

Szalai Tamás Dömötör

A korai kötődési minták és kötődési szorongás jelentősége az egészségben, betegségben, evészavarokban

Az egészségi státusz alapvető mértékben kapcsolódik a személyes kapcsolatok minőségéhez és elérhetőségéhez (Feeney, 2000). Ilyen, akár egész későbbi életünket meghatározó személyes kapcsolat a gyermek szülőkhöz való kötődése. Bowlby (1977) szavaival: „a kötődés a bölcsőtől a sírig jellemzi az emberi életet”.

A kötődés jelensége

A kötődés *tágabb értelemben* két ember kapcsolata. Két felnőttet vagy fiatalt összefűző láthatatlan szál, mely megjelenhet a barátságokban, párokban, családokban. A felnőttkori kötődés jellemzői a közeli kapcsolatok dinamikájában és minőségében tapasztalhatóak meg. Kötődhetünk helyszínekhez, tárgyakhoz, emlékekhez, korszakokhoz is.

Szorosabb jelentésében a kötődés gyermek és szülő közti kötelék, melyben a gyermeki és gondozói viselkedés egymás komplementerét képezi. Bowlby (1985) szerint a gyermekkori kötődés evolúciós jelentőségű, ösztönalapú, veleszületett motivációs és viselkedési rendszer. Célja a fizikai túlélés és a biztonság élményének megteremtése, ennek érdekében pedig legfontosabb a gyermek és a mások közti közelség szabályozása (Ainsworth, 1985). Mikor veszély fenyeget, a rendszer aktiválódik (Bowlby, 1969; Zachrisson, Skarderud, 2010). A biztonság érdekében a gyermek általánosan szülőjénél keresi a megnyugvást. Serdülő- és fiatal felnőttkorra a megnyugtató bizonyos funkcióit fokozatosan a pár- és részben a baráti kapcsolatok veszik át (Bowlby, 1973). Mivel a szülő a védelem forrása, az ő elérhetősége, megbízhatósága erőteljesen befolyásolja a gyermek érzéseit, elvárásait, védekezéseit, biztonságkereső viselkedését. A kötődési viselkedés négy alapvető összetevője (Vankó, 2012):

- a gyermek igénye a szülő közelében lenni;
- a szülő mint biztonságos bázis a felfedezéshez;
- biztonságos menedék, ahova mindig vissza lehet térni;
- a gyermek tiltakozása a szeparáció ellen, belekapaszkodik szülőjébe.

Az ezek „sikerességére” vonatkozó tapasztalatok alapján kialakuló, gyermeket és kötődési személyt egy egészbe foglaló rendszert Bowlby (1977) ún. „*belső munkamodellnek*” nevezte. A modell magában foglalja a gyermek saját magáról és a világról kialakított sémáját. A kapcsolatok belső valóságképként befolyásolják a gyermek elvárásait, hiedelmeit, észlelését a kapcsolati térben (Vankó, 2012).

A kötődés kialakulása bizonyos szempontból a bevéődés folyamatára is hasonlít: már az első másodpercektől megindul, és egy éves korra szinte teljesen megszilárdul. Ebben az értelemben alapvetően a *kora gyermekkori kötődés* jelentősége kerül a fókuszunkba. Ugyanakkor elengedhetetlen hangsúlyozni, hogy a kötődés jellemzői jó eséllyel beépülnek a személyiségbe és a kapcsolati működésbe, mintegy a kapcsolati dinamikák prototípusát képezve (Fraley, 2002). Evvel mintát biztosítanak a későbbi társas interakcióknak. A gyermekkori kötődés mintái elég tartósak az életút alatt (Bowlby, 1977), ha a munkamodelljei nyitottak is az alakulásra az élethelyzetek függvényében (Vankó, 2012). Ilyen értelemben a felnőttkori kötődés főbb jellegzetességei jelentős mértékben megegyeznek a gyermekkori kötődési mintákkal. Jelen tanulmány célja a kötődési jellemzők, valamint az egészség és betegség összefüggéseinek feltárása. A témában készült tanulmányok túlnyomó többségét a – gyermekkori kötődést erősen átfedő – felnőttkori kötődés vizsgálatával készítették. Más vizsgálatok a gyermekkori kötődés jelentőségét elemezték. Fő

célunk nem a gyermekkori és felnőttkori kötődés hatásainak elkülönítése, hanem jóval inkább a kötődés egészséggel összefüggő jellegzetességeinek kimutatása. Ezek alapjai leginkább a gyermekkori kötődési mintákban érhetőek nyomon.

Kötődési típusok

A kötődési viselkedés tipizálásának talán legismertebb példája Ainsworth (1969, 1970, 1985) idegenhelyzet-vizsgálata, melyben négy alapvető kötődési típust különböztetett meg:

(1) *Biztonságos kötődés* (B típus): esetén az anya képes optimális fizikai és pszichológiai biztonságot nyújtani, jelenléte és viselkedése egységes, megbízható, gyermeke érzéseire fogékony. Így a gyermeket is a saját magába és környezetébe vetett bizalom, kapcsolatukat biztos kötődés, stabilitás jellemzi majd. Ez jó eséllyel generalizálódik a későbbi kapcsolatokra (Bowlby, 1977).

(2) *Szorongó-elkerülő kötődés* (A típus) esetén az anya passzív, elérhetetlen vagy kifejezetten elutasító, nem nyújt biztonságot, gyermeke élményvilágára kevésbé fogékony. Gyermeke a visszautasításra „saját megtartása érdekében” anyakerülő stratégiával válaszol. Megpróbál függetlenedni, s bár frusztrálódik, érzelmeit inkább nem fejezi ki. Idő előtt izolálódik és eltávolodik az anyától.

