogadó magatartás jótékony hatása mentális zavarok kezelése esetén.

7.2. A második vizsgálat következtetései

A karakterológiai, viselkedési és testi szégyen, a megszégyenítő helyzetekre adott érzelmi reakciók és a maladaptív sémák kapcsolatának vizsgálata borderline személyiségzavarban

Második vizsgálatunk legfontosabb eredménye, hogy az általunk megvizsgált három csoport közül a borderline páciensek karakterológiai, viselkedési és testi szégyene, valamint megszégyenítő helyzetekre adott depresszív és haragos reakciói kifejezettebbek az egészséges kontroll személyeknél, és a karakterológiai és testi szégyen területén kifejezettebb a személyiségzavarral nem küzdők körénél is. Ezek alapján elmondható, hogy a borderline patológiában központi tényező a krónikus szégyen.

Fontos eredményünk továbbá, hogy az ESS által felmért szégyenfaktorok és az SPD-vel felmért megalázásra való depresszív és agresszív reakciók, valamint a maladaptív sémák alkotta sématartományok között kifejezett pozitív együttjárást tapasztaltunk a BPD, Nem-PD és egészséges kontroll csoportokban is. Eredményeink arra utalnak, hogy a szégyen élményének megjelenésében komoly szerep jut a világ, önmagunk és a másokkal való kapcsolatunk észlelését torzító maladaptív sémáknak.

Meglepő eredményünk, hogy a krónikus szégyen három alfaktora a borderline tünetek közül az identitászavarral áll kapcsolatban, amely eredmény a krónikus szégyen kialakulásában szerepet játszó büntető, kritikus milió önazonosság kialakítását romboló hatására és ezzel együtt a BPD kialakulásában játszott lényeges szerepére hívja fel a figyelmet. A krónikus szégyen kapcsolata az identitászavarral a krónikus szégyen központi szerepére utal BPD-ben és a magas krónikus szégyennel bíró személyek megszégyenítő helyzetekre adott maladaptív reakciói azonosak lehetnek a BPD többi tünetével.

Eredményeink felhívják a figyelmet arra, hogy borderline személyiségzavar terápiája során központi jelentőségű a krónikus szégyen kezelése. A jelenleg alkalmazott, bizonyítottan hatékony terápiás beavatkozások hangsúlyt helyeznek borderline személyiségzavar esetén az empatisz milió biztosítására, az érzelemreguláció fejlesztésére, valamint olyan kognitív és viselkedésterápiás elemek alkalmazására, melyek révén a személy képessé válhat maladaptív viselkedés helyett

adaptív reakciókat adni. Ezek a módszerek egyúttal a krónikus szégyen mértékének csökkentését is szolgálják, melynek elképzelhető, hogy nagyobb szerepe van a terápia hatékonyságában, mint eddig feltételeztük.

8. ÖSSZEFOGLALÁS

Célkitűzések. A Szégyen Élmény Skála (ESS) konstruktumvaliditás vizsgálata, valamint a szégyen és a maladaptív sémák (MS) összefüggéseinek vizsgálata borderline személyiségzavarban (BPD) **Első vizsgálat (I).** Az ESS megerősítő faktorelemzése és egy kovariánsokkal bővített hierarchikus modellben a karakterológiai, viselkedési és testi szégyen kapcsolatának vizsgálata az abúzustörténettel és temperamentumdimenziókkal. **Második vizsgálat (II).** A karakterológiai, viselkedési és testi szégyen, a megszégyenítő helyzetekre adott érzelmi reakciók (SPD faktorai) és az MS-k kapcsolatának vizsgálata BPD-ben. **Módszerek. I.** Konfirmatorikus faktorelemzés (CFA). Az ESS faktorstruktúrájának elméleti modellhez való illeszkedését vizsgáltuk meg magyar klinikai és egészséges kontroll mintán. Ezt követően kovariánsokkal bővített CFA-t végeztünk a krónikus szégyen három faktora és a modellünkbe illesztett kovariánsok (nem, életkor, iskolázottság, abúzustörténet, SCL Globális Súlyossági Indexe (SCL GSI), temperamentumdimenziók) kapcsolatának vizsgálata révén. **II.** Kovariánsokkal bővített varianciaanalízist (ANCOVA) végeztünk az általunk vizsgált három csoport (BPD, Nem-PD és HC) ESS faktorainak és SPD faktorainak összehasonlítására. Ezen kívül Pearson parciális korrelációvizsgálatot végeztünk a BPD tünetei és az ESS faktorai, valamint az MS, ESS és SPD összefüggéseinek vizsgálatára. **Eredmények. I.** Vizsgálatunk alapján megerősítést nyert az ESS faktorstruktúrájának elméleti modellhez való illeszkedése magyar klinikai és egészséges kontroll mintán. További eredményünk, hogy a krónikus szégyen megjelenésében lényeges tényező az emocionális abúzus és az ártalomkerülés temperamentumdimenzió. **II.** Eredményeink szerint az ESS és SPD alfaktorai szignifikánsan magasabbak BPD esetén, mint HC csoportoknál. BPD betegek karakterológiai és testi szégyene kifejezettebb Nem-PD csoporthoz képest is. Továbbá BPD tünetek közül az identitászavar korrelál az ESS alfaktoraival. Az MS, ESS és SPD alfaktorai között ugyancsak találtunk szignifikáns együttjárást. **Megbeszélés. I.** Az ESS és három faktora valid és megbízható mérőeszköze a krónikus szégyennek magyar mintán. A szégyen megjelenésében lényeges tényező az emocionális abúzus és az ártalomkerülés. **II.** BPD esetén a krónikus szégyen és faktorai központi tényezők. A maladaptív sémák jelenléte befolyásolja a megszégyenítő helyzetek észlelését.

9. SUMMARY

Aims. Our aims were to examine the construct validity of the Experience of Shame Scale (ESS) and association between shame and maladaptive schema domains (MS) in borderline personality disorder (BPD). **First investigation (I).** The goals of our research were to examine the factor structure of the Hungarian version of ESS, in addition, to analyze the associations between factors of ESS and different types of predictors, such as early abuse history and temperament dimensions. **Second investigation (II).** Relationships between factors of ESS, factors of reaction to social put-down (SPD) and MSs in BPD. **Methods. I.** At first we investigated the factor structure of the Hungarian version of ESS by using Confirmatory factor analysis (CFA) in a clinical and matched healthy samples. In addition, we analyzed the associations between the three dimensions of chronic shame and different types of predictors, such as clinical status, age, gender, school years, abuse history, severity of clinical symptoms, and temperament dimensions by using CFA with covariates. **II.** Three groups (BPD patients, Non-PD patients and healthy control – HC) were compared by Covariate Analysis of Variance (ANCOVA) where the dependent variables were factors of ESS and factors of SPD. In addition we investigated the associations between factors of ESS and symptoms of BPD, then factors of ESS, factors of SPD and factors of MSs by Pearson partial correlation. **Results. I.** Our results show that the empirical model of ESS fits with Andrews' theoretical model, and the CFA's degree of fit with the whole sample and both with the clinical and the non-clinical samples was adequate. In addition, high levels of chronic shame are associated with emotional abuse and harm avoidance temperament feature. **II.** According to our results factors of ESS and factors of SPD were higher level in BPD group compared to HC group, and characterological and bodily shame were higher level in among BPD patients than Non-PD patients. In addition, from BPD symptoms, identity disturbance was significant correlation with factors of ESS. We found significant correlations between MSs, factors of ESS and factors of SPD. **Discussion. I.** ESS is a valid and reliable scale of chronic shame in Hungarian sample. High levels of chronic shame are associated with emotional abuse and harm avoidance temperament feature. **II.** Chronic shame and factors of chronic shame are central features in BPD. Maladaptive schemas influence the perception of humiliation.

