

# A TÖBBDIMENZIÓS INTEROCEPTÍV TUDATOSSÁG SKÁLA HAZAI ADAPTÁCIÓJA



JÁRAI Róbert  
jarai.robort@pte.hu

Csókási Krisztina – BÜKI Szabina – HENT Cecília Csilla  
Pécsi Tudományegyetem BTK, Pszichológiai Intézet

## ÖSSZEFOGLALÓ

*Háttér és célkitűzések:* Az interoceptív tudatosság az egészségpszichológiai kutatások egyik fontos fogalma. Elmondható, hogy összefüggésbe hozható a mentális és pszichés jólléttel. A Többdimenziós Interoceptív Tudatosság Skála magyar változatának kialakításával lehetőség nyílik a testi tudatosság ezen fajtájának kérdőíves vizsgálatára. A skála magyar változatában hat faktort különítettünk el: észlelés, figyelem, érzelemreguláció, önszabályozás, monitorozás, bizalom. *Módszer:* a konfirmatív elemzéshez felhasznált mintában összesen 334 fő vett részt. Átlagéletkoruk  $30,51 \pm 9,89$  év volt. A kérdőív validitásának vizsgálatához egy 127 főből álló mintát választottunk, ahol a résztvevők átlagéletkora  $24,9 \pm 7,6$  év volt. Az érvényességvizsgálathoz a Testi Tudatosság Kérdőívet (BAQ) és a Pozitív és Negatív Affektivitás Skálát (PANAS) használtuk. *Eredmények:* Az Interoceptív Tudatosság Skála magyar változatában a hat faktor jó illeszkedést mutat ( $\chi^2(155) = 371,058$ ;  $p < 0,05$ ;  $\chi^2/df = 2,394$ ; CFI = 0,924; TLI = 0,907; RMSEA = 0,065). *Következtetések:* A Többdimenziós Interoceptív Tudatosság Skála hazai adaptációja során egy széles körben használható kérdőívet kaptunk, mely alkalmas mérőeszköz a testtudatosság interoceptív folyamatainak vizsgálatára.

*Kulcsszavak:* testi tudatosság, interoceptív tudatosság, konfirmatív faktoranalízis

## BEVEZETŐ

A tudatosság fogalma számos tudományterület képviselői által ismert és alkalmazott terminus. Mindazonáltal a különböző diszciplínák egymástól igencsak eltérő jelentést tulajdonítanak neki. Kizárólag a pszichológiai értelemben vett tudatosságra szorítva sem adható azonban egyetlen pontos meghatározás. Elkülönítendő egymástól

ugyanis a tudatosság, mint az az állapot, amikor a szervezet észlelni képes magát és a környezetét (consciousness), illetve a tudatosság, mint beszámoló-képesség (awareness). Mi több, az utóbbi évek szakirodalmában ennek különböző szintjeiről, típusairól számolnak be. Így az önmagunkra irányuló figyelem fókusza alapján beszélhetünk érzelmi, testi vagy akár interoceptív tudatosságról is. Az érzelmi tudatosság (emotional

awareness) tulajdonképpen az érzelmi differenciáltság szintjére vonatkozik, és magába foglalja ugyan az érzelmekhez kapcsolódó testérzetek és testi aktivizációk tudatosságát, de magasabb szinten az egyszerű és összetett érzelmek tudatosságának mértékében nyilvánul meg (Lane és Schwartz, 1987). A testtudatosság (body awareness) alapvetően a test belsejéből származó érzetekre való odafigyelést és ezek tudatosságát, valamint a testi folyamatokban bekövetkező változások észrevételét jelenti (Mehling et al., 2011). Ez azonban kiegészül a testről a vizuális csatornákon érkező információval és ennek észlelésével, azaz a testképpel, amely ilyenképpen nem más, mint a testi tudatosság exteroceptív aspektusa (Mehling et al., 2009). A szűkebb értelemben vett testtudatosság tehát a propriocepció és az interocepció folyamatainak tudatosításában ragadható meg. Az előbbi az izmok feszülésének, az ízületek helyzetének, illetve a testtartás, a mozgás és az egyensúly tudatos észlelésére vonatkozik (Mehling et al., 2009). Míg az interoceptív tudatosság (IT) az olyan belső testi érzetek tudatos észlelésére utal, amelyek a fiziológiás állapot érzékeléséhez járulnak hozzá (Mehling et al., 2012). A tudatosság fentebb ismertetett fajtái természetesen nem függetlenek egymástól, így például az IT pozitív együttjárást mutat az érzelmi tudatossággal (Herbert et al., 2011).

