

AKADÉMIAI KIADÓ

Pszichológiai sérülékenységet mérő skálák magyar nyelvű adaptálása

PAPP-ZIPERNOVSZKY Orsolya^{1,2*} – KOVÁCS Petra^{3,4} – DEVECSERY Ágnes⁵

Mentálhigiéné és Pszichoszomatika

24 (2023) 2, 113–131

DOI:

10.1556/0406.2023.00033

© 2023, A Szerzők

¹ Szegedi Tudományegyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Szeged, Magyarország

² Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet, Budapest, Magyarország

³ Pécsi Tudományegyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Pszichológia Doktori Iskola, Pécs, Magyarország

⁴ Országos Mentőszolgálat, Budapest, Magyarország

⁵ Észak-budai Szent János Centrumkórház, Budapest, Magyarország

Beérkezett: 2022. március 6.; elfogadva: 2023. február 25.

EREDETI KÖZLEMÉNY



ABSZTRAKT

Elméleti háttér: Az elmúlt évek lokális és kollektív traumáinak tükrében különösen fontosnak tartjuk a vulnerabilitás konstruktumának részletes, pszichológiai szempontú felmérését, a pszichés és testi megbetegedés prevenciójának és szűrésének megtervezéséhez. *Cél:* A *Glover Vulnerability Scale (GVS)* és a *Psychological Vulnerability Scale (PVS)* magyar nyelvű adaptációja és validitásának vizsgálata heterogén, nem-klinikai mintán. *Módszerek:* Az online adatgyűjtést, hozzáférhetőségi mintavételt alkalmazó keresztmetszeti kutatásban 942 fő vett részt (572 nő; átlagéletkor: 29,41 év, SD = 11,5 év). *Mérőeszközök:* Glover Sérülékenység Kérdőív, Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skála, Rosenberg-féle Önértékelés Skála, Általános Énhatékonyság Skála, Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív, SF-36 kérdőív, Big Five Kérdőív, Lezárási Igény Kérdőív. *Eredmények:* Az exploratív faktorelemzés eredményei alapján a 30 tételes, magyar nyelvű GVS 17 tétele illeszkedik 3 faktorba, úgymint Társas diszkomfort, Sérülékenységerzés és Családi bizalmatlanság, amelyek a variancia 45,62%-át magyarázzák. A konfirmatív faktoranalízis eredményei szerint a 3 faktoros modell illeszkedési mutatói kitűnőek vagy elfogadhatóak (CMIN/DF = 2,94; RMSEA = 0,064; CFI = 0,89; TLI = 0,85), csakúgy, mint az alsókonstrukció belső konzisztenciája (Cronbach- α : 0,65–0,77). A 6 tételes PVS 1 faktoros modelljének illeszkedési mutatói kitűnőek (CMIN/DF = 1,49; RMSEA = 0,03; CFI = 0,99; TLI = 0,98), a skála belső konzisztenciája (Cronbach- α = 0,76) szintén kiváló. Mindkét magyar nyelvű mérőeszköz 0,8 feletti teszt-reteszt megbízhatóságot mutat 6 hét elteltével. A konkurens validitás vizsgálatának eredményei szerint a GVS alsókonstrukciója és a PVS között is gyenge, illetve közepes mértékű együttjárások mutatkoznak ($0,21 < r_s(940) < 0,39$ között). Kifejezetten erős korrelációt a PVS és a GVS Sérülékenységerzés alsókonstrukciója között kaptunk ($r_s(940) = 0,66$). A konvergens validitás vizsgálatánál a sérülékenység kifejezettebb érzelmi és társaskorlátozottság-érzéssel, alacsonyabb vitalitással, rosszabb mentális egészséggel, nagyobb stresszre adott válasszal, alacsonyabb megküzdőképességgel, énhatékonyságerzéssel és önértékeléssel, nagyobb érzelmi instabilitással, valamint alacsonyabb barátságossággal és extravertiálal járt együtt. A divergens validitásnál a lelkiismeretesség és a nyitottság, illetve a lezárási igény kérdőív legtöbb alsókonstrukciójánál teljesült az összefüggések hiányára vonatkozó elvárásunk, a döntéskészség és a bizonytalanságtűrés csökkenése ugyanakkor gyengén, de szignifikánsan korrelált a sérülékenységgel. A GVS összpontszáma ($U(936) = 119814,5; p < 0,01, \eta^2 = 0,007$), és a Sérülékenységerzés alsókonstrukciója ($U(936) = 111946; p < 0,01, \eta^2 = 0,009$) esetében, valamint a PVS-en ($U(936) = 107358; p < 0,01, \eta^2 = 0,016$) a nők pontszáma magasabb. Az életkorral mindkét mérőeszköz szignifikáns, de elhanyagolható mértékű együttjárást mutat ($0,11 < r_s(923) < 0,17$). A magasabb iskolai végzettségűek a GVS Családi bizalmatlanság ($F(3) = 9,435; p = 0,024$) és Sérülékenységerzés ($F(3) = 21,2; p < 0,001$) alsókonstrukcióján, valamint az összpontszámnál ($F(3) = 12,876; p = 0,005$) és a PVS-nél is ($F(3) = 9,255; p = 0,026$) egyértelműen alacsonyabb sérülékenységet mutattak. *Következtetések:* A két sérülékenység skála érvényes és megbízható mérőeszköz. A sérülékenység komplex vizsgálatában együttes alkalmazásukat javasoljuk.

* Levelező szerző:

Dr. habil. Papp-Zipernovszky Orsolya,
Szegedi Tudományegyetem,
Bölcsész- és Társadalomtudományi
Kar, Pszichológiai Intézet, 6722,
Szeged, Egyetem u. 2.

E-mail:

papp-zipernovszky.orsolya@ppk.elte.hu

KULCSSZAVAK

vulnerabilitás, validálás, stressz, szorongás, önértékelés



AKJournals

Hungarian Validation of Psychological Vulnerability Scales

ABSTRACT

Background: In the light of local and collective traumas of the preceding years, we find it crucial to measure the construct of vulnerability from a detailed, psychological point of view to be able to plan the prevention and screening of psychic and somatic disease. **Aims:** The aim of our study was the Hungarian adaptation and validation of the *Psychological Vulnerability Scale* (PVS) and the *Glover Vulnerability Scale* (GVS) on a heterogeneous, non-clinical sample. **Methods:** In our cross-sectional research – based on online data collection and convenience sampling – we analysed data of 942 participants (572 female; mean age: 29,41 years, SD = 11,5 years). **Measurements:** GVS, PVS, Rosenberg Self-esteem Scale, General Self-efficacy Scale, Rahe Brief Stress and Coping Inventory, Short Form of Health Survey, Big Five Inventory and Need for Cognitive Closure Scale. **Results:** After exploratory factor analysis, out of the 30-item of the original GVS 17 items fit 3 factors: Social Discomfort, Vulnerable Affect and Family Distrust, which explain the 45,62% of the variance. According to the confirmatory factor analysis the goodness of fit indexes of the 3-factor model are excellent or acceptable (CMIN/DF = 2.94; RMSEA = 0.064; CFI = 0.89; TLI = 0.85). Each subscale possesses either an acceptable or an excellent level of reliability, its Cronbach- α between 0.65 and 0.77. Both the goodness of fit indexes and the internal consistency of the single-factor model of the 6-item PVS is excellent (CMIN/DF = 1.49; RMSEA = 0.03; CFI = 0.99; TLI = 0.98; Cronbach- α = 0.76). Both Hungarian vulnerability scales show a test-retest reliability score higher than 0,8 after 6 weeks. According to the results of the concurrent validity examination there are levels of weak or moderate correlations between the subscales of GVS and PVS ($0.21 < r_s(940) < 0.39$). A strong correlation was found between the Vulnerable Affect subscale of GVS and PVS ($r_s(940) = 0.66$). Examining convergent validity, higher vulnerability showed a correlation with stronger feeling of emotional and social restraint, with lower vitality and worse mental health, with higher reaction to stress and more maladaptive coping, lower self-esteem and higher neuroticism and lower agreeableness and extraversion. Examining divergent validity, the lack of relation to consciousness and openness and to most of the subfactors of the need for cognitive closure met our expectations. However, lower decisiveness and ambiguity correlated with higher vulnerability. The total score of GVS ($U(936) = 119814.5, p < 0,01, \eta^2 = 0.007$), the score of its Vulnerable Affect subscale ($U(936) = 111946, p < 0,01, \eta^2 = 0.009$) and the score of PVS ($U(936) = 107358, p < 0,01, \eta^2 = 0.016$) are higher between female participants. A significant, but irrelevant correlation was revealed in the case of the participants' age. Higher education shows lower vulnerability in the case of Family Distrust ($F(3) = 9.435, p = 0.024$) and Vulnerable Affect subscale ($F(3) = 21.2, p < 0.001$) of GVS and also the total score of GVS ($F(3) = 12.876, p = 0.005$) and PVS ($F(3) = 9.255, p = 0.026$). **Conclusions:** The Hungarian versions of GSK and KSK are both valid and reliable measurement tools. We suggest their joint applications in future research.

KEYWORDS

vulnerability, validation, stress, anxiety, self-esteem

1. BEVEZETÉS

A trauma hatásaival való gyakorlati és elméleti foglalkozás végigkísérte a pszichológia történetét, és új pszichiátriai klasszifikációs kategóriák, mint például a poszttraumás stressz zavar (ld. Csabai & Papp-Zipernovszky, 2019), illetve irányzatok, mint például a szalutogenezis (Antonovsky, 1987) megjelenéséhez is vezetett. A pszichológiai sérülékenység integrált koncepcióját és vizsgálatát ez utóbbi, egészségpszichológiai megközelítésbe helyezzük, amikor a fizikai vagy pszichés tünetek megjelenésének veszélye mellett a változásra való lehetőséget, és a prevenció szükségességét hangsúlyozzuk a mérőeszközök magyar változatai kifejlesztésének céljaként.

1.1. A pszichológiai sérülékenység koncepciója

A *vulnerabilitás* a latin *vulnero*, megsebesít, megsért jelentésű igéből származik, és több tudományterületen is jelen lévő szakkifejezés: az orvostudományban a sérülékeny, megbetegedésre hajlamos szervet jelenti; a jogtudományban pedig sérülékeny csoportokról beszélnek, akik testi és/vagy lelki adottságaik vagy állapotuk következtében fokozott kockázatnak vannak kitéve, például a munkavégzés területén. A pszichológiában jelenleg nincs egységes definíció a vulnerabilitásra, több magyar fordítás is található a szakirodalomban: sebezhetőség (pl. Mirnics, 2006), sérülékenység (pl. Carver & Scheier, 1998), törekenység (pl. Kalmár, 2011). Ennek egyik oka, hogy a kifejezés használata többgyökerű: megjelenik a skizofréniakutatásokban (ld. Meehl [1962]



vizsgálatai az 1960–1970-es években), a pszichoanalitikus/pszichodinamikus elméletekben (pl. Rosenfeld [1964] narcisztikus fejlődésmodellje, Khan [1963] traumakoncepciója), a részben ezekből merítő poszttraumás stressz koncepciókban (Chambers, 1989), valamint a depresszió kognitív elméleti hátterű kutatásában is (ld. pl. korai kognitív vulnerabilitásemelvények [Beck, 1967], a diatézis–stressz-modell [Ingram & Luxton, 2005], összefoglalóan pedig Riskind és Black [2005]).

1.1.1. A vulnerabilitás mint a trauma következménye

Mind a vulnerabilitás, mind pedig a trauma kifejezés elsődleges jelentése konkrét testi sérülésekre vonatkozik, pszichológiai használatuk során azonban a hangsúly áthelyeződött a lelki megnyilvánulásokra. Az 1970-es évek közepén a vulnerabilitás fogalma a poszttraumás stressz zavarra (a továbbiakban PTSD) irányuló kutatásokban is megjelent (Glover, Ohlde, Packard, Goodnick, & Hamlin, 1994): a személyes sérülékenység valamilyen trauma vagy nagymértékű stressz következtében megjelenő szubjektív élmény, ami bizalmatlansághoz, félelemhez, illetve depresszióhoz vezethet. Ugyanakkor a szubjektív negatív érzések mellett a társas vonatkozások – úgymint elkerülés, elidegenedés, izoláció – is hangsúlyosak.

A korábban traumát elszenvedett személyeknél a mindennapokban jelentkező, nonspecifikus stresszorok felerősíthetik a sérülékenység érzését, ami a traumatikus élmények felelevenedését eredményezheti. Glover és munkatársai (1994) elméletében tehát a sérülékenység érzésének a trauma fenntartásában van közvetítő szerepe, a sérülékenység foka pedig nagymértékben befolyásolja a PTSD tüneteinek kialakulását. A szerzők egy kérdőívet is szerkesztettek, alapvetően pszichiátriai problémával élők vizsgálatára azon tapasztalatok gyakoriságának meghatározására, amelyek a sérülékenység érzéséhez kapcsolódnak. A *Glover Vulnerability Scale* elnevezésű mérőeszközük pszichiátriai diagnózissal nem élő személyeknél is eredményesen azonosította a trauma következtében kialakult sérülékenységet (Glover, Lader, & Walker-O’Keefe, 1995).