(3) *Szorongó-ambivalens kötődés* (C típus) esetén az anya következetlen, egyszer büntető, máskor esdeklő, majd túlóvó. Emiatt vagy korai szeparációs élmények talaján szorongás alakul ki a gyermekben a szülői viselkedés bejósolhatatlansága miatt. Lemondani sem tud szülőjéről, de megbízni sem mer benne. Ezért bizonytalan, túlaggódó lesz, és már kisebb stressz esetén is eltúlozza az érzelmei kifejezést. Extrém módon követi anyját és tapadósan kötődni próbál, bár miközben keresi a kapcsolatot, ellen is áll neki.

(4) *Dezorganizált kötődés* (D típus) teljesen kaotikus, gyakran bántalmazó szülői bánásmód mellett alakul ki. A gyermek élményvilága, viselkedése ilyenkor széttöredezhet.

Jól láthatóak tehát a kötődés minőségének függvényében intenzíven alakuló viselkedési és társas történések, érzelmi és kognitív lenyomatok, amelyek meghatározzák a kapcsolati valóságot és benső élményvilágát.

A gyermekkori kötődés jellemzőinek jelentősége a későbbi lelki egészségben

Ennek tükrében kiemelten fontos a korai szülő-gyermek kölcsönhatások, kötődési minták és a későbbi gyermek-, illetve felnőttkori lelki problémák kapcsolatának feltárása. Ez világosan utal a korai kötődés jellemzőinek védő- vagy rizikó értékére.

A korai kötődés mint a lelki egészség rizikótényezője

Ha a szülő viselkedése nem egységes (olykor elérhető, máskor nem), a kötődési személy nemcsak frusztráció feloldójává, hanem okozójává is válik. Emiatt lehet, hogy azon gyerekek, akiknek a szülei visszautasítóak és szorongóak voltak, nagyobb valószínűséggel élnek meg erős aggodalmat, hajlamossá válnak a szorongásos zavarokra, gyakran elkerülők vagy ambivalensek lesznek (Muris és mtsai. 2000). Az ambivalens viszony általában tapadós viselkedést hív a gyermektől. Nehezen távolodik el, állandóan aggódik, alig megnyugtatható, tiltakozik az elhagyatás, egyedüllét ellen, mert nem bízik az anyában. Elvárásai magasak, intenzív kötődési viselkedése irritált és haraggal teli lesz. Ez a dinamika Ainsworth (1985) tipológiájában „C típusú”, szorongó és ambivalens kötődésnek felel meg. Felnőttkori kötődési stílusban gondolkodva gyakorlatilag megegyező jellemzőket mutat az ún. „kapcsolataiba elmerült kötődés” (Bartholomew, Horowitz, 1991): önmagáról való negatív és másikról alkotott pozitívabb kép, szorongás és impulzivitás jellemzi. Labilis, negatív énképe állandó elhagyással fenyeget, emiatt nagy kapcsolati szorongás jellemzi, párkapcsolatán sokat rágódik. Benső valóságát gyakran elárasztják a kapcsolataihoz fűződő gondolatok, a partnerrel való intimitást minden elé helyezi. Ez gyakori dependenciát eredményez, folyton azt érzi, a partnernél nagyobb fokú intimitásra vágyik, ami fokozza aggodalmát és frusztrációját (Vankó, 2012).

Jól látható e mintának az egyéni érzelmi életet és kapcsolati valóságot is erősen dinamizáló, stressz-szintet növelő minősége. A személyközi helyzeteket dekódoló belső sémaként a kötődés ezért a hétköznapi interakciók mellett számos pszichológiai, pszichiátriai jelenséghez



Hargitai Dávid

is szervesen kapcsolódik. Több vizsgálat talált kapcsolatot a kötődés minősége és a mentális problémák közt (Zachrisson, Skarderud, 2010). A bizonytalan kötődés többek közt elkerüléshez, társas konfliktusokhoz, érzelmi problémákhoz vezet kamaszkorban (Bowlby, 1973), de egyes pszichopatológiák kialakulásában is szerepet játszik (Mickelson, Kessler, 1997). Az összefüggés hátterét boncolva Wilkinson (2004) kimutatta, hogy a szülővel való kötődés direkt minőségben befolyásolja az önértékelést és a pszichológiai egészséget is. A kötődés és pszichológiai egészség közti kapcsolatot teljesen az önértékelés közvetíti. Emiatt lehet, hogy a szorongón kötődők emelkedett stresszről és magasabb szerhasználatról, gyakoribb öngyilkossági gondolatokról számoltak be, családtörténetükben jóval magasabb volt a gyermekbántalmazás, a szülőktől való szeparáció és a válások gyakorisága (Riggs, Jacobvitz, 2002). Jóval magasabb arányú depresszió és nagyobb katasztrófizáció jellemezte a szorongó, félelemteli kötődésű személyeket. A kötődési ambivalencia, kapcsolati függőség és aggodalom szintén negatív kapcsolatban állt a mentális egészséggel, mégpedig a szorongás révén (Oliviera és Costa, 2009).

Az eredmények metszéspontja tehát a *kötődési szorongás* mentális egészségre gyakorolt negatív hatása. A szorongás nyilvánvaló: (1) a kötődési ambivalenciában, a kapcsolati feltételek kiszámíthatatlansága miatti állandó rágódást, aggodalmat takarva. (2) Egyértelműen megjelenik a függő működés esetén, ahol a szorongásoldó stratégiát a kötődési személy követése és a belékapaszkodás jelenti. (3) Kevésbé feltűnő, de reális motívum az elkerülő viselkedéselemekben is, ahol a büntető vagy hanyagoló kötődési személy távoltartása által szolgálhat szorongáscsökkentő stratégiaként.

