

Margitics Ferenc*

A DISZFUNKCIONÁLIS ATTITÚDOK, MEGKÜZDÉSI STRATÉGIÁK ÉS AZ ATTRIBÚCIÓS STÍLUS ÖSSZEFÜGGÉSE A SZUBKLINIKUS DEPRESSZIÓS TÜNETEGYÜTTESSEL FŐISKOLAI HALLGATÓKNÁL

Kutatásunk során arra kerestünk választ, hogy nem klinikai populációhoz tartozó főiskolai hallgatók körében milyen mértékben mutatható ki a szubklinikus depressziós tünetegyüttes és az ezzel összefüggő diszfunkcionális attitűdök jelenléte, milyen megküzdési stratégia preferenciák alakultak ki náluk, s milyen attribúciós stílus jellemzi őket. A vizsgálatban 681 hallgató vett részt, köztük 465 nő és 216 férfi volt. A vizsgálati csoportba kerültek azok a hallgatók, akik a Beck-féle Depresszió Skálán elért eredményeik alapján a minta negyedik kvartilisébe estek (170 fő: 128 nő, 42 férfi). A kontrollcsoportot alkották azok a hallgatók, akik a minta első kvartilisébe kerültek (204 fő: 118 nő, 86 férfi). A vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy a depressziós tünetegyüttes előfordulása a főiskolai populációban nem tér el jelentősen az irodalomban jelzett arányoktól, bár kissé magasabb értékeket mutat. A vizsgálati csoport tagjaira a diszfunkcionális attitűdök közül elsősorban a külső kontroll attitűd volt jellemző. A problémaközpontú megküzdési módokat tekintve a kognitív átstrukturálás alacsonyabb és a külső alkalmazkodás magasabb szintjét tudtuk kimutatni náluk, mint a kontrollcsoport tagjainál. Az érzelemközpontú megküzdési módok közül az érzelmi indíttatású cselekvés és a visszahúzóadás előnyben részesítése jellemzi őket. Az attribúciós stílusuk pesszimista.

Kulcsszavak: szubklinikus depressziós tünetegyüttes, diszfunkcionális attitűdök, megküzdési stratégiák, attribúciós stílus

BEVEZETÉS

Kopp és mtsai (1997) 1988-ban és 1995-ben a magyar lakosság körében végzett vizsgálataik eredményeként megállapították, hogy a magyar lakosság testi egészségromlásának legfontosabb pszichológiai háttértényezője a depressziós tünetegyüttes.

Nemzetközi és hazai kutatások szerint a depresszió prevalenciája világszerte 7–15% körül mozog. Weissman és mtsai több országra kiterjedő kutatásai azt mutatják, hogy az unipoláris depresszió prevalenciája 1915 óta világszerte növekszik, és a depresszió kialakulása is egyre korábbi átlagéletkorra tolódik. Az USA-ban ez jelenleg a 27. év (id. Comer 2003).

* Margitics Ferenc, 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 31/B
E-mail: margif@zeus.nyf.hu

A depresszió általános tünetei a következők (Szádóczy 2001a; Beck és mtsai 2001):

- az érzelmi élet területén: szomorúság, anhedónia, büntudat, szégyenérzet, szorongás;
- motivációs területen: a pozitív motiváció elvesztése, fokozott függőség;
- kognitív területen: a percepció zavara (környezetének elsősorban a negatív aspektusait észleli, a világot unalmasnak, szegényesnek, színtelennek látja), problémákkal való elárasztottság érzése, döntéskép telenség, önkritizálás, abszolutisztikus gondolkodás, az összpontosítás és az emlékezet zavara;
- a viselkedés területén: passzivitás, inaktivitás, elkerülés, tehetetlenség, energiacsökkenés, a gyakorlati problémák kezelési nehézségei, a szociális késztetések zavara;
- szomatikus területen: alvászavar, étvágytalanság, a szexualitás zavarai.

A lakossági mintákban önpontozó skálákkal végzett felmérések azt mutatják, hogy a depressziós tünetegyüttes előfordulása igen gyakori: a nők 18–34%-a, a férfiak 10–19%-a számol be depressziós tünetekről. Súlyos klinikai szintet a nők 6–11,8%-ánál, a férfiak 2,6–5,5%-ánál lehet megállapítani (Szádóczy 2001a).

A depressziós tünetegyüttes előfordulási gyakoriságát a 16 év feletti magyar lakosság körében Kopp és mtsai (1997) vizsgálták 1988-ban és 1995-ben végzett reprezentatív felméréseik során. 1988-ban a megkérdezettek 24,3%-a, 1995-ben 31,8%-a panaszkodott depressziós tünetekre. Közepesen súlyos depresszióra utaló tüneteket 1988-ban a megkérdezettek 7,5%-ánál, 1995-ben 14,1%-ánál találtak.

Beck szerint azoknál a személyeknél nagyobb a valószínűsége a depresszió kialakulásának, akiket diszfunkcionális attitűdök jellemeznek. Ezekre az attitűdökre jellemző, hogy önmagukban nem jeleznek feltétlenül betegséget, sőt néhány beállítódás a társadalom fontos hajtóereje, de halmozódásuk vagy magas szintjük patológiás fejlődésre hajlamosít (id. Csorba és mtsai 1996).

A diszfunkcionális attitűdök a személynek az önmaga és a világ iránt kialakított negatív attitűdjei, amelyek olyan kognitív sémákba merevedtek, amelyhez a személy a tapasztalatait méri (Beck és mtsai 2001).

Weissman és Beck (1979), valamint Burns (1980) a következő alapvető beállítódásokat vizsgálták, amelyek diszfunkcionálisakká válhatnak: külső elismerés igénye, szeretettség igénye, teljesítményigény, perfekcionizmus, jogos, a környezet felé irányuló fokozott elvárások, omnipotencia, fokozott altruizmus beállítottság, külső kontroll-autonómia.

Kopp és mtsai (1997) az országos minta alapján ezek közül a fokozott szeretetigényt és a fokozott perfekcionizmust találták jellemzőnek a magyar lakosságra. Többváltozós skálázási modell alapján a diszfunkcionális attitűdök közül a következőket találták jellemzőnek a depresszióra: fokozott szeretetigény, fokozott elismerésigény, fokozott teljesítményigény.

A diszfunkcionális attitűdök a depresszió kialakulásában lényeges szerepet játszhatnak. Ezeknek az attitűdöknek a képességekkel és lehetőségekkel nem arányos fokozódása depressziós tünetek megjelenéséhez vezethet. Ha a személy élete sok területén vár el túl sokat saját magától és környezetétől, és ha ő vagy környezete nem tud megfelelni fokozott elvárásainak, akkor könnyen negatívan minősítheti saját magát, aminek egyenes következménye lehet a reménytelenség kialakulása, majd depressziós tünetek megjelenése (Kopp és Skrabski 1995).

A depressziós tünetek az ember és a környezet közötti egyensúly megbomlására utalnak, a megküzdési képességek elégtelenségét jelzik, ami megnehezíti a világ változó körülményeihez való megfelelő alkalmazkodást (Kopp 1994).

Megküzdésnek nevezzük azt a folyamatot, amikor a személy megpróbál szembeszállni a stresszel. A megküzdési képességek, a coping stratégiák azt mutatják, hogyan tud a személy a nehéz, stresszkeltő élethelyzetekkel megbirkózni. Ezek a megküzdési (coping) stratégiák a szocializáció során alakulnak ki.

A megküzdési stratégiák egy, a személyre viszonylag stabilan jellemző megküzdési mintázatot, profilt alkotnak, amelyeknek a kialakulása számos állandó személyiségjegytől, valamint a személy viszonylag kevésbé stabil tényezőitől függ. Ilyen kevésbé stabil tényező a személy önértékelése, optimista, illetve pesszimista beállítottsága (Csabai és Molnár 1999).

Lazarus és Launier (1978) kétféle megküzdési formát különböztetett meg:

- problémaközpontú megküzdés: ekkor a személy a helyzetre, a problémára összpontosít, hogy megkísérelje azt megváltoztatni, hogy a jövőben el tudja kerülni;
- érzelemközpontú megküzdés: a személy ekkor azzal foglalkozik, hogy enyhítse a stresszhelyzet okozta érzelmi reakciókat, megakadályozza a negatív érzelmek elhatalmasodását. Akkor is ilyet használ a személy, ha a helyzetet nem tudja megváltoztatni.

A problémaközpontú megküzdés problémamegoldó stratégiák alkalmazását jelenti, amelyek irányulhatnak kifelé, magára a problémás helyzetre, de befelé is: ez esetben a személy önmagában változtat meg valamit, ahelyett, hogy a környezetet módosítaná.

Lazarus (1990) szerint ezek a stratégiák az egészséges, érett személyiség jellemzői. Patológias konfliktusmegoldás esetén elsősorban az énvédelem, a szorongás csökkentése a cél, az énvédő vagy elhárító mechanizmusokon keresztül. A nem adaptív konfliktuskezelési stratégiák a különböző testi, mentális megbetegedések előidézésében, fenntartásában és kiújulásában is jelentős szerepet játszanak.

Kopp és Skrabski (1995) kutatásuk során három problémaorientált, három érzelmi és egy támogatást kereső megküzdési módot különböztettek meg. Ezek a következők: problémaelemzés, kognitív átstrukturálás, alkalmazkodás, érzelmi indíttatású cselekvés, érzelmi egyensúly keresése, visszahúzódás, segítségkérés.

Lazarus és Folkman (1986) szerint egy döntés meghozatalához az érzelmi feszültség csökkentésére van szükség. Az első három, problémaorientált faktor a probléma elemzésére, a probléma okának befolyásolására, a kontroll megszerzésére való alkalmasságot, valamint a kognitív átstrukturálásra való képességet méri. A második három érzelmi megoldási mód, melyek akkor kerülnek előtérbe, ha a személy nem ismeri eléggé a problémát, vagy nem érzi magát képesnek a helyzet feletti kontroll megszerzésére.