A trauma pszichés következményeinek a mentális zavarok nozológiai rendszerébe történő beillesztése (ld. DSM-III, 1980) után felmerült a „veszélyeztető” körülmények között dolgozók (mint pl. mentődolgozók, rendőrök, tűzoltók, egészségügyi dolgozók, traumát átélt személyekkel dolgozó segítő szakemberek stb.) traumatizálódásának lehetősége is (a PTSD diagnosztikai kategória történeti fejlődésének további áttekintéséhez ld. pl. DiMauro, Carter, Folk, & Kashdan, 2014).

1.1.2. A kognitív sérülékenység elképzelése

A vulnerabilitás egy további pszichológiai koncepciója a depressziókutatás területén született, és arra a kérdésre kereste a választ, hogy milyen tartós személyiségjellemzők vagy

korai maladaptív sémák hajlamosítják a személyeket arra, hogy nehéz élethelyzetekben depresszióssá váljanak. A legtágabb elképzelés szerint, akit kognitív sérülékenység jellemző, az bizonyos ingerek, kedvezőtlen események hatására valószínűbb, hogy depressziós lesz, míg az, aki kevésbé sérülékeny, könnyebben éli meg ugyanazt a helyzetet (a depresszió dinamikus stressz–sérülékenység modellje, Brown és Harris [1989]).

Haefel, Abramson, Brazy és Shah (2008) a negatív attribúciós stílus és az önértékelés szerepét is felvetették a kognitív vulnerabilitással kapcsolatban: érvelésük szerint, aki sérülékenyebb, az egy negatív életeseményt jellemzően globálisnak és állandónak gondol, úgy vélve, hogy az könnyen újabb negatív következményekhez vezethet, valamint magát értéktelennek észleli (Haefel és mtsai, 2008). Franck és De Raedt (2007) a depresszió és a depresszióra való sérülékenység előrejelzésében pontosabbnak találta az önértékelés instabilitását, mint az alacsony önértékelést.

A stresszt kiváltó eseményt és az érzékenységet mint személyiségjellemzőt Brewer (1993) a depresszió kognitív diatézis–stressz modelljeinek specifikus sérülékenység elve alapján integratívan kezeli, azt feltételezve, hogy akkor valószínű a depresszió kialakulása, ha a negatív attitűdöket és önértékelést alátámasztja az adott életesemény. A magas dependenciával jellemezhető személyeknél például a negatív, elutasítást hordozó társas események válhatnak ki depressziót. Egy hasonló koncepciót ellenőriztek empirikusan Whitcomb-Smith és munkatársai 2014-ben a szezonális depresszió kialakulása kapcsán. A kettős vulnerabilitás hipotézise szerint a vegetatív tünetek fokozott megjelenése mögött álló biológiai vulnerabilitás és a hangulatzavarokra hajlamosító pszichológiai vulnerabilitás (pl. rumináció) együttes előfordulása szükséges a szezonális depresszió kialakulásához.

Sinclair és Wallston (1999) ebben a fogalmi keretben a stresszel való megküzdés vizsgálatára és a depresszió kialakulásának előrejelzésére dolgozták ki saját vulnerabilitás koncepciójukat és a hozzá tartozó mérőeszközt (a *Psychological Vulnerability Scale*-t). Fejlődéslelektani elméleteket is integráló modelljük szerint a személyközi érintkezések során az egyének kognitív mintákat alakítanak ki, amelyek a környezetükben lévő személyek elvárásaira és az egyénnel való bánásmódjukra adott válaszoknak tekinthetőek. Ezek a mintázatok visszatükrözik, hogy az egyének milyen értékesnek gondolják magukat. Maladaptív kognitív mintázat akkor alakul ki, amikor az egyén önértékelése túlságosan függ a külső megerősítéstől és az elért, kézzel fogható eredményektől. Ezek azt is meghatározzák, hogy a személy milyen mértékben lesz képes megvalósítani később a céljait, illetve hogyan reagál az élet viszontagságaira. A szerzők a pszichológiai sérülékenységet tehát úgy fogalmazzák meg, mint a személyek kognitív hiedelmeinek a mintázatát, amely visszatükrözi, hogy milyen mértékben függ a teljesítménytől, illetve a külső megerősítésektől az, hogy mennyire tartja az egyén értékesnek magát. A negatív önértékelést fenntartó hiedelmek közé tartozik a perfekcionizmus, a cél-elérési képességek zavara, illetve a szelfről, a világról és a



jövőről alkotott negatív meggyőződések. Korábbi és saját vizsgálataik eredményei is összefüggésbe hozták ezeket a diszfunkcionális attitűdöket a következményes depresszió kialakulásával stressz esetén (a perfekcionizmus kapcsán Flett, Galfi-Pechenkov, Molnar, Hewitt és Goldstein [2012]; a magas interperszonális függőséget mutatóknál pedig Schill és Sharp [1995]), valamint a fizikai egészséggel is (Canter, Imboden, & Cluff, 1966; reumatoid arthritissnél Sinclair és Wallston [1999]¹; krónikus fájdalom szindróma esetén Selbie és munkatársai [2004]).

A későbbi alkalmazás során Sinclair és Wallston pszichés sérülékenység koncepcióját egészséges csoportokon is alkalmazták. Lichtenberg, Stickney és Paulson (2013) például időseknél a család áldozatává válás előrejelzésére², pozitív pszichológiai konstrukciókkal összefüggésben pedig Sinclair és Wallston (1999) az étellel való elégedettséggel és a diszpozicionális optimizmussal talált közepesen erős, fordított irányú korrelációt. Uysal (2015) a társas kompetencia és a sérülékenység kapcsolatában mutatta ki a virágzás (*flourishing*) közvetítő szerepét. Satici, Kayis és Akin (2013) török egyetemistáknál az autentikus élet érzésének mérésébe vonta be a sérülékenység koncepcióját. Eredményeik alapján a pszichés sérülékenység pozitívan korrelált a „külső behatás elfogadása” és az „önelidegenítés” alskálákkal, ugyanakkor negatív korrelációt mutatott a „magunkhoz híven élni” alskálával.

¹ Nem véletlen, hogy a ma legszélesebb körben alkalmazott sérülékenységet mérő, *Psychological Vulnerability Scale* elnevezésű kérdőívet Sinclair és Wallston (1999) szomatikus betegek pszichés szűrésére dolgozta ki. Ez az a terület ugyanis, ahol egyértelműen felülvizsgálatra szorul a PTSD koncepciója. A szomatikus betegségek által okozott traumatizáció vizsgálata más hangsúlyú megközelítést igényel. A probléma egyik forrása, hogy a poszttraumás stresszt mérő eszközök nagy részét nem validálták szomatikus betegek (csak pszichiátriai betegséggel élő pácienseken). Továbbá bizonyos PTSD-tünetek (pl. alvászavar, rémálmok, az érdeklődés beszűkülése, koncentrációzavar) gyakran a gyógyszerek mellékhatásaiként, nem pedig a traumatizáció következtében alakulnak ki. Hasonlóképp, a jövőkép bizonytalansága, a félelem és depresszív tünetek is adódhatnak az életet veszélyeztető betegség jellegéből (pl. daganatos betegeknél, HIV betegeknél). Ily módon a krízis és a traumatizáció összefüggéseit a szomatikus ellátásban nem lehet csupán a PTSD pszichopatológiai megalapozottságú keretei között értelmezni. A kortárs szakirodalom leginkább a kumulatív stressz viszonylatában foglalkozik ezekkel az összefüggésekkel, ugyanis a hosszan tartó, súlyos betegségek során a betegek egymásra rakódó traumatikus eseményeket élhetnek át (Csabai & Molnár, 2009).

² A vulnerabilitás koncepciója a gerontológiai szakirodalomban is sokat vizsgált terület. Drewes és munkatársai (2014) például kvalitatív kutatásukban időseket ellátó házi orvosok implicit vulnerabilitás koncepcióját vizsgálta. A sérülékenység inherens része volt a betegségek és az aktuálisan szedett gyógyszerek száma, valamint a depresszív állapot jelenléte. A funkcionális és a társas működés figyelembe vétele a vulnerabilitás megítélésében azonban nagymértékű változatosságot mutatott.

1.2. A stresszre érzékeny személyiség és rokon fogalmai

Figyelemre méltó az az irány, ami a Sinclair és Wallston-féle *Psychological Vulnerability Scale* alkalmazása során kirajzolódott: a szomatikus betegségek speciális területéről ismét kilépett a veszélyeztetett csoportok (pl. idősek), illetve normatív krízisben lévők (fiatal felnőttek önértékelési, önkülszűrés problémáival) felé. Cassidy és Burnside (1996) egy nagyszabású vizsgálatban a sérülékenység befolyásoló tényezőit kereste pszichiátriai problémával élők, önségítő csoportba járók és kontrollcsoport esetében. A stressz észlelt mértéke, a személyes motivációk, az attribúciós és a problémamegoldó stílus, az érzelmi válasz készség, az észlelt kontroll és az észlelt társas támogatás mértéke is szignifikánsan bejósolta a pszichés sérülékenységet. Carr, Colthurst, Coyle és Elliott (2013) ezek mellett a bizonytalan kötődési mintázattal is talált összefüggést.

A fejlődéslelektanban megjelent egy olyan tendencia is, hogy a vulnerabilitás kifejezést a reziliencia ellentétéként használják. Werner és Smith (2001) kutatásukban a rezilienciát „legyőzhető sérülékenységnek” nevezik, amikor a kockázati tényezőket a védőfaktorok ellensúlyozni képesek. Tehát a reziliencia olyan tartós képesség, amely mérsékli a külső stresszorok hatását és a belső sérülékenységet, így elősegíti a trauma utáni felépülést és az adaptív viselkedés fenntartását (Garmezy, 1993). A reziliens egyén stresszhelyzetekben mutatott érzelmi reakciója alacsonyabb intenzitású, mint a kevésbé rezilienseké. Ezzel szemben a vulnerabilis gyerekeket általában maladaptív megküzdési stratégiák (pl. elkerülés) jellemezték. Ezek a leírt összefüggések ismét egy tartós személyiségjellemzőkből, kognitív sémákból és érzelmi mintázatokról álló, stresszre érzékeny személyiségtípust azonosítanak a vulnerabilitás elnevezés alatt. Ennek neurologiai hátterét Schwartz, Knodt, Radtke és Hariri (2015) a fenyegetésre adott amygdala-reakció mértékében találták meg.

A hazai szakirodalomban a reziliencia fogalmának megjelenése és virágzása előtt Oláh Attila munkásságában összegződött a stressznek ellenálló személyiség koncepciója, amelynek fő fogalmait fontos áttekinteni a vulnerabilitással való viszonylatában. A stressz és megküzdés irodalmában a megküzdés legelfogadottabb meghatározása Lazarus (1966) nevéhez fűződik. Tranzakcionista copingmodelljében a megküzdést olyan erőfeszítésként határozta meg, amit a személy az aktuális eszközeit meghaladó fenyegetettség esetén tesz. A megküzdési eredményességet tartós személyiségjellemzők is segítik; közös hatásmechanizmusuk és magas korrelációjuk miatt Oláh (2005) egyazon konstrukcióba szervezte őket, amelynek a *pszichológiai immunrendszer* elnevezést adta. Ez teszi képessé a személyt arra, hogy tartós stresszhatás esetén fenntartsa a személyiség integritását, működési hatékonyságát, és fejlődni is tudjon. A vulnerabilitás ezekhez képest egy tartós személyiségjellemzők által előfeszített érzékenység a stresszhatásokra, ami pszichológiai segítségnyújtás nélkül tartós stressz vagy trauma előfordulása esetén fizikai és/vagy lelki megbetegedéshez vezethet, amely további negatív hatással lehet az egyén személyiségtényezőire. Ezt a cirkuláris okságot írja le Johnson,



Galamboš és Krahn (2016) 25 évet felölő longitudinális kutatása, amelyben az önértékelés és a depresszív tünetek kölcsönös egymásra hatását mutatták ki.

1.3. A vulnerabilitás mérése

Tudomásunk szerint jelenleg nincs magyar nyelven elérhető, vulnerabilitást mérő kérdőív. Bár az ismertett elméleti kiindulások alapján hasonló konstrukcióknak tekinthetők a PTSD és a diszfunkcionális attitűdök magyar nyelven is elérhető mérőeszközei (*Poszttraumás Stresszbetegség Diagnosztikai Skála* [Foa, 1995], *Események Hatása Kérdőív* – átdolgozott változat [Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979]; *Diszfunkcionális Attitűd Skála* [Weismann & Beck, 1978]), amelyek Perczel-Forintos, Kiss és Ajtay (2005) kérdőívgyűjteményében megtalálhatók. Ezek mellett az érzelmi labilitás vonásának egyik gyakori tényezője a stresszre való érzékenység (pl. *NEO-PI kérdőív* [Mirnics, 2006]).