A korai kötődés mint a lelki egészség védőtényezője

A korai kötődési jellemzők mentális egészséggel való összefüggése védőtényezőként is megjelenik. A biztonságos kötődők kiegyensúlyozottabb, összetettebb és egységesebb énsztruktúrával jellemezhetők (Mikulincer, 1995). A biztonságos kötődés lényegesen alacsonyabb

depresszióval járt együtt (Ciechanowsky és mtsai. 2003). A kötődési bizalom erősíti a mentális egészséget (Oliviera és Costa, 2009) – ez az összefüggés a korai élmények önértékelésre kifejtett hatásának közvetítésével valósul meg. Továbbá érdemes ezen eredményeket a megküzdési képességek közvetítőváltozójával értelmezni. A biztonságosan kötődő serdülők lényegesen gördülékenyebben rendezték konfliktusait, és jobban tudták szabályozni negatív érzelmeiket, mint bizonytalan kötődésű társaik (Creasey, Kershaw, Boston, 1999).

Tehát a kötődés és annak biztonságossága mint az egyén és környezete közt közvetítő belső munkamodell, védő- és rizikótényezőként is funkcionálhat. Emiatt az elméletek többsége nem az egyirányú, direkt oksági kapcsolat mellett érvel, hanem a *kötődés közvetítő szerepét* hangsúlyozza a pszichés zavarokkal. Így például Unoka (2007, 27. o) szerint „a szülői bánásmód és pszichopatológiai tünetek közt a kötődési kapcsolatok hatására kialakult mentális reprezentációk közvetítenek.” Mivel a kötődési viselkedés célja nem csupán a pszichés, hanem a fizikai biztonság maximalizálása is, a pszichológiai jólléttel való szoros összefonódása mellett kiemelten feltárandó terület a fizikai egészséggel lehetséges, ritkábban elemzett kapcsolata is.

Korai kötődési minták és betegségviselkedés, későbbi fizikai egészség

Mivel a kötődési személy egyik elsődleges funkciója a fizikai védettség biztosítása, biztonságnyújtásának kiemelt szerepét feltételezhetjük a sérülések lehetőségét magukban hordó helyzetek, fizikai betegségek esetén. Evvel egybecsengően Ciechanowsky és munkatársai (2003) rámutattak a kötődés szerepére a betegségviselkedésben, az ellátás- és gondoskodáskeresésben, kezelésre való fogékonyságban is. Az aggodalmaskodó kötődők gyakrabban járnak orvosi vizitekre fájdalomtüneteik miatt (Ciechanowsky és mtsai. 2003). A kötődés és egészségviselkedés kapcsolatát vizsgálva Huntsinger és Luecken (2004) feltárták, hogy a biztonságos kötődésű személyek erősebb, jobb megelőző egészségmagatartással voltak jellemezhetőek, mint a bizonytalan kötődésűek. Az önértékelés részben közvetítette a kötődés

és egészségmagatartás kapcsolatát. Ez utal az önértékelés fejlesztésének az egészségmagatartás javításában kiaknázandó lehetőségeire. Evvel szemben a szorongó-ambivalens kötődési típusra oly jellemző függés és aggodalmaskodás negatív kapcsolatban állt a fizikai egészséggel (Oliviera és Costa, 2009). McWilliams és Baile (2010) elemzésében gyakoribb, illetve súlyosabb fájdalomtünetekről, például erősebb fejfájásról számoltak be az elkerülő kötődők. A szorongó kötődés szintén rengeteg egészségi változót súlyosbított, különösen a krónikus fájdalomtüneteket, gyulladásokat, és főleg a kardiovaszkuláris rendszert érintetve (szélütés, szívroham, magas vérnyomás). Míg a bizonytalan kötődés fokozta a fizikai betegségek kockázatát, elemzésükben a biztonságos kötődés nem állt kapcsolatban az egészséggel/betegséggel. Az eredményekből kitűnik, hogy a kötődés minősége az egészségviselkedés, betegségviselkedés, fájdalomtünetek és kardiovaszkuláris problémák befolyásolásán keresztül is szerves összefüggésben áll a fizikai jólléttel.

Maunder és Hunter (2008) eredményei alapján a kötődés és bizonytalansága több mechanizmuson keresztül járulhat hozzá egyes fizikai betegségek magasabb rizikójához:

- a kapcsolat minősége és az egészségviselkedés összefonódásként;
- a társas kapcsolatok, stressz és immunitás összefüggése talaján;
- a fiziológiai rendszerek stresszérzékenysége és az arousal zavarai nyomán;
- valamint a negatív hangulat olyan külső szabályozóin keresztül, mint például az alkohol- és nikotinhasználat, amelyek emelik a betegség rizikót;
- Feeney (2000) nyomán felvázolhatunk egy visszacsatolós utat is, mivel a kötődés a szülők gyermekük betegsége adott válaszát is meghatározza. Tehát kihat a család betegségben való beavatkozására is. Emiatt lehetséges, hogy a kötődés biztonságossága összefügg a tünetbeszámolókkal, az egészségügyi szolgáltatások igénybevételével és a normális élettevékenységek visszaszorításával is. Ez a kapcsolat részben a stresszre való fogékonyság egyéni különbségeivel magyarázható (Feeney, 2000).

A kötődés és fizikai jóllét kapcsolatát teljességében a pszichofiziológiai és immunológiai szinten zajló összefüggések tárják elénk.