Az utóbbi két évtized kutatásai rámutattak a tehetetlenséggel összefüggő depresszív működésmód és az attribúciós stílus között fennálló kapcsolatokra. Abramson és mtsai (1989) szerint a kontrollvesztett helyzetbe került személy implicit módon felteszi magának a kérdést, hogy miért vesztette el az adott helyzetben a kontrollt. Azok a személyek, akik a kontrollvesztést belső tényezőnek („az én hibám”), stabil oknak („mindig így lesz”) és globális, az életük minden területére kiható oknak tulajdonítják („mindent elrontok, amit csak csinálok”), hajlamosabbak a depresszióra, mint azok, akik kevésbé pesszimista attribúciós stílussal rendelkeznek (Atkinson és mtsai 1995). Metalsky és mtsai (1987) kutatásai szerint a pesszimista attribúciós stílusú diákok sokkal depresszívebbnek bizonyultak, mint azok, akik optimistább attribúciós stílussal rendelkeztek.

A VIZSGÁLAT BEMUTATÁSA

A vizsgálat célja

Kopp és mtsai (1999) rámutatnak, hogy a serdülők és a fiatal felnőttek egészsége az egészségügy elhanyagolt területét jelentik. Ez abból fakadhat, hogy ezekben a korosztályokban a kimutatható megbetegedések aránya viszonylag alacsony, ami nem hívja fel ezekre a korosztályokra a fi-

gyelmet. Megváltozik azonban a helyzet, ha figyelembe vesszük azt a tényt, hogy mindazok az önkárosító magatartásformák, amelyek a mai legnagyobb népegészségügyi jelentőségű megbetegedések legsúlyosabb kockázati tényezőit jelentik, ebben az életkorban alakulnak ki. Ide sorolható a dohányzás, a kóros alkoholfogyasztás, a droghasználat, a mozgásszegény életmód és a kóros táplálkozási szokások.

Kopp és Skrabski (1995) egy 1989-es vizsgálatuk során magyar egyetemisták önkárosító magatartásának pszichés hátterét kutatva megállapították, hogy az egészséges magatartás az életcélok és megfelelő konfliktuskezelő stratégiák meglétének az eredménye.

Kutatásunk során arra kerestük a választ, hogy nem klinikai populációhoz tartozó főiskolai hallgatók körében, akiknek szocializációja sikeresnek mondható, milyen mértékben mutatható ki a szubklinikus depressziós tünetegyüttes és az ezzel összefüggő diszfunkcionális attitűdök jelenléte, milyen megküzdési stratégia preferenciák alakultak ki náluk, s milyen attribúciós stílus jellemzi őket.

Hipotézisek

Kutatásunk alapjául szolgáló hipotéziseink a következők voltak:

1. A depressziós tünetegyüttes összefüggést mutat a diszfunkcionális attitűdökkel. Konkrétan:

- a depressziós tünetegyüttessel jellemezhető személyekre fokozott teljesítményigény, perfekcionizmus, fokozott szeretet- és elismerésigény jellemző (Kopp és mtsai 1997, 1999).

2. A depressziós tünetegyüttes összefüggést mutat a megküzdési stratégiákkal. Konkrétan:

- a depressziós tünetegyüttessel jellemezhető személyekre inkább az érzelmközpontú megküzdési módok jellemzők, ezen belül is hajlamosak a visszahúzóásra (Kopp és Skrabski 1995; Beck és mtsai 2001).

3. A depressziós tünetegyüttes összefüggést mutat az attribúciós stílussal. Konkrétan:

- a depressziós tünetegyüttessel jellemezhető személyekre pesszimista attribúciós stílus jellemző (Metalsky és mtsai 1987).

Minta

Az adatgyűjtés a Nyíregyházi Főiskolán történt, minden karon véletlenszerűen kiválasztott hallgatók körében. A részvétel minden esetben önkéntes alapon, a hallgató beleegyezésével történt. Az önkitöltéses kérdőíveket előadás keretében, a kutatók irányításával vettük fel.

A vizsgálatban 700 főiskolai hallgató vett részt, közülük 681 főnek volt értékelhető a kitöltött kérdőíve (465 nő, 216 férfi). A szakok szerinti megoszlás a következőképpen alakult: 225 fő humán szakos tanár, 125 reál szakos tanár, 125 gazdasági szakos, 74 tanító szakos hallgató, 70 szociálpedagógus és 62 művészeti tanár szakos hallgató. Az életkor átlaga 19,98 (szórás 1,51), a medián értéke 20 év volt.

A kutatás során használt vizsgálati eszközök

Aktuális depressziós tünetek vizsgálata

Mérőeszköz: Beck-féle Depresszió Skála rövidített, 13 tételű változata (Beck és Beck 1972). A 13 tételű változat magyar nyelven a házi-orvosi és pszichiátriai gyakorlatban alkalmazott „Depresszió, szorongás pontozó skálák” című kiadványban hozzáférhető (Szádóczky 2001b).

A kérdőív a depressziós tünetegyüttes következő összetevőit vizsgálja: szomorúság, reménytelenség, inszufficiencia érzés, elégedetlenség, bűntudat, félelem a büntetéstől, szuicid gondolatok, érdektelenség, határozatlanság, testsémazavar, munkaképtelenség, fáradtság, étvágytalanság.

A vizsgálatok szerint a rövidített teszt mérési eredményei 0,93 mértékben korreláltak az eredeti teszttel (Rózsa és mtsai 2001). A rövidített teszttel kapott eredmények megbízhatóan átszámíthatók a teljes kérdőív pontértékeire a következő módon: rövidített összpontszám/13 × 21.

A kérdőívben elért pontszámok határértékei a következők:

- 0-5 nincs depresszió,
- 6-11 enyhe depresszió,
- 12-15 közép súlyos depresszió,
- 15 fölött súlyos depresszió.

Attitűdök vizsgálata

Mérőeszköz: Weismann-féle Diszfunkcionális Attitűd Skála magyar adaptációja (Kopp 1994).

A kérdőív a következő attitűdöket vizsgálja: külső elismerés igénye, szeretettség igénye, teljesítményigény, perfekcionizmus, jogos, a környe-

zet felé irányuló fokozott elvárások, onnipotencia (fokozott altruizmus beállítottság), külső kontroll-autonómia.

Megküzdési stratégiák vizsgálata

Mérőeszköz: a Folkman és Lazarus-féle konfliktusmegoldó kérdőív magyar adaptációja (Kopp 1994).

A kérdőívvel a következő konfliktuskezelési stratégiák különíthetők el: problémaelemzés, kognitív átstrukturálás, alkalmazkodás, érzelmi indítatású cselekvés, érzelmi egyensúly keresése, visszahúzódás, segítségkérés.

Attribúciós stílus vizsgálata

Mérőeszköz: Abramson és mtsai által kidolgozott Attribúciós Stílus Kérdőív (Atkinson és mtsai 1995).

Az attribúciós stílust a következő indexek alapján ítéltük meg:

- külső vagy belső attribúció,
- instabil vagy stabil attribúció,
- specifikus vagy globális attribúció.

A következő helyzetek megítélésére kértük fel a vizsgálati személyeket: teljesítmény megítélése (nem sikerült egy vizsga), veszteség megítélése (szakítás egy közeli baráttal).

Életesemények vizsgálata

Mérőeszköz: a Cohen és mtsai által kidolgozott Középszintű Életesemény Kérdőív Csorba és mtsai által adaptált magyar változata (Csorba és mtsai 1994). Ebből a kérdőívből csak az elmúlt fél évben történt halálesetekre adott válaszokat vizsgáltuk

A vizsgálati és a kontrollcsoport kialakításának szempontjai

A vizsgálati és a kontrollcsoport kialakításánál a Beck-féle Depresszió Skálán elért eredményeket vettük figyelembe, ezen belül is azt, hogy a minta melyik kvartilisébe kerültek a hallgatók (1. táblázat).

A vizsgálati csoportba kerültek azok a hallgatók, akik eredményeik alapján a minta negyedik kvartilisébe tartoztak (170 fő: 128 nő, 42 férfi).

1. táblázat. A Beck-féle Depresszió Skála kvartilisei

	MEDIÁN	KVARTILISEK			
		első	második	harmadik	negyedik
Beck-féle Depresszió Skála	5	0-3	4-5	6-8	9-39

Nem kerültek be ebbe a csoportba azok a hallgatók, akiknek az elmúlt fél év során közeli hozzátartozójuk, illetve közeli barátjuk halt meg (a gyászreakció kizárása miatt). A kontrollcsoportba kerültek azok a hallgatók, akik eredményeik alapján a minta első kvartilisébe tartoztak (204 fő: 118 nő, 86 férfi).

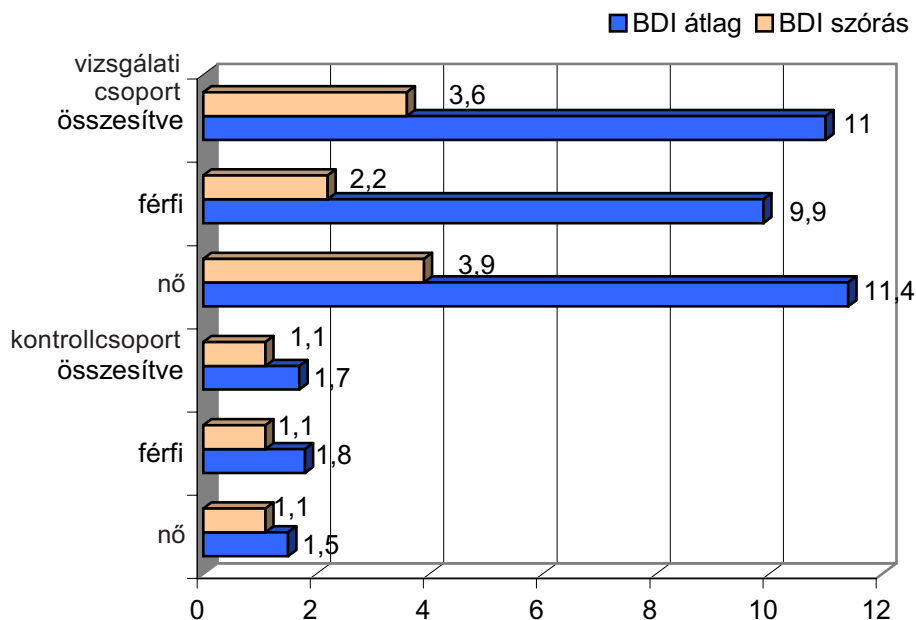
Az adatok feldolgozása SPSS for Windows 12.0 statisztikai programcsomag felhasználásával történt. A leíró statisztika és a több szempontú lineáris regresszió-elemzés mellett, a vizsgálati és a kontrollcsoport összehasonlító statisztikai vizsgálatához a kétmintás t-próbát alkalmaztunk. A háttértényező vizsgálatát faktoranalízis (főkomponens faktoranalízis, varimax rotációs eljárás) segítségével végeztük el.