10. IRODALOMJEGYZÉK

- Adler G, Borderline Psychopatology and its treatment. Aronson, New York, 1985.
- Albohn-Kuhne C, Rief, W. (2011). Shame, guilt and social anxiety in obesity with binge-eating disorder. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 61:412-417.
- Alessandri SM, Lewis M. (1993). Parental evaluation and its relation to shame and pride in young children. *Sex Roles*, 29(5-6):335-343.
- Allan S, Gilbert P. (1997). Submissive behaviour and psychopathology. *Br J Clin Psychol*, 36(4):467-488.
- Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2011
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders third edition (DSM-III)*. American Psychiatric Pub, 1980.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition (text revision) (DSM-IV-TR)* American Psychiatric Pub, 2000.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition (DSM-5)*: American Psychiatric Pub, 2013.
- Andrews B, Brewin CR, Rose S, Kirk M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: the role of shame, anger, and childhood abuse. *J Abnorm Psychol*, 109(1):69.
- Andrews B, Hunter E. (1997). Shame, early abuse, and course of depression in a clinical sample: A preliminary study. *Cogn Emot*, 11(4):373-381.
- Andrews B, Qian M, Valentine JD. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *Br J Clin Psychol*, 41(1):29-42.
- Andrews B. (1995). Bodily shame as a mediator between abusive experiences and depression. *J Abnorm Psychol*, 104(2):277.

Arntz A, Beijsterveldt BV, Hoekstra R, Hofman A, Eussen M, Sallaerts S. (1992). The interrater reliability of a Dutch version of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 85(5): 394-400.

Arntz A, Dietzel R, Dreessen L. (1999). Assumptions in borderline personality disorder: Specificity, stability and relationship with etiological factors. *Behav Res Ther*, 37(6): 545-557.

Asparouhov T, Muthén B. Robust chi square difference testing with mean and variance adjusted test statistics. *MPlus Web Notes: No 10*. 2006.

Averill PM, Diefenbach GJ, Stanley MA, Breckenridge JK, Lusby B. (2002). Assessment of shame and guilt in a psychiatric sample: A comparison of two measures. *Pers Individ Dif*, 32(8):1365-1376.

Bafunno D, Camodeca M. (2013). Shame and guilt development in preschoolers: The role of context, audience and individual characteristics. *Eur J Dev Psychol*, 10(2):128-143.

Balázs J Bitter I, Hideg K, Vitrai J. (1998.) Adapting the MINI and the MINI PLUS questionnaires to Hungarian. *Psychiatr Hung*, 13:160-168.

Baldwin MW, Dandeneau SD. Understanding and modifying the relational schemas underlying insecurity In: Baldwin MW. (ed.) *Interpersonal Cognition*. Guilford: New York. 2005: 33-61.

Baldwin MW. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychol Bull*, 112(3): 461.

Baldwin MW. (1997). Relational schemas as a source of if-then self-inference procedures. *Rev Gen Psychol*, 1(4): 326.

Barrett KC, Campos JJ. Perspectives on emotional development II: A functionalist approach to emotions. In: Osofsky JD, (ed.) *Handbook of infant development* (2nd ed.) Wiley, New York, 1987: 555-578.

Barrett KC. A functionalist approach to shame and guilt. In: Tangney JP, Fischer KW. (ed.) *Self-conscious Emotions: The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride*. Guilford Press, New York, 1995: 25-63.

Bateman A, Fonagy P. (1999) Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 156: 1563–1569.

Bateman AW, Gunderson J, Mulder R. (2015) Treatment of personality disorder. *Lancet*, 385(9969): 735-743.

Beavers CL. Shame and guilt in narcissistic and histrionic personalities and in depression. Doctoral Dissertation, Texas Tech University, 1990.

Beck AT, Freeman A, Davis DD. *A személyiségzavarok kognitív terápiaja*. Animula, Budapest, 2004

Beckwith H, Moran PF, Reilly J. (2014). Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review. *Personal Ment Health*, 8(2): 91-101.

Belsky DW, Caspi A, Arseneault L, Bleidorn W, Fonagy P, Goodman M, Houts R, Moffitt TE. (2012). Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Dev Psychopathol*, 24: 251–265.

Belsky J, Domitrovich C, Crnic K. (1997). Temperament and parenting antecedents of individual differences in three-year-old boys' pride and shame reactions. *Child Dev*, 456-466.

Benjamini Y, Hochberg Y. (1995). Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing. *J R Stat Soc Series B Stat Methodol*, 289-300.

Bernstein IS. Dominance: A theoretical perspective for ethologists. In: Omark DR, Strayer FF, Freedman DG. (ed.) *Dominance relations: An ethological view of human conflict and social interaction*: Garland, New York, 1980: 71–84.

Berntsen D, Rubin DC. (2002). Emotionally charged autobiographical memories across the life span: The recall of happy, sad, traumatic, and involuntary memories. *Psychol Aging*, 17(4): 636-652.

Birtchnell J, Deahl M, Falkowski J. (1991). Further exploration of the relationship between depression and dependence. *J Affect Disord*, 22(4): 221-233.

Bollen KA. (2002). Latent variables in psychology and the social sciences. *Annu Rev Psychol*, 53(1):605-634.

Bornovalova MA, Huibregtse BM, Hicks BM, Keyes M, McGue M, Iacono W. (2013). Tests of a direct effect of childhood abuse on adult borderline personality disorder traits: A longitudinal discordant twin design. *J Abnorm Psychol*, 122, 180–194.

Bowlby J. *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books, New York, 1969.

Bowlby J. *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. Basic Books, New York, 1973.

Bowlby J. *Attachment and loss: Volume 3. Loss*. Basic Books, New York, 1980.

Bremner JD, Bolus R, Mayer EA. (2007). Psychometric properties of the Early Trauma Inventory-Self Report. *J Nerv Ment Dis*, 195(3):211-218.

Bremner JD, Vermetten E, Mazure CM. (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: The early trauma inventory. *Depress Anxiety*, 12(1):1-12.

Brewin CR, Reynolds M, Tata P. (1999). Autobiographical memory processes and the course of depression. *J Abnorm Psychol*, 108(3): 511.

Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol*, 111(1):198.

Brown MZ, Linehan MM, Comtois KA, Murray A, Chapman AL. (2009). Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: A multi-modal analysis. *Behav Res Ther*, 47(10): 815-822.

Brown TA. *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. Guilford Press, New York, 2006.

Browne MV, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. In: Bollen KA, Long JS. (ed.) *Testing structural equation models*. Beverly Hills CA: Sage, 1993: 136–162.

Bryan CJ, Morrow CE, Etienne N, Ray-Sannerud B. (2013). Guilt, shame, and suicidal ideation in a military outpatient clinical sample. *Depress Anxiety*, 30(1):55-60.

Bryer JB, Nelson BA, Miller JB, Krol PA. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry*, 144(11):1426-30.

Bushman BJ, Baumeister RF. (1998). Threatened egotism, narcissism, self-esteem, and direct and displaced aggression: Does self-love or self-hate lead to violence? *J Pers Soc Psychol*, 75(1): 219.

Campos JJ, Thein S., Owen DA. (2004). Darwinian legacy to understanding human infancy: Emotional expressions as behavior regulators. *Ann N Y Acad Sci*, 1000:1-26.

Carmen EH, Rieker PP, Mills T. (1984). Victims of violence and psychiatric illness. *Am J Psychiatry*, 141(3):378-83.

Carter CS. (2005) The chemistry of child neglect: Do oxytocin and vasopressin mediate the effects of early experience? *Proc Natl Acad Sci U S A.*, 102: 18247–18248.

Chen FF. (2007). Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural equation modeling*, 14(3):464-504.

Chen FF. (2008) What happens if we compare chopsticks with forks? The impact of making inappropriate comparisons in cross-cultural research. *J Pers Soc Psychol*, 95(5):1005.

Cheung GW, Rensvold RB. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural equation modeling*, 9(2):233-255.

Chiang T-M, Barrett KC, Nunez NN. (2000). Maternal attributions of Taiwanese and American toddlers' misdeeds and accomplishments. *J Cross Cult Psychol*, 31(3):349-368.

Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. (2004) *The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized*

control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *J Pers Disord*, 18: 52–72.

Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. *Psychotherapy for borderline personality*, John Wiley & Sons, New York, 1999.

Cloninger CR, Bayon C, Svrakic DM. (1998). Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. *J Affect Disord*, 51(1):21-32.

Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM. *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*: Center for Psychobiology of Personality, Washington University, St. Louis, 1994.

Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50(12):975-990.

Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. (2006). Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *J Affect Disord*, 92(1):35-44.

Cloninger CR, Zohar AH, Hirschmann S, Dahan D. (2012). The psychological costs and benefits of being highly persistent: personality profiles distinguish mood disorders from anxiety disorders. *J Affect Disord*.136(3):758-766.

Cloninger CR. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Arch Gen Psychiatry*, 44(6):573-588.

Cloninger CR. *The temperament and character inventory-revised*. St. Louis, MO: Center for Psychobiology of the Personality, Washington University, St. Louis, 1999.

Cohen P, Brown J, Smailes E. (2001). Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Dev Psychopathol*, 13(04):981-999.

Conradt M, Dierk JM, Schlumberger P, Rauh E, Hebebrand J, Rief W. (2007). Development of the Weight- and Body-Related Shame and Guilt scale (WEB-SG) in a nonclinical sample of obese individuals. *J Pers Assess*, 88(3):317-327.

Cook DR. Internalized shame scale: Professional manual. Channel Press, Menomonie, WI, 1994.

Crawford TN, Cohen PR, Chen H, Anglin DM, Ehrensaft M. (2009). Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Dev Psychopathol*, 21: 1013–1030.

Crivelli C, Russell JA, Jarillo S, Fernández-Dols J-M. (2016). The fear gasping face as a threat display in a Melanesian society. *Proc Natl Acad Sci USA.*, 113(44):12403-12407.

Crook JH. *The Evolution of Human Consciousness*. Oxford University Press, Oxford 1980.

Crowe M. (2004). Never good enough—part 1: shame or borderline personality disorder? *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 11(3): 327-334.

Csukly G, Telek R, Filipovits D, Takács B, Unoka Z, Simon L. (2011). What is the relationship between the recognition of emotions and core beliefs: Associations between the recognition of emotions in facial expressions and the maladaptive schemas in depressed patients. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 42(1): 129-137.

Davidson K, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H, Palmer S. (2006) The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *J Pers Disord*, 20: 450–465.

De Rubeis S, Hollenstein T. (2009). Individual differences in shame and depressive symptoms during early adolescence. *Pers Individ Dif*, 46(4):477-482.

Dearing RL, Stuewig J, Tangney JP. (2005). On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use. *Addict Behav*, 30(7):1392-1404.

Derogatis L. *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures Manual I*. Clinical Psychometrics Research Inc, Baltimore MD, 1977.

Deschamps PK, Vreugdenhil C. (2008) Stability of borderline personality disorder from childhood to adulthood: a literature review. *Tijdschr Psychiatr*. 50(1):33-41.

Diamantopoulos A, Siguaw JA. *Introducing Lisrel: A Guide for the Uninitiated*. Sage, London, 2000.

Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP, Fulbright RK, Lacadie C, Skudlarski P, Gore JC, Olson IR, McGlashan TH, Wexler BE. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biol Psychiatry*, 54(11): 1284-1293.

Donhauser S. *Examining the role of shame as a mediator of childhood sexual abuse and self-injury*. Doctoral Dissertation, St. Mary University, 2007.

Dozier M, Stovall KC, Albus KE. (1999) Attachment and psychopathology in adulthood. In: Cassidy J. Shaver PR. (Eds) *Handbook of Attachment*. The Guilford Press, New York, 1999: 497-519.

Dreessen L, Arntz A. (1998). Short-interval test-retest interrater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II) in outpatients. *J Pers Disord*, 12(2): 138-148.

Driessen M, Beblo T, Mertens M, Piefke M, Rullkoetter N, Silva-Saavedra A, Reddemann L, Rau H, Markowitsch HJ, Wulff H, Lange W, Woermann FG. (2004). Posttraumatic stress disorder and fMRI activation patterns of traumatic memory in patients with borderline personality disorder. *Biol Psychiatry*, 55(6): 603-611.

Ehlers A, Clark DM. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*, 38(4): 319-345.

Ekman P, Friesen WV, Ellsworth P. What emotion categories or dimensions can observers judge from facial behavior? In: Ekman P. (ed.) *Emotion in the Human Face* (2nd ed). Cambridge University Press, New York, 1982: 39-55.

Ekman P, Friesen WV. *Unmasking the face*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1975.

Elfenbein HA, Ambady N. (2002). On the universality and cultural specificity of emotion recognition: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 128(2):203.

Elison J, Lennon R, Pulos S. (2006). Investigating the compass of shame: The development of the Compass of Shame Scale. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 34(3):221-238.

Ellsworth PC. Some reasons to expect universal antecedents of emotion. In: Ekman P, Davidson RJ. (ed.), *The Nature of Emotion: Fundamental Questions*. Oxford University Press, New York, 1994:150-154.

Else-Quest NM, Higgins A, Allison C, Morton LC. (2012). Gender differences in self-conscious emotional experience: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 138(5):947.

Evans GJ. The relationship of attachment and shame to anorexia: a case study comparing restrictive and normal eaters. *Doctoral Dissertation, University of North Texas*, 2001.

Farmer E, Andrews B. (2009). Shameless yet angry: shame and its relationship to anger in male young offenders and undergraduate controls. *J Forens Psychiatry Psychol*, 20(1):48-65.

Fassino S, Amianto F, Sobrero C, Abbate Daga G. (2013). Does it exist a personality core of mental illness? A systematic review on core psychobiological personality traits in mental disorders. *Panminerva Med*, 55(4):397-413.

Feiring C, Taska L, Lewis M. (1998). The role of shame and attributional style in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Maltreat*, 3(2):129-142.

Feiring C, Taska L, Lewis M. (2002). Adjustment following sexual abuse discovery: the role of shame and attributional style. *Dev Psychol.*, 38(1):79.

Feiring C, Taska L, Chen K. (2002). Trying to understand why horrible things happen: attribution, shame, and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreat*, 7(1):26-41.

Fergus TA, Valentiner DP, McGrath PB, Jencius S. (2010). Shame-and guilt-proneness: Relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample. *J Anxiety Disord*, 24(8):811-815.

Ferguson TJ, Stegge H. Emotional states and traits in children: The case of guilt and shame. In: Tangney JP, Fischer KW. (ed.) *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. Guilford Press, New York, NY, US, 1995: 174-197.

Fessler DM. (2004). Shame in two cultures: Implications for evolutionary approaches. *J Cogn Cult*, 4(2):207-262.

Finney SJ, DiStefano C. (2006). Non-normal and categorical data in structural equation modeling. *Structural equation modeling: A second course*. 269-314.

First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Benjamin LS, Williams JB. *Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders: SCID-II*. American Psychiatric Pub. 1997.

Fischer KW, Shaver PR, Carnochan P. (1990). How emotions develop and how they organise development. *Cogn Emot*, 4(2):81-127.

Fonagy P, Target M, Gergely Gy. (2001) A kötődés és a borderline személyiségzavar. *Thalassa*, 12: 21-50.

Fonagy P, Target M. (1998) A kötődés és a reflektív funkció szerepe a szelf fejlődésében. *Thalassa*, 9: 5-43.

Fonagy P, Target M. *Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében*. Gondolat Kiadó, Budapest, 2005.

Fowke A, Ross S, Ashcroft K. (2012). Childhood maltreatment and internalized shame in adults with a diagnosis of bipolar disorder. *Clin Psychol Psychother*, 19(5):450-457.

Freud S. A narcizmus bevezetése. In: Sigmund Freud Művei VI. Ösztönök és ösztönsorsok. *Metapszichológiai írások*. Budapest: Filum; 1914 [1997]: 15–39.

Freud S. *Három értekezés a szexualitásról*. Kötet Kiadó, Budapest, 1995.

Frijda NH, Kuipers P, Ter Schure E. (1989). Relations among emotion, appraisal, and emotional action readiness. *J Pers Soc Psychol*. 57(2):212.