Szülői viselkedés, korai kötődési minták és a későbbi fizikai egészség pszichofiziológiai és immunológiai összefüggései

A korai élmények, kötődési minták és a későbbi fizikai egészség kapcsolatát elsősorban az egyéni stresszérzékenység jelensége alapozza meg. Solomon (1969) kiemelte: a stresszre adott lélektani és pszichofiziológiai válaszkészség határozza meg az immunszuppresszió (immunrendszerünk elnyomottsága) szintjét. Az egyéni érzékenység mellett a stresszteli esemény megjósolhatósága egyaránt alapvető a pszichofiziológiai következmények szempontjából (Lázár, 2009). Kötődési térben gondolkodva a bejósolhatóság alapkritériuma a szülő megbízható elérhetősége, gondoskodásának megjósolhatósága. Ha a gyermeknek kiszámíthatatlan szeparációt kell megélnie, esetleg a szülő inkonzekvensen jutalmazza és bünteti, vagy saját problémái miatt negligálja, épp ez a fajta kiszámíthatóság sérül. Ez amiatt is fontos, mert az információk egységességének szintén alapvető jelentőséget tulajdoníthatunk az egészség szempontjából (Lázár, 2003). Ha ez sérül, a kontrollálhatatlanság élményét keltve komoly stressz forrásává válhat, negatív immunológiai következményekkel járva. Ha a gyermek kötődési terét nem tudja kiszámíthatónak, megfelelően megbízhatónak megélni, egyértelmű a kontrollvesztettség élménye.

A bizonytalan kötődés tehát (1) a *kontrollvesztettség* és az avval járó tehetetlenség miatt járhat negatív immunológiai következményekkel. Lázár (2009) felhívja rá a figyelmet, hogy a korai anya-gyerek kapcsolati zavar nyomán, a negatív érzelmek, reménytelenség, szorongás, depresszió, kontrollvesztés miatt a stresszreakciót szabályozó rendszer eltolódhat. (2) A bizonytalan kapcsolati tér tehát egyúttal *elhúzó* stresszforrást jelent. Ez, fenntartva a kortizol hormon kiválasztódását, hosszú távon erősen csökkenti az immunrendszer ellenálló-képességét. Ezzel szemben a gyorsabb és aktív megküzdés esetén – gondolva a biztonságosan kötődők jobb megküzdési képességére – a személy nem jut el a kimerülésig, ezért a kortizol immunrendszer-elnyomó hatása nem érvényesül (Lázár, 2009). Így a korai anya-gyerek kapcsolat történései az *immunkompetencia* befolyásolásával akár biológiai alapú védő-, és veszélyeztető tényezővé is válhatnak (Lázár, 2009).

A kötődés minősége tehát szervesen kapcsolódik a testi-lelki egészséghez egyaránt. A szeretet, optimizmus, öröm, nevetés gyógyító erejűek. A helyzet feletti kontroll csökkenti a kortizolszintet, és növeli az immunaktivitást (Lázár, 2009). Ebből a szempontból izgalmas lehetőséget kínál a biztonságos kötődés mint a stresszel való megküzdéshez nyújtott komoly puffer tényezőként való értelmezése.

Az evészavarok – a korai kötődés és betegség kapcsolatának ritkán vizsgálat területe

A korai kötődési minták és a felnőttkori kötődés jellemzőinek szerepét számos betegséggel kapcsolatosan felvetették már, így például: a szív- és érrendszeri megbetegedések, daganatos jelenségek, és különösen a pszichoszomatikus zavarok esetén. Utóbbiak közt számos dinamikus összefüggés, vizsgálati eredmény alapján izgalmas lehetőségeket kínál a kötődés jellemzőinek és evészavarok összefüggéseinek feltárása. Jóllehet az evészavarokat több családi és személyes probléma övezi, a kötődés pedig épp a személyes és társas teret fogja össze, itthon Kövesdi és munkatársai (2014) vizsgálatán kívül nem találunk kutatásokat a témában. Ez a kapcsolat nemzetközi téren széles körben kutatott, az eredmények pedig számos kérdést hagynak maguk után: (1) valóban megalapozott-e, és ha igen, mennyire erős a kötődés és evészavarok kapcsolata? (2) Jelenthet-e a kötődés rizikót az evészavarok kialakulásában? (3) Ha igen, specifikus vagy nem specifikus hatásról beszélhetünk? (4) Létezik-e specifikus kapcsolat egyes kötődési típusok és egyes evészavar-típusok közt? (5) A kötődésnek mely vonása jelenthet rizikót az evészavarokra?

Az evészavarosok családi jellemzői

Az evészavarok a fiatal nők leggyakoribb és leg súlyosabb pszichiátriai betegségei közé tartoznak (Morgan, Reid, Lacey, 1999). Kialakulásának okait kutatva nyilvánvalóan nem elegendő egyetlen tényezőt középpontba állítani és túlhangsúlyozni. Sokkal inkább átfogó, több tényező összefonódását feltételező, bio-, pszichoszociális

modellekben érdemes gondolkodni (Túry és Szabó, 2000; Polivy, Herman, 2002), amelyekre a cirkuláris okság érvényes (Túry, Szabó, 2000). Tehát a kötődés evészavarokkal való kapcsolatát is egy összefüggérendszer egy több más tényezővel kapcsolatban álló elemeként érdemes értelmezni.

Az evészavarok esetén megkülönböztetünk hajlamosító, elindító és fenntartó faktorokat (Túry, Pászthy, 2008). A legfontosabb hajlamosító tényezők közt találhatjuk az evészavaros személyek családjának és személyiségének bizonyos vonásait. Tipikus személyiségjellemzők lehetnek: az alacsony önértékelés, érzékenység, érzelmi instabilitás, negatív affektivitás, perfekcionizmus, teljesítménykényszer (Krizbai 2011).