EREDMÉNYEK

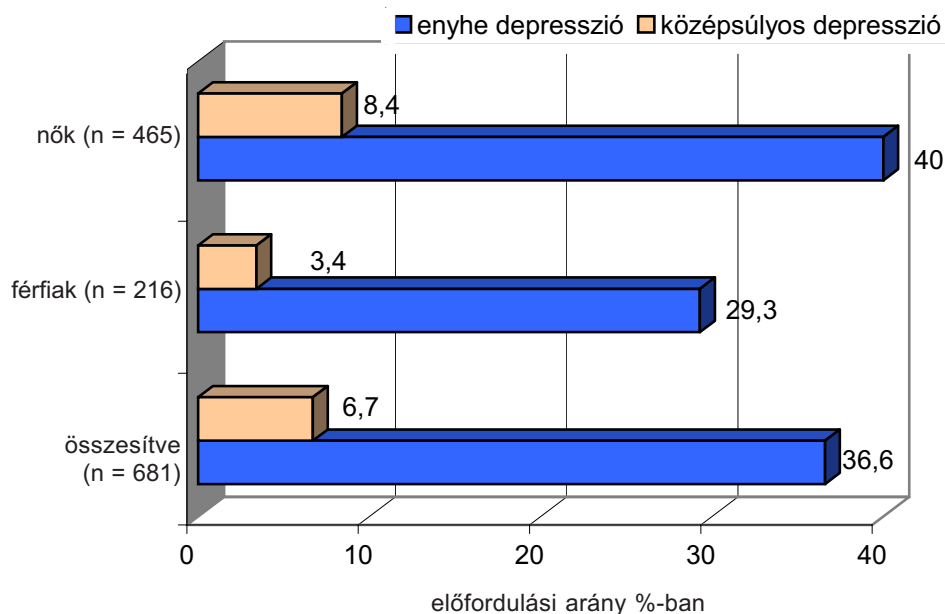
A szubklinikus depressziós tünetegyüttes

Az 1. ábra a vizsgálati és a kontrollcsoport Beck-féle Depresszió Skálán elért eredményeinek leíró statisztikáját mutatja be.

A 2. ábrán látható, hogyan alakult a depressziós tünetegyüttes (enyhe



1. ábra. A vizsgálati és a kontrollcsoport Beck-féle Depresszió Skálán elért eredményeinek leíró statisztikája



2. ábra. A szubklinikus depressziós tünetegyüttes előfordulása főiskolai hallgatók körében

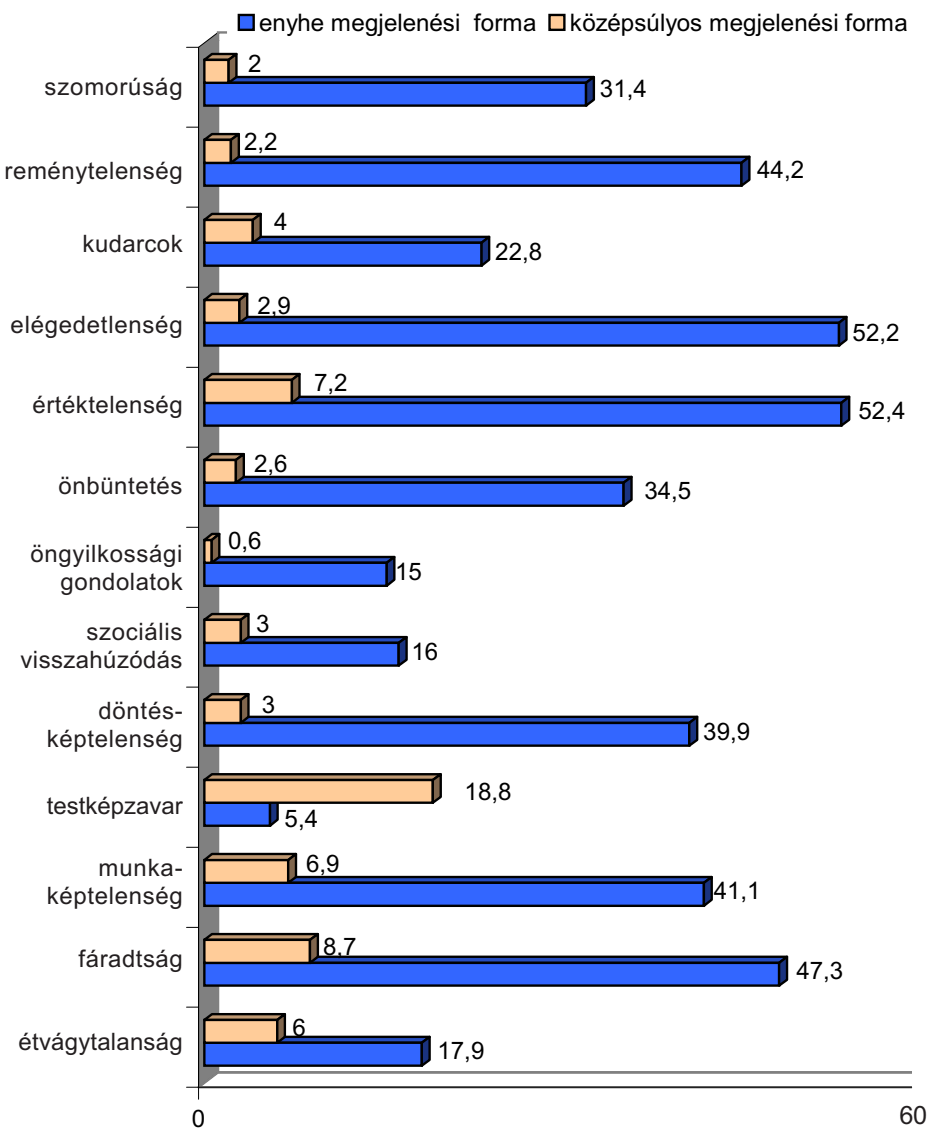
és középsúlyos forma) előfordulási aránya a vizsgált mintában (a depresszió súlyos megjelenési formája a mintában nem fordult elő).

Míg a leíró statisztikai eredmények a kontrollcsoport homogenitására utalnak, addig a vizsgálati csoport – és ezen belül különösen a nők – esetében nagyobb változékonyságot, nagyobb eltéréseket jeleznek.

Ezt erősíti meg az összehasonlító statisztikai vizsgálat, amely a vizsgálati csoportnál a nemek között szignifikáns különbséget mutatott ki ($t = 2,25$, $sig. = 0,026$), miközben ez az eltérés a kontrollcsoportnál nem jelentkezett. Az eredmények arra utalnak, hogy a nőknél nemcsak gyakoribb a depressziós tünetegyüttes előfordulása, hanem a tünetek is intenzívebben jelentkezhetnek náluk.

Az egyes tünetek mintán belüli előfordulási arányát a 3. ábra mutatja be.

Az ábrából kitűnik, hogy ha az enyhe és középsúlyos megjelenési formákat egyaránt figyelembe vesszük, akkor a főiskolás fiatalokra a depresszió tünetei közül leginkább a büntudat volt jellemző (59,6%). Fáradtságra (56%) és elégedetlenségre (55,1%) is több mint a felük panaszkodott. Ezt követi a munkaképtelenség érzése (48%), majd a reménytelenség (46,6%) és döntésképtelenség (42,9%) érzése. A tünetek közül legkevésbé az öngyilkossági gondolatok (15,6%) és a szociális visszahúzódás (19%) jellemezte őket.



3. ábra. A Beck-féle Depresszió Skálával mérhető tünetek előfordulási aránya a mintán belül (mindkét megjelenési formában, a minta egészéhez viszonyítva)

Ha csak a depressziós tünetek középsúlyos megjelenési formáját nézzük, akkor a testsémazavar állt az első helyen a tünetek közül. A főiskolai hallgatók 18,8%-a panaszkodott arra, hogy külseje nem elfogadható számára. Krónikus fáradtság (8,7%) és súlyos büntudat (7,2%), valamint

az erőfeszítésre való képtelenség (6,9%) érzése szintén túl sok hallgatóra volt jellemző.

Megvizsgáltuk azt is, hogy az egyes tünetek mentén milyen különbség mutatkozik a két csoport között. A vizsgálatok eredményei azt mutatták, hogy minden tünet mentén szignifikáns mértékben (sig.<0,001) különböztek egymástól.

Elvégeztük a Beck-féle Depresszió Skála faktoranalízisét is. A vizsgálat során csak a rotált faktorokat, valamint az általános gyakorlatnak megfelelően a 0,4-nél nem kisebb faktorsúlyokat vettük figyelembe a háttényezőök differenciálásánál (2. táblázat).

2. táblázat. A Beck-féle Depresszió Skála tételeinek strukturálódása a másodrendű faktoranalízis alapján ($\lambda > 0.40$)

	Faktorok		
	1	2	3
Szomorúság	,647		
Reménytelenség	,466		
Insufficiencia érzés	,633		
Elégedetlenség	,497		
Bűntudat		,703	
Félelem a büntetéstől		,821	
Szuicid gondolatok	,553		
Érdektelenség	,722		
Határozatlanság		,442	
Testsémazavar			
Munkaképtelenség			,681
Fáradtság			,767
Étvágytalanság			,592

Az eddigi kutatások (Vredenburg és mtsai 1885; Volk és mtsai 1993) szerint a rövidített változat két dimenzióra bontható, testi és nem szomatikus tünetekre. A testi tüneteket a munkaképtelenség, fáradtság és étvágytalanság alkotják.

A faktoranalízis során mi is ki tudtuk mutatni a szomatikus faktort, azonban a nem szomatikus dimenzió további két, jól elkülöníthető faktorba rendeződött. Így a vizsgált változók nálunk három faktorba rendeződtek és a teljes varianciának a 45%-át magyarázták.