Az előzőekből következően mind a testtudatosság, mind az interoceptív tudatosság szorosan összefügg a fizikai és a pszichés egészségi állapottal. A fokozott testi tudatosság maladaptív jellegét bizonyítják azok a vizsgálatok, melyek a súlyosabb szorongásos és hipochondriázisos tünetekkel, illetve megnövekedett fájdalomérzettel hozzák összefüggésbe. Mindezek feltehetően a szomatikus tünetek intenzívebb monitorozásá-

val, valamint az ezekhez kapcsolódó ruminációval és katasztrofizációval magyarázhatóak (Mehling et al., 2011). Ugyanígy kapcsolatba hozható az evészavarokkal is, mivel valószínűleg mediálja a szelfobjektifikáció evési attitűdökre gyakorolt hatását (Daubemier, 2005). Mindazonáltal, számos olyan kutatási eredmény ismert, melyek a testi tudatosság jótékony hatását támasztják alá, tekintettel arra, hogy elősegítheti többek között a különböző krónikus állapotokkal való adaptív megküzdést (pl. Christensen et al., 1996; Eriksson et al., 2007; Mehling et al., 2005). Ennek megfelelően egyre gyakrabban alkalmaznak olyan terápiás technikákat pszichiátriai (pl. Catalan-Matamoros et al., 2011; Gyllensten et al., 2009; Hedlund és Gyllensten, 2010) és szomatikus (pl. Eriksson et al., 2007; Gard, 2005; Malmgren-Olsson és Bränholm, 2002) kórképekben egyaránt, melyek célja a testi tudatosság növelése (pl. Basic Body Awareness Therapy). Jóllehet, az ezekkel kapcsolatos hatékonyságvizsgálatok eredményei meglehetősen változatosak. Az IT korrelátumait illetően következetesebbnek tűnik a szakirodalom. Csökkent mértéke együtt jár az alexithymiával (Herbert et al., 2011), a depresszív tünetek nagyobb számával klinikai (Furman et al., 2013) és egészséges (Pollatos et al., 2009) mintán egyaránt, de megfigyelhető anorexia nervosa betegeknél (Pollatos et al., 2008), valamint elhízottaknál is (Herbert és Pollatos, 2014). A fizikai tünetek közül érdemes kiemelni a fájdalomérzetet, mellyel negatív kapcsolatot mutat, tudniillik az alacsonyabb szintű interoceptív tudatosság magasabb fájdalomküszöböt és nagyobb mértékű toleranciát valószínűsít (Pollatos et al., 2012). Természetesen az IT kapcsán is felmerült, hogy bizonyos terápiás eljárások, mint a meditáció, a jóga vagy a mindfulness, alkalmasak az IT

növelésére. Ennek tudományos bizonyítása azonban inkább ellentmondásos vagy részleges eredményekre vezetett eddig (pl. Daubenmier et al., 2013; Khalsa et al., 2008).

Az interoceptív tudatosságra való hajlamot legtöbbször a pulzusérzékelés módszerével (heartbeat perception) mérik (Schandry, 1981). Ennek lényege, hogy három, előre meghatározott időintervallumban (20–55 mp), melyek teljes terjedelme 105 mp, a vizsgálati személynek úgy kell számolni a pulzusát, hogy nem teszi sem a csuklójára, sem a nyaki ütőerére a kezét. Mindeközben objektív mérőeszközökkel mérik a tényleges szívfrekvenciát. A két érték hányadosából ( $1/3 \Sigma [(1 - |\text{valódi pulzus} - \text{észlelt pulzus}| / \text{valódi pulzus})]$ ) lehet meghatározni a vizsgálati személy interoceptív tudatosságra való hajlamát (Ainley és Tsakiris, 2013).

Azonban egészen a közelmúltig nem állt rendelkezésre olyan kérdőív, mely több dimenzió segítségével tudná az interoceptív tudatosságra való hajlamot megbízhatóan és érvényesen mérni.

### **A Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) kérdőív**

A Mehling és munkatársai által 2012-ben kidolgozott eredeti kérdőív 32 állítást foglal magába. Ezek között 27 egyenes és 5 fordított tétel található. A válaszadás során 6-fokú Likert-skálán kell megjelölni, hogy a kitöltő milyen gyakran tapasztalta az adott jelenséget (0 = soha, 5 = mindig). A magasabb pontszámok tehát fokozottabb testtudatosságra utalnak. A tételek 8 faktorba rendeződnek, melyek 5 fő dimenzióba sorolhatók. Ezek a következők:

*1. Testi érzetek tudatossága:* A dimenzió arra vonatkozik, hogy képesek vagyunk-e a testi folyamatokban bekövetkező változás

észlelésére. Ezek a változások egyaránt lehetnek pozitívak, semlegesek vagy negatívak. Az ide tartozó 4 tétel tehát pusztán a testi érzetekre való odafigyelést, ezek észrevételét méri, függetlenül attól, hogy valaki ezt aktívan vagy passzívan teszi-e.

*2. Testi érzésekre adott érzelmi és figyelmi válaszok:* Ez a dimenzió összefügg az előzővel, hiszen amint tudatosul egy testi érzet, arra rendszerint reagálunk valamilyen érzelmi vagy kognitív válasszal. Ennek megfelelően a dimenzió két faktorra oszlik: *Zavartalan-ságra* és *Figyelembevételre*, melyekbe 3-3 tétel sorolódik. Az előbbi arra utal, hogy a kitöltő fájdalom- vagy diszkomfortérzés esetén érzelmi distressz-szel vagy aggodalmaskodással reagál-e. Az utóbbi pedig azt jelzi, hogy mennyire hajlamos figyelmen kívül hagyni, mellőzni ezeket a jelzéseket, azaz mennyire tartja távol magától ezeket a negatív testi érzeteket.

