

DOKTORI ÉRTEKEZÉS

Désfalvi Judit

Pécs, 2020

Pszichológia Doktori Iskola
Pécsi Tudományegyetem Bölcsészstudományi Kar Pszichológia Intézet
Személyiség- és Egészségpszichológia Doktori Program

**A kötődés, a korai maladaptív sémák és a szubjektív betegségélmény
emlőrákkal küzdő nők körében**

Doktori (PhD) értekezés

Désfalvi Judit

Témavezetők: **Dr. Habil. Hámori Eszter egyetemi docens**
 Dr. Nagy László egyetemi adjunktus

A Doktori Iskola vezetője: **Prof. Dr. Bereczkei Tamás**

A Személyiség- és Egészségpszichológia Doktori Program vezetője:

Prof. Dr. Kiss Enikő Csilla



Pécs, 2020

Apuhámnak...

TARTALOMJEGYZÉK

| | |
|--|----|
| BEVEZETÉS | 9 |
| IRODALMI HÁTTÉR | 12 |
| 1.1 A rosszindulatú daganatos betegségről általában | 12 |
| 1.2 Az emlőrák | 13 |
| 1.2.1 Az emlőrák epidemiológiája | 14 |
| 1.2.2 Az emlőrák kockázati tényezői | 15 |
| 1.2.3 Az emlőrák prognosztikai és prediktív faktorai | 16 |
| 1.2.4 Az emlőrák és távoli áttétei..... | 16 |
| 1.2.5 Az emlőrák kezelési lehetőségeinek áttekintése | 17 |
| 1.2.5.1 Sebészeti terápia..... | 18 |
| 1.2.5.2 Kemoterápia és célzott terápiák | 19 |
| 1.2.5.3 Sugárterápia | 19 |
| 1.2.5.4 Immunterápia és biológiai terápiák..... | 20 |
| 1.2.5.5 Endokrin terápia..... | 21 |
| PSZICHOLÓGIAI TÉNYEZŐK ÉS HATÁSAIK RÁKBETEGSÉGBEN | 21 |
| 2.1 Történeti áttekintés | 21 |
| 2.2. Pszichoszociális onkológia | 23 |
| 2.3 A pszichoszociális tényezők | 24 |
| 2.3.1 Stressz és distressz | 25 |
| 2.3.2 Szorongás | 27 |
| 2.3.3 Depresszió | 29 |
| 2.3.4 Alkalmazkodási zavar | 30 |
| 2.3.5 Szomatizáció | 31 |
| 2.3.6 Szubjektív egészségi állapot és életminőség..... | 32 |
| 2.3.7 Megküzdés és személyiség | 35 |
| 2.3.8 Társas támogatás | 37 |
| 2.3.9 Életminőséget befolyásoló demográfiai tényezők | 37 |
| Összegzés | 39 |
| KÖTÖDÉS, MALADAPTÍV SÉMÁK ÉS AZ EMLŐRÁK KAPCSOLATA..... | 39 |
| 3.1 A kötődéselmélet | 41 |
| 3.1.1 A felnőttkor kötődésmintázatai..... | 43 |

| | |
|--|----|
| 3.1.2 A felnőtt kötődés kategóriái, dimenziói..... | 45 |
| 3.1.3 Felnőtt kötődés és a daganatos betegség..... | 48 |
| 3.2 Sémák, maladaptív sémák | 50 |
| 3.2.1 Sémakonceptciók | 51 |
| 3.2.2 Korai maladaptív sémák | 51 |
| 3.2.3 Korai maladaptív sémák és a daganatos betegség | 56 |
| Összefoglalás | 59 |
| Célkitűzések..... | 59 |
| 4.1 A vizsgálat a célkitűzései..... | 61 |
| 4.2 Hipotézisek | 62 |
| MÓDSZEREK | 64 |
| 5.1 A vizsgálat menete, eljárás | 64 |
| 5.2 A vizsgálati személyek..... | 65 |
| 5.3 Vizsgálati módszerek..... | 68 |
| 5.3.1 A demográfiai adatok és betegséggel kapcsolatos információk kérdőíve | 68 |
| 5.3.2 A szubjektív egészség és a pszichés állapot felmérése | 69 |
| 5.3.2.1 Egytételű szubjektív egészségi állapotot mérő skála – SRH..... | 69 |
| 5.3.2.2 Derogatis-féle tünetlista - SCL-90-R (Symptom Check List-90-R, 1977)..... | 69 |
| 5.3.3 Kötődést mérő kérdőívek..... | 70 |
| 5.3.3.1 Közvetlen Kapcsolatok Élményei - ECR–R Kérdőív | 71 |
| 5.3.3.2 A kötődési stílus mérése – ASQ kérdőív | 72 |
| 5.3.3.3 Szülői bánásmód - H-PBI kérdőív | 74 |
| 5.3.4 A korai maladaptív sémák feltérképezése..... | 75 |
| 5.4 A kutatásban alkalmazott statisztikai módszerek | 76 |
| 5.5 Etikai szempontok és engedélyezés..... | 76 |
| EREDMÉNYEK | 77 |
| 6.1 Az emlődaganatos nők bemutatása az életkor, a családi állapot, az iskolai végzettség és az életmódbeli rizikótényezők mentén | 78 |
| 6.1.1 Demográfiai jellemzők..... | 78 |
| 6.2 Az emlőrákos nők aktuális pszichés állapotának vizsgálata (SCL-90-R) | 84 |
| 6.2.1 A demográfiai adatok és az aktuális pszichés állapot (SCL-90-R) összefüggései .. | 84 |
| 6.2.2 Primer és Áttétes emlőrákos személyek aktuális pszichés állapotának vizsgálata és összehasonítása a normatív adatokkal | 87 |