Garber J, Hollon SD. (1980). Universal versus personal helplessness in depression: Belief in uncontrollability or incompetence? *J Abnorm Psychol*, 89(1): 56.

Gergely Gy, Watson JS. (1998) A szülői érzelemtükrözés szociális biofeedback modellje. *Thalassa*, 9: 56-105.

Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A. (2006) Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 63: 649–658.

Gilbert P, Allan S, Goss K. (1996). Parental representations, shame, interpersonal problems, and vulnerability to psychopathology. *Clin Psychol Psychother*. 3(1):23-34.

Gilbert P, Durrant R, McEwan K. (2006). Investigating relationships between perfectionism, forms and functions of self-criticism, and sensitivity to put-down. *Pers Individ Dif*, 41(7):1299-1308.

Gilbert P, McEwan K, Irons C, Bhundia R, Christie R, Broomhead C, Rockliff H. (2010). Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *Br J Clin Psychol*, 49(4):563-576.

Gilbert P, Miles JN. (2000). Sensitivity to Social Put-Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Pers Individ Dif*, 29(4):757-774.

Gilbert P, Procter S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clin Psychol Psychother*, 13(6): 353-379.

Gilbert P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *Br J Med Psychol*, 70(2):113-147.

Gilbert P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Adv Psychiatr Treat*, 15(3):199-208.

Gilbert P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *Int J Cogn Ther*, 3(2):97-112.

Gilbert P. *Depression. The Evolution of Powerlessness*. Lawrence Erlbaum Associates: Hove; Guilford, New York, 1992.

Gilbert P. The evolution of shame as a marker for relationship security: A biopsychosocial approach. In: Tracy JL, Robins RW, Tangney JP, (ed.), *The self-conscious emotions: Theory and research*. The Guilford Press, New York, 2007: 283-309.

Gilbert P. What is shame? Some core issues and controversies. In: Gilbert P, Andrews B, (ed.), *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture*: Oxford University Press, New York, 1998: 3-38.

Goss K, Gilbert P, Allan S. (1994). An exploration of shame measures-I: The other as Shamer scale. *Pers Individ Dif*, 17(5):713-717.

Gramzow R, Tangney JP. (1992). Proneness to Shame and the Narcissistic Personality. *Pers Soc Psychol Bull*, 18(3):369-376.

Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, Smith SM, Dawson DA, Pulay AJ, Pickering RP, Ruan WJ. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4): 533-45.

Greenwald AG, McGhee DE, Schwartz JL. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. *J Pers Soc Psychol*, 74(6):1464-1480.

Greenwald AG, Nosek BA, Banaji MR. (2003). Understanding and using the implicit association test: I. An improved scoring algorithm. *J Pers Soc Psychol*, 85(2):197.

Gregorich SE. (2006). Do self-report instruments allow meaningful comparisons across diverse population groups? Testing measurement invariance using the confirmatory factor analysis framework. *Med Care*, 44(11 Suppl 3):S78.

Grinker RR, Werble B, Drye RC. *The borderline syndrome: A behavioral study of egofunctions*. Basic Books, New York, 1968.

Gross CA, Hansen N. (2000). Clarifying the experience of shame: The role of attachment style, gender, and investment in relatedness. *Pers Individ Dif*, 28(5):897-907.

Grych JH. (1998). Children's Appraisals of Interparental Conflict: Situational and Contextual Influences. *J Fam Psychol*, 12(3):437-453.

Gunderson JG, Singer MT. (1975) Defining borderline patients: An overview. *Am J Psychiatry*, 132: 1-10.

Gunderson JG. *Borderline personality disorder. A clinical guide.* American Psychiatric Publishing, Inc., Washington DC, 2001.

Haidt J, Keltner D. (1999). Culture and facial expression: Open-ended methods find more expressions and a gradient of recognition. *Cogn Emot*, 13(3):225-266.

Hallquist MN, Hipwell AE, Stepp SD. (2015). Poor self-control and harsh punishment in childhood prospectively predict borderline personality symptoms in adolescent girls. *J Abnorm Psychol*, 124, 549 –564.

Harder DH, Zalma A. (1990). Two promising shame and guilt scales: a construct validity comparison. *J Pers Assess*, 55(3-4):729-745.

Harned MS, Korslund KE, Foa EB, Linehan MM. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol. *Behav Res Ther*, 50(6):381-386.

Harper RG. Power, dominance, and nonverbal behavior: An overview. In: Ellyson SL, Dovidio JF, (ed.), *Power; dominance, and nonverbal behavior.* Springer-Verlag, New York, 1985: 29-48.

Harvey A, Watkins E, Mansell W, Shafran R. *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment.* Oxford University Press, New York, 2004.

Hastings ME, Northman LM, Tangney JP. Shame, guilt, and suicide. In: Joiner TE, Rudd MD. (ed.), *Suicide science: Expanding the boundaries*. Kluwer Academic, Norwell, MS, 2000: 67-79.

Hedgepeth SF. *Shame and aggression: Is there a correlation?* Doctoral Dissertation. Capella University, 2006.

Hedges LV. (1981). Distribution theory for Glass' estimator of effect size and related estimators. *J Educ Stat.* 6 (2): 107–128.

Heerey EA, Keltner D, Capps LM. (2003). Making sense of self-conscious emotion: linking theory of mind and emotion in children with autism. *Emotion.* 3(4):394.

Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall B, Miller AH, Nemeroff CB. (2000) Pituitary-Adrenal and Autonomic Responses to Stress in Women After Sexual and Physical Abuse in Childhood. *JAMA*, 284: 592-597.

Hejdenberg J, Andrews B. (2011). The relationship between shame and different types of anger: A theory-based investigation. *Pers Individ Dif*, 50(8):1278-1282.

Henderlong J, Lepper MR. (2002). The effects of praise on children's intrinsic motivation: a review and synthesis. *Psychol Bull*, 128(5):774.

Hermann I. (1982) *La honte comme angoisse sociale*. *Confrontation*, 8:167-177.

Herpertz SC, Dietrich TM, Wenning B, Krings T, Erberich SG, Willmes K, Thron A, Sass H. (2001). Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biol Psychiatry*, 50(4): 292-298.

Highfield J, Markham D, Skinner M, Neal A. (2010) An investigation into the experience of self-conscious emotions in individuals with bipolar disorder, unipolar depression and non-psychiatric controls. *Clin Psychol Psychother*, 17:395-405.

Hoblitzelle W *Developing a measure of shame and guilt and the role of shame in depression*. Doctoral Dissertation, Yale University, New Haven.1982.

Hoglund CL. *Narcissistic features, shame, anger and gender differences in adults exposed to emotionally abusive family environments*. Doctoral Dissertation, University of Wyoming, 1996.

- Horváth-Szabó K. (2002) Bűntudat-bűnbánat. *Vigilia*, 66(3):181-188.
- Jacoby M. (1993) Is the Analytic Situation Shame-Producing? *J Anal Psychol*, 38(4):419-436.
- Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 56: 600 – 606.
- Johnson JG, Cohen P, Smailes EM, Skodol AE, Brown J, Oldham JM. (2001). Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. *Compr Psychiatry*, 42: 16 –23.
- Jovev M, Jackson HJ. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *J Pers Disord*, 18(5): 467-478.
- Kamins ML, Dweck CS. (1999) Person versus process praise and criticism: implications for contingent self-worth and coping. *Dev Psychol*, 35(3):835.
- Kaufman G. *The psychology of shame: Theory and treatment of shame-based syndromes*. Springer, New York, 1989.
- Keith L, Gillanders D, Simpson S. (2009) An exploration of the main sources of shame in an eating-disordered population. *Clin Psychol Psychother*, 16(4):317-327.
- Keltner D, Ekman P, Gonzaga GC, Beer J. Facial expression of emotion. In: Davidson RJ, Scherer KR, Goldsmith HH. (ed.) *Handbook of affective sciences*. Series in affective science. Oxford University Press, New York, 2003: 415-432.
- Kelly AC, Carter JC, Zuroff DC, Borairi S. (2013) Self-compassion and fear of self-compassion interact to predict response to eating disorders treatment: A preliminary investigation. *Psychother Res*, 23(3):252-264.
- Kelly AC, Carter JC. (2013) Why self-critical patients present with more severe eating disorder pathology: The mediating role of shame. *Br J Clin Psychol*, 52(2):148-161.
- Kemeny ME, Gruenewald TL, Dickerson SS. (2004) Shame as the emotional response to threat to the social self: Implications for behavior, physiology, and health. *Psychol Inq*, 15(2):153-160.