Az alábbiakban ismertett (korábban már említett) két mérőeszköz az előzőekhez képest jóval részletesebben, egyedüli konstrukciónként méri a vulnerabilitást, egyfelől a trauma utáni sérülékenységerősítésre és társas változásokra fókuszálva, másfelől a korai szocializáció során kialakuló maladaptív sémák tekintetében.

A 30 tételes *Glover Vulnerability Scale*-t (a továbbiakban GVS) alapvetően pszichiátriai problémával élők körében azon tapasztalatok gyakoriságának meghatározására fejlesztették ki, amelyek a sérülékenység érzéséhez kapcsolódnak (Glover és mtsai, 1994). A személyes sebezhetőség és a mások közelsége nyomán fellépő szorongás, feszültség (*Vulnerable Affect*) mérése mellett elsősorban a társas érzések és viselkedés alkotják a skála faktorait, úgymint a társas komfort érzése (*Social Comfort*), családi bizalom (*Family Trust*) és paranoia (*Paranoia*). A mérőeszköz kifejlesztői kifejezetten hangsúlyozzák, hogy a szubjektív tapasztalatok szintjén igyekeznek megragadni a vulnerabilitást. Emellett a tételek kialakításakor egyenlő arányban szerepelnek egyes és fordított válaszadásúak, ami a pszichometriai szerkesztés gondosságára utal. Az 1990-től 1993-ig tartó validálás során Glover és munkatársai több vizsgálatban is használták az általuk kifejlesztett GVS-t, kizárólag más klinikai diagnosztikai tesztekkel együtt (pl. Minnesota Többfázisú Személyiségleltár, Beck Depresszió Kérdőív). Ugyan a mérőeszközt 30 tételként publikálták, és a használatát is így javasolják, csak 21 tétel rendeződött a fenti 4 faktorba. A teljes skála belső megbízhatósága 0,88, teszt-reteszt reliabilitása 0,81. A társas komfort érzete alszála belső megbízhatósága 0,84, a sérülékenységerősítésé 0,74, a családi bizalomé 0,73, a paranoiáé pedig 0,71. A három évig tartó kutatásban a kritérium validálás részeként sikeresen elkülönítették a PTSD-ben szenvedő vietnámi veteránok csoportjait a szorongással, illetve krónikus depresszióval kezeltéktől (Glover és mtsai, 1994). Egy későbbi kutatásban Glover és munkatársai (1995) 101 pszichiátriai bennfekvő nőbeteggel vette fel a tesztet, amin a disszociatív személyiségzavarral, valamint a krónikus depresszióval diagnosztizáltak szignifikánsan magasabb értékeket értek el, mint az önsértő

viselkedéssel kezelték. Meglepő eredmény volt, hogy a kontrollcsoport tagjai között a magasabb értékeket mutatókról kiderült, hogy korábban mindannyian átéltek valamilyen traumát vagy gyerekkori bántalmazást. A skálán elért pontszám nem függött össze az életkorral, a családi állapottal és az etnikai hovatartozással, és csak gyenge ($r < 0,2$) korrelációt mutatott az iskolai végzettséggel és a foglalkoztatási státusszal.

A Sinclair és Wallston (1999) által kidolgozott 6 tételű *Psychological Vulnerability Scale* (a továbbiakban PVS) egy vagy két állítás formájában fogalmazza meg a negatív önértékelést fenntartó hiedelmeket, mint amilyen a perfekcionizmus, a célélérési képességek zavara, illetve a szelfről és másokról alkotott negatív attribúciók. A szerzők a mérőeszköz eredetileg reumatoid arthritisben szenvedők pszichés állapotának az előrejelzésére, valamint a terápiás intervenciók szükségességének gyors felismerésére hozták létre. Belső megbízhatósága 0,71 és 0,86 között alakult, az adott mintától függően. A teszt-reteszt megbízhatósága 5–6 hét elteltével 0,83 volt. Sinclair és Wallston (1999) a konvergens és divergens validitás vizsgálatának részeként megküzdést, énhatékonyságot, társas támogatást, pszichés jóllétet, diszpozicionális optimizmust, depressziót és tehetetlenséget mértek. Ezekkel a mérőeszközökkel a várt irányú összefüggéseket kapták. Ugyanakkor a pszichológiai sérülékenység nem korrelált sem az életkorral, sem pedig az iskolai végzettséggel. A kérdőívet Selbie és munkatársai (2004) másik betegcsoportnál, krónikus fájdalom szindrómával élőknel alkalmazta eredményesen a fizikai és lelki állapotuk felmérésére és előrejelzésére. A PVS-nek jelenleg török (Satici és mtsai, 2013) és portugál nyelvű (Nogueira, Barros, & Sequeira, 2017) változata ismert. Az utóbbi validálása és török alkalmazásai is egészséges egyetemista mintán történtek egészségpszichológiai (pl. egyetemisták mentális egészségmegőrzésében) vagy pozitív pszichológiai (a szociális kompetencia és a virágzás összefüggésében) elméleti keretben.

1.4. Célok

Vizsgálatunk célja a fenti két vulnerabilitást mérő kérdőív – a GVS és a PVS – magyar nyelvű adaptálásával és heterogén, nem-klinikai mintán való validálásával annak a – trauma vagy normatív krízisek okozta – tartósabb „lelki kibillenés”-nek a detektálása, amikor a személy addigi életének jelentést adó keretei, értékei megkérdőjeleződnek, társas kapcsolatai átrendeződnek, jelentős mértékű pszichés és érzelmi sérülékenységet él át. Az ilyen időszakok alatt kiemelten fontosak a szűrővizsgálatok és a pszichológiai támogatás. Ezek megtervezéséhez is hozzájárulhatnak e kérdőívek, amelyek együttes használatával empirikusan ellenőrizhető a kétféle sérülékenységkonceptió közötti kapcsolat is. A két mérőeszköz együttes alkalmazását Johnson és munkatársai (2016) egységes modellje is indokoltá teszik.

A két kérdőív konstrukció validitásának vizsgálata után a konvergens validitás vizsgálatát egészségpszichológiai keretben, korábbi szakirodalmi adatoknak megfelelően a fizikai és mentális állapottal összefüggésben (Canter és mtsai,



1966; Selbie és mtsai, 2004), a stresszmegéléssel és a megküzdési képességgel (Cassidy & Burnside, 1996; Sinclair & Wallston, 1999), az önértékeléssel (Haeffel és mtsai, 2007), a Big Five személyiségvonások közül pedig a Neuroticizmussal (Mirnics, 2006) vizsgáltuk. A magasabb sérülékenységgel feltételezésünk szerint rosszabb fizikai és mentális állapottal, magasabb észlelt stressz-szinttel, valamint alacsonyabb megküzdési képességgel, alacsonyabb önértékeléssel és magasabb neuroticitással jár együtt. A divergens validitás vizsgálatának részeként a többi Big Five személyiségvonást és a lezárás iránti igényt mértük.

Összefoglalva tehát célul tűztük ki a *Glover Vulnerability Scale* és a *Sinclair* és a *Wallston-féle Psychological Vulnerability Scale* magyar nyelvű adaptálását és átfogó pszichometriai elemzését, amely a faktorstruktúra tesztelését, a konvergencia és divergens validitás vizsgálatát, és a megbízhatóság belső és időbeli aspektusának ellenőrzését egyaránt magába foglalta.

2. MÓDSZEREK

2.1. A vizsgálandó kérdőívek magyar változatának kidolgozása

A magyar változatok elkészítéséhez első lépésben engedélyt kértünk a kérdőívek kifejlesztőitől. Úgy Ken Wallston, mint Hillel Glover írásban járult hozzá a mérőeszközök magyar nyelvű adaptálásához. Ezt követően a Beaton, Bombardier, Guillemain és Ferraz (2000) által kidolgozott kérdőív-adaptációs metodológiát alkalmaztuk, vagyis az eredeti, angol nyelvű tételket egy laikus és egy professzionális, angol nyelven magas szinten beszélő személy fordította magyarra. Az eltérések megvitatása után létrehoztak egy

magyar nyelvű munkaverziót, amelyet két, angol anyanyelvű személy fordított vissza angolra. A végleges tételket a fordítók dokumentációi és letisztított kérdéssorai alapján a szerzők hozták létre.

2.2. Résztevők és eljárás

A vizsgálati személyek toborzása a Szegedi Tudományegyetem hallgatói által, szakdolgozat és műhelymunka tárgyak keretein belül, kényelmi mintavétellel történt. Nyolc pszichológia szakos hallgató terjesztette a kérdőívcsomagot 2013. október és 2014. május között a konstrukció validitás vizsgálatának részeként levelezőlistákon, Facebook-csoportokban, a www.pszichologia.com oldalon és saját elérési körükben.

A válaszadók önként vállalták a vizsgálatban való részvételt, semmilyen fizetségben nem részesültek. Az informált beleegyezés szövegében biztosítottuk a kitöltőket az anonimitásról, a kitöltés következmények nélküli megszakíthatóságáról, és elérhetővé tettük a kutatásvezető e-mail-címét is felmerülő kérdések esetére. A validitás és reliabilitás vizsgálatot négy, párhuzamosan felvett mintán végeztük el. Az 1. táblázat mutatja ezek demográfiai jellemzőit. A faktorstruktúra vizsgálatában összesen 1009 fő vett részt. Adattisztítás után (a célkérdőívek hiányos vagy hibás kitöltései esetén) 942 fő adatai kerültek be a statisztikai elemzésbe. Ebből a mintából 435 fő vett részt a konvergencia validitást mérő kérdőívcsomag kitöltésében is, további 211 fő pedig a divergens validitás vizsgálatában. Az ismételt mérések megbízhatóság vizsgálata újbóli adatfelvétellel történt: 110 fő töltötte ki a két célkérdőívet és a demográfiai kérdéseket e-mail-címük és egy általuk választott jelige megadása mellett. A második felmérésnél hat hét elteltével 77 személyt sikerült újból elérnünk.

1. táblázat A vizsgálati minták főbb demográfiai jellemzői

Változók		Faktorszerkezet (n = 942)	Konvergencia validitás (n = 435)	Divergens validitás (n = 211)	Teszt-reteszt reliabilitás (n = 77)
Nem n (%)	Férfi	370 (39,3)	82 (18,9)	39 (18,5)	48 (62,3)
	Nő	572 (60,7)	352 (81,1)	172 (81,5)	29 (37,6)
Iskolai végzettség n (%)	Alapfokú	16 (1,7)	NA	NA	3 (3,9)
	Szakképzettség	24 (2,5)	NA	NA	3 (3,9)
	Középfokú	518 (55,0)	NA	NA	26 (33,8)
	Felsőfokú	384 (40,8)	NA	NA	45 (58,7)
Életkor év M (SD)		29,4 (11,5)	31,5 (11,5)	28,9 (9,4)	30,1 (11,1)

Megjegyzés: NA = nincs adat.



A vizsgálat rendelkezik a Szegedi Tudományegyetem Pszichológiai Intézetében minden egyes empirikus – szakdolgozati és műhely – munka elvégzéséhez szükséges etikai jóváhagyással.

2.3. Mérőszközök

Szociodemográfiai adatok: rákérdeztünk a válaszadók nemére, életkorára és legmagasabb iskolai végzettségére.

Glover Sérülékenység Kérdőív (Glover Vulnerability Scale, GVS; Glover és mtsai, 1994): a 30-tételes kérdőív négy faktor mentén méri a sérülékenységet: az 1. faktor a *társas komfort érzete*, amely azt tükrözi, hogy mennyire érzi magát egy személy nyugodtnak, és mennyire esik nehezebbre az emberek között mozognia. A 2. faktor a sérülékenységérzés, amely a személy bizonytalanságérzését, a sérüléstől való félelmét és a másoktól való távolságérzetét mutatja meg. A 3. faktor a *paranoia*, a személyek bizalmatlanságát és a mások felé irányuló negatív reakcióinak szubjektív észlelését tükrözi. A 4. faktor a *családi bizalom*, a válaszadó családjára iránti bizalmát és közelségét jelzi. A 30 tételt hatfokú Likert-típusú skálán kell a kitöltőknek értékelniük az elmúlt hétre vonatkozóan (1 = Soha; 2 = Nagyon ritkán; 3 = Ritkán; 4 = Gyakran; 5 = Nagyon gyakran; 6 = Mindig) aszerint, hogy mennyire találják jellemzőnek magukra nézve az adott állítást. A skálán elért magasabb pontszám nagyobb sérülékenységet jelez. Az eredeti, angol nyelvű skála belső konzisztenciája megfelelő volt: Cronbach- α = 0,88 (Glover és mtsai, 1994).

Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skála (Psychological Vulnerability Scale, PVS; Sinclair és Wallston, 1999): a 6 tételből álló, egyfaktoros kérdőív a maladaptív kognitív hiedelmeket méri. A válaszadás ötfokú Likert-típusú skálán történik, amelynek végpontjai: 1 = Egyáltalán nem jellemző rám; 5 = Teljes mértékben jellemző rám. A köztes pontértékekhez nincs szöveges válasz rendelve. Az első ittemmel való egyetértés egy globális, merev, negatív attribúcióra való hajlamot jelez. A hármas, négyes és ötös tétel a perfekcionizmusra, a kritikus önértékelésre való hajlamot és a mások jóváhagyásának szükségletét mutatja. A kettes és hatos tétel a válaszadó beteljesületlen elvárásai feletti csalódottságát jelzi mások rá adott reakcióiban. A skálán elért magasabb pontszám nagyobb sérülékenységet jelez. Az eredeti, angol verzióban a Cronbach- α 0,71 és 0,87 közötti értéket vett fel, a vizsgált mintától függően (Sinclair & Wallston, 1999).

A két kérdőív együttes – de nem összevont – adaptálásakor egységesítettük a válaszadás módját egy ötfokú Likert-skálán, ahol 1 = egyáltalán nem jellemző rám; 2 = inkább nem értek egyet; 3 = igaz is, nem is; 4 = egyetértek; 5 = teljes mértékben jellemző rám.³

³ A kérdőívek későbbi, hazai kutatásokban való alkalmazásával kapott eredmények nemzetközi összehasonlíthatóságát támogatandó a jelen tanulmány *Függelékében* az eredeti válaszlehetőségeket tesszük közzé.

A Rosenberg-féle Önértékelés Skála (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSE; Rosenberg, 1965; magyar változat: Rózsa & V. Komlósi, 2014) a pozitív énképet egy dimenzió mentén, 10 tétellel méri. A válaszadás négyfokozatú Likert-skálán történik (1 = Nagyon nem értek egyet; 2 = Nem értek egyet; 3 = Egyetértek és 4 = Nagyon egyetértek). A skálán elért magasabb pontszám magasabb önértékelést jelez. A kérdőív pszichometriai mutatóit 2014-ben több hazai tanulmányban is vizsgálták eltérő fordításokon (ld. még Urbán, Szigeti, Kökönyei, & Demetrovics, 2014; Sallay, Martos, Földvári, Szabó, & Ittész, 2014): a 10 tételt magában foglaló általános önértékelés faktor belső megbízhatósága minden esetben 0,85 feletti volt.

Az Általános Énhatékonyság Skála (General Self-Efficacy Scale, GSE; Schwarzer & Jerusalem, 1995) a stresszhelyzetekkel való megküzdésből származó kompetenciaérzést méri. Ez egy eredetileg 20 itemes, majd rövidítés után 10 tételből álló skála (a fordítást Kopp Mária végezte), amelyen a válaszadás négyfokozatú Likert-típusú skálán történik (1 = Egyáltalán nem jellemző; 2 = Alig jellemző; 3 = Jellemző; 4 = Teljesen jellemző). A skálán elért magasabb pontszám nagyobb énhatékonyságot jelez. A kérdőív fordításakor a 10 teteles magyar változat nem került validálásra; későbbi vizsgálatok azonban 0,8 feletti megbízhatósági értéket jeleztek (pl. Deutsch, Fejes, Kun, & Medvés, 2015).

A stresszmegélést és a megküzdő kapacitást a *Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívvel* is mértük (*Rahe Brief Stress and Coping Inventory*, Rahe & Tolles, 2002; magyar változat: Rózsa és mtsai, 2005), amelyből az Életesemények a közelmúltban, a Pszichológiai Tünetlista, a Társas támogatottság, a Stresszválasz és az Elégedettség az élettel alskálákra kértük a kitöltők választát. Az egyes alskálákra eltérő válaszadási lehetőségek vannak: meg kell jelölni az elmúlt egy évben előforduló jelentős életeseményeket; a Pszichológiai – depresszív és szorongásos – tünetek előfordulása Igen–Nem kényszerválasztás formájában jelölendő; a Társas támogatottság jelenléte és igénybe vétele a Ritkán (2) Néha (1) Gyakran (0) válaszok mentén értékelhető; a Stresszre adott megküzdési módok alkalmazását és az Élettel való elégedettséget az elmúlt egy évben Ritkán (2) Néha (1) Gyakran (0) értékek mentén válaszolhatjuk meg. A magyar nyelvű validálás során (Rózsa és mtsai, 2005) a Pszichológiai tünetek és a Társas Támogatottság alskálák megbízhatósága 0,6 feletti, elfogadható volt. Azonban a Stresszválasz és az Elégedettség az élettel alskála alacsony megbízhatóságának bizonyult (Cronbach- α = 0,54 és 0,38).

Az SF-36 kérdőív (*Short Form Health Survey*, Ware & Sherbourne, 1992; magyar változat: Czibalmos és mtsai, 1999) az általános életminőséget vizsgálja 8 skála mentén az adott skálához illesztett, változó fokozatú Likert-típusú skálás válaszadással. A mentális és fizikális egészségi állapotra vonatkozó kérdések skálái a következők: fizikai aktivitás (Cronbach- α = 0,922), fizikai problémákból adódó szerepkorlátozottság (Cronbach- α = 0,867), testi fájdalom (Cronbach- α = 0,894), általános egészségérzet (Cronbach- α = 0,720), vitalitás (Cronbach- α = 0,620), társadalmi aktivitás (Cronbach- α = 0,690), az érzelmi problémákból adódó szerepkorlátozottság (Cronbach- α = 0,840) és az



általános mentális egészség (Chronbach- $\alpha = 0,836$). A skálán elért magasabb pontszám jobb életminőséget jelez. A kérdőív skálái egy későbbi, 10 000 fős kutatásban is kiváló, minden esetben 0,7 feletti megbízhatóságot mutattak (Füzesi, Illés, Tistyán, & Czirják, 2004).

A *Big Five Kérdőív* (*Big Five Inventory*, John és mtsai, 1991; magyar változat: Rózsa, 2010) 44 tétel mentén méri az öt személyiségdimenziót (extraverzió, nyitottság, lelkiismeretesség, barátságosság, neuroticizmus [érzelmi instabilitás]), skálánként 8–10 kérdéssel. A válaszokat ötfokozatú Likert-típusú skálán kell jelölni (1 = Egyáltalán nem értek egyet; 2 = Inkább nem értek egyet; 3 = Egyet is értek, meg nem is; 4 = Egyetértek; 5 = Teljesen egyetértek). A skálán elért magasabb pontszám magasabb extraverziót, nyitottságot, lelkiismeretességet, barátságosságot és érzelmi instabilitást jelez. A kérdőívet Rózsa Sándor fordította le. Magyar nyelvre a szerzők tudomása szerint még nem validálták, a belső megbízhatóságra vonatkozó adatok csak egyes vizsgálatokból származnak (pl. Papp-Zipernovszky, Kékesi, & Jámbori, 2017: Extraverzió – Cronbach- $\alpha = 0,69$, Barátságosság – Cronbach- $\alpha = 0,65$).

A *Lezárási Igény Kérdőív* (*Need For Closure Scale*, Kruglanski, 1989; magyar változat: Csanádi, Harsányi, & Szabó, 2009) 47 tétellel vizsgálja a döntések meghozásához szükséges elköteleződés iránti készletet, illetve a lezárás elkerülésének igényét, amely a döntéshozásban a lehetőségek széles körének figyelembevételére ösztönöz. A válaszadás hatfokozatú Likert-típusú skálán történik (végpontjai: 1 = Egyáltalán nem értek egyet; 6 = Teljesen egyetértek; 2, 3, 4 és 5 pontokhoz nincs szöveges válaszadás rendelve). A mérőeszköz skálái: Rend és szervezethez való igény (Cronbach- $\alpha = 0,832$), Döntéskészség (Cronbach- $\alpha = 0,79$), Többszempon-túság igénye/kerülése (Cronbach- $\alpha = 0,62$), Bizonytalansággal szembeni ellenérzés (Cronbach- $\alpha = 0,82$), Újdonság-keresés/-kerülés igénye (Cronbach- $\alpha = 0,58$) – az utolsó kivételével megfelelő belső megbízhatósággal rendelkeztek az egyetemista mintán történt validálás során. A skálán elért magasabb pontszám nagyobb igényt jelez a rend és szervezethez való igényre, a gyorsabb és határozottabb döntéshozás, a többszempon-túság és az újdonság kerülése irányában, valamint nagyobb ellenérzést a kétértelműséggel szemben.

2.4. Statisztikai elemzések

Az adatokat SPSS for Windows 25 és AMOS 24 programcsomagok segítségével elemeztük. Az adattisztítást követően a teljes mintát ($n = 942$) random módon megfeleztük a feltáró (EFA) és a megerősítő faktorelemzés (CFA) elvégzéséhez. Az EFA Principal Axis Factoring módszerrel, Promax rotációval történt. Az adatok faktoranalízisben való alkalmazhatóságát Bartlett-féle sfericitás teszttel, valamint Kaiser–Meyer–Olkin-mutatóval vizsgáltuk. A tételbesoro-

lás kritériumai a következők voltak: 1. a faktorokon belül az állítások nem szerepelhetnek 0,4 faktortöltés alatt, és 2. a keresztöltések faktorsúlyai különbségének is legalább ekkorának kell lennie (Tabachnik & Fidell, 2001).

A megerősítő faktoranalízis (Maximum Likelihood becs- lési eljárással) során Browne és Cudeck (1993) javaslatai alapján az alábbi illeszkedési mutatókat vettük figyelembe: a khi-négyzet/szabadságfok hányadost (CMIN/df <3), az RMSEA-t (Root Mean Square Error of Approximation, <0,05), a CFI-t (Comparative Fit Index, >0,9) és a TLI-t (Tucker-Lewis Index, >0,9). Az illeszkedési indikátorok refe- renciaértékeit Hu és Bentler (1999) alapján határoztuk meg.

A skálák belső konzisztenciáját Cronbach- α mutatóval fejeztük ki, amit 0,7-es érték felett fogadtunk el.

A Glover Sérülékenység Kérdőív (GVS) és alszállái és a Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skála (PVS) nem követték a normális eloszlást. A Kolmogorov–Smirnov-teszt eredményei (df minden esetben 915, $p < 0,005$): család = 0,282, társas = 0,081, érzelmi = 0,082, Glover Sérülékenység Kérdőív összpontszám = 0,051, Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Kérdőív = 0,054), így a demográfiai különbségek, a konvergencia és divergencia validitása, és a teszt-erősség megbízhatóság vizsgálatahoz is nemparaméteres statisztikai próbákat használtunk (Spearman-féle rangkorrelációs elemzés, Mann–Whitney U -próba).

3. EREDMÉNYEK

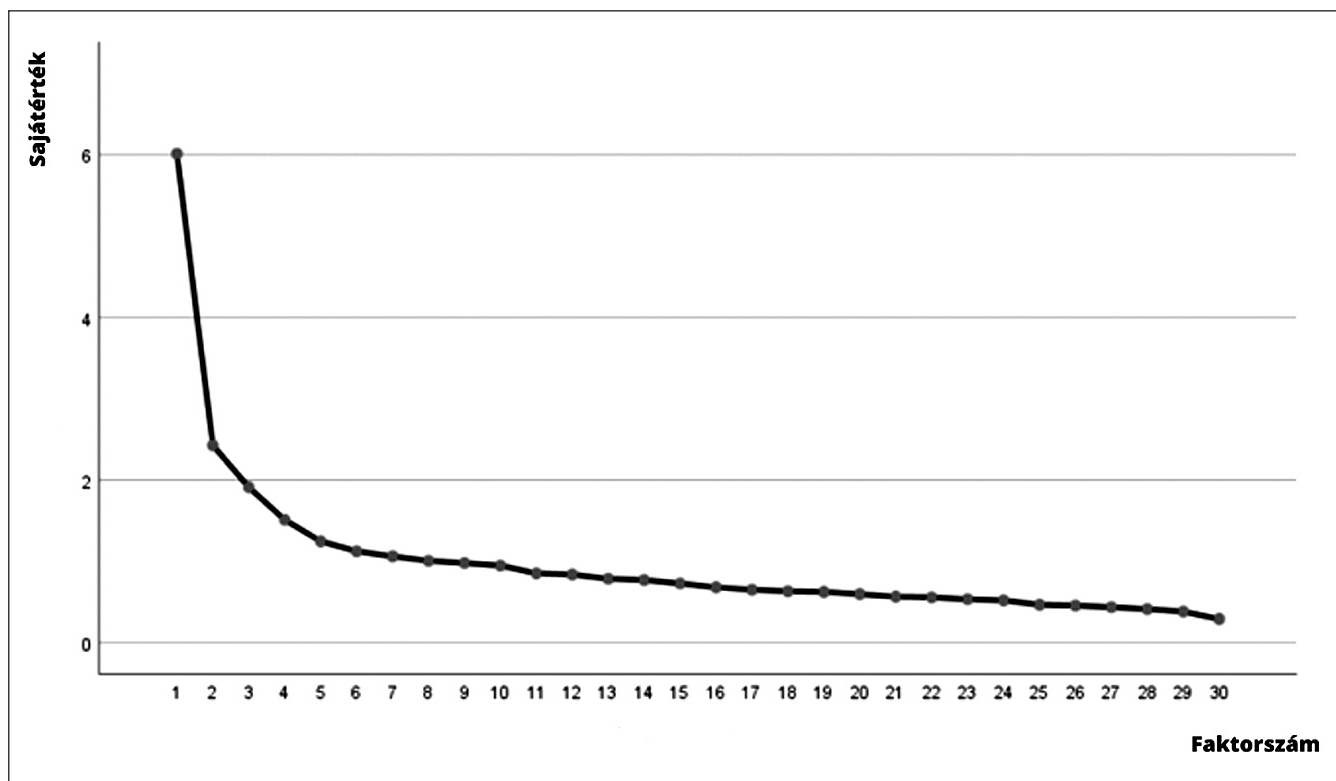
3.1. A pszichológiai sérülékenységet mérő skálák pszichometriai elemzése