*3. Figyelemszabályozási kapacitás:* A dimenzió 7 tétéle azt méri, hogy a kitöltő mennyire képes a figyelmét bizonyos testi érzetekre irányítani, és ezt fenntartani, az általa tapasztalt számos inger ellenére.

*4. A test-lélek integritás tudatossága:* A dimenzió a testi tudatosság magasabb, fejlettebb szintjeihez való hozzáférést méri, mely több aspektussal is rendelkezik. Ennek megfelelően a következő faktorok alkotják: *Érzelmi tudatosság* (5 tétel), *Önszabályozás* (4 tétel) és a *Testi érzetek követése* (3 tétel). Az *Érzelmi tudatosság* azt tükrözi, hogy a kitöltő mennyire van tudatában a testi érzetei és az érzelmi állapotai közötti kapcsolatnak. Azaz mennyire jellemző rá annak tudatosítása, hogy bizonyos testi érzetei az aktuális érzelmi állapotának a következményei. Az *Önszabályozás* ebben a szemléleti keretben arra utal, hogy valaki mennyire képes a testi érzetek által kiváltott érzelmi

választ, nevezetesen a megélt pszichés distresszt és ezzel együtt a viselkedését szabályozni. A harmadik faktorba, a *Testi érzetek követésébe* pedig olyan tételek tartoznak, melyek azt mérik, hogy a kitöltő milyen mértékben éli meg a testi, az érzelmi és a mentális folyamatok szoros összekapcsolódását, egységét, és mennyire hallgat a testére.

5. *A testi érzésekbe vetett bizalom*: A koncepció arra vonatkozik, hogy testünket egy biztonságot nyújtó, kellemes és megbízható helynek érezzük-e. A dimenzió egyúttal azt is magába foglalja, hogy mennyire tartjuk fontosnak és hasznosnak a testünk jelzéseit.

Jelen vizsgálat célja tehát a fentebb részletesen bemutatott Többdimenziós Interceptív Tudatosság Skála (MAIA) magyar változatának elkészítése, pszichometriai vizsgálata és kérdőíves validálása volt.

## MÓDSZEREK

### Résztevők

A skála konfirmatív faktoranalíziséhez (1. minta) és validálásához (2. minta) két független mintát vizsgáltunk 2013 ősze és 2014 tavasza között. A kérdőívek kitöltése mindkét esetben önkéntes és anonim módon történt. A kérdőíveket online juttattuk el a vizsgálatba bevont személyekhez. Az adatok elemzéséből kizártuk a hiányosan kitöltött kérdőíveket. Az ilyen módon előállt minták adatait az 1. táblázat foglalja össze.

1. táblázat. A vizsgált minták leíró adatai

	N	Életkor M $\pm$ SD	Nők aránya
1. minta	334	30,51 $\pm$ 9,89	71%
2. minta	127	24,9 $\pm$ 7,6	51%

### Eszközök

A MAIA kérdőív eredeti állításainak fordítása kétnyelvű szakfordítóval történt. Ezt követően a lefordított itemeket egy független szaknyelvi lektor összevetette az eredeti szövegezéssel. Az így kapott magyar nyelvű állításokból állt össze a kérdőív végső változata (ld. 1. melléklet).

A vizsgálatban alkalmazott tesztbatteria tartalmazta emellett a Pozitív és Negatív Affektivitás Skálát, valamint a Testi Tudatosság Kérdőívet, illetve a vizsgálati személyek alapvető szociodemográfiai adataira vonatkozó kérdéseket.

#### *Testi Tudatosság Kérdőív*

##### *(Body Awareness Questionnaire, BAQ)*

Az eredeti testtudatosság kérdőívet (Shields et al., 1989) azzal a céllal hozták létre, hogy mérhetővé tegyék a fiziológiás testi folyamatainkra vonatkozó szelektív figyelem mértékét. A kérdőív tételei azt mérik fel, hogy a kitöltő mennyire képes érzelmi és egyéb más szomatikus reakcióiktól függetlenül észlelni a test cirkadián működését (pl. ha eszem valamit, szinte érzem, ahogy az energiaszintem változik), vagy a testi folyamatokból különböző predikciók tételére (pl. már előre tudom azt, hogy mikor leszek influenzás). Következésképpen, a testi tudatosság úgy konceptualizálódik, mint a szomatikus jelzésekre és állapotokra irányuló monitorozási tendencia és szenzitivitás, valamint ennek tudatosításának hajlama (Ginzburg et al., 2014). Jól látható, hogy ennek a kérdőívnek a megalkotása során inkább egyfajta észlelési képességnek definiálják a testtudatosságot, szemben az interoceptív tudatossággal, ahol a testi folyamatok feletti kontroll érzésében magasabb szintű képességek birtokába kerülünk. A kérdőív 18 állítást tartalmaz, melyek

mentén 5-fokú Likert-skálán kell jellemeznie magát a kitöltőnek. A tételek 4 faktorba rendeződnek:

1. a testi folyamatokban bekövetkező változások észlelése,
2. a testi reakciók bejósolása,
3. az alvás-ébrenlét ciklusa,
4. a betegségek megjelenése.