Kernberg OF. (2005) Differenciáldiagnózis és kezelés. *Pszichoterápia*, 14: 501-514.

Kernberg OF. *Borderline szindróma és patológiás nárcizmus. Párbeszéd könyvek*, Budapest, 1993.

Kim J, Talbot NL, Cicchetti D. (2009) Childhood abuse and current interpersonal conflict: The role of shame. *Child Abuse Negl*, 33(6):362-371.

Kim S, Thibodeau R, Jorgensen RS. (2011) Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review. *Psychol Bull*, 137(1):68.

Kimble CR, Oepen G, Weinberg E, Williams A, Zanarini MC. Neurological vulnerability and trauma in borderline personality disorder. In: Zanarini MC. (Ed) *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder*, American Psychiatric Press, Inc., Washington DC, 1997: 165-180.

Kleindienst N, Bohus M, Ludäscher P, Limberger MF, Kuenkele K, Ebner-Priemer UW, Chapman AL, Reicherzer M, Stieglitz R, Schmahl C. (2008) Motives for nonsuicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis*, 196(3):230-236.

Kohut H. *A szelf helyreállítása. Animula*, Budapest, 2007.

Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, Bishop GK, Butterfield MI, Bastian LA (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32: 371–390.

Kraepelin E. *Psychiatrie: Ein Lehrbuck für Studierende und Aerzte*. Johann Ambrosius Barth, 1896.

Kretschmer E. *Physique and character: An investigation of the nature of constitution and of the theory of temperament* (Trans. WJH Sprott). Trench & Trubner, London, 1925.

Kuritárné Szabó I. *Borderline személyiségzavar, Tünettan, etiológia, terápia*, Medicina, Budapest, 2008.

Lagattuta KH, Thompson RA. The development of self-conscious emotions: Cognitive processes and social influences. In: Tracy JL, Robins RW, Tangney JP. (ed.), *The self-*

conscious emotions: Theory and research. The Guilford Press, New York, 2007: 91-113.

Lawrence KA, Allen JS, Chanen AM. (2011). A study of maladaptive schemas and borderline personality disorder in young people. *Cognit Ther Res*, 35(1): 30-39.

Leith KP, Baumeister RF. (1998) Empathy, shame, guilt, and narratives of interpersonal conflicts: guilt-prone people are better at perspective taking. *J Pers*, 66(1):1-37.

Leskela J, Dieperink M, Thuras P. (2002) Shame and posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*, 15(3):223-226.

Levenson RW. (1999) The intrapersonal functions of emotion. *Cogn Emot*, 13(5):481-504.

Lewis HB. (1971) Shame and guilt in neurosis. *Psychoanal Rev*, 58(3):419-438.

Lewis M, Alessandri SM, Sullivan MW. (1992) Differences in shame and pride as a function of children's gender and task difficulty. *Child Dev*, 63(3):630-638.

Lewis M. Self-conscious emotions: Embarrassment, pride, shame and guilt. In: Lewis M, Haviland-Jones JM. (ed.), *Handbook of Emotions* (2nd ed). Guilford, New York, 2000: 623-636.

Lewis M. *Shame: The Exposed Self*. The Free Press, New York, 1992.

Lewis M. The Emergence of Human Emotions. In: Barrett LF, Lewis M, Haviland-Jones J. M. (ed.) *Handbook of Emotion*. (4th ed), The Guilford Press, New York, 2016: 272-292.

Li Y, Xu KW, Wang YY, Qian MY, Cao GJ, Liu ZZ, Li SJ, Zhong J. (2011) Relation of antisocial personality disorders to childhood traumatic experiences and shame in prisoner. *Chinese Mental Health Journal*. 9:686-690.

Lindsay-Hartz J. (1984) Contrasting experiences of shame and guilt. *Am Behav Sci*, 27(6):689.

Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. (1991) Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*, 48: 1060–1064.

Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, Lindenboim N. (2006) Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63: 757–766.

Linehan MM. A borderline személyiségzavar kognitív viselkedésterápiája, Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2010. (Eredeti kiadás: *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, Guilford Press, New York, 1993)

Linehan MM. Készségfejlesztő gyakorlatok a borderline személyiségzavar kezeléséhez. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2011.

Lobbestael J, Leurgans M, Arntz A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I) and Axis II disorders (SCID II). *Clin Psychol Psychother*, 18(1): 75-79.

Lopez FG, Gover MR, Leskela J, Sauer EM, Schirmer L, Wyssmann J. (1997) Attachment styles, shame, guilt, and collaborative problem-solving orientations. *Pers Relatsh*, 4(2):187-199.

Lutwak N, Ferrari JR. (1997) Understanding shame in adults: Retrospective perceptions of parental-bonding during childhood. *J Nerv Ment Dis*, 185(10):595-598.

Lyons-Ruth K, Bureau J-F, Holmes B, Easterbrooks A, Brooks NH. (2013). Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: Prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psychiatry Res*, 206: 273–281.

Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment disorganization: Unresolved, loss, relational violence and lapses in behavioral and attentional strategies. In: Cassidy J, Shaver PR. (Eds) *Handbook of Attachment*, The Guilford Press, New York, 1999: 520-554.

Maffei C, Fossati A, Agostoni I, Barraco A, Bagnato M, Deborah D, Namia C, Novella L, Petrachi M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structured

clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *J Pers Disord*, 11(3): 279-284.

Masterson JF, Rinsley D. (1975) The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *Int J Psychoanal*, 56: 163-177.

Masterson JF. *The emerging self: A developmental, self and object relations approach to the treatment of the closet narcissistic disorder of the self*, Brunner/Mazel, Inc., New York, 1993.

Matos M, Pinto-Gouveia J, Gilbert P. (2013) The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety. *Clin Psychol Psychother*, 20(4):334-349.

McGaffin BJ, Lyons GC, Deane FP. (2013) Self-forgiveness, shame, and guilt in recovery from drug and alcohol problems. *Subst Abus*, 34(4):396-404.

McGlashan T. Implications of outcome research for the treatment of borderline personality disorder. In: Paris J. (Ed) *Borderline personality disorder. Etiology and treatment*. American Psychiatric Press, Inc., Washington DC, 1993: 235-260.

Menesini E, Camodeca M. (2008) Shame and guilt as behaviour regulators: Relationships with bullying, victimization and prosocial behaviour. *Br J Dev Psychol*, 26(2):183-196.

Michl P, Meindl T, Meister F, Born C, Engel RR, Reiser M, Hennig-Fast K, (2014) Neurobiological underpinnings of shame and guilt: a pilot fMRI study. *Soc Cogn Affect Neurosci*, 9(2):150-157.

Miettunen J, Raevuori A. (2012) A meta-analysis of temperament in axis I psychiatric disorders. *Compr Psychiatry*, 53(2):152-166.

Mikulincer M, Shaver PR. *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press, New York, 2007.

Milfont TL, Fisher R. (2010) Testing measurement invariance across groups: Applications in cross-cultural research. *Int J Psychol Res*, 3(1):111-121.

Milligan RJ, Andrews B. (2005) Suicidal and other self-harming behaviour in offender women: The role of shame, anger and childhood abuse. *Legal and Criminological Psychology*. 10(1):13-25.

Million T, Grossman SD, Meagher SE. *Masters of the mind: Exploring the story of mental illness from ancient times to the new millenium*. New Willey & Sons Inc., New Jersey. 2004.