Az első faktor (sajátérték: 3,766), mely a teljes variancia 29%-át magyarázta, az érdektelenséget, szomorúságot, insufficiencia érzést, szuicid gondolatokat, elégedetlenséget és reménytelenséget emeli ki.

A második faktor (sajátérték: 1,102), mely a teljes variancia 8,5%-át

magyarázta, a félelmet a büntetéstől, büntudatot és határozatlanságot írja le.

A harmadik faktor (sajátérték: 1,052), mely a teljes variancia 8,1%-át magyarázta, a fáradtságot, munkaképtelenséget, étvágytalanságot jelöli.

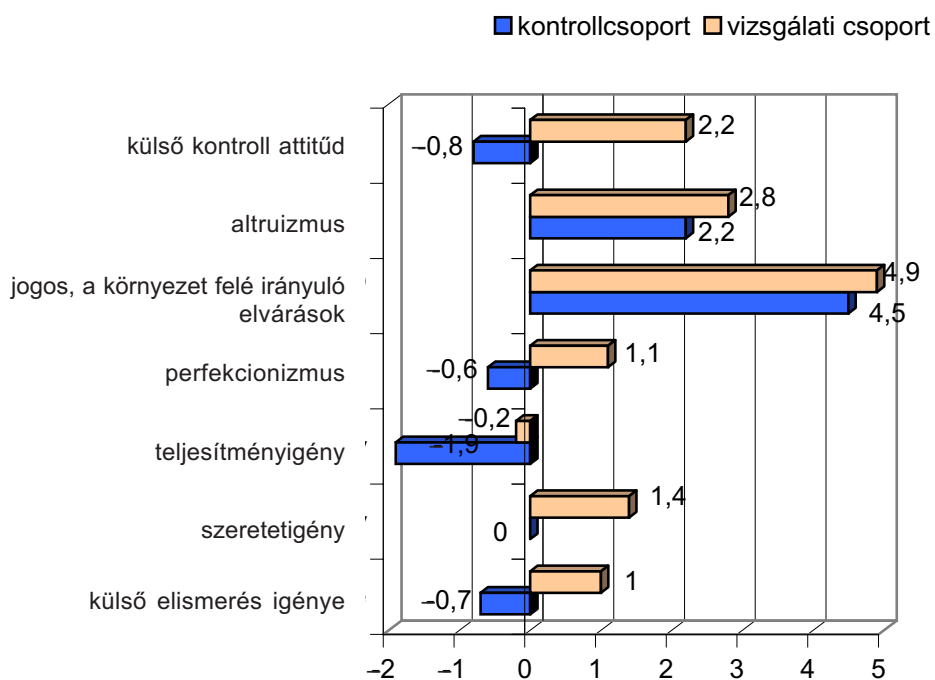
A faktoranalízis eredményét összevetve Molnár és Molnár (1999) teljes skálán végzett faktoranalízisének az eredményeivel (7 faktoros modell), az első faktor a tiszta depresszió faktoral, a második a büntudat faktoral mutat nagyfokú hasonlóságot.

A két csoport az összehasonlító statisztikai vizsgálatok eredménye szerint szintén jelentős mértékben különbözik egymástól a feltárt faktoralok mentén is (sig.<0,001).

A diszfunkcionális attitűdök

A 4. ábra mutatja be a vizsgálati és kontrollcsoportnak a Diszfunkcionális Attitűd Skála egyes alszkáláin elért átlagait.

Ezek az átlagok azt mutatják, hogy legnagyobb eltérés a két csoport között a külső kontroll attitűdnél jelentkezett. A vizsgálati csoportra sokkal inkább jellemzőnek találtuk a külső kontroll attitűdöt, mint a kontrollcso-



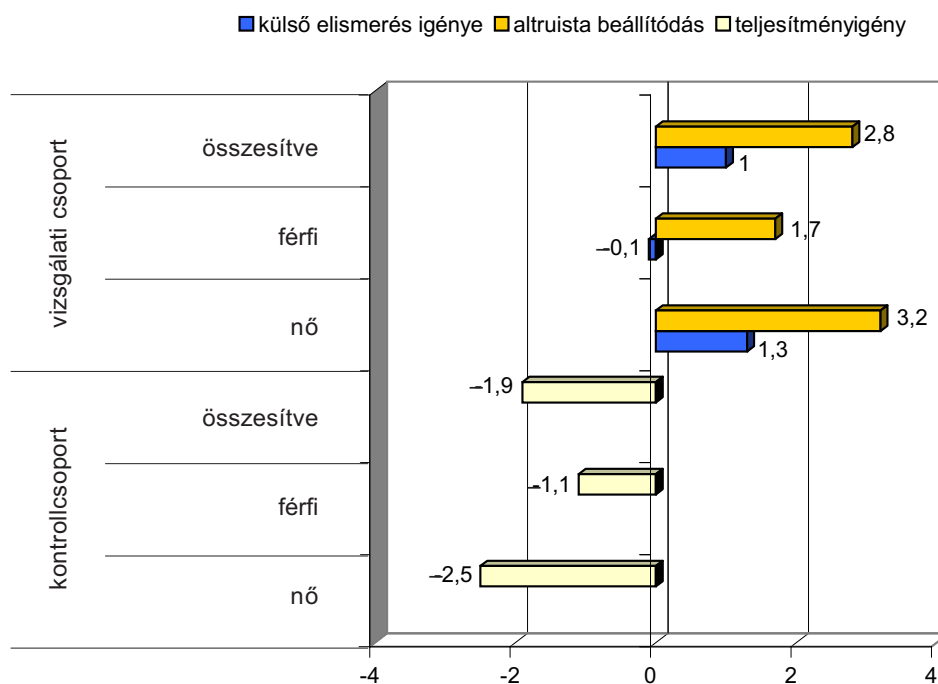
4. ábra. A vizsgálati és a kontrollcsoport Diszfunkcionális Attitűd Skálán elért átlagai

portra. Ezt a teljesítményigény, perfekcionizmus és külső elismerésigény követi. Mind a három területen szintén a vizsgálati csoport tagjai értek el magasabb eredményeket. Jelentősebb eltérés mutatkozott még a szeretetigény területén. A környezet felé irányuló jogos elvárások és altruizmus területén kisebb eltérést találtunk, de ezek is inkább a vizsgálati csoportra jellemzők.

Az összehasonlító statisztikai vizsgálatok eredményei megerősítették a leíró statisztikai vizsgálatok eredményeit. E szerint a vizsgálati és a kontrollcsoport szignifikáns mértékben különbözött egymástól a következő diszfunkcionális attitűdök tekintetében:

- külső elismerés igénye ($t = 5,242$, $\text{sig.} < 0,001$),
- szeretetigény ($t = 3,528$, $\text{sig.} < 0,001$),
- teljesítményigény ($t = 3,877$, $\text{sig.} < 0,001$),
- perfekcionizmus ($t = 5,074$, $\text{sig.} < 0,001$),
- külső kontroll attitűd ($t = 8,352$, $\text{sig.} < 0,001$).

Ha a nemeknél jelentkező eltéréseket vizsgáljuk a két csoport között, akkor a vizsgálati csoportnál két területen is jelentős, szignifikáns eltérést találunk a férfiak és a nők között (5. ábra).



5. ábra. A vizsgálati és a kontrollcsoport Diszfunkcionális Attitűd Skálán nemeknél jelentkező, szignifikáns szintet mutató eltérései

Az egyik a külső elismerés igényében jelentkezett ($t = 2,45$, $\text{sig.} = 0,015$): mint az ábrán látható, ez inkább jellemző a nőkre, mint a férfiakra. A másik eltérést a fokozott altruizmus területén találtuk, amely szintén a nőkre jellemző attitűd.

A kontrollcsoportnál a nemenkénti összehasonlító statisztikai vizsgálat során csak a teljesítményigény területén mutatkozott szignifikáns eltérés. Az alacsonyabb teljesítményigény elsősorban a nőknél jelentkezett.

A lineáris regresszió-analízissel azt kívántuk feltárni, hogy a depressziós tünetegyüttest mint függő változót hogyan befolyásolják a Diszfunkcionális Attitűd Skálái mint független változók a minta egészére, valamint külön a vizsgálati és a kontrollcsoportra vonatkoztatva (3. táblázat). A táblázat csak azokat a skálákat tartalmazza, amelyek szignifikáns összefüggést mutattak a depresszió skálán elért eredményekkel.

3. táblázat. A Beck-féle Depresszió Skálán elért eredmények alakulása a diszfunkcionális attitűdök függvényében

PREDIKTOR	B	BÉTA	T-ÉRTÉK	SZIGNIFIKANCIASZINT
Minta egésze (n = 681) R = 0,38; R ² -változás = 0,145				
Külső kontroll attitűd	0,326	0,281	7,095	0,000
Perfekcionizmus	0,122	0,094	2,359	0,019
Külső elismerés igénye	0,122	0,092	2,213	0,027
Szeretetigény	0,093	0,083	2,145	0,032
Konstans	6,343		22,046	0,000
Vizsgálati csoport (n = 170) R = 0,394; R ² -változás = 0,155				
Szeretetigény	0,193	0,219	2,732	0,007
Külső kontroll attitűd	0,209	0,201	2,562	0,011
Konstans	11,004		20,004	0,000

A táblázatból kitűnik, hogy a szubklinikus depressziós tünetegyüttes a minta egészére vonatkoztatva a legszorosabb kapcsolatot a külső kontroll attitűddel mutatta. Ezt követi a perfekcionizmus, valamint a külső elismerés igénye és a szeretetigény.

A vizsgálati csoportnál a legszorosabb kapcsolatot a szeretetigény mutatta a szubklinikus depressziós tünetegyüttessel. Ezen kívül csak a külső kontroll attitűd volt még szoros kapcsolatban a függő változóval.

A kontrollcsoportnál nem találtunk szignifikáns kapcsolatot egyik attitűddel sem.

Lineáris regresszió-analízissel megvizsgáltuk azt is, hogy a rotált faktorok milyen kapcsolatban állnak a diszfunkcionális attitűdökkel.