A mérőeszköz hazai vizsgálati mintán jó pszichometriai mutatókkal rendelkezik (Rózsa és Kő, 2007).

*Pozitív és Negatív Affektivitás Skála*  
(*Positive and Negative Affectivity Schedule*,  
*PANAS*)

Watson és munkatársai (1988) az érzelmi és hangulati állapotok vizsgálatára alakították ki a 20 tételes kérdőívet. A szerzők egymástól viszonylag független dimenzióknak tekintik a pozitív és a negatív érzelmi állapotokat, így a mérőeszköz 10 pozitív és 10 negatív érzelmi állapotot jelölő tételt tartalmaz, melyeket 5-fokú Likert-skálán kell megítélni. A módszer egyaránt alkalmas az állapot- és a vonásszerű hangulat felmérésére. Jelen vizsgálatban azonban csak az aktuális érzelmi állapotra vonatkozó részt használtuk. Az eredeti szerzők vizsgálatai szerint a kérdőív megfelelő pszichometriai jellemzőkkel bír, illetve a pozitív és negatív affektivitást mérő skálák egymástól függetlennek bizonyultak (Watson et al., 1988). A hazai alkalmazása során nyert adatok megerősítik a mérőeszköz megbízhatóságát és érvényességét (Rózsa et al., 2008).

Az elemzések az IBM SPSS 22-es programcsomagjával, valamint az AMOS 20-as verziójával készültek. Jelen tanulmányban a kérdőív struktúráját ellenőrző konfirmatív faktoranalízisre és a validitás vizsgálatára vonatkozó eredmények kerülnek ismertetésre.

## EREDMÉNYEK

### Konfirmatív faktoranalízis

Az eredeti kérdőíven végzett konfirmatív faktoranalízis eredményei azt mutatják, hogy a 8 faktoros modell gyengén illeszkedik a vizsgált magyar minta adataira, ezért az illeszkedésmutatók javítása céljából 2 faktort kivettünk (zavartalanság, illetve figyelembe vétel), valamint eltávolítottunk néhány, nagy hibavariancia-értékkel rendelkező itemet (11., 13., 18., 19., 23.). A megmaradt tételeken végzett ismételt elemzés az 1. ábrán bemutatott faktorstruktúrát eredményezte, melynek illeszkedésmutatói a következők:

$$\chi^2(155) = 371,058; p < 0,05$$

$$\chi^2/df = 2,394$$

$$CFI = 0,924$$

$$TLI = 0,907$$

$$RMSEA = 0,065$$

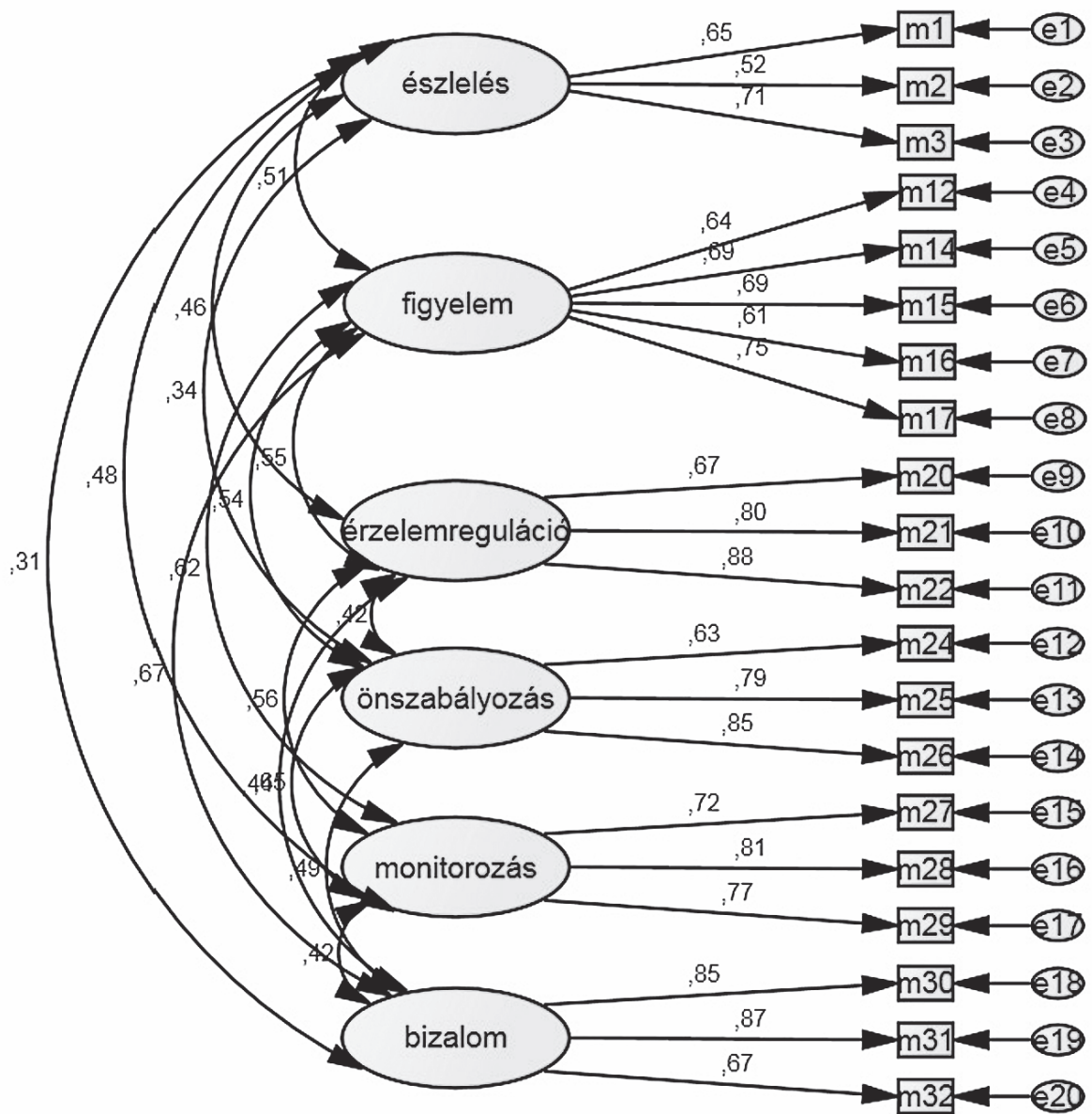
Az 1. ábrán az egyes itemek standardizált regressziós súlyát ( $\beta$  érték) is feltüntettük. Minden regressziós súly érték szignifikáns ( $p < 0,001$ ).