| | |
|---|-----|
| 6.2.3 A Szubjektív egészségi állapot (SRH), az áttét megléte és ezek mediáló kapcsolata az aktuális pszichés állapottal (SCL-90-R)..... | 91 |
| 6.3 Kötődésvizsgálat a Primer és Áttétes csoport körében..... | 97 |
| 6.3.1 Az életkor és családi állapot összefüggései a kötődési mintákkal..... | 98 |
| 6.3.2 A Primer, az Áttétes és a normatív adatok összehasonítása az ASQ-H alapján..... | 99 |
| 6.3.3 A Primer, az Áttétes és a normatív adatok összehasonítása az ECR-R alapján | 101 |
| 6.3.4 A Primer, az Áttétes és a normatív adatok összehasonítása H-PBI alapján | 102 |
| 6.4 A maladaptív sémák vizsgálata | 103 |
| 6.4.1 Az életkor és családi állapot összefüggései a maladaptív sémákkal..... | 104 |
| 6.4.2 A Primer, az Áttétes és a normatív adatok összehasonítása H-PBI alapján YSK sémák alapján..... | 105 |
| 6.5 Az aktuális pszichés állapotok összefüggései a maladaptív sémákkal és a kötődéssel | 107 |
| 6.5.1 Szomatizáció | 107 |
| 6.5.2 Depresszió..... | 114 |
| 6.5.3 Szorongás..... | 129 |
| 6.5.4 Kényszer | 135 |
| 6.6 Az eredmények összefoglalása | 137 |
| DISZKUSSZIÓ | 139 |
| 7.1 A keresztmetszeti vizsgálat eredményeinek összefoglalása | 139 |
| Kötődés, maladaptív sémák és szomatizáció | 150 |
| 7.2 A klinikai tapasztalatok és betegségélmény emlődaganatos nők narratíváiban | 157 |
| ÖSSZEFOGLALÁS..... | 161 |
| KORLÁTOK ÉS KITEKINTÉS | 165 |
| 8.1 A kutatás korlátai | 165 |
| 8.2 Kitekintés, további kutatások..... | 166 |
| SUMMARY | 167 |
| KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS..... | 169 |
| IRODALOMJEGYZÉK..... | 170 |
| SAJÁT PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK..... | 189 |
| MELLÉKLETEK | 194 |

„A hipotézisalkotás **induktív** útja az, amikor a feltételezések gyakorlati tapasztalatokból származnak.

A **deduktív** útja pedig az, amikor a kutató elméleti tételekből indul ki, és azok gyakorlati alkalmazására fogalmaz meg egy feltételezést”

(Falus, 2014)

BEVEZETÉS

A daganatos megbetegedések világszerte, így Magyarországon is kiemelt népegészségügyi jelentőségűek, súlyos terhet róva úgy a társadalom egészére, mint az egészségügyi ellátórendszerre (Kásler és mtsai, 2017). Már az ókori papiruszokon megtaláljuk a daganatok leírását, a rosszindulatú daganatos betegségek a civilizációval együtt „fejlődve” napjainkra népbetegséggé váltak. A rosszindulatú daganatok terápiájával kapcsolatos kutatásokról és azok fejlődési folyamatairól szóló leírások historikus háttérrel rendelkeznek. A legrégebb emlőrákról és palliatív kezelési módjáról szóló dokumentum i. e. 1500-ból, az ókori Egyiptomból maradt ránk. A korai feljegyzések alátámasztják, hogy az orvosok már akkor felfigyeltek a betegséget gyakorta megelőző olyan lelki tényezőkre, mint a szomorúság vagy a gyász, és próbáltak magyarázatot találni arra is, hogy miért alakulhat ki e betegség bizonyos típusú emberekben (Sudhakar, 2009).