A legtöbb diszfunkcionális attitűddel a büntudat faktor volt szignifikáns kapcsolatban. Ezek közül a legszorosabb kapcsolat a külső kontroll attitűddel volt ($B = 0,031$, $\text{béta} = 0,113$, $t = 2,732$, $\text{sig.} = 0,006$). Szignifi-

káns kapcsolatban állt még a büntudat faktor a külső elismerés igényével ($B = 0,03$, béta = 0,096, $t = 2,209$, sig. = 0,028) és a perfekcionizmussal ($B = 0,026$, béta = 0,084, $t = 2,017$, sig. = 0,044).

A tiszta depresszió faktor a külső kontroll attitűddel ($B = 0,073$, béta = 0,266, $t = 6,503$, sig.<0,001) és az altruizmussal ($B = -0,042$, béta = -0,142, $t = -3,513$, sig.<0,001) mutatott szoros összefüggést.

A szomatikus faktor csak a külső kontroll attitűddel volt szoros kapcsolatban ($B = 0,025$, béta = 0,092, $t = 2,162$, sig. = 0,031).

A megküzdési mechanizmusok

A vizsgálati és a kontrollcsoport tagjainak a Konfliktusmegoldó Kérdőívben elért eredményeinek leíró statisztikája a következő képet mutatta:

Érzelemközpontú megküzdési stratégiák (M = átlag, SD = szórás):

- érzelmi indíttatású cselekvés: vizsgálati csoport M = 3,6, SD = 2,3; kontrollcsoport M = 2,4, SD = 1,9;
- visszahúzóds: vizsgálati csoport M = 5,9, SD = 1,9; kontrollcsoport M = 4,6, SD = 2,1;
- érzelmi egyensúly keresése: vizsgálati csoport M = 3, SD = 1,6; kontrollcsoport M = 3, SD = 1,4.

Problémaközpontú megküzdési stratégiák:

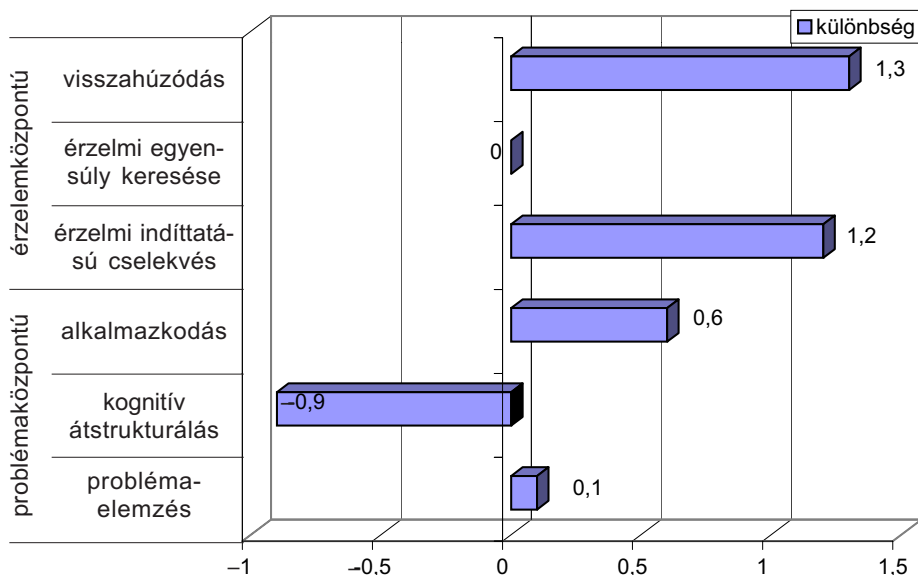
- kognitív átstrukturálás: vizsgálati csoport M = 6,2, SD = 2,5; kontrollcsoport M = 7,1, SD = 2,6;
- problémaelemzés: vizsgálati csoport M = 6,7, SD = 1,9; kontrollcsoport M = 6,6, SD = 1,9;
- alkalmazkodás: vizsgálati csoport M = 5,7, SD = 2,1; kontrollcsoport M = 5,1, SD = 2,1;

Segítségkérés: vizsgálati csoport M = 5,5, SD = 2,1; kontrollcsoport M = 5,4, SD = 2,1.

A leíró statisztikából kitűnik, hogy a főiskolai hallgatók mindkét csoportban a problémaközpontú megküzdést részesítik előnyben az érzelmi központúval szemben.

A 6. ábra a két csoportnak a Családi Szocializációs Kérdőív különböző skálákon elért átlagai közötti különbséget mutatja be, a vizsgálati csoport szemszögéből.

Ebből kiderül, hogy a legnagyobb különbség a két csoport között a visszahúzóds és az érzelmi indíttatású cselekvés, tehát az érzelmi központú megküzdés területén volt található. A problémaközpontú megküzdésnél kisebbek a különbségek a két csoport között, és ezek a kognitív átstrukturálás és alkalmazkodás területén voltak.



6. ábra. A vizsgálati és a kontrollcsoportnak a Konfliktusmegoldó Kérdőívben elért eredményei, a vizsgálati csoport szemszögéből

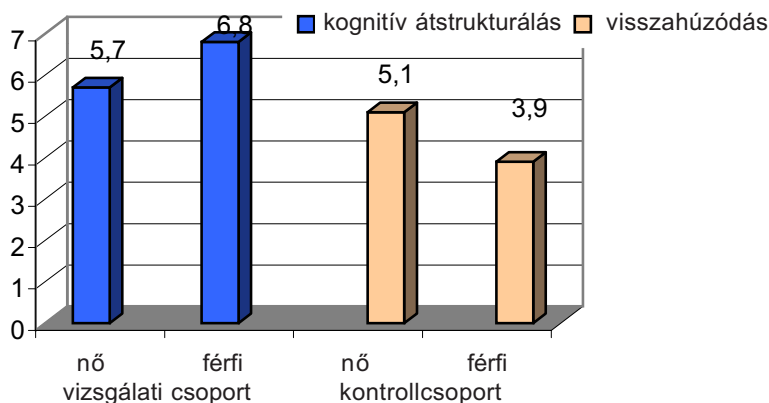
Az összehasonlító statisztikai vizsgálatok megerősítették a fent leírt tendenciákat. A vizsgálatok kimutatták, hogy a problémaközpontú megküzdési stratégiák közül a kognitív átstrukturálás ($t = 4,201$, $\text{sig.} < 0,001$) és az alkalmazkodás ($t = 2,753$, $\text{sig.} = 0,006$) területén mutatkozik szignifikáns különbség a vizsgálati és a kontrollcsoport között.

Az érzelemközpontú megküzdési stratégiák területén az érzelmi indíttatású cselekvés ($t = 5,557$, $\text{sig.} < 0,001$), valamint a visszahúzódás ($t = 6,149$, $\text{sig.} < 0,001$) területén találtunk szignifikáns különbséget a csoportok között. Ezek a megküzdési formák inkább a vizsgálati csoport tagjaira jellemzőek.

A segítségkérés tekintetében nincs különbség a két csoport között.

A nemek tekintetében külön is megvizsgáltuk a csoportokat, és csak két területen találtunk jelentős eltérést közöttük. A 7. ábrán a Konfliktuskezelő Kérdőív azon skáláinak az átlagait láthatjuk, amelyek területén a nemek között szignifikáns eltéréseket találtunk az egyes csoportokon belül.

A vizsgálati csoporton belül a kognitív átstrukturálás területén ($t = 2,499$, $\text{sig.} = 0,013$) mutatkozott jelentős eltérés a férfiak javára. A kontrollcsoport tekintetében a visszahúzódásnál találtunk szignifikáns eltérést ($t = 4,022$, $\text{sig.} < 0,001$), a nőket inkább jellemzi ez a fajta megküzdési mód.



7. ábra. A vizsgálati és a kontrollcsoportnak a Konfliktusmegoldó Kérdőívben nemeknél jelentkező, szignifikáns szintet mutató skálák átlagai

A lineáris regresszió-analízissel azt vizsgáltuk, hogy a depressziós tünetegyüttest mint függő változót hogyan befolyásolják a Konfliktuskezelő Kérdőív skálái mint független változók a minta egészére nézve, valamint külön a vizsgálati és a kontrollcsoport vonatkozásában is (4. táblázat). A táblázat csak azokat a skálákat tartalmazza, amelyek szignifikáns összefüggést mutattak a depresszió skálán elért eredményekkel.

4. táblázat. A Beck-féle Depresszió Skálán elért eredmények alakulása a megküzdési stratégiák függvényében

PREDIKTOR	B	BÉTA	T-ÉRTÉK	SZIGNIFIKANCIASZINT
Minta egésze (n = 681) R = 0,439; R ² -változás = 0,192				
Visszahúzóadás	0,519	0,25	6,305	0,000
Érzelmi indíttatású cselekvés	0,499	0,256	6,741	0,000
Kognitív átstrukturálás	-0,354	-0,209	-5,51	0,000
Segítségkérés	-0,244	-0,116	-2,857	0,004
Alkalmazkodás	0,199	0,096	2,535	0,012
Konstans	4,186		5,543	0,000
Vizsgálati csoport (n = 170) R = 0,359; R ² -változás = 0,156				
Érzelmi indíttatású cselekvés	0,438	0,28	3,509	0,001
Visszahúzóadás	0,419	0,218	2,637	0,009
Konstans	10,582		7,062	0,000
Kontrollcsoport (n = 204) R = 0,397; R ² -változás = 0,158				
Érzelmi indíttatású cselekvés	0,137	0,239	3,158	0,002
Érzelmi egyensúly keresése	0,148	0,192	2,642	0,009
Kognitív átstrukturálás	-0,08	-0,189	-2,573	0,011
Konstans	1,264		3,681	0,000

Az eredmények azt mutatják, hogy a szubklinikus depressziós tünetegyüttes a minta egészére nézve, a legszorosabb kapcsolatban az érzelmközpontú megküzdési módok előnyben részesítésével volt, konkrétan az érzelmi indíttatású cselekvéssel és a visszahúzóással. Az érzelmi indíttatású cselekvéssel való kapcsolat megjelent a vizsgálati csoportnál és a kontrollcsoportnál is. A visszahúzóással való kapcsolatot csak a vizsgálati csoportnál tudtuk megerősíteni, helyette a kontrollcsoportnál az érzelmi egyensúly keresésére való törekvést találtuk.