Mills RS. (2003) Possible antecedents and developmental implications of shame in young girls. *Infant Child Dev*, 12(4):329-349.

Mills RS. (2005) Taking stock of the developmental literature on shame. *Developmental Review*, 25(1):26-63.

Mónok K, Lanh Anh N, Urbán R. (kézirat) A mérési invariancia a kultúrközi kutatásokban. Budapest.

Moran P, Jenkins R, Tylee A, Blizard R, Mann A. (2000). The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatr Scand*, 102(1): 52-57.

Morrison D, Gilbert P. (2001) Social rank, shame and anger in primary and secondary psychopaths. *Journal of Forensic Psychiatry*, 12(2):330-356.

Murray C, Waller G, Legg C. (2000) Family dysfunction and bulimic psychopathology: the mediating role of shame. *Int J Eat Disord*, 28(1):84-89.

Muthén LK, Muthén BO. *Mplus User's Guide*. Seventh Edition. Muthén & Muthén, Los Angeles, CA, 1998-2012.

Nathanson DL. A timetable for shame. In: Nathanson DL. (ed.) *The many faces of shame*. Guilford, New York, 1987: 1-63.

Nathanson DL. *Knowing, Feeling, Affect, Script and Psychotherapy*, WW Norton & Company, New York, 1996.

Nathanson DL. *Shame and Pride: Affect, Sex, and the Birth of the Self*. WW Norton & Co, New York, 1992.

National Collaborating Centre for Mental Health UK. (2009). *Borderline personality disorder: treatment and management*. British Psychological Society.

New AS, Hazlett EA, Buchsbaum MS, Goodman M, Mitelman SA, Newmark R, Trisdorfer R, Haznedar MM, Koenigsberg HW, Flory J, Siever LJ. (2007). Amygdala–prefrontal disconnection in borderline personality disorder. *Neuropsychopharmacology*, 32(7), 1629-1640.

Nunnally JC, Bernstein I. *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill, New York, NY, 1994.

Ochsner KN, Beer JS, Robertson ER, Cooper JC, Gabrieli JDE, Kihlstrom JF, D'Esposito M. (2005) The neural correlates of direct and reflected self-knowledge. *Neuroimage*. 28(4):797-814.

Orth U, Robins RW, Soto CJ. (2010) Tracking the trajectory of shame, guilt, and pride across the life span. *J Pers Soc Psychol*, 99(6):1061.

Parr LA, Waller B. The evolution of human emotion. In: Kaas J, (ed.), *Evolution of the nervous system*. Vol 5. Elsevier, New York, 2007: 447-472.

Pattison S. *Shame: Theory, therapy, theology*. Cambridge University Press, 2000.

Paolucci EO, Genuis ML., Violato C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *J Psychol*, 135(1), 17-36.

Perczel Forintos D. (2010) Kognitív pszichoterápia alkalmazása a személyiségzavarok kezelésében. *Orvosképzés*, 85(4): 358-365.

Pineles SL, Street AE, Koenen KC. (2006) The differential relationships of shame-proneness and guilt-proneness to psychological and somatization symptoms. *J Soc Clin Psychol*, 25(6):688.

Pinto-Gouveia J, Matos M. (2011). Can shame memories become a key to identity? The centrality of shame memories predicts psychopathology. *Appl Cogn Psychol*, 25(2): 281-290.

Playter J. The effect of childhood sexual abuse on internalised shame in adult women in treatment for chemical dependency. Doctoral Dissertation. University of Wisconsin-Stout, 1990.

Plutchik R. A general psychoevolutionary theory of emotion. In: Plutchik R. Kellerman H. (ed.), *Emotion: Theory, Research, and Experience*. Vol 1. Academic Press, 1980: 3-33.

Price J, Sloman L, Gardner JRR, Gilbert P, Rohde P. (1994) The social competition hypothesis of depression. *Br J Psychiatry*, 164:309-315.

Reinelt E, Stopsack M, Aldinger M, Ulrich I, Grabe HJ, Barnow S. (2014). Longitudinal transmission pathways of borderline personality disorder symptoms: From mother to child? *Psychopathology*, 47: 10 –16.

Révész Gy. Szülői bánásmód – Gyermekbántalmazás. Új Mandátum Kiadó, Budapest, 2004.

Rigozzi C, Rossier J. (2004) Validation d'une version abrégée du TCI (TCI-56) sur un échantillon de jeunes fumeurs et non-fumeurs. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 162(7): 541-548.

Ritter K, Vater A, Rüscher N, Schröder-Abé M, Schütz A, Fydrich T, Lammers CH, Roepke S. (2014). Shame in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Res*, 215(2): 429-437.

Robins RW, Nofhle EE, Tracy JL. Assessing Self-Conscious Emotions: A Review of Self-Report and Nonverbal Measures. In: Tracy JL, Robins RW, Tangney JM. (ed.), *The Self-Conscious Emotions: Theory and Research*. Guilford, New York, 2007: 443-468.

Rockenberger W, Brauchle G. (2011) The Significance of Shame in Different Diagnosis Groups, with a Focus on Body Shame. *Verhaltenstherapie*, 21(3):163-169.

Rubin DC, Siegler IC. (2004). Facets of personality and the phenomenology of autobiographical memory. *Appl Cogn Psychol*, 18(7): 913-930.

Rubin DC. (2005). A basic-systems approach to autobiographical memory. *Curr Dir Psychol Sci*, 14(2): 79-83.

Russell JA. (1994) Is there universal recognition of emotion from facial expressions? A review of the cross-cultural studies. *Psychol Bull*, 115(1):102.

Rüsch N, Corrigan PW, Bohus M, Kuhler T, Jacob GA, Lieb K. (2007b) The impact of posttraumatic stress disorder on dysfunctional implicit and explicit emotions among women with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis*, 195(6):537-539.

Rüsch N, Lieb K, Göttler I, Hermann C, Schramm E, Richter H, Jacob GA, Corrigan PW, Bohus M. (2007a) Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 164(3): 500-8.

Saarni C, Mumme, DL, Campos JJ. Emotional development: Action, communication, and understanding. In: Damon W, Eisenberg N. (ed.), *Handbook of child psychology*, 5th ed.: Vol 3. Social, emotional, and personality development. John Wiley & Sons Inc, Hoboken, NJ, US, 1998: 237-309.

Sanislow C, Grilo CM, McGlashan TH. (2000) Factor analysis of the DSM-III-R borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*, 157: 1629-1633.

Sapolsky RM. (1990) Adrenocortical function, social rank, and personality among wild baboons. *Biol psychiatry*. 28(10):862-878.

Schoenleber M, Berenbaum H. (2010) Shame aversion and shame-proneness in Cluster C personality disorders. *J Abnorm Psychol*, 119(1):197.

Schoenleber M, Berenbaum H. (2012) Aversion and proneness to shame in self-and informant-reported personality disorder symptoms. *Personal Disord*, 3(3):294.

Schore AN. (1996) The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Dev Psychopathol*, 8(01):59-87.

Schore AN. (2001) Contribution from the decade of the brain to infant mental health: An overview. *Infant Ment Health J*, 22: 1-6.

Seligman ME. (1972). Learned helplessness. *Annu Rev Med*, 23(1): 407-412.

Semb O, Strömsten LM, Sundbom E, Fransson P, Henningsson M. (2011) Distress after a single violent crime: How shame-proneness and event-related shame work together as risk factors for post-victimization symptoms. *Psychol Rep*, 109(1):3-23.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. (1998) The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 59:34-57.

Shreve BW, Patton MJ. Shame proneness among suicidal persons: Psychometric properties of the shame-proneness scale. Paper presented at the 96th annual convention of the American Psychological Association. Atlanta, GA, 1988.

Silbersweig D, Clarkin JF, Goldstein M, Kernberg OF, Tuescher O, Levy KN, Brendel G, Pan H, Beutel M, Pavony MT, Epstein J, Lenzenweger MF, Thomas KM, Posner MI, Stern E. (2007). Failure of Frontolimbic Inhibitory Function in the Context of Negative Emotion in Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 164(12): 1-10.

Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. (2002) The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry*, 51: 936-950.

Smith RH, Webster JM, Parrott WG, Eyre HL. (2002) The role of public exposure in moral and nonmoral shame and guilt. *J Pers Soc Psychol*, 83(1):138.

StatSoft I. STATISTICA, version 12.0 <http://www.statsoft.com/>, 2012.

Stepp SD, Lazarus SA, Byrd AL. (2016). A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. *Personal Disord*, 7(4): 316.

Stepp SD, Scott LN, Jones NP, Whalen DJ, Hipwell AE. (2015). Negative emotional reactivity as a marker of vulnerability in the development of borderline personality disorder symptoms. *Dev Psychopathol*, 28: 213–224.

Stepp SD, Whalen DJ, Scott LN, Zalewski M, Loeber R, Hipwell AE. (2014). Reciprocal effects of parenting and borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. *Dev Psychopathol*, 26: 361–378.

Stern, A (1938). "Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses". *Psychoanal Q*. 7: 467–489.

Stone MH. (2016). Borderline Personality Disorder: Therapeutic Factors. *Psychodyn Psychiatry*, 44(4): 505-539.

Sturm VE, Rosen HJ, Allison S, Miller BL, Levenson RW. (2006) Self-conscious emotion deficits in frontotemporal lobar degeneration. *Brain*, 129(9):2508-2516.

Suzuki M, Nohara S, Hagino H, Takahashi T, Kawasaki Y, Yamashita I, Watanabe N, Seto H, Kurachi M. (2005) Prefrontal abnormalities in patients with simple schizophrenia: structural and functional brain-imaging studies in five cases. *Psychiatry Res: Neuroimaging*, 140(2):157-171.

Swan S, Andrews B. (2003) The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment. *Br J Clin Psychol*, 42(4):367-378.

Szádóczky E, Unoka Z, Rózsa S. User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), Hungarian Version. OS Hungary Kft, Szeged, 2004.

Takahashi H, Yahata N, Koeda M, Matsuda T, Asai K, Okubo Y. (2004) Brain activation associated with evaluative processes of guilt and embarrassment: an fMRI study. *Neuroimage*, 23(3):967-974.

Tangney JP, Dearing RL, Wagner PE, Gramzow R. The Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3). George Mason University, Fairfax, VA, 2000.

Tangney JP, Dearing RL. *Shame and guilt*: Guilford Press, New York, 2003.

Tangney JP, Fischer KW. *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. Guilford Press, New York, 1995.

Tangney JP, Miller RS, Flicker L, Barlow DH. (1996) Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *J Pers Soc Psychol*, 70(6):1256.

Tangney JP, Wagner P, Gramzow R. (1992) Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *J Abnorm Psychol*, 101(3):469.

Tangney JP, Wagner, P., Gramzow, R. *The test of self-conscious affect*. George Mason University, Fairfax, GA, 1989.

Tangney JP. (1991) Moral affect: the good, the bad, and the ugly. *J Pers Soc Psychol*, 61(4):598.

Toichi M, Kamio Y, Okada T, Sakihama M, Youngstrom EA, Findling RL, Yamamoto K. (2002) A lack of self-consciousness in autism. *Am J Psychiatry*, 159:1422-4.

Tomcsányi T. Tésenyi T, Vári A. A büntudat és a szégyen kapcsolata a pszichés tünetekkel In: Tomcsányi T. (ed.), *Amikor gyöngé, akkor erős. Tanulmányok a valláslélektan, a pasztorálpszichológia és a lelkigondozás köréből*. Animula, Budapest, 2002: 97-116.

Tomkins SS. (1981). The quest for primary motives: Biography and autobiography of an idea. *J Pers Soc Psychol*, 41(2): 306.

Tomkins SS. *Affect Imagery Consciousness: Volume II, The Negative Affects*. Springer, New York, 1963.

Tomkins SS. Affect theory. In: Scherer KR, Ekman, P. (ed.) *Approaches to Emotion*. Erlbaum, Hillsdale NJ, 1984: 163-195.

Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. (2001) The prevalence of personality disorders in community sample. *Arch Gen Psychiatry*, 58: 590-596.

Torgersen S. (2000) Genetics of patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 23 (1): 1-9.

Tracy JL, Matsumoto D. (2008) The spontaneous expression of pride and shame: Evidence for biologically innate nonverbal displays. *Proc Natl Acad Sci USA*, 105(33):11655-11660.

Tracy JL, Robins RW, Tangney JP. *The self-conscious emotions: Theory and research*. Guilford Press, New York, 2007.

Tracy JL, Robins RW. (2004) Putting the Self Into Self-Conscious Emotions: A Theoretical Model. *Psychol Inq*, 15(2):103-125.

Tracy JL, Robins RW. (2006) Appraisal antecedents of shame and guilt: Support for a theoretical model. *Pers Soc Psychol Bull*, 32(10):1339-1351.

Troop NA, Redshaw, CH. (2012) General shame and bodily shame in eating disorders: A 2.5-Year longitudinal study. *Eur Eat Disord Rev*, 20:373-378.

Turner JE. An investigation of shame reactions, motivation, and achievement in a difficult college course (1998) *Diss Abstr Int*, 59:1911.

Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*, 385(9969): 717-726.

Unoka Z, Fogd D, Füzy M, Csukly G. (2011). Misreading the facial signs: specific impairments and error patterns in recognition of facial emotions with negative valence in borderline personality disorder. *Psychiatry Res*, 189(3): 419-425.

Unoka Z, Fogd D, Füzy M, Csukly G. (2011). Misreading the facial signs: specific impairments and error patterns in recognition of facial emotions with negative valence in borderline personality disorder. *Psychiatry Res*, 189(3): 419-425.

Unoka Z, Richman MJ. (2016). Neuropsychological deficits in BPD patients and the moderator effects of co-occurring mental disorders: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 44: 1-12.

Unoka Z, Rózsa S, Ko N, Kallai J, Fabian A, Simon L. (2004) Derogatis-féle tünetlista hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok (Hungarian—psychometric properties of the Hungarian version of Derogatis Symptom Checklist). *Psychiatr Hung*, 19:28-35.

Unoka Z, Tölgyes T, Czobor P, Simon L. (2010). Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders. *J Nerv Ment Dis*, 198(6): 425-431.

Unoka Z, Tölgyes T, Czobor P. (2007). Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: A differential association. *Compr Psychiatry*, 48(2): 199-204.

Unoka Zs, Rózsa S, Fábíán Á, Mervó B, Simon L. (2004). A Young-féle Séma kérdőív: A Korai maladaptív sémák jelenlétét mérő eszköz pszichometriai jellemzőinek vizsgálata. *Psychiatr Hung*, 3: 235-243.

Valentiner DP, Smith SA. (2008) Believing that intrusive thoughts can be immoral moderates the relationship between obsessions and compulsions for shame-prone individuals. *Cognit Ther Res*, 32(5):714-720.

Van den Bosch LMC, Verheul R, Schippers GM, Van den Brink W. (2002) Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: implementation and long-term effects. *Addict Behav*, 27: 911–923.

van Ravesteijn H, Wittkamp K, Lucassen P, van de Lisdonk E, van den Hoogen H, van Weert H, Huijser J, Schene A, van Weel C, Speckens A. (2009) Detecting somatoform disorders in primary care with the PHQ-15. *Ann Fam Med*, 7(3):232-238.

Van Reekum R, Links PS, Boiago I. Constitutional factors in Borderline Personality Disorder: Genetics, Brain Dysfunction, and Biological Markers, In: Paris J. (Ed) *Borderline personality disorder Etiology and treatment*. American Psychiatric Press, Inc. Washington DC, 1993: 13-38.

Vandenberg RJ, Lance CE. (2000) A review and synthesis of the measurement invariance literature: Suggestions, practices, and recommendations for organizational research. *Organ Res Methods*, 3(1):4-70.

Vikan A, Hassel AM, Rugset A, Johansen HE, Moen T. (2010) A test of shame in outpatients with emotional disorder. *Nord J Psychiatry*, 64(3):196-202.