A XX. század közepétől a szomatikus orvoslás fejlődése mentén egy fontos paradigmaváltás a pszichoszomatikus orvoslást, a holisztikus szemlélet elterjedését hozta magával, vagyis egységes egészként kezdték vizsgálni a beteget és betegséget (Riskó, 2015). Egyértelművé vált, hogy az onkológiai betegségek kialakulásában jelentős szerepe van az életmódnak, a környezeti hatásoknak és a különböző lelki tényezőknek (Kulcsár, 1993). Ma már teljesen elfogadott az a tény, hogy a rákbetegek eredményes gyógyítását nem csupán a diagnózis időben történő felállítása, a kezelések megkezdése, vagy az általános fizikai állapot, hanem pszichoszociális vagy személyiségi tényezők is befolyásolhatják. A gyógyítási folyamatban elengedhetetlen megismerni azt, ahogy a beteg viszonyul a betegségéhez, önmagához, kapcsolataihoz, milyen megküzdési stratégiákkal bír, milyen pszichés reakciók jelennek meg nála a terápiák során (Holland, 2002, Riskó, 2015).

Mind a hazai, mind a nemzetközi irodalomban már több mint ötven éve élénken megjelenik az a kérdéskör, hogy a pszichológiai tényezők befolyásolják-e a rosszindulatú daganatok kialakulását, illetve milyen módon hatnak a betegség lefolyására, kimenetelére. A legtöbb tanulmány e témában a depresszió, a szorongás, a stresszel való megküzdés, az életminőség és a személyes kapcsolatok változásainak kölcsönhatását, pszichoszociális faktorokat, és egyéb lelki folyamatokat vizsgált a betegséggel összefüggésben (Garssen, 2004).

A legújabb kutatások daganatos páciensek kötődési viselkedésének szerepét vizsgálták a stresszel való megküzdésben. Ezen vizsgálati eredmények sorra rámutattak arra, hogy a kötődés a lelki tényezők egyik igen fontos területe, s különböző dimenzióit vizsgálva világossá vált,

hogy a bizonytalan kötődés a daganatos megbetegedés során átélt depresszióval és szorongással áll kapcsolatban, míg a biztonságos kötődés a betegséggel való aktív megküzdéssel társul (Nicholls és mtsai, 2014, Dészfalvi és mtsai, 2017). Számos tanulmány, illetve kutatás kínálkozott intervenciók és pszichoszociális támogatási lehetőségek kidolgozásával, amelyek erősíthetik a betegeket a perzisztencia és adherencia megtartásában. Hatással lehetnek a túlélésre, a betegség kimenetelének elviselésére, az életminőségük javítására. Egyelőre azonban még nincs teljes egyetértés abban a tekintetben, hogy mely intervenciós stratégiák képesek befolyásolni a betegség lefolyását, a várható prognózist, vagy akár a beteg jóllétét. Hazai és nemzetközi konferenciákon (IPOS, ESMO, MPOT, MKOT stb.)¹ folyamatosan felhívják a kutatók figyelmét arra, hogy további szempontok szerint, más változók mentén is vizsgálják tovább e témát (Ross és mtsai, 2002, Boesen és mtsai, 2011).