A problémaközpontú megküzdési stratégiák közül a depressziós tünetegyüttes a kognitív átstrukturálás hiányával, valamint a külső alkalmazkodással mutatott szoros kapcsolatot. A vizsgálati csoportnál nem tudtuk megerősíteni ezt az összefüggést, a kontrollcsoportnál is csak a kognitív átstrukturálás hiányánál.

A minta egészére nézve szoros kapcsolatot mutatott még a depressziós tünetegyüttes a segítségkérés hiányával, de ezt külön sem a vizsgálati, sem a kontrollcsoportoknál nem tudtuk kimutatni

Lineáris regresszió-analízissel megvizsgáltuk azt is, hogy a rotált faktorok milyen kapcsolatot mutatnak a megküzdési stratégiákkal. A tiszta depresszió faktor a legszorosabb kapcsolatot az érzelmközpontú megküzdési stratégiákkal mutatta, ezen belül is az érzelmi indíttatású cselekvéssel ($B = 0,089$, $\beta = 0,193$, $t = 4,815$, $\text{sig.} < 0,001$), valamint a visszahúzóással ($B = 0,097$, $\beta = 0,199$, $t = 4,75$, $\text{sig.} < 0,001$). A problémaközpontú megküzdési stratégiák közül csak a kognitív átstrukturálás hiányával volt szoros kapcsolatban ($B = -0,052$, $\beta = -0,13$, $t = -3,241$, $\text{sig.} = 0,001$). Szignifikáns összefüggést mutatott még a segítségkérés hiányával ($B = -0,059$, $\beta = -0,118$, $t = -2,77$, $\text{sig.} = 0,006$).

A büntudat faktor szintén négy megküzdési stratégiával mutatott szignifikáns összefüggést. Az érzelmközpontúak közül ez is az érzelmi indíttatású cselekvéssel ($B = 0,083$, $\beta = 0,18$, $t = 4,459$, $\text{sig.} < 0,001$) és a visszahúzóással ($B = 0,064$, $\beta = 0,132$, $t = 3,121$, $\text{sig.} = 0,002$) volt kapcsolatban. A problémaközpontúak közül a kognitív átstrukturálás hiányával ($B = -0,053$, $\beta = -0,133$, $t = 3,121$, $\text{sig.} = 0,002$), valamint az alkalmazkodással ($B = 0,049$, $\beta = 0,1$, $t = 2,486$, $\text{sig.} = 0,013$) mutatott szoros kapcsolatot.

A szomatikus faktor csak a kognitív átstrukturálás hiányával ($B = -0,038$, $\beta = -0,095$, $t = -2,292$, $\text{sig.} = 0,022$) és a visszahúzóással ($B = 0,044$, $\beta = 0,091$, $t = 2,093$, $\text{sig.} = 0,037$) mutatott szignifikáns összefüggést.

Az attribúciós stílus

A vizsgálati és a kontrollcsoport tagjainak az Attribúciós Stílus Kérdőívben elért eredményeinek leíró statisztikája a következőképpen alakult:

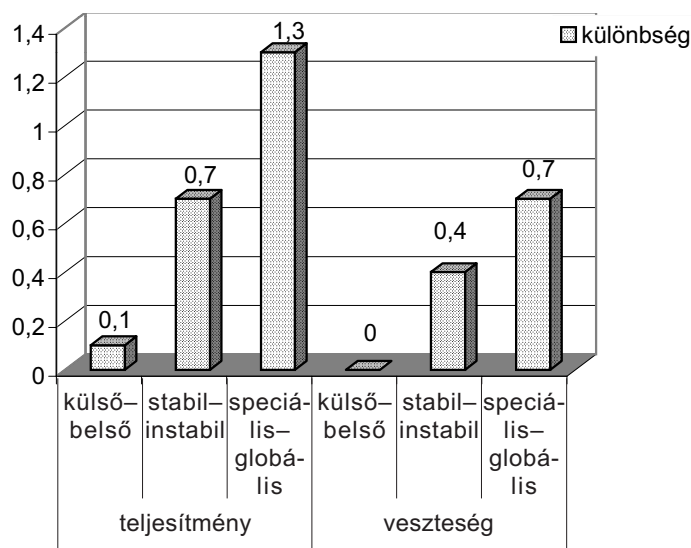
Teljesítménydeficit esetén:

- külső vagy belső: vizsgálati csoport M = 5, SD = 1,1; kontrollcsoport M = 4,9, SD = 1,2;
- instabil vagy stabil: vizsgálati csoport M = 4,8, SD = 1,4; kontrollcsoport: M = 4,1, SD = 1,6;
- specifikus vagy globális: vizsgálati csoport M = 4,2, SD = 1,7; kontrollcsoport M = 2,9, SD = 1,7.

Veszteség esetén:

- külső vagy belső: vizsgálati csoport M = 3,9, SD = 1,3; kontrollcsoport M = 3,9, SD = 1,2;
- instabil vagy stabil: vizsgálati csoport M = 4, SD = 1,5; kontrollcsoport M = 3,6, SD = 1,5;
- specifikus vagy globális: vizsgálati csoport M = 3,9, SD = 1,6; kontrollcsoport M = 3,2, SD = 1,6.

A 8. ábra a két csoportnak az Attribúciós Stílus Kérdőív különböző skálákon elért átlagai közötti különbséget mutatja be, a vizsgálati csoport szemszögéből.



8. ábra. A vizsgálati és a kontrollcsoport Attribúciós Stílus Kérdőív különböző skáláin elért átlagainak különbségei, a vizsgálati csoport szemszögéből

Az ábrán látható, hogy a teljesítménydeficitet inkább tulajdonítják belső oknak és stabilnak, mint a veszteséget. A vizsgálati és a kontrollcsoport között jelentős, szignifikáns eltérés mutatkozott a stabilitás és a globalitás megítélése területén. A vizsgálati csoport tagjai stabilabbnak tulajdonítják az okokat (mindig jelen lesz) mind a teljesítmény ($t = 4,018$, $\text{sig.} < 0,001$), mind a veszteség ($t = 2,611$, $\text{sig.} = 0,009$) területén, mint a kontrollcsoport tagjai. Ugyanez a helyzet a globalitás megítélésében is (teljesítmény: $t = 7,193$, $\text{sig.} < 0,001$; veszteség: $t = 4,256$, $\text{sig.} < 0,001$).

A csoportokon belül, nemenként elvégzett összehasonlító statisztikai vizsgálat nem mutatott jelentős különbséget a nők és a férfiak attribúciós stílusa között.

A lineáris regresszió-analízissel azt akartuk feltárni, hogy a depressziós tünetegyüttest mint függő változót hogyan befolyásolják az Attribúciós Stílus Kérdőív skálái mint független változók a minta egészére nézve, valamint külön a vizsgálati és a kontrollcsoport vonatkozásában is (5. táblázat). A táblázat csak azokat a skálákat tartalmazza, amelyek szignifikáns összefüggést mutattak a depresszió skálán elért eredményekkel.

Az eredmények azt mutatják, hogy a szubklinikus depressziós tünetegyüttes a minta egészére nézve a saját teljesítménydeficit megítélésekor (nem sikerült egy fontos vizsga) a legszorosabb kapcsolatot a specifikus vagy globális, valamint instabil vagy stabil attribúciós dimenzióval mutatta. Veszteség megítélésekor (szakítás egy közeli baráttal, barátnővel) szintén a specifikus vagy globális attribúcióval találtunk összefüggést. A vizsgálati csoportnál nem tudtuk ezeket megerősíteni, hanem teljesítménydeficit esetében a külső-belső attribúció és a depressziós tünetegyüt-

5. táblázat. A Beck-féle Depresszió Skálán elért eredmények alakulása az attribúciós stílus függvényében

PREDIKTOR	B	BÉTA	T-ÉRTÉK	SZIGNIFIKANCIASZINT
Minta egésze (n = 681) R = 0,352; R ² -változás = 0,124				
Teljesítmény: specifikus vagy globális	0,608	0,257	6,498	0,000
Teljesítmény: instabil vagy stabil	0,32	0,115	2,992	0,003
Veszteség: specifikus vagy globális	0,213	0,081	1,975	0,049
Konstans	1,108		1,203	0,230
Vizsgálati csoport (n = 170) R = 0,306; R ² -változás = 0,093				
Teljesítmény: külső vagy belső	0,608	0,191	2,525	0,013
Konstans	4,313		2,502	0,013

tes kapcsolatát tudtuk kimutatni. A kontrollcsoport esetében nem találtunk szignifikáns kapcsolatot a vizsgált tényezők között.

Lineáris regresszió-analízissel megvizsgáltuk azt is, hogy a rotált faktorok milyen kapcsolatot mutatnak az attribúciós stílussal. A vizsgálat során csak a teljesítmény megítélésével kapcsolatban találtunk szignifikáns összefüggéseket a rotált faktorokkal. A tiszta depresszió faktor legszorosabb kapcsolatban a globalitás ($B = 0,077$, $\beta = 0,138$, $t = 3,331$, $\text{sig.} = 0,001$), valamint a stabilitás ($B = 0,06$, $\beta = 0,093$, $t = 2,314$, $\text{sig.} = 0,021$) megítélésével volt. A büntudat faktor a belső okoknak való tulajdonítással ($B = 0,105$, $\beta = 0,126$, $t = 3,323$, $\text{sig.} = 0,001$) és a globalitással ($B = 0,7$, $\beta = 125$, $t = 3,054$, $\text{sig.} = 0,002$) mutatott szoros összefüggést. A szomatikus faktor csak a globalitás megítélésével ($B = 0,103$, $\beta = 0,185$, $t = 4,488$, $\text{sig.} < 0,001$) volt szoros kapcsolatban.

A háttértényezők vizsgálata

A háttértényezők felkutatásánál a vizsgálat során felhasznált kérdőívek minden olyan skáláját figyelembe vettük, amelyeknél az összehasonlító statisztikai vizsgálatok során szignifikáns eltérés mutatkozott a két csoport között. A vizsgálat során csak a rotált faktorokat, valamint az általános gyakorlatnak megfelelően a 0,4-nél nem kisebb faktorsúlyokat vettük figyelembe a háttértényezők differenciálásánál (6. táblázat).