3.1.1. A faktorszerkezet vizsgálata

3.1.1.1. A Glover Sérülékenység Kérdőív skáláinak meghatározása

A 30 tételes Glover Sérülékenység Kérdőív faktorstruktúráját feltáró faktorelemzéssel (EFA) Principal Axis Factoring módszerrel, Promax rotációval vizsgáltuk, a teljes mintát random módon megfeleztük (471 fő). Az elemzés előszöri le- futtatásakor kapott KMO értéke 0,816 volt, amely szerint a minta alkalmas faktorelemzésre. A lejtődiagram (1. ábra) megenged három- (a variancia 33,88%-át magyarázza), illetve négyfaktoros (a variancia 38,99%-át magyarázza) meg- oldást is; az utóbbi igazodik a tételek eredeti alszállákba való illeszkedéséhez. Összevetve azonban a két változatot, a fel- táró elemzéssel kapott négyfaktoros struktúra alszállái nem tükrözték az eredeti elméleti konstrukciók tartalmát, így a háromfaktoros megoldással dolgoztunk tovább.





1. ábra. Az exploratív faktorelemzés lejtődiagramja

13 item esetében nem teljesültek az előzetesen felállított kritériumaink: vagyis vagy 0,4 alatti volt a faktorsúlyuk, vagy ha több faktoron is súlyozódtak, akkor a faktorok keresztöltésének különbsége nem érte el a 0,4-et. Ez alapján az eredeti kérdőívből – Glover és munkatársai (1994) eljárását követve – a következő tételekkel nem dolgoztunk tovább a faktorok megállapításánál: 1., 3., 5., 11., 13., 14., 15., 17., 19., 22., 23., 25. és 27. Ez a Glover Sérülékenységi Kérdőív szinte teljes Paranoia alskáláját érinti, megtartható volt viszont a másik három *Sérülékenységérzés*, *Társas diszkomfort* és *Családi bizalmatlanság* alskála (2. táblázat).⁴

A Családi bizalmatlanság alskála megfelel a Glover Sérülékenységi Kérdőív eredeti alskálájának, kiegészülve a fordított irányban mérő 10. tétellel. A Sérülékenységérzés három tételt megtartott az eredetiből (2., 4., 6.), ide illeszkedett még a Paranoia alskálából megmaradt két tétel (21., 28.) és az eredetiben egyik faktorba sem illeszkedő 9. és 26. tétel. A Társas diszkomfort alskála 7., 16., 20., 24., 29. és

30. tételei az eredetiben is ide tartoztak, emellett az eredetiben csak az összpontszámbe beleszámító 12. item került ide.

Elmondható tehát, hogy a magyar változatban hat tétel kivételével minden tétel az eredetinek megfelelő alskálákba tartozik, a létrejött alskálák tartalma megfelelő, a Paranoia alskála kiesése megfelel a vizsgált mintának, és kitűzött céljainknak is. A faktorok a variancia 45,62%-át magyarázzák.

A 17 tételre redukált kérdőív háromfaktoros modellje faktorstruktúrájának érvényességét és a változók egymás közötti viszonyait az IBM SPSS programcsomag strukturális egyenletekkel történő modellezésére szolgáló elemével, az AMOS 24.0 szoftverrel is megvizsgáltuk (Münnich & Hidegkuti, 2012). Ennek előfeltétele, hogy ne legyenek hiányzó értékek az adatbázisban, teljesült – ez a konstruktum, konvergencia és divergens validálás összesített, és a statisztikai próbához random módon kettéosztott mintájából 471 fős mintát eredményezett.

⁴ Az eredeti kérdőívben Social Comfort és Family Trust elnevezésű alskálák teljes egészében fordított pontozásúak, és fordított irányban mérik a sérülékenységet. Ennek jelzésére a magyar változatban Társas diszkomfort-ra és Családi bizalmatlanság-ra neveztük át ezeket az alskálákat.

2. táblázat: A Glover Sérülékenység Kérdőív tételeinek 3 faktoros, feltáró faktoranalízisének eredménye

Alskálák és tételek a faktorok szerint	1. faktor	2. faktor	3. faktor
Sérülékenységérzés			
2. Elhagyom vagy eltaszítom magamtól az embereket, mielőtt túl közel kerülhetnének hozzám.	0,48		
4. Sebezhetőnek és/vagy fizikailag fenyegetettnek érzem magam.	0,74		
6. Félek attól, hogy az emberek elutasítanak, ha túl közel engedem őket magamhoz.	0,67		
9. Könnyen megbántódom.	0,54		
21. Félek attól, hogy az emberek bosszút állhatnak rajtam.	0,69		
26. Az emberek nem értenek meg.	0,56		
28. Úgy hiszem, az emberek kihasználnak engem.	0,61		
Társas diszkomfort			
7. Jól érzem magam új helyeken és helyzetekben.		0,61	
12. Szeretek magamról beszélni.		0,58	
16. Jól érzem magam, mikor másokkal beszélgetek.		0,65	
20. Nem esik nehezemre megnyílni mások előtt.		0,53	
24. Barátságos vagyok az emberekkel.		0,50	
29. Jól érzem magam zsúfolt helyeken (például: mozi, étterem, bevásárlóközpont).		0,42	
30. Szeretek összejárni a barátaimmal.		0,52	
Családi bizalmatlanság			
8. Megbízom a családomban.			0,69
10. Nagyobb biztonságban, védve érzem magam az otthonomban.			-0,68
18. Szoros kötelék fűz a családomhoz.			0,84
Cronbach-α	0,77	0,72	0,65

Megjegyzés: a táblázatban csak a 0,4-nél magasabb abszolút értékű faktorsúlyú tételeket jelenítettük meg. Ha egy tétel több faktoron is súlyozódott, akkor hagytuk meg, ha a faktorok keresztöltésének különbsége legalább 0,4 volt.

A konfirmatív (megerősítő) faktoranalízis (2. ábra) eredményei szerint az illeszkedés jóságának általunk használt mutatói kitűnőek vagy elfogadhatóak (CMIN/DF = 2,94; RMSEA = 0,064; CFI = 0,89; TLI = 0,85). A CFI és a TLI értékei gyenge illeszkedésre utalnak, de a többi mutatóval együtt értékelve ez is beleesik az elfogadható tartományba (Browne & Cudeck, 1993; Hu & Bentler, 1999). Mindez azt jelenti, hogy a Glover Sérülékenység Kérdőív magyar változatára megfelelő és jól alkalmazható az általunk feltárt háromfaktoros modell. A faktorok alapstatisztikáját és egymás közti összefüggéseiket a 3. táblázatban foglaltuk össze.

3.1.1.2. A Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skála egyfaktoros elméleti modelljének tesztelése

A Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skálán az előzőhöz hasonlóan megerősítő faktorelemzést végeztünk a random módon kettéosztott minta második felén (471 fő). Az eredmények szerint az illeszkedés jóságának általunk használt mutatói kitűnőek (CMIN/DF = 1,49;

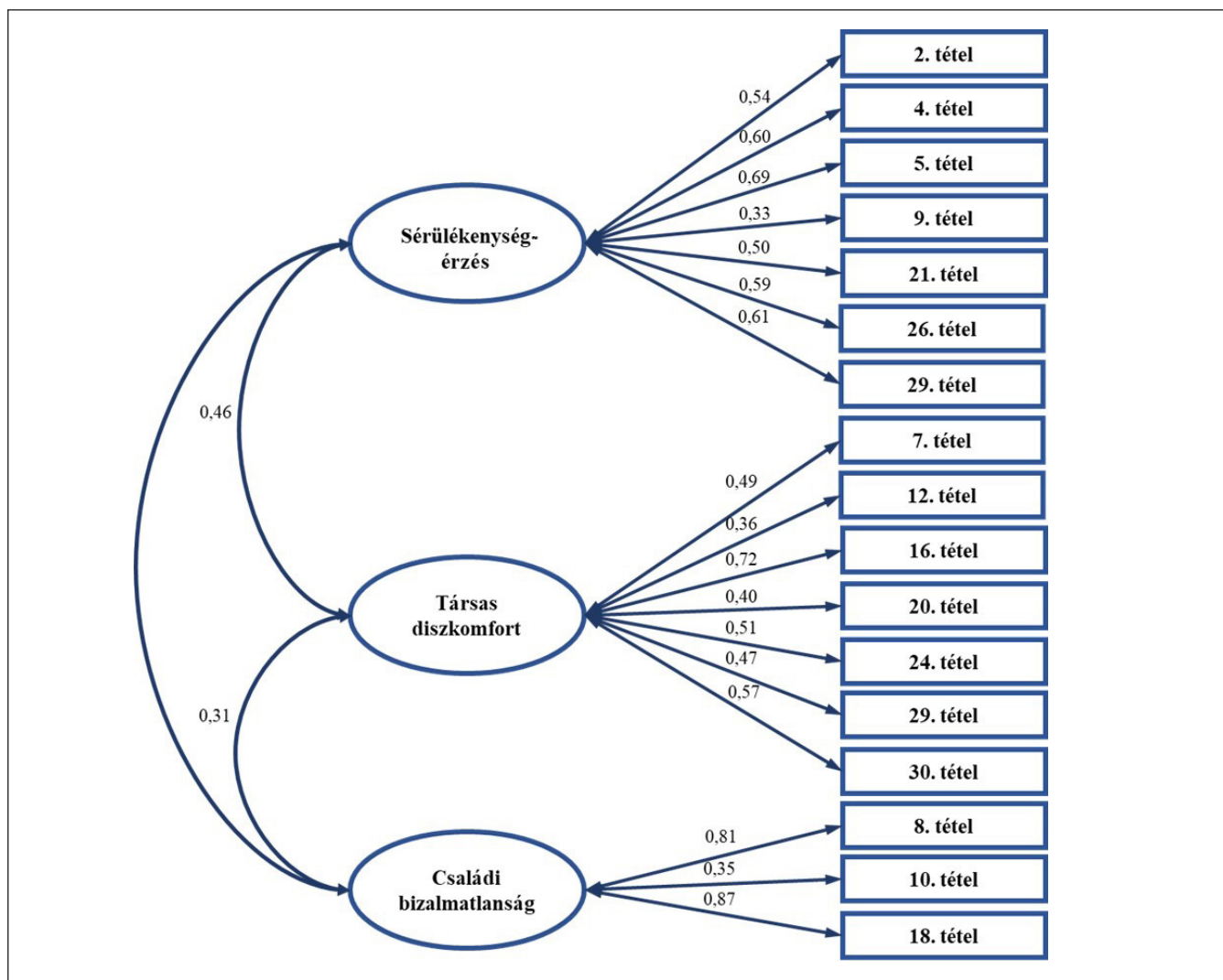
RMSEA = 0,03; CFI = 0,99; TLI = 0,98), a magyar nyelvű változat esetén is alátámasztva az egyfaktoros elméleti modellt.

3.1.2. A kérdőívek reliabilitása

Az alskálák belső konzisztenciáját tükröző Cronbach- α értékek a Glover Sérülékenység Kérdőív két alskálája esetében a legjobb kategóriába esnek (0,70 és 0,90 közé), a Családi bizalmatlanság esetében pedig kevéssel marad el a 0,7-es elvárt értéktől (2. táblázat). A Sinclair és Wallston-féle Sérülékenység Skála esetében a belső megbízhatóságot jelző Cronbach- α értéke megfelelő (0,76).

Az időbeli megbízhatóság megállapítására két felvétel során nyert adatokat korrelációs vizsgálatnak vetettük alá. Az eredeti mintából 77 fő töltötte ki újra, 6 hét elteltével a pszichológiai sérülékenységet mérő kérdőíveket és a demográfiai kérdéseket. A két mérési időponthoz tartozó adatok szoros összefüggést mutattak mind a Glover Sérülékenység Kérdőív összpontszám ($r_s = 0,89$; $p < 0,001$), mind pedig a Sinclair és Wallston-féle Sérülékenység Skála pontszáma esetén ($r_s = 0,86$; $p < 0,001$).