Többéves, onkológiai osztályon végzett munkám során (a Semmelweis Egyetem Onkológiai Központ pszichológusaként) gyakorta figyeltem meg azokat a tüneteket, amelyek a rák diagnózisának megállapítása és kezelése során jelentkeztek a pácienseknél. Ilyen a nagymérvű szorongás, a félelem az ismeretlentől, a betegség kimenetelétől, a kiszolgáltatottságtól, a fájdalomtól, a stigmatizációtól és legfőképp a haláltól. Minden igyekezettel azon voltam és vagyok, hogy segítsen enyhíteni ezeket a félelmeket, és javítsam, vagy elérjem a daganatos betegek mentális jóllétét. Megfigyeléseimhez tartozik, hogy az emlődaganat a különböző életkorban és élethelyzetben élő nőket eltérő módon befolyásolja, más és más módon küzdenek meg a betegséggel, kapcsolataikkal, félelmeikkel. Másképp hat a metasztázis híre egy életközepét élő nőre, mint egy idősebbre, vagy egy fiatalabbra, és ez a hatás különböző módon befolyásolja azt, ahogyan a kezeléseket értékeli, vagyis más lesz az adherenciája. Az évek során megtapasztaltam, hogy ahhoz, hogy segíteni tudjak, a lehető legjobban meg kell ismernem a betegséggel küzdők gondolatait, kapcsolati és érzelmi világát, amely rendkívül összetett. E populáció látszólag talán homogén, de nagyon is különböző.

Jelen kutatást a következő gondolati körrel indítottam: megvizsgálni új szempontok (kötődésük, sémáik, betegségélmény stb.) szerint az emlőrákkal küzdőket, amennyiben lehet, akkor az életkoruk mentén, különválasztva a primer és áttétes betegeket az eddigi vizsgálati eredmények tükrében. Feltérképezni és árnyalni az érintettek motivációit, amelyek mentén haladnak, feltárni, hogy miként birkóznak meg betegségükkel, kapcsolataikkal, vagyis mind

¹ IPOS – International Psycho-Oncology Society
ESMO – European Society for Medical Oncology
MPOT – Magyar Pszichoonkológiai Társaság
MKOT – Magyar Klinikai Onkológiai Társaság

jobban megismerni az emlődaganatos nőket. Mindez ismeretek birtokában a legfőbb célom természetesen az, hogy segítsem a további, még inkább egyénre szabható intervenció kialakítását a különböző betegségstádiumú nőkre hangolva.

IRODALMI HÁTTÉR

1.1 A rosszindulatú daganatos betegségről általában

Az emberiség egyik legrégebbi gyógyítástörténetéről szóló írásos emléke, az *Edvin Smith papirusz* részletes információt ad arról, hogy már időszámításunk előtt, az ókori Egyiptomban is megfigyeltek és leírtak tumoros megbetegedéseket (pl. csonttrák, mell- vagy agydaganat). E leírások a betegség súlyosságát és az orvosok a kórral szembeni eszköztelenségét sejtetik azzal, ahogyan az akkori lehetséges orvosi beavatkozásról fogalmaznak: „nincs kezelése” (Sudhakar, 2009, Kosack, 2011). A betegséget meghatározó kifejezés, azaz a „rák” Hippokratésztől eredeztethető (i. e. 460-377) aki a rosszindulatú tumorokat *karcinosz*-nak (görög szó, jelentése: rák) nevezte (Sudhakar, 2009). Az idők folyamán a fejlődő orvostudomány lehetőségei mentén egyre jobban megismerték e rettegett betegséget és kezelési lehetőségeit.

Világviszonylatban ma az a tapasztalat, hogy a rosszindulatú daganatos betegség előfordulása növekvő tendenciát mutat: míg 2002-ben az új megbetegedések száma 11 millió volt, 2018-ban világszerte 18,1 millió új beteget regisztráltak. A mortalitás azonban, az egyre megbízhatóbb szűréseknek, a betegség korai stádiumban való felfedezésének és a korszerű terápiás lehetőségeknek köszönhetően valamelyest csökkenő irányt mutat: míg 2002-ben a halálozási arány 63,63 %-os volt, addig 2018-ban már 53,03 %-ra csökkent (Bray és mtsai, 2018). Magyarországon a Nemzeti Rákregiszter² szerint az évenkénti új megbetegedettek száma fokozatosan emelkedik, amely az összes daganatfajtára vonatkozóan 2016-ben elérte a 105.607 főt – ebből 9.320 fő emlőrákos. Magyarországon a nemi különbséget nézve a legtöbb daganatos megbetegedés incidenciája a nőknél ma már alig alacsonyabb, mint a férfiaknál (Szentirmai és mtsai, 2018). Nem lehet figyelmen kívül hagyni azonban azt a tényt, hogy a statisztikai adatok alapján a születéskor várható élettartam meghosszabbodott, a kor előrehaladtával pedig megnő a megbetegedés esélye, ezzel a betegszám és a daganat okozta halálozás is (Józan, 2005).