A konfirmatív elemzés alapján kapott faktorok közötti korrelációs együtthatók értékei a 2. táblázatban láthatóak.

### Konvergens validitás

A Testi Tudatosság Kérdőívet (BAQ) használtuk fel a MAIA kérdőív faktorainak validitás vizsgálatához. Mehling és munkatársai (Mehling et al., 2009) megállapításai alapján azt feltételeztük, hogy a két kérdőív dimenziói között pozitív korreláció van, hiszen az általuk mért konstruktumok között átfedések vannak. Az elemzés során kapott Pearson korrelációs együtthatókat a 3. táblázat mutatja be.





1. ábra. A Többdimenziós Interoceptív Tudatosság Skála magyar változatának faktorstruktúrája

A korrelációs együtthatók értékéből kiderül, hogy a testtudatosság kérdőív faktorai az interoceptív tudatosság többdimenziós mérőeszközének faktoraival a jelentésükben megtalálható átfedések mentén együtt járnak. A legfontosabb kapcsolatok a BAQ testi folyamatok változásának észlelése és a MAIA észlelés, valamint monitorozás faktorai közötti közepesen erős korreláció, illetve a BAQ alvás-ébrenlét ciklus és a MAIA ön-

szabályozás és monitorozás faktorai közötti közepesen erős kapcsolatok.

A PANAS kérdőívvel kapcsolatos korrelációs vizsgálatok eredményét a 4. táblázat mutatja. Pollatos és munkatársai megállapították (Pollatos et al., 2008), hogy az interoceptív jelzésekkel kapcsolatos érzéketlenség és negatív érzelmek között pozitív korreláció van. Wiens és munkatársai (Wiens et al., 2000) pedig kimutatták, hogy az interoceptív tudatos-

2. táblázat. A Többdimenziós Interoceptív Tudatosság Skála magyar változatának faktorai közötti korrelációk

	észlelés	figyelem	érzelem-reguláció	önszabályozás	monitorozás	bizalom
észlelés	–					
figyelem	0,125	–				
érzelem-reguláció	0,377**	0,207*	–			
önszabályozás	0,327**	0,379**	0,385**	–		
monitorozás	0,229**	0,517**	0,362**	0,555**	–	
bizalom	0,024	0,531**	0,102	0,285**	0,335**	–

\*\*=p<0,01; \*=p<0,05

3. táblázat. A Testi Tudatosság Kérdőív és a Többdimenziós Interoceptív Tudatosság Skála faktorainak korrelációs együtthatói

	észlelés	figyelem	érzelem-reguláció	önszabályozás	monitorozás	bizalom
észlelés	,301**	,190*	,372**	,142	,351**	,126
bejóslás	,188*	,133	,164	,241**	,221*	,176*
cirkadián	,226*	,350**	,271**	,288**	,433**	,223*
betegség	,177*	,159	,123	,071	,218*	,020

észlelés=testi folyamatok változásának észlelése; bejóslás=testi reakciók bejóslása;  
cirkadián=alvás-ébrenlét ciklus; betegség=betegségek megjelenése; \*\*=p<0,01; \*=p<0,05

4. táblázat. A PANAS kérdőív és a Többdimenziós Interoceptív Tudatosság Skála faktorai közötti korrelációs együtthatók

	észlelés	figyelem	érzelem-reguláció	önszabályozás	monitorozás	bizalom
PANAS+	,053	,261**	,230**	,227*	,078	,327**
PANAS-	,000	-,023	-,023	-,160	,086	-,320**

PANAS+=pozitív érzelmek jelen pillanatban; PANAS-=negatív érzelmek jelen pillanatban;  
\*\*=p<0,01; \*=p<0,05

ságra való hajlam érzékenyebbé tehet mind a pozitív, mind a negatív érzések átélésére. Így előzetesen azt feltételeztük, hogy az interoceptív tudatosság a pozitív érzelmekkel pozitív korrelációs kapcsolatban van, míg a negatív érzelmekkel negatív kapcsolatban áll.