Családjaikat rendkívül gyakran jellemzik a Minuchin, Rosman, Baker (1978) által leírt pszichoszomatikus családi jellemzők: az összerosottság, túlvédés, merevség, konfliktuskerülés. Ezekhez sokszor a mélyben megbúvó magas feszültség társul, a gyermeket gyakran bevonják a szülőpár konfliktusába. Lilenfeld és mtsi. (1998) szintén hangsúlyozzák a családi sebezhetőség szerepét, s hogy a családi háttér fokozza az evészavar kialakulását, fennmaradását. A családtagok téves oktatáson alapuló, a kritikusság, erőszakosság, túlvédés, szégyenkeltés súlyosbítja az evészavart (Treasure et al. 2008). Ezzel szemben a pozitív hangulatú és érzelmileg támogató szülői attitűd, önállóságra sarkallás magasabb hatékonyságérzettel, csökkent bulimias magatartással és a testsúllyal való enyhébb leköötöttséggel jár együtt (Kenny, Hart, 1992). Dévald (1993) az evészavarosok családjainak elemzésekor kiemeli az ambivalencia szerepét, melyet a gyermek is magáévá tesz – gyakran tapasztalhatjuk evészavarosoknál a felfokozott belső ambivalenciát. Ennek akár korai alapja lehet, hogy az anyákat a családjaikban a felszínen rendkívül adakozónak, odafordulónak, a mélyben azonban igen sértődékenynek, negatív érzéseiket tagadónak írja le. Az apákat alacsony önértékelésűnek, függőnek tartja, annak ellenére, hogy a felszínen sikeresnek, erősnek tüntetik fel magukat (Dévald, 1993). Izgalmas, dinamikus analógiákat láthatunk az itt leírt családi jellemzők és a bizonytalan kötődés szülői háttér-működése között.

Schore (2001; idézi Unoka, 2007) szerint a korai elhanyagoló vagy bántalmazó bánásmód

következményeképpen tartósan károsodhatnak az érzelmek intenzitását szabályozó agyi régiók. Steiger (2004; idézi Túry-Pászthy, 2008) kifejezetten a szerotoninszint csökkenését állítja az evészavarok és több, azokkal együtt megjelenő állapot, így az impulzuskontroll-zavarok, szorongás és kényszerbetegségek összefüggése mögé. A gyermekkori traumatikus élmények csak úgy, mint a bulimia nervosa, alacsony felnőttkori szerotoninszinthez köthetők (Steiger és mtsi, 2001; idézi Túry-Pászthy, 2008). Ennek klinikai következményei lehetnek az állandó stresszre irányultság, a magas stresszreaktivitás, illetve az érzelmszabályozás zavarai, impulzivitás és a szorongás csökkent toleranciája (Schore 2001; idézi Unoka, 2007). Olyan jellemzőket láthatunk tehát, melyek több, a normális és klinikai tartományba eső pszichés zavarra is tipikusan jellemzők. Rendkívül hasonló működést láthatunk például a szorongó-ambivalens kötődés esetén, illetve a bulimia nervosában szenvedőknél. Nem véletlen, hogy az evészavarosok családjában megjelenő erősebb kontroll és kevésbé fogékony érzelmi odafordulás meghatározhatja a kötődési minőséget (Józefik, Iniewicz, Ulasinska, 2010).

Ha a kötődést a családi és a belső valósággal összekötő rendszerként értelmezzük, mindez felveti a kötődés és evészavarok összefüggésének kérdését. Egyrészt feltételezhetővé válik a korai kapcsolatok hasonló tapasztalati tere a kötődési zavarok és evészavarok esetén. Másrészt felmerül a kötődési szorongás és ambivalencia érzésének szerepe az evészavarok kialakulásában és fenntartásában, különösen a bulimia nervosa esetén.

A korai és felnőttkori kötődés jellemzői evészavarosok közt

A felvetést igazolja, hogy a bizonytalan kötődés általánosan gyakoribb az evészavarokkal küzdőknél, mint a normális csoportban (Zachrisson, Skarderud, 2010). Kaye és munkatársai (2004) vizsgálatában az evészavarosok sokkal súlyosabb gyerekkori szeparációról számoltak be, mint a normális populáció, és kötődésük is bizonytalanabb, szorongóbb volt. A szeparációs szorongással és a szülői elérhetőség feletti kontrollvágygal erős összefüggést mutathat, hogy az evészavarosok sokkal erősebben keresték a pszichológiai és

fizikai közelséget, mint a sine morbo és a klinikai kontroll csoport tagjai (Orzolek-Kronner, 2002). Több szülő és evészavaros fiatalok számolt be arról, hogy a zavar kezdete óta szorosabban vannak együtt, vagyis az evészavar eredményes közvetítő eszköze lehet a támogatás és közelség iránti vágy csillapításának. Orzolek-Kronner (2002) szerint ezért a szeparáció-individuáció konfliktusa mellett az evészavarok legmeghatározóbb eleme a kötődés minősége, és az anya észlelt közelsége lehet, melyhez az evészavar biztosít szabályozóeszközt. Latzer és munkatársai (2002) szerint az evészavar eltereli a kamaszok figyelmét a kötődés körüli problémákról a jóval megragadhatóbb testkép irányába.

A dinamikus összefüggések mellett a kötődés totális meghatározó voltát jelzi, hogy egy vizsgálat alapján (Hansburg, 1986; in Orzolek-Kronner, 2002) az evészavarosok 96%-a bizonytalan kötődésű. Sőt, Ward, Ramsay, Treasure (2010) szerint a kötődés az összes evészavar esetén bizonytalan és abnormális. Minél erőteljesebb az evészavar, annál bizonytalanabb a kötődés (Becker, Bell, Billington (1987). Illetve úgy tűnik, az evészavar súlyossága is egyenesen függhet a kötődés biztonságosságától (Broberg, Hjalms, Nevenon, 2001). Ugyanakkor a dinamikus összefüggések és sporadikus vizsgálati eredmények ellenére a kötődésnek az evészavarok kialakulásában betöltött szerepe egyelőre tisztázatlan.