6. táblázat. A vizsgálat során a két csoport között szignifikáns különbséget jelző skálák strukturálódása a másodrendű faktoranalízis alapján ($I > 0,40$)

	Faktorok			
	1	2	3	4
Külső elismerés igénye	,693			
Szeretettség igénye	,560			
Teljesítményigény	,710			
Perfekcionizmus	,622			
Külső kontroll-autonómia	,621			
Kognitív átstrukturálás				,883
Érzelmi indíttatású cselekvés			,717	
Visszahúzódás			,575	
Alkalmazkodás			,692	
Teljesítmény: instabil vagy stabil attribúció		,491		
Teljesítmény: specifikus vagy globális attribúció		,764		
Veszteség: specifikus vagy globális attribúció		,784		

A faktoranalízis eredménye a vizsgált változóknak megfelelő struktúrálódást mutat. A vizsgált változók négy faktorba rendeződtek és a teljes varianciának a 52,2%-át magyarázták.

Az első faktor (sajátérték: 2,551), mely a teljes variancia 21,2%-át magyarázta, a vizsgált diszfunkcionális attitűdöket jelöli.

A második faktor (sajátérték: 1,5), mely a teljes variancia 12,5%-át magyarázta, a pesszimista attribúciós stílust írja le.

A harmadik faktor (sajátérték: 1,194), mely a teljes variancia 9,91%-át magyarázta, az érzelmi indíttatású cselekvést jelöli. Érdekes, hogy ide került az alkalmazkodás is, mint problémaközpontú megküzdési stratégia.

A negyedik faktor (sajátérték: 1,03), mely a teljes variancia 8,6%-át magyarázta, a kognitív átstrukturálást írja le.

A rotált faktorokra elvégeztük a lineáris regresszió-analízist is, amely minden faktor esetében szignifikáns összefüggést (sig.<0,001) mutatott a depressziós tünetegyüttessel.

ÖSSZEFOGLALÁS

A kutatás eredményei azt mutatják, hogy a depressziós tünetegyüttes előfordulása a főiskolai populációban nem tér el jelentősen az irodalomban jelzett arányoktól, bár kissé magasabb értékeket mutat. Ez a növekedés része lehet a Kopp és mtsai (1997) vizsgálatai által jelzett progresszív tendenciának, de adódhat a mérőeszközök különbözőségéből is (Kopp és mtsai a Beck-féle Depresszió Kérdőív 9 tételes változatát használták kutatásaik során). Comer (2003) összefoglalása szerint a fejlett ipari országokban a nők kétszer olyan gyakran élnek át súlyos unipoláris depressziót, mint a férfiak. Ezt az arányt tükrözik a vizsgálat eredményei is, szubklinikus mintán. A tünetek súlyosság szerinti megítélése azt mutatta, hogy legerősebben a büntudat-szindróma (büntudat, félelem a büntetéstől, határozatlanság) jelentkezett a vizsgálati személyeknél, amelyet a fáradtság szindróma követett (fáradtság, munkaképtelenség, étvágytalanság). A tiszta depresszió tünetei közül csak az elégedetlenség és reménytelenség jelentkezett erősebben.

Kutatásunk eredményei nagyrészt igazolták első hipotézisünket, amely szerint a szubklinikus depressziós tünetegyüttessel jellemezhető személyekre a szeretet- és elismerésigény, teljesítményigény, valamint perfekcionizmus fokozottan jellemző. A vizsgálat eredményei csak részben erősítik meg Kopp és mtsai (1997) által ezen a területen feltárt összefüggéseket. A minta egészére nézve megerősítést nyert a fokozott szeretetigény,

külső elismerésigény és perfekcionizmus, de nem jelentkezett a fokozott teljesítményigény. A szubklinikus depressziós tünetegyüttesrel a legszorosabb kapcsolatot a külső kontroll attitűd esetében találtunk, valamint ezen a területen jelentkezett a vizsgálati és a kontrollcsoport között a legnagyobb különbség is. Kopp és Skrabski (1995) úgy találták, hogy a 16 és 20 év közötti, szorongó, neurotikus tünetekre panaszkodó fiatalokra szintén jellemző a külső kontrollosság. Fiske és Taylor (1984) szerint a személy önértékelése és énképe meghatározásának a szempontjából nagyon fontos az, hogy a személy mennyire tartja magát hatékonynak egy szituációban, mennyire érzi, hogy befolyásolni, kontrollálni tudja azt. A kontroll észlelése tehát fontos szempontja annak, hogy a személy hogyan viselkedik egy adott helyzetben. A vizsgálati csoport tagjait tehát a külső kontrollosság jellemezte. A külső kontroll attitűddel jellemezhető személy úgy érzi, hogy nem saját maga irányítja sorsát, a helyzetek csak megtörténnek vele (Kopp 2001). Az így keletkező passzív, tehetetlenségi állapot Seligman (1992) szerint kialakíthatja a személynél azt az implicit hiedelmet, hogy nincs befolyása élete alakítására, bármit is tesz, az nincs hatással az események alakulására. Ezért passzívvá válhat, motivációja csökkenhet, hajlamossá válhat a depresszióra. Ennek az ellentéte az autonómia, az önállóságra való beállítódás, ami vizsgálatunkban inkább volt jellemző a kontrollcsoportra.

Jelentős, szignifikáns eltérés mutatkozott még a teljesítményigény és a perfekcionizmus területén is a csoportok között. A kutatás eredményei azt mutatják, hogy a teljesítményigény nem igazán volt jellemző egyik csoport esetében sem, de a vizsgálati csoport tagjai magasabb pontszámot értek el ezeken a skálákon. A perfekcionista attitűddel jellemezhető személy mindent minden részletében tökéletesen szeretne megoldani. Önmagával és környezetével is elégedetlen, ha ez nem sikerül (Kopp 2001). A szeretetigény, valamint a külső elismerés igénye szintén jellemzőbb volt a vizsgálati csoportot tagjaira. A fentiekből sikerült megerősíteni perfekcionizmus, elismerés- és szeretetigény szignifikáns kapcsolatát a depressziós tünetegyüttesrel, azonban fokozott teljesítményigényre utaló jeleket nem találtunk. Úgy látszik, hogy nem a tényleges számszerű értékek döntőek ebben az esetben, hanem a személy szubjektív értékelése. Egy alacsony szintű teljesítményigény is vezethet fokozott perfekcionizmus mellett depresszív hangulat kialakulásához, ha a személy úgy érzi, hogy az elvárásokhoz képest kevesebbet teljesített.

A vizsgálati csoportban a nemek között a nőkre szignifikánsan jobban jellemzőnek találtuk a fokozott teljesítményigényt és az altruista attitűdöt. Kopp (2001) szerint, ha az altruista attitűd nem talál viszonzásra, akkor csalódást, kiábrándulást eredményezhet, így válhat az enyhe de-

pressziós tünetegyüttes egyik háttértényezőjévé. Ugyanez érvényes lehet a ki nem elégített elismerésigény esetében is.

A megküzdési stratégiákat vizsgálva megállapíthatjuk, hogy a depressziós tünetegyüttesrel a legszorosabb összefüggést az érzelmközpontú megküzdési módok mutatták, elsősorban az érzelmi indíttatású cselekvés és a visszahúzódás, valamint a kognitív átstrukturálás hiánya. Ezek az eredmények megerősítik a második hipotézisünket, amely szerint a depressziós tünetegyüttesrel jellemezhető személyekre inkább az érzelmközpontú megküzdési módok jellemzők, ezen belül is hajlamosak a visszahúzódásra.

Ha a megküzdési módok használatának a preferenciáját nézzük, akkor kiderül, hogy a főiskolai hallgatók mindkét csoportban a problémaközpontú megküzdést részesítik előnyben az érzelmközpontúval szemben. A depressziós tünetegyüttesrel jellemezhető személyek is többet használják a problémaközpontú megküzdést, mint az érzelmközpontút. A problémaközpontú megküzdési módok közül a kognitív átstrukturálás azt jelenti, hogy nehéz élethelyzetekből a helyzet újraértelmezése által más emberként, a személyiségfejlődés magasabb szintjén kerül ki a személy (Kopp 2001). A kognitív átstrukturálást mint megküzdési módot kevésbé használják a vizsgálati csoport tagjai. Az alkalmazkodás mint megküzdési mód azt jelenti, hogy a személy elfogadja az adott helyzetet, anélkül, hogy magát okolná annak kialakulásáért. A vizsgálati csoportra inkább jellemző ez a megküzdési mód. Ez a külső kontrollosságukban gyökerezhet, abban a hiedelmükben, hogy nincs lehetőségük a sorsuk irányítására, hanem passzív rezignációval elfogadják a kialakult helyzetet. A kognitív átstrukturálás területén a vizsgálati csoport tagjainál a nemek között is szignifikáns különbséget találtunk. A nőkre kevésbé jellemző ez a megküzdési mód, mint a férfiakra. A kontrollcsoporton belül nem tudtuk kimutatni ezt a tendenciát.

Az irodalmi adatokkal egyezően egyértelműen beigazolódott harmadik hipotézisünk, amely szerint a depressziós tünetegyüttesrel pesszimista attribúciós stílus jár együtt. A minta egészére vonatkoztatva a teljesítménydeficit és veszteség megítélésekor is globálisnak ítélik meg az okot, valamint teljesítménydeficit esetében stabilnak is. Vizsgálatunk eredménye azt mutatja, hogy a vizsgálati csoport tagjai a kontrollvesztést belső okokra vezetik vissza, stabilabbnak, valamint globálisabbnak vélik az okokat mind a teljesítmény, mind a veszteség területén, mint a kontrollcsoport tagjai, és ez független a nemi hovatartozásuktól. A pesszimista attribúciós stílusú emberek úgy érzik, hogy nem befolyásolhatják életük alakulását. Abramson és mtsai (1989) szerint a pesszimista attribúciós stílus önmagában nem elegendő oka a depressziónak, akkor válik fontossá,

ha a személy erős vagy gyakori negatív életeseményekkel találja szemben magát. Szerintük a depresszió kialakulása szempontjából az a fontosabb, hogy valaki mennyire hiszi befolyásolhatónak a saját életét, és nem az, hogyan értelmezi a kellemetlen eseményeket. A hit, hogy meg tud küzdeni a negatív életeseményekkel, növeli a depresszióval szembeni ellenállását. A már említett külső-kontrollosság azonban pont ennek a kialakulását nehezíti meg a depressziós tünetegyüttesel jellemezhető személyeknél. Kulcsár (2002) szerint a sikeres megküzdési stratégiák optimizmussal, valamint pozitív gondolkodással járnak együtt. Peterson és mtsai (1982) longitudinális vizsgálatait azt mutatják, hogy a korán kialakuló optimista attribúciós stílus a lelki egészségen túl a testi egészséget is megalapozhatja.