A MAIA kérdőív faktorai közül leginkább a Bizalom alszála mutat összefüggést a pilla-

natnyi hangulati állapottal, mégpedig a pozitív affektivitással pozitív, a negatív affektivitással pedig ezzel ellentétes kapcsolatban áll. A pozitív affektivitás ezen felül fokozottabb figyelem- és érzelemregulációval, valamint nagyobb mértékű önszabályozási képességgel jár együtt – jóllehet, ezek az összefüggések inkább gyengének mondhatóak.

## MEGBESZÉLÉS

Vizsgálataink alapján elmondható, hogy magyar nyelven is elérhetővé vált az interoceptív tudatosság mérésére használható Többdimenziós Interoceptív Tudatosság Skála. A magyar változat szerkezetét tekintve ugyan némiképp eltér az eredeti kérdőív dimenzióitól, mégis érvényesnek és megbízhatónak bizonyult. Az interoceptív tudatosságra való hajlam felmérését is magukban foglaló kutatások így egy jól használható önkitöltős kérdőív segítségével rövid idő alatt adminisztrálható és elemezhető mérőeszközt használhatnak a fogalom mérésére. A validitás vizsgálatokból kiderült, hogy a dimenziók egymástól jól elkülönülnek, de nem annyira, hogy függetlenek lennének egymástól. Megállapítható továbbá, hogy a kapott 6 dimenzió leginkább a testi egészséggel, illetve a pozitív érzelmekkel hozható összefüggésbe. Így nem csak a bevezetőben említett „beágyazott” kogníció folyamataihoz kapcsolhatjuk az interoceptív tudatosság fogalmát, hanem egészségpszichológiai összefüggéseket is feltárhatunk.

A jelen vizsgálat keretében kidolgozásra került Többdimenziós Interoceptív Tudatosság Skála magyar verziója a kutatások hasznos mérőeszközévé válhat. Annál is inkább, mivel bizonyos esetekben az alkalmazása előnyösebb a testi tudatosságot felmérő kérdőívekkel összehasonlítva. Egyfelől a testtudatosság fogalmát illetően kevésbé alakult

ki tudományos konszenzus. Ennek megfelelően, a koncepció becslésére alkalmas skálák mérési tartománya is némileg eltér, így a kutatási eredmények összehasonlítása kissé nehézkes. Másfelől a testtudatosság egy többdimenziós fogalom (Mehling et al., 2012) – sokak megítélése szerint akár exteroceptív információk is gazdagítják –, és feltehetően ennek is köszönhetőek a korrelátumaira vonatkozó ellentmondásos empirikus bizonyítékok. Ezzel ellentétben, az interoceptív tudatosság jelentősen egyszerűbb fogalom, jelentését illetően sokkal inkább tapasztalható egyetértés, valamint a kapcsolódó vizsgálati eredmények is nagyobb következetességet mutatnak. Mindemellett a Többdimenziós Interoceptív Tudatosság Skála a terápiás és rehabilitációs gyakorlatban is jól hasznosítható lenne a jövőben, többek között mindbody terápiák vagy éppen fizioterápiák hatásának vizsgálata kapcsán.

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A kutatás a TÁMOP-4.2.4.A/2-11/1-2012-0001 azonosító számú Nemzeti Kiválóság Program – Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és működtetése konvergencia program című kiemelt projekt keretében zajlott. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.



## SUMMARY

## HUNGARIAN ADAPTATION OF THE MULTIDIMENSIONAL ASSESSMENT OF INTEROCEPTIVE AWARENESS SCALE

*Background and aims:* Interoceptive awareness is a key concept of researches in health psychology. It is strongly associated with mental and psychological health. Development of the Hungarian version of the Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness scale results in a new instrument for measuring this type of body awareness. In the Hungarian version, 6 factors were distinguished: Perception, Attention, Emotional Regulation, Self-regulation, Monitoring and Trusting. *Methods:* The sample used in confirmative factor analyses consisted of 344 persons (mean age: 30,51±9,89 years). Another sample of 127 persons was recruited to the validity study (mean age: 24,9±7,6 years). Subjects in the validity analyses completed the Body Awareness Questionnaire (BAQ) and the Positive and Negative Affectivity Schedule (PANAS). *Results:* The 6 factors of the adapted Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness Scale revealed an adequate fit ( $\chi^2(155) = 371,058$ ;  $p < 0,05$ ;  $\chi^2/df = 2,394$ ; CFI = 0,924; TLI = 0,907; RMSEA = 0,065). *Discussion:* The Hungarian adaptation of the Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness scale yielded a widely applicable instrument to assess the interoceptive processes of body awareness. *Keywords:* body awareness, interoceptive awareness, confirmative factor analyses