2. ábra. A Glover Sérülékenység Kérdőív magyar változatának megerősítő faktorelemzése az EFA eredményei alapján kapott háromfaktoros modell tesztelésére

Megjegyzés: az egyirányú nyilak a standardizált faktorsúlyokat, a kétirányú nyilak a látens változók közötti korrelációs együtthatókat mutatják be.

3.1.3. A kérdőívek validitása

3.1.3.1. Konkurens validitás

A skálák közti gyenge, illetve közepes mértékű összefüggések azt mutatják, hogy a pszichológiai sérülékenység (érzelmi, társas és kognitív) területei együtt járnak; kifejezetten erős korrelációt a kognitív sérülékenység (Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skála) és az aktuális érzelmi sérülékenység (Glover Sérülékenység Kérdőív, Sérülékenységérzés alskála) között kaptunk. A Spearman-féle rangkorrelációs elemzés eredményeit a 3. táblázatban részletezzük.

3.1.3.2. Konvergens validitás

Kutatásunk elsődleges célja a magyar nyelvű sérülékenység skálák faktorszerkezetének tesztelése mellett annak ellenőrzése volt, hogy a skála és a faktorok pontszáma milyen kapcsolatokat mutat meglévő, széles körben használt, a szakirodalomban a sérülékenység koncepciójával kapcsolatot mutató, de nem pszichopatológiai kérdőívek eredményeivel. A konvergens validitást a fizikai és mentális állapottal összefüggésben (Canter és mtsai, 1966), a stresszmegéléssel és a megküzdési képességgel (Cassidy & Burnside, 1996), az önértékeléssel (Haefel és mtsai, 2007), a Big Five személyiségvonások közül pedig a Neuroticizmussal vizsgáltuk.

3. táblázat. A Glover Sérülékenység Kérdőív és a Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skála leíró adatai és a faktorok összefüggései

Kérdőív skála	Tételek száma	M (SD)	1.	2.	3.	4.
1. Sérülékenységérzés (GVS)	7	17,12 (5,34)	–	–	–	–
2. Társas diszkomfort (GVS)	7	17,16 (4,49)	0,39	–	–	–
3. Családi bizalmatlanság (GVS)	3	4,99 (2,32)	0,21	0,11	–	–
4. Glover Sérülékenység Kérdőív (GVS) összpontszám	30	77,84 (12,48)	0,86	0,67	0,55	–
5. Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skála	6	17,94 (5,01)	0,66	0,21	0,25	0,58

Megjegyzés: $n = 942$. GVS = Glover Sérülékenység Kérdőív. Spearman-féle rangkorrelációs együtthatók, $p < 0,001$ minden esetben.

A Spearman-féle rangkorrelációs elemzés eredményeit a 4–5. táblázatban foglaljuk össze. Eredményeinkből az látszik, hogy a legerősebb, jellemzően közepes vagy erős együttjárás az életminőség egyes dimenzióival (érzelmi problémákból adódó szerepkorlátozottság, vitalitás, mentális egészség, társas működés), illetve a stressz megélésével, a megküzdő képességgel, ezek érzelmi komponenseivel (szorongás, depresszió) és az önértékeléssel a sérülékenység érzését (Glover Sérülékenység Kérdőív Sérülékenységérzés alskála) és a kognitív sérülékenységet (Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skála) jellemzi. A Társas diszkomfort alskála és a Glover Sérülékenység Kérdőív összpontszám ugyanezekkel a konstruktumokkal jellem-

zően gyenge együttjárást mutat. Ezek az eredmények megfelelnek előzetes elvárásainknak: a sérülékenység kifejezettebb érzelmi és társas korlátozottságérzéssel, alacsonyabb vitalitással, rosszabb mentális egészséggel, nagyobb stresszre adott válasszal, alacsonyabb megküzdő képességgel, énhatékonyságérzéssel és alacsonyabb önértékeléssel jár együtt. A konvergencia validitás-vizsgálat a Családi bizalmatlanság alskála esetében hozott nem várt eredményeket: egyetlen másik konstruktummal sem függött össze szignifikánsan. Emellett a fizikai fájdalommal és az ebből fakadó szerepkorlátozottsággal – elvárásainkkal ellentétben – nem, vagy a Társas diszkomfort alskála esetében csak elhanyagolható – kapcsolatban álltak mérőeszközeink.

4. táblázat. A Glover Sérülékenység Kérdőív és a Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skála konvergencia validitásának vizsgálata (szignifikáns együttjárások az életminőséget mérő SF-36 kérdőív skáláival)

Kérdőív neve/faktorai	Szerepkorlátozottság – fizikai problémák	Szerepkorlátozottság – érzelmi problémák	Vitalitás	Mentális egészség	Társadalmi aktivitás
Sérülékenységérzés (GVS)	–0,14	–0,47***	–0,45***	–0,54***	–0,44***
Társas diszkomfort (GVS)	–0,27**	–0,19***	–0,24***	–0,18***	–0,20***
Családi bizalmatlanság (GVS)	–0,03	0,01	–0,02	–0,07	0,06
GVS összpontszám	–0,06	–0,31***	–0,28***	–0,32***	–0,27***
Pszichológiai sérülékenység (PVS)	–0,18	–0,47***	–0,45***	–0,50***	–0,48***

Megjegyzés: $n = 211$. GVS = Glover Sérülékenység Kérdőív, PVS = Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skála. Spearman-féle rangkorrelációs együtthatók. *** $p < 0,001$.



5. táblázat. A Glover Sérülékenység Kérdőív és a Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skála konvergens validitás vizsgálatának további szignifikáns eredményei

Kérdőív neve/faktorai	Rahe – Pszichológiai tünetek (depresszió & szorongás)	Rahe – Társas támogatottság	Rahe – Stresszre adott válasz	Rahe – Elégedettség az étellel	Általános énhatékonyság	Rosenberg-féle Önértékelés
Sérülékenységérzés (GVS)	0,52***	-0,45***	-0,60***	-0,41***	-0,40***	-0,67***
Társas diszkomfort (GVS)	0,13***	-0,39***	-0,25***	-0,22***	-0,27***	-0,28***
Családi bizalmatlanság (GVS)	0,04	0,06	0,12	-0,10	0,06	-0,03
GVS összpontszám	0,35***	-0,28***	-0,41***	-0,31***	-0,15	-0,44***
Pszichológiai sérülékenység (PVS)	0,52***	-0,38***	-0,57***	-0,48***	-0,40***	-0,67***

Megjegyzés: $n = 435$. GVS = Glover Sérülékenység Kérdőív, PVS = Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skála. Spearman-féle rangkorrelációs együtthatók. *** $p < 0,001$.

A Big Five személyiségvonások közül a szakirodalom alapján az Érzelmi instabilitással vártunk összefüggéseket, melyek a Családi Bizalmatlanság alskála kivételével a várt irányban teljesültek (ld. 6. táblázat). Így azt mondhatjuk, hogy a pszichés sérülékenység nagyobb Érzelmi instabilitással jár együtt.

3.1.3.3. Divergens validitás

A pszichológiai sérülékenységet mérő kérdőívek divergens validitás vizsgálatának részeként a többi Big Five személyi-

ségvonást és a Lezárás iránti igényt mértük. A Lelkiismeretesség és a Nyitottság esetében, valamint a Lezárási igény kérdőív Rend és szervezettség igénye, Többszempontúság igénye/kerülése és Újdonságkeresés/kerülés igénye alskáláinál teljesült az összefüggések hiányára vonatkozó elvárásunk. Az Extraverzió és a Barátságosság gyenge, illetve gyenge és közepes negatív korrelációt mutatott a Családi bizalmatlanság kivételével az összes faktorial. Hasonlóan, a Döntéskészség és a Bizonytalansággal szembeni ellenérvény gyenge, de szignifikáns mértékben korrelált a sérülékenységgel (ld. 6. táblázat).

6. táblázat. A Glover Sérülékenység Kérdőív és a Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skála divergens validitás vizsgálatának szignifikáns eredményei

Kérdőív neve/faktorai	BFI-44 Extraverzió	Barátságosság	Érzelmi instabilitás	Nyitottság	Lezárás iránti igény Döntéskészség	Bizonytalansággal szembeni ellenérvény
Sérülékenységérzés (GVS)	-0,47**	-0,41**	0,66**	-0,01	-0,34**	0,31**
Társas diszkomfort (GVS)	-0,39**	-0,13	0,23**	-0,18**	-0,16	0,25**
Családi bizalmatlanság (GVS)	0,08	0,04	0,12	-0,10	-0,04	0,13
GVS összpontszám	-0,21**	-0,35**	0,41**	0,14	-0,07	0,24**
Pszichológiai sérülékenység (PVS)	-0,29**	-0,27**	0,59**	-0,05	-0,30**	0,36**

Megjegyzés: $n = 211$. GVS = Glover Sérülékenység Kérdőív, PVS = Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skála. Spearman-féle rangkorrelációs együtthatók, ** $p < 0,01$.



3.2. Nemi, életkori és iskolai végzettség szerinti különbségek a sérülékenységek tekintetében

A férfi és a női válaszadók pontszámait Mann-Whitney U-próbával hasonlítottuk össze: a Társas diszkomfort és a Családi bizalmatlanság alskálán nem találtunk statisztikailag szignifikáns különbséget a nemek között ($p > 0,05$). Ugyanakkor a Glover Sérülékenység Kérdőív összpontszáma esetében ($U(936) = 119\,814,5$; $p < 0,01$, $\eta^2 = 0,007$), a Sérülékenységérzés alskálán ($U(936) = 111\,946$; $p < 0,01$, $\eta^2 = 0,009$), valamint a Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skálán ($U(936) = 107\,358$; $p < 0,01$, $\eta^2 = 0,016$) a nők pontszáma magasabb.

A korrelációs elemzések eredményei szerint az életkorral a Glover Sérülékenység Kérdőív mindegyik alskálája és a Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skála szignifikáns, de elhanyagolható mértékű lineáris kapcsolatban áll (az együtthatók abszolút értékei a $0,11 < r_s(923) < 0,168$ tartományban vannak).

Nem-paraméteres Kruskal-Wallis próbával vizsgálva a magasabb iskolai végzettség a Glover Sérülékenység Kérdőív Családi Bizalmatlanság ($F(3) = 9,435$; $p = 0,024$) és Sérülékenységérzés ($F(3) = 21,2$; $p < 0,001$) alskálájánál, valamint az összpontszám ($F(3) = 12,876$; $p = 0,005$) esetén egyértelműen alacsonyabb sérülékenységet mutatott. A lineáris csökkenéstől a szakiskolai végzettség tért el: ez minden esetben magasabb sérülékenységgel járt együtt az általános iskolainál. Ez a mintázat jellemezte a Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skálát is ($F(3) = 9,255$; $p = 0,026$).

4. MEGBESZÉLÉS

Vizsgálatunkban a pszichológiai sérülékenység két eltérő koncepcióját vetettük össze: az elszenvedett trauma hatására kialakuló sérülékenységet, amely a PTSD érzelmi összetevőjeként is megjelent például Glover és munkatársai (1994) kutatásaiban. Az általuk kifejlesztett *Glover Vulnerability Scale*-lel a PTSD-ben szenvedő háborús veteránokat sikeresen elkülönítették más, szorongásos és depresszív megbetegedéssel élőkől. Egy későbbi felmérésben a kérdőív más jellegű traumákat és gyermekkori bántalmazást átélte személyeket különített el (Glover és mtsai, 1995). A depresszió kognitív elméleti hátterű kutatásának képviselői a vulnerabilitást a mentális betegség kialakulását elősegítő személyiségtényezőnek, maladaptív séma- és érzelmi mintázatnak tartják, amelyet Sinclair és Wallston (1999) szintén egy saját szerkesztésű kérdőívvel, a *Psychological Vulnerability Scale*-lel mért több vizsgálatban, elsősorban krónikus fizikai betegséggel élőknel. Mérőeszközük későbbi felhasználásai egyértelműen a mai stressz kutatás vizsgálati kontextusába helyezték a vulnerabilitás fogalmát, a „stresszre érzékeny személyiség” kognitív mutatójaként. Fontos megjegyezni, hogy egyes elméletekben ezek az irányok mára

összeérték – például Brewer (1993) specifikus sérülékenység modelljében vagy Johnson és munkatársai (2016) kutatásában –, és cirkuláris oksági körben magyarázzák a sérülékenységre hajlamosító kognitív és személyiségbeli mintázatok és a traumatikus események testi és lelki betegségekben való manifesztációját.

A két eredeti megközelítés reprezentálására a hozzájuk tartozó mindkét kérdőívet adaptáltuk magyar nyelvre, valamint validitását megvizsgáltuk heterogén, nem-klinikai populáción. Ennek eredményeként a Glover Vulnerability Scale magyar változata, a Glover Sérülékenység Kérdőív egy 30 ítemes kérdőív, ami 3 alskálát tartalmaz (Sérülékenységérzés, Társas diszkomfort, Családi bizalmatlanság). A Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skála pedig a 6 tételt megtartott, 1 faktoros skála.