Emiatt fontos Elgin, Pritchard (2006) kutatása, amelyben a felnőtt kötődési típust mint az evészavarhoz vezető rizikófaktort vizsgálta. A biztonságos kötődés pozitívan hatott a testtel való elégedettségre, a bizonytalan kötődés pedig a nőknél együtt járt a bulimiával. Latzer és munkatársai (2002) vizsgálatában az evészavarosok magasabb kötődési szorongásról számoltak be, mint a kontrollszemélyek, kötődésük leggyakrabban szorongó-elkerülő volt. A szorongó kötődés véleményük szerint élesen utalhat a gyermek személyes növekedésének, önállósodásának alacsonyabb családi támogatására, és a szeparáció-individuáció fázisának nehézségeire (Latzer és mtsai., 2002). Utóbbi világosan utalhat az evészavaros családok összemosottságára (Polivy, Herman, 2002). Ringer, McKinsey, és Crittenden (2007) vizsgálatában minden anorexiás és bulimiás személy szorongóan kötődött, és érdekes módon nem látták át, hogy viselkedésük miképp kapcsolódik

szinte kauzális mértékben szüleikéhez. Ráadásul a felnőtt kötődési interjúk az anyák megoldatlan traumájára, veszteségére utaltak. Ha feltételezzük, hogy a szülő a saját problémájával való leköötöttsége miatt kevésbé lehetett elérhető, ez jól magyarázza, miért volt a vizsgálatban az alanyok fele extrém mértékben szorongó-ambivalensen kötődő, míg a többiek túlnyomórészt szorongó-elkerülők. Tehát többféle kötődési mintára látunk példát, ezért a meghatározott kötődési típusok meghatározott evészavarokkal való összefüggésének feltárása további vizsgálatokat igényel (Ward, Ramsay, Treasure, 2010). A vizsgálatok közös keresztmetszete mindazonáltal egyértelműen a *kötődésben megjelenő szorongás* negatív hatása.

Szintén fennmard a kérdés, hogy a kötődés közvetlenül vagy közvetetten, más változókon keresztül befolyásolja-e az evészavarokat? Közvetítő szerepkörét sugallja Orzolek-Kronner (2002) vizsgálata, amelyben bölcsen klinikai kontrollcsoportot is alkalmaztak. A szülői kötődést vizsgáló kérdőívben az evészavaros és klinikai kontrollcsoportok egyaránt szignifikánsan elkülönültek a normális kontrollszemélyektől az anyával-apával való kommunikáció, a beléjük vetett bizalom és tőlük való elidegenedettség tekintetében. Azonban mindössze minimális különbség volt az evészavaros és klinikai kontrollcsoport közt. Ez alapján a *kötődési zavar általános, nemspecifikus rizikófaktornak* számít, mely több pszichiátriai zavarban hangsúlyos sérülékenységi tényezőként érvényesül.

Mivel az evészavarok halmozottan komorbid betegségek (Szumska, 2005), és súlyosságukban számos olyan tényező érzékelteti a hatását, mint például a depresszió, érzelmszabályozási nehézségek (Lilenfeld és mtsai. 1998), a kötődés a komorbid állapotokat befolyásolva is hathat az evészavar súlyosságára. Kating, Tasca és Bissada (2014) vizsgálatukban ezért egynapos intenzív terápiát biztosítottak bulimiás és anorexiás személyek számára, depresszív tüneteik enyhítése érdekében. Az enyhébb kötődési szorongásban szenvedő evészavarosok szignifikánsan nagyobb javulást mutattak depresszív tüneteik terén, mint a magas kötődési szorongásúak. Mivel a depresszió gyakran együtt jár az evészavarokkal (Szumska, 2005), ez megerősíti, hogy a kötődés közvetett úton is hathat az evészavarokra, például hangulati tónus befolyásolása által. Ez az evésza-

varok multikauzális modelljének keretében a bizonytalan kötődés több tényezővel interakcióban álló, közvetítő szerepét támasztja alá.

Utolsó kérdésként a kötődésen belüli speciális hajlamosító tényezők feltárása merül fel, valamint az egyes kötődési típusok és az evészavar fajtája között a specifikus vizsgálatok szükségességének kérdése (Ward, Ramsay és Treasure, 2010). Láthattuk, hogy e tekintetben a nemzetközi adatok viszonylag következetlenek (Latzer és mtsai. 2002; Ringer, McKinsey, Crittenden, 2007), hazai téren pedig az evészavarok és kötődés kapcsolata gyakorlatilag feltáratlan terület.

Az egyetlen magyar kutatást a témában Kövesdi és munkatársai (2014) végezték. Ennek keretében a kamaszkori evészavarok, a kötődési minta és a személyiség ösztönképletének összefüggéseit kívánták feltárni, tízprofilos Szondi-teszt, illetve Közeli Kapcsolatok Kérdőív (ECR) segítségével. Eredményeikben a kötődés és evészavar specifikus kapcsolata nem mutatkozott szignifikáns mértékűnek, viszont sikerrel feltártak olyan összefüggéseket, amelyek az evészavarosok megértését segítik. Az anorexiások számára erős feszültséget jelentett a közelség. Elhagyástól való félmük alacsonyabb, bizalmuk erősebb volt, mint a bulimiás személyeké. Kapcsolati szorongásuk szintén enyhébbnek mutatkozott, azonban a kontrollszemélyekénél már magasabb volt. Ezzel szemben a bulimiásokat alacsony önértékelés, partnerük iránti bizalmatlanság, az elhagyástól való fokozott félelem, erős harag és összeolvadási vágy karakterizálta. Mindkét csoport esetén kiemelték a szeretet és öröm átélésének drasztikus sérülését. Bár nyílt összefüggés e kutatásban nem jelentkezett, érdemes kiemelni: az anorexiások e kapcsolati jellemzői egyértelműen egybeesnek a szorongó-elkerülő kötődéssel. A bulimiások jellemzői pedig szinte tökéletes átfedést mutatnak a függő személyiségműködés, valamint a szorongó-ambivalens kötődés főbb ismérveivel. Eredményeik talán legizgalmasabb konklúziója, hogy úgy tűnik, a kötődés nem elsősorban az evészavar kialakulását, hanem a gyógyulás esélyeit határozza meg (Kövesdi és mtsai. 2014).