## IRODALOM

- AINLEY, V., TSAKIRIS, M. (2013): Body Conscious? Interoceptive Awareness, Measured by Heartbeat Perception, Is Negatively Correlated with Self-Objectification. *PLoS ONE*, 8(2), e55568.
- CATALAN-MATAMOROS, D., HELVIK-SKJAERVEN, L., LABAJOS-MANZANARES, M. T., MARTÍNEZ-DE-SALAZAR-ARBOLEAS, A., SÁNCHEZ-GUERRERO, E. (2011): A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 25(7), 617–626.
- CHRISTENSEN, A. J., WIEBE, J. S., EDWARDS, D. L., MICHELS, J. D., LAWTON, W. J. (1996): Body consciousness, illness-related impairment, and patient adherence in hemodialysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 147.
- DAUBENMIER, J. J. (2005): The relationship of yoga, body awareness, and body responsiveness to self-objectification and disordered eating. *Psychology of Women Quarterly*, 29(2), 207–219.
- DAUBENMIER, J., SZE, J., KERR, C. E., KEMENY, M. E., MEHLING, W. (2013): Follow your breath: Respiratory interoceptive accuracy in experienced meditators. *Psychophysiology*, 50(8), 777–789.
- ERIKSSON, E. M., MOLLER, I. E., SODERBERG, R. H., ERIKSSON, H. T., KURLBERG, G. K. (2007): Body awareness therapy: A new strategy for relief of symptoms in irritable bowel syndrome patients. *World Journal of Gastroenterology*, 13(23), 3206.

- FURMAN, D. J., WAUGH, C. E., BHATTACHARJEE, K., THOMPSON, R. J., GOTLIB, I. H. (2013): Interoceptive awareness, positive affect, and decision making in Major Depressive Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 151(2), 780–785.
- GARD, G. (2005): Body awareness therapy for patients with fibromyalgia and chronic pain. *Disability & Rehabilitation*, 27(12), 725–728.
- GINZBURG, K., TSUR, N., BARAK-NAHUM, A., DEFRIN, R. (2014): Body awareness: differentiating between sensitivity to and monitoring of bodily signals. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(3), 564–575.
- GYLLENSTEN, A. L., EKDAHL, C., HANSSON, L. (2009): Long-term effectiveness of Basic Body Awareness Therapy in psychiatric outpatient care. A randomized controlled study. *Advances in physiotherapy*, 11(1), 2–12.
- HEDLUND, L., GYLLENSTEN, A. L. (2010): The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 14(3), 245–254.
- HERBERT, B. M., POLLATOS, O. (2014): Attenuated interoceptive sensitivity in overweight and obese individuals. *Eating Behaviors*, 15(3), 445–448.
- HERBERT, B. M., HERBERT, C., POLLATOS, O. (2011): On the relationship between interoceptive awareness and alexithymia: is interoceptive awareness related to emotional awareness?. *Journal of Personality*, 79(5), 1149–1175.
- KHALSA, S. S., RUDRAUF, D., DAMASIO, A. R., DAVIDSON, R. J., LUTZ, A., TRANEL, D. (2008): Interoceptive awareness in experienced meditators. *Psychophysiology*, 45(4), 671–677.
- LANE, R. D., SCHWARTZ, G. E. (1987): Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *The American Journal of Psychiatry*, 144(2), 133–143
- MALMGREN-OLSSON, E. B., BRÄNHOLM, I. B. (2002): A comparison between three physiotherapy approaches with regard to health-related factors in patients with non-specific musculoskeletal disorders. *Disability & Rehabilitation*, 24(6), 308–317.
- MEHLING, W. E., GOPISETTY, V., DAUBENMIER, J., PRICE, C. J., HECHT, F. M., STEWART, A. (2009): Body awareness: construct and self-report measures. *PLoS ONE*, 4(5), e5614.
- MEHLING, W. E., HAMEL, K. A., ACREE, M., BYL, N., HECHT, F. M. (2005): Randomized controlled trial of breath therapy for patients with chronic low-back pain. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 11(4), 44–52.
- MEHLING, W. E., PRICE, C., DAUBENMIER, J. J., ACREE, M., BARTMESS, E., STEWART, A. (2012): The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). *PLoS ONE*, 7(11), e48230.
- MEHLING, W. E., WRUBEL, J., DAUBENMIER, J. J., PRICE, C. J., KERR, C. E., SILOW, T., GOPISETTY, V., STEWART, A. L. (2011): Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 6(1), 6.
- POLLATOS, O., FÜSTÖS, J., CRITCHLEY, H. D. (2012): On the generalised embodiment of pain: How interoceptive sensitivity modulates cutaneous pain perception. *Pain*, 153(8), 1680–1686.