Völlm B, Richardson P, Stirling J, Elliott R, Dolan M, Chaudhry I, Del Ben C, McKie S, Anderson I, Deakin B. (2004). Neurobiological substrates of antisocial and borderline personality disorder: preliminary results of a functional fMRI study. *Crim Behav Ment Health*, 14(1): 39-54.

Walter JL, Burnaford SM. (2006) Developmental Changes in Adolescents' Guilt and Shame: The Role of Family Climate and Gender. *N Am J Psychol*, 8(2):321-338.

Wells M, Jones R. (2000) Childhood parentification and shame-proneness: A preliminary study. *Am J Fam Ther*, 28(1):19-27.

Wicker FW, Payne GC, Morgan RD. (1983) Participant descriptions of guilt and shame. *Motiv Emot*, 7(1):25-39.

Widiger TA, Rojas SL. Personality disorders. In: Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB. (eds.) *Psychiatry, Fourth Edition*. John Wiley & Sons, 2015: 1706-1748.

Widiger TA. Personality disorders. In: Antony MM, Barlow DH. (ed.) *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*. The Guilford Press. New York. 2002: 453-480.

Winnicott DW. *A kapcsolatban bontakozó lélek*. Új Mandátum Kiadó, Budapest, 2004.

Winsper C, Wolke D, Lereya T. (2015). Prospective associations between prenatal adversities and borderline personality disorder at 11–12 years. *Psychol Med*, 45: 1025–1037.

Winsper C, Zanarini M, Wolke D. (2012). Prospective study of family adversity and maladaptive parenting in childhood and borderline personality disorder symptoms in a non-clinical population at 11 years. *Psychol Med*, 42: 2405–2420.

Wirth-Cauchon J. *Women and borderline personality disorder: Symptoms and stories*. Rutgers University Press, New Jersey, 2001.

Wisner-Fries AB, Ziegler TE, Kurian JR, Jacoris S, Pollak SD. (2005) Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *Proc Natl Acad Sci U S A.*, 102: 17237–17240.

Wolke D, Schreier A, Zanarini MC, Winsper C. (2012). Bullied by peers in childhood and borderline personality symptoms at 11 years of age: A prospective study. *J Child Psychol Psychiatry*, 53: 846 – 855.

Wong Y, Tsai, J. Cultural models of shame and guilt. In: Tracy JL, Robins RW, Tangney JP. (ed.), *The self-conscious emotions: Theory and research*. The Guilford Press, New York, 2007: 209-223.

Wurmser L. *The Mask of Shame*. Johns Hopkin Press, 1981.

Young JE, Klosko JS, Weishaar M. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Publications, New York, 2003

Young JE. *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema Focused Approach*. Professional Resource Press, Sarasota, FL. 1999.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, Reynolds V. (1998a). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 155(12): 1733-1739.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, Reynolds V. (1998b). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 39(5): 296-302.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich RB, Silk KR, Hudson JI, McSweeney LB. (2007) The Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder: A 10-Year Follow-Up Study. *Am J Psychiatry*, 164: 929-935.

Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Soledad CV, Marina MF, Levin A, Yong L, Frankenburg FR. (1997) Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 154: 1101-1106.

11. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

11.1. A disszertációhoz kapcsolódó közlemények

Unoka Zs, Vizin G, (2017) To see in a mirror dimly. The looking glass self is self-shaming in borderline personality disorder. *Psychiatry Res*, 258. 322-329.

Vizin G, Urbán R, Unoka Zs. (2016) Shame, trauma, temperament and psychopathology: Construct validity of The Experience of Shame Scale. *Psychiatry Res*, 246. 62-69.

Vizin G, Unoka Zs. (2015) A szégyen szerepe a mentális zavarok kialakulásában II. Szégyen mérése és a szégyen kapcsolata a mentális zavarokkal [The role of shame in development of the mental disorders II. Measurement of shame and relationship of the shame with mental disorders] *Psychiatr Hung*, 30. 278-296.

Vizin G, Unoka Zs. (2014) A szégyen szerepe a mentális zavarok kialakulásában I. - Elméleti háttér [The role of shame in development of the mental disorders I. Theoretical background] *Psychiatr Hung*, 29. 14-34.

11.2. A disszertációtól független közlemények

Unoka Zs, Vizin G, Bjelik A, Radics D, Németh D, Janacsek K. (2017) Intact implicit statistical learning in borderline personality disorder. *Psychiatry Res*, 255, 373-381.

Szabó M, Mészáros V, Sallai J, Ajtay Gy, Boross V, Mészáros Á, Vizin G, Perczel Forintos D.(2016) The Beck Hopelessness Scale: specific factors of method effects? *Eur J Psychol Assess*, 32, 111-118.

Vizin G, Szuromi B. (2016) Új irányok a személyiségzavarok kezelésében. *Orvostovábbképző Szemle* 23/3: 22-29.

Papp I, Czeglédi E, Udvardy-Meszaros A, Vizin G, Perczel Forintos D. (2014) A viselkedésterápia eredményeinek vizsgálata az elhízás kezelésében egy év távlatában. *Orv Hetil*, 155:(30), 1196-1202.

Vizin G. (2009) Miért nem működik még mindig? Avagy érvek az iskolapszichológusi hálózat kiépítése mellett. Iskolakultúra, 7-8: 97-112.

12. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Mindenekelőtt szeretném megköszönni témavezetőmnek, Dr. Unoka Zsoltnak felbecsülhetetlen szakmai segítségét és folyamatos biztatását, támogatását, amellyel hozzájárult a disszertáció elkészüléséhez. Szakmai fejlődésemben a témavezetőm által képviselt intellektualitás, hitelesség és eredeti gondolkodás példaképként szolgált.

Köszönettel tartozom Tringer László Professzor Úrnak és Simon Lajos Docens Úrnak, akik folyamatos bátorításuk és érdeklődésük révén a kutatási témámba vetett hitemet és elköteleződésemet erősítették meg.

Szeretném megköszönni Bernice Andrews és Paul Gilbert írásbeli támogatását abban, hogy az általuk kidolgozott kérdőíveket magyar nyelvre adaptálhattuk és alkalmazhattuk vizsgálatainkban.

Hálával tartozom Urbán Róbertnek a statisztikai elemzésekben nyújtott felbecsülhetetlen segítségéért.

Végtelenül hálás vagyok a Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika munkatársainak támogató érdeklődésükért és segítő javaslataikért, amellyel hozzájárultak kutatásom színvonalas lefolytatásához. Külön köszönettel tartozom Csukly Gábornak és Pulay Attilánál tanácsaikért és Szuromi Bálintnak, akinek a segítségére minden esetben számíthattam.

Szeretném megköszönni továbbá a Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika Pszichoterápiás osztályán dolgozó minden munkatársának, különösen Schranecz Erikának, Kuna Edinának és minden nővérnek, akik rendkívül értékes segítséget nyújtottak számomra az adatgyűjtés folyamatában.

Köszönöm a Pázmány Péter Katolikus Egyetem pszichológia szakos hallgatóinak az egészséges kontroll személyekkel történt adatgyűjtésben nyújtott segítségüket.

Nagyon hálás vagyok Balázs Tündének, Balogh Líviának és Rácz Katának a klinikai adatgyűjtésben való részvételükért, Strényer Zsuzsannának és Bircher Juliannának felbecsülhetetlen munkájukért az adatbeviteli folyamatban, valamint Fogd Dórának a kutatás tervezésében nyújtott segítségéért.

Köszönöm továbbá a Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika Pszichoterápiás osztályán kezelt pácienseknek a kutatásban való részvételüket, az interjúk felvétele és a kérdőívek kitöltése során tanúsított érdeklődésüket és együttműködésüket.

Végezetül hálával tartozom Dr. Dohán Orsolyának és Dr. Sávolt Ákosnak, akik nélkül a disszertációm védésére nem kerülhetett volna sor, valamint köszönöm családomnak és barátaimnak türelmüket és támogatásukat, amely nélkül ez a munka nem készülhetett volna el.