Konklúziók – kötődés és egészség

A korai kötődés jellemzőinek és a fizikai-mentális egészség kapcsolatának eredményeit összefoglalva elmondhatjuk, a kapcsolati biztonság-bizonytalan-

ság több szinten befolyásolja életminőségünket, egészségünket:

- (1) A korai kötődés tapasztalatai – a kontrollérzet, stresszérzékenység, stresszválasz elhúzó-dásának változóiin keresztül – pszichofiziológiai és immunológiai hatások által befolyásolják fizikai állapotunkat, fogékonyságunkat egyes betegségekre. Ezzel a kötődés általános rizikó- és védőtényezőt is jelenthet egyes fizikai betegségeknél.
- (2) A kötődési minták hatnak egészségviselkedésünkre, betegségviselkedésünkre, orvosokkal való együttműködésünkre.
- (3) Jó eséllyel erősen befolyásolják a család betegségeire adott reakcióját, ezzel rendszerszintű visszacsatolást biztosítva.
- (4) Meghatározzák a megküzdési képességet, melynek szerepe van a mentális és fizikai jóllétben egyaránt.
- (5) A negatív érzelmek szabályozását károsan befolyásoló dohányzás, alkoholfogyasztás szintén hat az egészségre.
- (6) A korai és felnőttkori kötődés egyaránt közvetlenül hat a pszichológiai jóllétre.
- (7) Több változó kölcsönhatásával – pl. önértékelés, depresszivitás, kapcsolatokon való rágódás, érzelmszabályozás stb. – közvetetten is befolyásolja a pszichés jóllétet. Általános rizikó- és védőtényezőként is szolgálhat egyes pszichiátriai zavarokban.
- (8) Mint a személyközi tér leképztését és a benne indított reakciókat belső séma, nyilvánvalóan befolyásolja társas kapcsolatainkat, biztonságérzetünket, a megélt konfliktusosságot vagy békét.

Mindezek alapján további kiemelt kutatási irányt jelenthet a kötődés – elsősorban fizikai – egészségben betöltött szerepének pontosabb, modellszintű meghatározása. Illetve hangsúlyozottan annak feltárása, hogy a kötődés összefüggéseiben rejlő potenciákat hogyan lehet kiaknázni a szomatikus orvoslás és a pszichoszomatikus betegségek kezelése esetén.

Konklúziók – kötődés és evészavarok

Az irodalmi adatok és vizsgálati eredmények a kötődési ambivalenciának és főképp a kötődési viselkedésben megjelenő szorongásnak az alapszemélyiség kialakulásában kifejtetett elemi hatását körvonalazzák. Ezek a családi működéssel

és több más tényezővel kapcsolatban állva nemspecifikus sérülékenységi faktorként fokozhatják az evészavarok veszélyét, súlyosságát. Összességében tehát a korai kötődési minták és az azok nyomán fennmaradó felnőttkori kötődési minőség szervesen illeszkedik az egészség bio-, pszichoszociális egészébe. Több téren megjelenő közvetlen és közvetítő hatást fejt ki a testi-lelki-szociális jóllétre, így az evészavarokra is. Rendkívül fontos lehet tehát korai kötődésünk, és az azokból felnőttkorunkban tovább működő mintáink tudatosítása, nem utolsósorban az azokon való munka a kapcsolati stabilitás és személyes egészség érdekében.

A korai kötődés jellemzőinek evészavarok kialakulásában, fenntartásában, enyhülésében betöltött pontos szerepe, befolyásának mértéke és terápiás intervenciókba emelhetősége ugyanakkor további, összetett modelleket alkotó kutatásokat igényel. A kötődés gyógyulási esélyekkel való összefüggése (Kövesdi és mtsai., 2014) az evészavarosokkal folytatott terápiás munka új beavatkozási lehetőségeire, hatásvizsgálataira irányítja a figyelmet.

Irodalom

- Ainsworth, M.S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*. 1969, 40, 969–1025.
- Ainsworth, M.S., Bell, S.M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49–67.
- Ainsworth, M.S. (1985). Attachments across the lifespan. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*. Vol.61, No.9, November 1985
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass Publishers, 1979
- Bartholomew, K., Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 61, 226–244.
- Bartholomew, K., Shaver, P.R. (1998). Methods of assessing adult attachment. *Attachment theory and close relationships*. 25–45.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. London: Pimlico.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2: Separation. Anger and anxiety*. London: Pimlico.
- Bowlby, J. (1977). The Making and Breaking of Affectional Bonds. *British Journal of Psychiatry*. 130: 201–10, 421–31., 1977.
- Broberg, A.G., Hjalms, I., Nevenon, L. (2001). Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: a comparison between 18- to 24-year-old patients and normal controls. *European Eating Disorders Review*. Vol. 9, Issue 6, pages 381–396., 2001
- Ciechanowski, P. Sullivan, M., Jensen, M., Romano, J., Summers, H. (2003). The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain*. Volume 104, Issue 3, August 2003, Pages 627–637.
- Creasey, G., Kershaw, K., Boston, A. (1999). Conflict management with friends and romantic partners: the role of attachment and negative mood regulation expectancies. *Journal of Youth and Adolescence*. Vol. 28. No. 5. 1999
- Dévald, P. (1993). *Öndesztuktivitás az evészavarokban*. Pszichoanalitikus Gyermek- és Serdülőterápiás Intézet, Budapest
- Elgin, J., Pritchard, M. (2006). Adult attachment and disordered eating in undergraduate men and women. *Journal of College Student Psychotherapy*. Vol. 21. Issue 2, 2006, page 25–40.
- Feeney, J.A. (2000). Implications of attachment style for patterns of health and illness. *Child: Care, Health and Development*. Volume 26, Issue 4, pages 277–288., July 2000
- Fraley, R. C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 123–151.
- József, B., Iniewicz, G., Ulasinska, R. (2010). Attachment patterns, self-esteem, gender schema in anorexia and bulimia nervosa. *Psychiatr Poland*. 2010 September-October; 44(5): 665–676.
- Kaye, W.K., Bulik, C.M., Thornton, L., Barbarich, N., Masters, K., the Price Foundation Collaborative Group (2004). Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 161., No. 12. 2215–2221. December 1. 2004.
- Kenny, M. E., Hart, K. (1992). Relationship between parental attachment and eating disorders in an inpatient and a college sample. *Journal of Counseling Psychology*. Vol 39(4), Oct 1992, 521–526.
- Kövesdi, A., Haraszti, I., Csenki, L. Pászthy, B., Gallai, M. (2014). Kamaszkori evészavarok vizsgálata Szondi-tesztel. Poszter. Magyar Pszichológiai Társaság XXIII. országos nagygyűlése. *Határtalan Pszichológia Kivonatkiötet*. Marosvásárhely
- Krizbai, T. (2011). *Az evészavarok egyes epidemiológiai és pszichológiai vonatkozásai, különös tekintettel az önéletrajzi emlékezetre*. Doktori (PhD) értekezés. Debreceni Egyetem, BTK, 2011

- Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., Canetti, L. (2002). Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy*. 24(4), December 2002, Human Sciences Press
- Lázár, I. (2009). Pszichoneuroimmunológia (PNI). In: Kopp, M., Berghammer, R. (szerk.) *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Budapest, Medicina Könyvkiadó, 2009, 280–324.
- Lázár, I. (2003). Szociál-pszichoneuroimmunológia egy „hídtudomány” honi pillérei. In: Urbán, R. (szerk.) *A magatartás, a lelki élet és az immunrendszer kölcsönhatásai*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2003, 13–48.
- Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H., Greeno, G.C., Merikangas K.R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Strober, M., Bulik, C.M., Nagy, L. (1998). A Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa Psychiatric Disorders in First-Degree Relatives and Effects of Proband Comorbidity. *Archives of General Psychiatry*. 1998;55(7):603–610.
- Maunder, R.G., Hunter, J.J. (2008). Attachment Relationships as Determinants of Physical Health. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. Vol. 36, Special Issue: Psychoanalysis and Psychosomatics, pp. 11–32.
- McWilliams, L. A.; Bailey, S. J. (2010). Associations between adult attachment ratings and health conditions: Evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Health Psychology*, Vol 29(4), Jul 2010, 446–453.
- Mickelson K.D., Kessler, R.C. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 73. No. 5. 1092–1106.
- Mikulincer, M. (1995). Attachment Style and the Mental Representation of the Self *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995, Vol. 69, No 6., 1203–1215.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, B. L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Morgan, J.F., Reid, F., Lacey, J.H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*. 1999; 319:1467.
- Muris, P., Meesters, C., Merckelbach, H., Hulsbeck, P. (2000). Worry in children is related to perceived parental rearing and attachment. *Behaviour Research and Therapy*. 38 (2000) 487–497.
- Oliviera, P., Costa, M.E. (2009). Interrelationships of Adult Attachment Orientations, Health Status and Worry among Fibromyalgia Patients. *Journal of Health Psychology*. November 2009 vol. 14 no. 8 1184–1195.
- Orzolek-Kronner, C. (2002). The Effect of Attachment Theory in the Development of Eating Disorders: Can Symptoms be Proximity-Seeking? *Child and Adolescent Social Work Journal*. Vol. 19, No. 6, December 2002
- Polivy, J., Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*. 53(1), 187–213.
- Riggs, S.A., Jacobvitz, D. (2002). Expectant parents’ representations of early attachment relationships: Associations with mental health and family history. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 70(1), Feb 2002, 195–204.
- Ringer, F., Crittenden, P.M. (2007). Eating Disorders and Attachment: The Effects of Hidden Family Processes on Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*. 15, 119–130. (2007)
- Solomon, G.F. (1969). Stress and antibody response in rats. *International Archives of Allergy and Immunology*. 35.1 (1969): 97–104.
- Szumska, I. (2005). *Évészavarok prevalenciája fiatal magyar nők körében*. Pszichoszociális háttérjellemzők, komorbiditások más mentális problémákkal. PHD-értekezés, Budapest, 2005.
- Treasure J., Sepulveda, A.R., MacDonald P., Whitaker, W., Lopez, C., Zabala, M., Kyriacou, O., Todd, G. (2008). The assessment of the family of people with eating disorders. *European Eating Disorders Review*. Vol. 16. Issue 4, pages 247–255., July/August 2008
- Unoka, Zs. Sz. (2007). *Személyiségvonnások, tünetdimenziók, rossz szülői bánásmód vizsgálata és látens sérülékenységszindrómák azonosítása egyes pszichés zavarokban*. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest, 2007
- Vankó, T. (2012) *Kötődés és korai maladaptív sémák vizsgálata egyes pszichés zavarokban*. Doktori Disszertáció. Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar. Pszichológia Doktori Iskola ú, Fejlődés- és Klinikai Pszichológiai Program, 2012
- Ward, A., Ramsay, R., Treasure, J. (2010). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*. Vol. 73. Issue 1. Pages 35–51., March 2000
- Wilkinson, R.B. (2004). The role of parental and peer attachment in the psychological health and self-esteem of adolescents. *Journal of Youth and Adolescents*. Vol. 33. no. 6. December 2004, 479–493.
- Zachrisson, H.D., Skarderud, F. (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *European Eating Disorders Review*. Vol. 18, Issue 2, Page 97–106., March/April, 2010