- POLLATOS, O., KURZ, A. L., ALBRECHT, J., SCHREDER, T., KLEEMANN, A. M., SCHÖPF, V., KOPIETZ, R., WIESMANN, M., SCHANDRY, R. (2008): Reduced perception of bodily signals in anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 9(4), 381–388.
- POLLATOS, O., TRAUT-MATTAUSCH, E., SCHANDRY, R. (2009): Differential effects of anxiety and depression on interoceptive accuracy. *Depression and Anxiety*, 26(2), 167–173.
- RÓZSA S., KŐ N. (2007): A mindennapos testi problémák tünetpercepció modellje. In: DEMETROVICS ZS., KÖKÖNYEI GY., OLÁH A. (szerk.): *Személyiséglélektantól az egészségpszichológiáig*. Trefort Kiadó, Budapest. 111–133.
- RÓZSA S., KŐ N., KREKÓ K., UNOKA Z., CSORBA B., FECSKÓ E., KULCSÁR Z. (2008): A mindennapos testi tünetek attribúciója: Tünetinterpretáció Kérdőív hazai adaptációja. *Pszichológia*, 28(1), 53–80.
- SCHANDRY, R. (1981): Heartbeat perception and emotional experience. *Psychophysiology*, 18(4), 483–488.
- WATSON, D., CLARK, L.A., TELLEGEN, A. (1988): Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070.
- WIENS, S., MEZZACAPPA, E., KATKIN, E. S. (2000): Heartbeat detection and the experience of emotions. *Cognition & Emotion*, 14(3), 417–427.

## MELLÉKLETEK

**1. melléklet. A Többdimenziós Interoceptív Tudatosság Skála magyar változata**

Az alábbiakban egy listát olvashat különböző állításokról. Kérem, minden kijelentésnél jelölje be, hogy a mindennapi életben általában milyen gyakran igazak Önre az egyes állítások. Soronként egyetlen számot karikázzon be!

	Soha			Mindig		
	00	11	22	33	44	55
1. Amikor feszült vagyok, érzem, hol van a feszültség a testemben.	00	11	22	33	44	55
2. Észreveszem, amikor kényelmetlenül érzem magam a testemben.	00	11	22	33	44	55
3. Érzem, hogy hol van a testemben kellemes érzés.	00	11	22	33	44	55
4. Érzem a légzésem változásait, akár lassul, akár gyorsul.	00	11	22	33	44	55
5. Mindaddig nem érzek feszültséget vagy kellemetlen érzést a testemben, amíg komollyá nem válik.	00	11	22	33	44	55
6. Elterelem a figyelmemet testem kellemetlen érzéseitől.	00	11	22	33	44	55
7. Amikor fájdalmat vagy kellemetlen érzést tapasztalok, megpróbálok úrrá lenni rajta.	00	11	22	33	44	55
8. Felbosszant, mikor fizikai fájdalmat érzek.	00	11	22	33	44	55
9. Ha bármilyen kellemetlenséget érzek, elkezdek aggódni, hogy valami baj van.	00	11	22	33	44	55
10. Képes vagyok szembesülni a kellemetlen testi tünettel, anélkül, hogy aggódnék miatta.	00	11	22	33	44	55
11. Figyelmemet a légzésemre tudom irányítani, anélkül, hogy a körülöttem lévő dolgok elterelnének.	00	11	22	33	44	55
12. Tudatában vagyok a belső testi történéseknek még akkor is, mikor sok minden történik körülöttem.	00	11	22	33	44	55
13. Miközben beszélgetek valakivel, tudok figyelni a testtartásomra is.	00	11	22	33	44	55
14. Újra tudok a testemre koncentrálni, miután elterelték a figyelmemet.	00	11	22	33	44	55
15. Át tudom irányítani a figyelmemet a gondolataimról a testem érzékelésére.	00	11	22	33	44	55
16. Fent tudom tartani a teljes testem érzékelését akkor is, ha egy testrészemben fájdalom vagy kellemetlen érzés van.	00	11	22	33	44	55
17. Tudatosan tudok fókuszálni a testemre mint egészre.	00	11	22	33	44	55
18. Érzem a testemben bekövetkező változásokat, amikor dühös vagyok.	00	11	22	33	44	55
19. Ha valami nincs rendben az életemben, azt a testemben is érzem.	00	11	22	33	44	55
20. Érzem a testemben bekövetkező változásokat egy kellemes élmény után.	00	11	22	33	44	55
21. Érzem, hogy a légzésem szabadabbá és könnyűvé válik, amikor jól érzem magam.	00	11	22	33	44	55
22. Érzem, hogyan változik a testem, amikor boldog vagyok.	00	11	22	33	44	55
23. Amikor túlterheltnék érzem magam, valahol belül találok egy nyugodt helyet.	00	11	22	33	44	55
24. Mikor tudatában vagyok a testemnek, akkor egyfajta nyugalmat érzek.	00	11	22	33	44	55
25. Légzésemet tudom a feszültség csökkentésére használni.	00	11	22	33	44	55
26. Amikor kavarnak a gondolataim, meg tudom nyugtatni magamat azáltal, hogy a légzésemre fókuszálok.	00	11	22	33	44	55
27. Figyelek a testemből érkező információkra, melyek az érzelmi állapotomra vonatkoznak.	00	11	22	33	44	55
28. Amikor zaklatott vagyok, rászánom az időt arra, hogy megfigyeljem a testérzeteket.	00	11	22	33	44	55
29. Figyelem a testem jelzéseit arra vonatkozóan, hogy mit tegyek.	00	11	22	33	44	55
30. Otthon vagyok a testemben.	00	11	22	33	44	55
31. Úgy érzem, hogy a testem egy biztonságos hely.	00	11	22	33	44	55
32. Megbízom a testem jelzéseiben.	00	11	22	33	44	55