A feltáró és a konfirmátoros faktoranalízis egyaránt a GVS magyar változatának háromfaktoros szerkezetét támasztja alá. Az eredeti, angol nyelvű kérdőív explicit patológiára utaló Paranoia alskálája nem jelent meg a saját, heterogén, nem-klinikai, elsősorban egyetemistákból álló mintánkon. Ez egyúttal a koncepció stressz kutatásban való alkalmazhatóságát is alátámasztja. A Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skála belső megbízhatósága és a megerősítő faktorelemzés mutatói az egyfaktoros szerkezet mellett kiválóak voltak, ami egybeesik mind az eredeti angol nyelvű, mind a portugál adaptáció (Nogueira és mtsai, 2017) (a többi angoltól eltérő nyelvű kutatás nem közöl validáló pszichometriai adatokat) értékeivel.

A Glover Sérülékenység Kérdőív 3 faktora csupán 6 tételben tér el az eredeti kérdőív azonos elnevezésű és tartalmú alskáláitól. A magyar mérőeszköz faktoraiban minden esetben alacsonyabb belső megbízhatóságúak az angol nyelvűnél, de a Sérülékenységérzés és a Társas diszkomfort esetén ez az érték még mindig a legjobb kategóriába esik. A Családi bizalmatlanság skála alacsonyabb, de még elfogadható értékét a kevés tételszámmal is magyarázhatjuk.

Az ismételt mérés reliabilitás vizsgálat – 6 hetes időbeli eltéréssel – az eredeti kérdőívekhez hasonló, 0,8 és 0,9-es korrelációs érték közötti megbízhatóságot mutatott mindkét mérőeszköznel, ami a konstrukciók tartós személyiségjellemző jellegét támasztja alá.

Kifejezetten erős korrelációt találtunk a Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skála és a Glover Sérülékenység Kérdőív Sérülékenységérzés alskálája között, de a két koncepcióhoz tartozó mérőeszköz többi alskálája is szignifikáns együttjárást mutatott. Ez a sérülékenység esetében a kognitív (maladaptív sémák, PVS) és érzelmi terület (Sérülékenységérzés alskála, GVS) szoros összefüggésére mutat rá, amelyeket kevésbé szorosan kísérnek a társas izoláció különböző fokozatai. Emiatt javasoljuk kutatásokban a két teszt együttes alkalmazását.

Magyar nyelvre adaptált pszichológiai sérülékenységet mérő kérdőívünk a szakirodalmi adatoknak megfelelően gyenge és közepesen erős, szignifikáns összefüggéseket mutatnak az életminőség egyes dimenzióival (érzelmi problémákból adódó szerepkorlátozottság, vitalitás, mentális egészség, társas működés), illetve a stressz megéléssel, ezek



érzelmi komponenseivel (szorongás, depresszió, vö. Flett, Galfi-Pechenkov, Molnar, Hewitt, & Goldstein, 2012; Schill & Sharp, 1995) és az önértékeléssel (Franck & de Raedt, 2007; Haefel és mtsai, 2008). Eredményeink rámutatnak a magas sérülékenység esetén megjelenő alacsony megküzdő képességre és énhatékonyságérzésre is.

A testi fájdalomérzettel és a fizikai állapotból fakadó korlátozottságérzéssel azonban mérőeszközeink nem függetek össze. Ezt valószínűleg a Sinclair és Wallston által vizsgált szomatikus betegmintától eltérő, jellemzően egészséges, fiatal (átlagéletkor 29,41 év) mintánk magyarázhatja. A konvergencia validitás vizsgálata a Családi bizalmatlanság alskála esetében semmilyen más mért konstrukttal nem mutatott együttjárást, így ennek a szoros kapcsolatokkal átfedő tartalmát érdemes további vizsgálatokkal feltárni.

A divergens validitás vizsgálata esetében elvárásainknak megfelelt a sérülékenység függetlensége a Big Five Kérdőív Lelkiismeretesség és Nyitottság skáláitól, valamint a Lezárási Igény Kérdőív kognitív rigiditásra utaló skáláitól (Rend és szervezethez való igénye, Többszemponúság igénye és Újdonosság igénye). Közvetlen szakirodalmi előzmények hiányában ide soroltuk az Extraverzió és a Barátságosság skálákat is, azonban a sérülékenység társas izolációra vonatkozó tartalma miatt ezek esetében gyenge és közepes negatív együttjárást kaptunk a Családi bizalmatlanság kivételével az összes faktortal. A Lezárási Iránti Igény Kérdőívnek a depresszív gondolkodással átfedő skáláival (Döntéskészség, Bizonytalanságtűrés) szintén gyenge, de szignifikáns összefüggést mértünk kérdőívünk esetében.

Nemi különbségek vizsgálata terén a sérülékenységben és a hozzá kapcsolódó stresszkutatásban megjelenő fogalmaknál a szakirodalom eltérő eredményekkel szolgál: egyes szerzők a nemek közötti különbségeket (Kessler & McLeod, 1984), míg mások inkább a hasonlóságokat emelik ki. Magyarországon az Észlelt Stressz Kérdőív, a Rahe-féle Rövid Stressz Kérdőív és a Hétköznapi Életesemények Kérdőív használatakor sem találtak jelentős különbséget a nemek között (Rózsa és mtsai, 2005; Stauder & Konkoly, 2006; Rózsa és mtsai, 2008). Saját eredményeinkben a Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skála, valamint a Glover Sérülékenység Kérdőív *Sérülékenységérzés* alskálája és összpontszáma esetében szignifikáns különbség mutatkozott a két nem között – a nők magasabb pontszámot értek el. Ugyanakkor a *Társas diszkomfort* és a *Családi bizalmatlanság* alskálákon nem jelentkezett nemi különbség. Az előbbi a stresszorok magasabb szintjével magyarázható nők esetében – ők érzékenyebbek a főként munkahelyi és házastársi stresszre (Ádám, Cserhádi, Balog, & Kopp, 2010).

A Psychological Vulnerability Scale eredeti és portugál eredményei is magasabb értékeket találtak nőknél, amit Sinclair és Wallston (1999) a nemi szocializációval magyaráz: a siker kisebb támogatottsága és a hibák negatív értékelése kifejezettebben jelenik meg nőknél.

Az életkorral a sérülékenység mérőeszközök szignifikáns, de elhanyagolható mértékű együtt járást mutattak. Az iskolai végzettség emelkedése pedig – a szakiskola kivételével – lineárisan csökkenő kapcsolatban állt a Glover Sérülékenység Kérdőív összpontszáma, a Családi Bizalmatlanság és a Sérülékenységérzés alskálái valamint a Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skála esetében is. Az eredeti, angol nyelvű kérdőívek pontszámai nem függetek össze az életkorral és az iskolai végzettséggel (Glover és mtsai, 1994; Sinclair & Wallston, 1999).

Kutatásunk korlátja a kényelmi mintaválasztásból fakad. Elsősorban magasabb iskolai végzettségű, fiatalabb személyek töltötték ki a kérdőíveket. Így a Glover Sérülékenység Kérdőív és a Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skála standard értékeit érdemes további, reprezentatív, valamint speciális mintákon is meghatározni, pl. klinikai betegcsoportokon. A mintánk ugyanakkor egybevága a Sinclair és Wallston-féle Pszichológiai Sérülékenység Skála legújabb, és részben a saját céljainkkal is egybevága felhasználási gyakorlatával: egyetemisták egészségprevenciós programjainak kialakításához fordították le török (Satici és mtsai, 2013) és portugál (Nogueira és mtsai, 2017) nyelvre.

Megítélésünk szerint a vulnerabilitás koncepciója jól tükrözi a trauma fogalmának változásait egészen napjainkig, és magyarra adaptált kérdőívünk alkalmasak a sérülékenység mérésére mind kutatási, mind gyakorlati területen. Az ez irányba tett lépésekre példa a lumbális gerincműtét előtt álló betegek pszichológiai állapotfelmérésének vizsgálata (Pócza-Véger, Csabai, & Barzó, 2016), illetve egészségügyi dolgozók egészségének felmérése.

Köszönetnyilvánítás: Ezúton szeretnénk köszönetet mondani az adatfelvételben közreműködő pszichológia szakos hallgatóknak.

Szerzők munkamegosztása: Papp-Zipernovszky Orsolya: koncepció, kutatási design, adatgyűjtés koordinálása, statisztikai elemzés, tanulmány írása. Kovács Petra: tanulmány írása. Devecsery Ágnes: kutatási design, statisztikai elemzés, tanulmány írása.

Nyilatkozat érdekütközésről: szerzők ezúton kijelentik, hogy esetükben nem állnak fenn érdekütközések.



IRODALOM

- Ádám, Sz., Cserháti, Z., Balog, P., & Kopp, M. (2010). Nemi különbségek a stressz szintjében és a pszichoszociális jóllét mutatóiban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11(4), 277–296. <https://doi.org/10.1556/Mental.11.2010.4.3>
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). (DSM-III). Cambridge University Press
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25, 3186–3191. <http://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row
- Brewer, B. W. (1993). Self-identity and specific vulnerability to depressed mood. *Journal of Personality*, 61(3), 343–364. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1993.tb00284.x>
- Brown, G. W., & Harris T. O. (1989). *Life events and illness*. The Guilford Press
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). *Alternative Ways of Assessing Model Fit*. Sage Publications
- Canter, A., Imboden, J. B., & Cluff, L. E. (1966). The frequency of physical illness as a function of prior psychological vulnerability and contemporary stress. *Psychosomatic Medicine*, 28, 344–350.
- Carr, S., Colthurst, K., Coyle, M., & Elliott, D. (2013). Attachment dimensions as predictors of mental health and psychosocial well-being in the transition to university. *European Journal of Psychology of Education*, 28(2), 157–172. <https://doi.org/10.1007/s10212-012-0106-9>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). *Személyiségpszichológia*. Osiris Kiadó
- Cassidy, T., & Burnside, E. (1996). Cognitive appraisal, vulnerability and coping: An integrative analysis of appraisal and coping mechanisms. *Counselling Psychology Quarterly*, 9, 261–279. <https://doi.org/10.1080/09515079608258707>
- Chambers, R. (1989). Vulnerability. How the poor cope. *IDS Bulletin*, 20, 1–7.
- Czimbalmos, Á., Nagy, Zs., Varga, Z., & Husztki, P. (1999). Páciens megelégedettségi vizsgálat. *Népegészségügy*, 80, 4–19.
- Csabai, M., & Molnár, P. (2009). *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Csabai, M., & Papp-Zipernovszky, O. (2019). Psychopolitics and illness constructions in the background of the DSM-5's Trauma-concept. In: Borgos A., Erős F., & Gyimesi J. (Eds.), *Psychology and Politics: Intersections of Science and Ideology in the History of Psy-Sciences* (pp. 329–345). Central European University Press
- Csanádi, A., Harsányi, Sz. G., & Szabó, É. (2009). Lezárási igény kérdőív – a Need for Closure Scale magyar nyelvű változatának tesztelése egyetemista mintán. *Alkalmazott Pszichológia*, 11, 55–81.
- Deutsch, Sz., Fejes, E., Kun, Á., & Medvés, D. (2015). A jóllét meghatározó tényezők vizsgálata egészségügyi szakdolgozók körében. *Alkalmazott Pszichológia*, 15(2), 49–71. <https://doi.org/10.17627/ALKPSSZICH.2015.2.49>
- DiMauro, J., Carter, S., Folk, J. B., & Kashdan, T. B. (2014). A historical review of trauma-related diagnoses to reconsider the heterogeneity of PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 774–786. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.09.002>
- Drewes, Y. M., Blom, J. W., Assendelft, W. J. J., Stijnen, T., den Elzen, W. P. J., & Gussekloo, J. (2014). Variability in vulnerability assessment of older people by individual general practitioners: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 9(11), Article e108666. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0108666>
- Flett, G. L., Galfi-Pechenkov, I., Molnar, D. S., Hewitt, P. L., & Goldstein, A. L. (2012). Perfectionism, mattering, and depression: A mediational analysis. *Personality and Individual Differences*, 52, 828–832. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.12.041>
- Foa, E. B. (1995). *Posttraumatic Diagnostic Scale Manual*. National Computer Systems, Inc.
- Franck, E., & De Raedt, R. (2007). Self-esteem reconsidered: Unstable self-esteem outperforms level of self-esteem as vulnerability marker for depression. *Behaviour research and therapy*, 45(7), 1531–1541. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.003>
- Füzesi Zs., Illés T., Tistyán L., & Cziráj L. (2004). *A felnőtt népesség egészségi állapota a Dél-dunántúli régióban*. Reproflex Kiadó és Nyomda Kft.
- Garnezy, N. (1993). Vulnerability and resilience. In: D. C. Funder, R. D. Parke, C. Tomlinson-Keasey, & K. Widaman (Eds.), *Studying lives through time: Personality and development* (pp. 377–398). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10127-032>
- Glover, H., Ohlde, C., Packard, S. S. P., Goodnick, P., & Hamlin, C. L. (1994). Vulnerability scale: a preliminary report of psychometric properties. *Psychological Reports*, 75, 1651–1668. <https://doi.org/10.2466/pr0.1994.75.3f.1651>
- Glover, H., Lader, W., & Walker-O'Keefe, J. (1995). Vulnerability Scale scores in female inpatients diagnosed with self-injurious behavior, dissociative identity disorder, and major depression. *Psychological Reports*, 77, 987–993. <https://doi.org/10.2466/pr0.1995.77.3.987>
- Haefel, G. J., Abramson, L. Y., Brazy, P., & Shah, J. (2008). Hopelessness theory and the approach system: Cognitive vulnerability predicts decreases in goal-directed behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 281–290. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9160-z>
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A Measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209–218. <https://doi.org/10.1097/00006842-197905000-00004>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Ingram, R. E., & Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-stress models. In: B. L. Hankin, & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (pp. 32–46). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452231655.n2>