Kutatásunk eredményei rámutatnak arra a tényre, hogy a szubklinikus depressziós tünetegyüttes, a diszfunkcionális attitűdök, a maladaptív megküzdési stratégiák, valamint a pesszimista attribúciós stílus jelen vannak, és kifejtik romboló hatásukat a nem klinikai populációhoz tartozó főiskolai hallgatók körében is.

Pikó (2002) szerint a depresszió a mai, modern társadalom kortünete. A társadalom a teljesítményt ismeri el, ebben az értelemben az önmegvalósítás is teljesítménykategória. A fogyasztói társadalmak latensen irányítják tagjaikat, csak az elérendő célokat, értékeket közlik velük, a megvalósításukhoz vezető utakat az egyén szabad választására bízzák. A választás felelőssége az egyéné, a rossz választásokért, kudarcokért is ő a felelős. A teljesítménydeficit gyakran kelt szorongást és büntudatot az egyénben, így a depresszió – Pikó értelmezésében – nem más, mint az önmegvalósítás deficitje. A másik fontos sajátossága ezeknek a társadalmaknak a tagjaik énközpontúsága, az ennek a túlhangsúlyozása. Ez narcisztikus személyiségtorzulásra, interperszonális zavarokra, elidegenedésre és a társas kapcsolatok felszínességére hajlamosít. A depresszió ebben az értelemben az egóba való belesüppedést jelenti, amely megakadályozza a másik felé fordulást. Egy harmadik sajátossága ezeknek a társadalmaknak, hogy a hétköznapi élet során megsokszorozódnak bennük azok a konfliktusok, amelyek alkalmazkodást igényelnének tagjaiktól. Konfliktuskezelési stratégiákból azonban a társadalom azokat preferálja, amelyek a kellemetlen eseményeket minél gyorsabban, minél kevesebb ráfordítással iktatják ki. Többek között ez állhat a dohányzás, az alkohol- és drogfogyasztás, a gyógyszerfüggőség magas szintjének a hátterében is.

Felmerül a kérdés, hogy milyen preventív lehetőségekkel rendelkeznek az egyetemek és főiskolák ezeknek a hatásoknak a kivédésére, minimalizálására. Kopp és Skrabski (2001) felhívják a figyelmet az iskola szerepé-

re az egészségmegőrző magatartás kialakításában, az együttműködési és konfliktusmegoldó készségek fejlesztése területén.

A mentálhigiénés megelőzési programok bevezetése és a tanácsadási rendszer kialakítása mellett fontos lenne a képzés folyamatába beépíteni egy olyan, kötelező tantárgyblokkot, amelynek célja az egyetemi, főiskolai hallgató személyiségének fejlesztése, az adekvát megküzdési módok kialakítása lehetne.

Irodalom

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., Alloy, L. B. (1989): Hopelessness depression. A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96: 358–372.
- Atkinson, R. L., Atkinson, C. R., Smith, E. E., Bem, D. J. (1995): *Pszichológia*. Osiris, Budapest.
- Beck, A. T., Beck, R. W. (1972): Screening depressed patients in family practice. A rapid technique. *Postgrad. Med.*, 52: 81–85.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (2001): *A depresszió kognitív terápiája*. Animula, Budapest.
- Burns, D. D. (1980): *Feeling Good. The Mood Therapy*. Signet and Mentor, New York.
- Comer, R. J. (2003). *A lélek betegségei*. Osiris, Budapest.
- Csabai M., Molnár P. (1999): *Egészség, betegség, gyógyítás*. Springer, Budapest.
- Csorba J., Dinya E., Párt S., Solymos J. (1994): Életesemény kutatás és serdülőkor. A középiskolás életesemény kérdőív bemutatása. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 50 (1): 67–83.
- Csorba J., Farkas V., Mihádák K. (1996): Diszfunkcionális személyiségi attitűdök és depresszió migrén típusú fejfájásban szenvedő serdülőknél. *Ideggyógyászati Szemle*, 49 (3–4): 89–95.
- Fiske, S. T., Taylor, S. E. (1984): *Social Cognition*. Random House, New York.
- Kopp M. (1994): *Orvosi pszichológia*. SOTE Magatartástudományi Intézet, Budapest.
- Kopp M. (2001): Magatartástudományi ember-környezeti rendszerelméleti modell. In: Buda B., Kopp M., Nagy E. (szerk.): *Magatartástudományok*. Medicina, Budapest, 23–46.
- Kopp M., Csoboth Cs., Purebl Gy. (1999): Fiatal nők egészségi állapota. In Pongrácz T., Tóth I. Gy. (szerk.): *Szerepváltozások*. TÁRKI, Budapest, 239–259.
- Kopp M., Skrabski Á. (1995): *Alkalmazott magatartástudomány*. Corvinus Kiadó, Budapest.
- Kopp M., Skrabski Á. (2001): Magatartás és család. *Új Bioetikai Szemle*, 7 (4): 1–25.
- Kopp M., Szedmák S., Lőke J., Skrabski Á. (1997): A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a mai magyar lakosság körében. *Lege Artis Medicinae*, 7 (3): 136–144.
- Kulcsár Zs. (2002): *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Lazarus, R. S. (1990): Stress, coping and illness. In Friedman, H. S. (ed.): *Personality and Disease*. Wiley, New York, 84–86.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1986): Coping and adaptation. In Gentry, W. D. (ed.): *The Handbook of Behavioral Medicine*. Guilford, New York.
- Lazarus, R. S., Launier, R. (1978): Stress related transactions between person and environment. In Pervin, L., Lewis, M. (eds): *Internal and External Determinants of Behavior*. Plenum Press, New York.

- Metalsky, G. I., Halberstadt, L. J., Abramson, L. Y. (1987): Vulnerability to depressive mood reactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52: 386–393.
- Molnár G., Molnár I. (1999): A Beck- és Zung-féle depresszió önértékelő tesztek faktoranalízise. *Pszichoterápia*, 8: 165–173.
- Peterson, C., Semmel A., von Baeyer, C., Abramson, L., Metalsky, G., Seligman, M. (1982): The attributional style questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6: 287–299.
- Pikó B. (2002): A depresszió társadalom-lélektana: kórtünet vagy kortünet? *Valóság*, 45 (7): 53–62.
- Rózsa S., Szádóczky E., Füredi J. (2001): A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16: 384–402.
- Seligman, M. E. P. (1992): Wednesday's children. *Psychol. Today*, 25 (19): 61–67.
- Szádóczky E. (2001a): Epidemiológia. In Szádóczky E., Rihmer Z. (szerk.): *Hangulatzavarok*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 150–168.
- Szádóczky E. (lekt.) (2001b): *Depresszió, szorongás pontozó skálák*. EGIS, Budapest.
- Volk, R. J., Pace, T. M., Parchman, M. L. (1993): Screening for depression in primary care patients: dimensionality of short Beck Depression Inventory. *Psychol. Assess*, 5: 173–181.
- Vredenburg, K., Kramels, L., Flett, G. L. (1985): Reexamining the Beck Depression Inventory: the long and short of it. *Psychol. Reports*, 56: 767–778.
- Weismann, A. N., Beck, A. T. (1979): *The Dysfunctional Attitude Scale*. Thesis, University of Pennsylvania.

Köszönetnyilvánítás. Köszönettel tartozom témavezetőmnek, Dr. Bugán Antalnak, aki munkám során elméleti és gyakorlati tanácsokkal, javaslatokkal, őszinte kritikával segített. Külön köszönetet szeretnék mondani a Nyíregyházi Főiskola, Pszichológia Tanszék oktatóinak a munkámhoz nyújtott segítségükért és türelmükért, valamint köszönet illeti a Nyíregyházi Főiskola hallgatóit is, akik vállalták a kérdőívek kitöltését.

MARGITICS, FERENC

INTERRELATIONS BETWEEN SUBCLINICAL DEPRESSIVE SYNDROME AND DYSFUNCTIONAL ATTITUDES, COPING STRATEGIES AND ATTRIBUTIONAL STYLE AT COLLEGE STUDENTS

In the course of our research we intended to survey the presence of dysfunctional attitudes related to subclinical depressive symptoms, the preferred coping strategies and attributional style at students who do not belong to any clinical population, and whose socialization may be described as successful. 681 participants were involved in the research, 465 of them were women, and 216 men. Students who were put into the fourth quadrant of Beck's Depression Scale by their scores belonged to the research group (170 individuals, 128 women, 42 men). The control group (204 individuals, 118 women and 86 men) consisted of students who were in the first quadrant of Beck's scale. The result findings show that the occurrence of the depressive syndrome at college students is not any significantly different from proportions described in the related literature, although slightly higher. The members of the research group are primarily characterized by external control attitude of all the dysfunc-

tional attitudes. A look at the coping strategies show that people with depressive syndrome use problem-centred coping strategies. They, however, use these strategies (especially cognitive re-structuring and adaptation) to a much lesser extent than the members of the control group. In terms of cognitive re-structuring, there has been a significant difference between the two genders. Women tend to use this strategy much less frequently than men do. No similar tendency has been observed in the control group. Out of the emotional coping strategies, retreat has been found to be the most common at the individuals with subclinical syndrome. At students with depressive syndrome, pessimistic attributional style has been found characteristic. The results show, that the members of the research group attribute the loss of control to internal reasons, and they regard the reasons as more stable and global in terms of both performance and loss than the members of the control groups do. In this respect there is no difference between the two genders.

Keywords: sub-clinical depressive syndrome, dysfunctional attitudes, coping strategies, attributional styles