- John, O.P., Donahue, E.M., & Kentle, R.L. (1991). *The Big Five Inventory--Versions 4a and 5a*. University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research
- Johnson, M.D., Galambos, N.L., & Krahn, H.J. (2016). Vulnerability, scar, or reciprocal risk? Temporal ordering of self-esteem and depressive symptoms over 25 years. *Longitudinal and Life Course Studies*, 7(4), 304–319. <http://dx.doi.org/10.14301/llcs.v7i4.394>
- Kalmár, M. (2011). Az agy fejlődését veszélyeztető tényezők és a veszélyek elhárításának lehetőségei. In: Danis, I., Farkas, M., Herczog, M., & Szilvási, L. (Eds.), *A génektől a társadalomig: a koragyermekkorai fejlődés színterei* (pp. 206–230). Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet
- Kessler, R.C., & McLeod, J.D. (1984). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American Sociological Review*, 49, 620–631. <https://doi.org/10.2307/2095420>
- Khan, M.M.R. (1963). The concept of cumulative trauma. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18(1), 286–306. <https://doi.org/10.1080/00797308.1963.11822932>
- Kopp, M.S., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1993). *Hungarian Questionnaire in Psychometric Scales for Cross-Cultural Self-Efficacy Research*. Zentrale Universitäts Druckerei der FU Berlin.
- Kruglanski, A.W. (1989). *Lay epistemics and human knowledge: cognitive and motivational bases*. Plenum.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and coping process*. McGraw-Hill
- Lichtenberg, P., Stickney, L., & Paulson, D. (2013). Is psychological vulnerability related to the experience of fraud in older adults? *Clinical Gerontologist*, 36, 132–146. <https://doi.org/10.1080/07317115.2012.749323>
- Meehl, P.E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17(12), 827–838. <https://doi.org/10.1037/h0041029>
- Mirnic, Zs. (2006). *A személyiség építőkövei. Típus-, vonás- és biológiai elméletek*. Bölcsész Konzorcium
- Nogueira, M.J., Barros, L., & Sequeira, C. (2017). Psychometric properties of the psychological Vulnerability Scale in higher education students. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(3), 215–222. <https://doi.org/10.1177/1078390317695261>
- Oláh, A. (2005). Megküzdés és pszichológiai immunkompetencia: Konstruktumok és mérőeszközök. In: Oláh, A. (Szerk.), *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény: Belső világunk megismerésének módszerei* (pp. 52–111.). Trefort Kiadó
- Papp-Zipernovszky, O., Kékesi, M., & Jámbori, Sz. (2017). A Multidimenzióális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 18(3), 230–262. <https://doi.org/10.1556/0406.18.2017.011>
- Rahe, R.H., & Tolles, R.L. (2002). The Brief Stress and Coping Inventory: a useful stress management instrument. *International Journal of Stress Management*, 9(2), 61–70. <https://doi.org/10.1023/A:1014950618756>
- Perczel-Forintos, D., Kiss, Zs., & Ajtay, Gy. (Szerk.) (2005). *Kérdőívek, becsüléskálák a klinikai pszichológiában*. Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet
- Pócza-Véger P., Csabai M., & Barzó P. (2016). Psychosocial representations of the illness before lumbar spine surgery and their effects on recovery. *Global Spine Journal*, 6(S1), s-0036-1582688-s-0036-1582688. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1582688>
- Riskind, J. H., & Black, D. (2005). “Cognitive Vulnerability”. In: A. Freeman, S.H. Felgoise, et al. (Eds.), *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy* (pp. 122–126). Springer.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Rosenfeld, H. (1964). On the psychopathology of narcissism: a clinical approach. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 332–337.
- Rózsa, S., Kő, N., Csoboth, Cs., Purebl, Gy., Beöthy-Molnár, A., Szebik, I., et al. (2005). Stressz és megküzdés: a Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívvel szerzett hazai eredmények ismertetése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6(4), 275–294.
- Rózsa, S. (2010). *A Big Five Inventory magyar adaptációja*. Kézirat. Eötvös Loránd Tudományegyetem
- Rózsa, S., Kő, N., Krekó, K., Unoka, Z., Ottmár, E., Fecskó, E., et al. (2008). A hétköznapi stresszskeltő életesemények koncepciója és mérése: A Hétköznapi Életesemények Kérdőív hazai adaptációjának bemutatása. *Alkalmazott Pszichológia*, 10(1–2), 131–158.
- Rózsa, S., & V. Komlósi, A. (2014). A Rosenberg Önbecsülés Skála pszichometriai jellemzői: a pozitívan és negatívan megfogalmazott tételek működésének sajátosságai. *Pszichológia*, 34, 149–174. <https://doi.org/10.1556/Pszicho.34.2014.2.4>
- Sallay, V., Martos, T., Földvári, M., Szabó, T., & Ittész, A. (2014). A Rosenberg Önértékelés Skála (RSES-H): alternatív fordítás, strukturális invariancia és validitás. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(3), 259–275. <https://doi.org/10.1556/Mental.15.2014.3.7>
- Satici, S., Kayis, A., & Akin, A. (2013). Predictive role of authenticity on psychological vulnerability in Turkish university students. *Psychological Reports: Mental & Physical Health*, 112, 519–528. <https://doi.org/10.2466/02.07.PR0.112.2.519-528>
- Schill, T., & Sharp, M. (1995). Self-defeating personality and depression: a closer look. *Psychological Reports*, 76(3 Pt 2), 1167–1170. <https://doi.org/10.2466/pr0.1995.76.3c.1167>
- Selbie, H., Smith, B., Elliott, A., Teunisse, S., Chambers, W. A., & Hannaford, P. C. (2004). A validation of the psychological vulnerability scale and its use in chronic pain. *The Pain Clinic*, 16, 153–162. <https://doi.org/10.1163/156856904774134352>
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (1999). The development and validation of the Psychological Vulnerability Scale. *Cognitive Therapy and Research*, 23(2), 119–129. <https://doi.org/10.1023/A:1018770926615>
- Stauder, A., & Konkoly, T. B. (2006). Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 203–216. <https://doi.org/10.1556/mental.7.2006.3.4>
- Tabachnik, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics. Fifth Edition*. Pearson.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. W. (2004). Poszttraumás növekedés: elméleti alapok és empirikus bizonyítékok. In: Kulcsár Zs. (Ed.), *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés* (pp. 37–68). Trefort Kiadó



- Urbán, R., Szigeti, R., Kökönyei, Gy., & Demetrovics, Zs. (2014). Global self-esteem and method effects: Competing factor structures, longitudinal invariance, and response styles in adolescents. *Behavior Research Methods*, 46, 488–498. <https://doi.org/10.3758/s13428-013-0391-5>
- Uysal, R. (2015). Social competence and psychological vulnerability: The mediating role of flourishing. *Psychological Reports*, 117, 554–565. <https://doi.org/10.2466/21.PR0.117c18z2>
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473–483. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
- Weissmann, A. N., & Beck, A. T. (1978). *The Dysfunctional Attitude Scale*. Manuscript. University of Pennsylvania. Letöltve: 2022. 07. 15-én: <https://canvas.unl.edu/courses/72763/files/8303733?wrap=1>
- Werner, E. E., & Smith, R. (2001) *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*. Cornell University Press
- Whitcomb-Smith, S., Sigmon, S.T., Martinson, A., Young, M., Craner, J., & Boulard, N. (2014). The temporal development of mood, cognitive, and vegetative symptoms in recurrent SAD episodes: A test of the dual vulnerability hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 38, 43–54. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9577-5>

FÜGGELÉK

Glover Sérülékenység Kérdőív

Instrukció: Ebben a kérdőívben olyan állításokat talál, amelyeket az emberek gyakran használnak aktuális lelkiállapotuk, érzéseik és társas kapcsolataik leírására. Kérjük, értékelje a következő állításokat az elmúlt hétre vonatkozóan aszerint, hogy mennyire találja jellemzőnek magára nézve!

1 = Soha; 2 = Nagyon ritkán; 3 = Ritkán; 4 = Gyakran; 5 = Nagyon gyakran; 6 = Mindig

		1	2	3	4	5	6
1.F	Megbízom az emberekben.						
2.	Elhagyom vagy eltaszítom magamtól az embereket, mielőtt túl közel kerülhetnének hozzám. (SÉ)						
3.	Gyorsan pörögnek a gondolataim.						
4.	Sebezhetőnek és/vagy fizikailag fenyegetettnek érzem magam. (SÉ)						
5.F	Nyugodtnak és kipihentnek érzem magam.						
6.	Félek attól, hogy az emberek elutasítanak, ha túl közel engedem őket magamhoz. (SÉ)						
7.F	Jól érzem magam új helyeken és helyzetekben. (TD)						
8.F	Megbízom a családomban. (CSB)						
9.	Könnyen megbántódom. (SÉ)						
10.	Nagyobb biztonságban, védve érzem magam az otthonomban. (CSB)						
11.	Az emberek megbámulnak.						
12.F	Szeretek magamról beszélni. (TD)						
13.	Elszomorít, ha mások vitatkoznak.						
14.F	Úgy érzem, az emberek elfogadják engem.						
15.F	Könnyen elfogadom a kritikákat.						
16.F	Jól érzem magam, mikor másokkal beszélgetek. (TD)						
17.	Nem szeretem, ha valaki megérint vagy átölel.						
18.F	Szoros kötelék fűz a családomhoz. (CSB)						
19.	Az emberek beszélnek rólam.						
20.F	Nem esik nehezemre megnyílni mások előtt. (TD)						
21.	Félek attól, hogy az emberek bosszút állhatnak rajtam. (SÉ)						
22.F	Komolyan vesznek az emberek.						
23.	Távolságot tartok, és el vagyok idegenedve az emberektől.						



24.F	Barátságos vagyok az emberekkel. (TD)						
25.	Rendkívül odafigyelek mindenre a közvetlen környezetemben.						
26.	Az emberek nem értenek meg. (SÉ)						
27.F	Könnyen hozok döntéseket.						
28.	Úgy hiszem, az emberek kihasználnak engem. (SÉ)						
29.F	Jól érzem magam zsúfolt helyeken (például: mozi, étterem, bevásárlóközpont). (TD)						
30.F	Szeretek összejárni a barátaimmal. (TD)						

Skálaképzési útmutató:

Az F a tétel fordított pontozását jelzi. A fordított tételek esetében 1 = 6, 2 = 5, 3 = 4, 4 = 3, 5 = 2, 6 = 1 pont. Az egyes alskálák pontértékét a tételek összpontszáma adja; érdemes a teljes skála összpontszámát is kiszámolni.

Skálák:

Sérülékenységerzés (SÉ): 2., 4., 6., 9., 21., 26. és 28. tétel

Társas diszkomfort (TD): 7., 12., 16., 20., 24., 29. és 30. tétel

Családi bizalmatlanság (CsB): 8., 10. és 18. tétel

Sinclair és Wallston-féle Sérülékenység Skála

Instrukció: Kérjük, értékelje a következő állításokat aszerint, hogy mennyire találja jellemzőnek magára nézve!

1 = Egyáltalán nem jellemző rám; 2, 3, 4, 5 = Teljes mértékben jellemző rám!

1.	Ha nem érem el a céljaimat, úgy érzem, kudarcot vallok mint ember.	1	2	3	4	5
2.	Úgy érzem, jobb bánásmódot érdemlek, mint amiben általában részesülök.					
3.	Gyakran veszem észre, hogy alsóbbrendűnek érzem magam másokhoz képest.					
4.	Szükségem van mások pozitív visszajelzésére ahhoz, hogy jól érezzem magam a bőrömben.					
5.	Hajlamos vagyok túl nagy célokat kitűzni magam elé, és frusztrálttá válok, mikor megpróbálom elérni őket.					
6.	Gyakran neheztelek, amikor mások kihasználnak engem.					

Skálaképzési útmutató: a tételek összpontszáma adja a skálaértéket.

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License () feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)