A rosszindulatú daganatos betegségek genetikai, immunológiai és környezeti tényezők kölcsönhatásaként kialakult többtényezős, úgynevezett multifaktoriális, nőket és férfiakat egyaránt sújtó, multikauzális, minden szinten többlépcsős folyamatú betegségek (Józan, 2005; Oláh és mtsai, 2018). Valamennyi daganatos betegség típus szisztémás, vagyis az egész

² A Nemzeti Rákregiszter 2019.08.01.-es adatai alapján (<http://stat.nrr.hu/>)

szervezetet érintő kór, kezelése multidiszciplináris, tudományos bizonyítékokon, evidenciákon, klinikai tanulmányokon alapul, és komplex kezelési tervekre épül (Mátrai és mtsai, 2018).

A rosszindulatú daganatképződés a sejtek szintjén zajló mutációs folyamat, a kialakulásához az egyes sejtek olyan genetikai károsodása vezet, amely során elsősorban a növekedési kontroll károsodik, amihez a szöveti struktúra megváltozása társul. A daganat növekedése azt jelzi, hogy a szervezet védekező rendszere nem képes felismerni és elpusztítani a daganatsejteket (Szentirmai és mtsai, 2018).

Fontos különbséget tennünk a *familiáris és örökletes* (bármely családi halmozódás, amely független a meghatározó etiológiai - környezeti és genetikai - tényezőktől), illetve a *szerzett* (kóros állapothoz, mutációhoz vezető génhibák) daganatok között (Oláh és mtsai, 2018). A *familiáris és örökletes* génhibák nagyban növelhetik a daganat kialakulásának esélyét, míg a *szerzett* daganatok keletkezésénél a sejtek működési zavara következtében olyan génhibák alakulhatnak ki a szervezetben, amelyet okozhat környezeti tényező, mint például olyan fizikai, kémiai vagy biológiai hatás, amely megváltoztathatja a sejt DNS szerkezetét és adattartalmát (Tulassay, 2007). A daganatok keletkezésének egyik legfőbb kockázati tényezőjeként az életkort jelölik, mivel a kor előrehaladtával a káros (pl. oxidációs) folyamatok hibákat okozhatnak a génállományban, illetve az öregedés során a sejtek és a sejtközi állomány kapcsolata, valamint a környezethez való viszonya változik meg (Tulassay, 2007).

1.2 Az emlőrák

Az emlőrák a világon a harmadik leggyakoribb ráktípus a tüdő- és a vastagbél rosszindulatú daganatainak után, és az ötödik leggyakoribb halálok a daganatos betegségek körében. Az emlőrák a női – ritkán a férfi – mell rosszindulatú, tumoros megbetegedése (Mátrai és mtsai, 2018).

A betegség kialakulásakor az emlőszövetben egy új szövet, úgynevezett neoplázia keletkezik, annak jellegzetes atípusos tulajdonságai – megváltozott szerkezet, osztódási képesség stb. – alapján diagnosztizálható az elváltozás malignus (azaz rosszindulatú) daganatnak (Gehl, 2003). A daganatsejtek különböző viselkedése és a betegség terápiája szempontjából az emlőrák *heterogénnek* mondható. Az emlődaganatoknak két csoportja különböztethető meg attól függően, hogy a daganatsejtek egyhelyben maradnak, azaz *in situ*, vagy a környező kötőszövetbe behatoló, azaz *invazív* daganatok. Az invazív daganatok a bazális membránt áttörve a vér- (hematogén) és nyirokkeringésbe (limfogén) kerülve, a folyamatos sejtszaporulat következtében gyors növekedésnek indulnak, miközben az ott található

szöveteket roncsolják (Mátrai és mtsai, 2018). Ezzel egyidőben egy többlépcsős folyamat eredményeképp a primer daganat egy-egy leszakadó daganatsejtje a hematogén vagy limfogén útvonalon keresztül a távoli szövetekben, szervekben megtelepedve újabb betegséget, távoli áttétet, azaz metasztázist képezhet. Az emlőrák jellemzően a májba, a tüdőbe, a csontokba, a nyirokcsomókba, a bőrbe vagy az agyba adhat áttéteket (Katona és mtsai, 2017). Az áttétes emlőrák nem gyógyítható, ugyanakkor a legtöbb esetben jól kezelhető betegség. A páciens számára az áttétes diagnózis sokkal nagyobb terhet ró mind testi, mind lelki szempontból, mint a primer emlődaganattal való megküzdés. Áttét esetén csökkenthet a kezelési lehetőségek variációja, a beteg túlélési esélye, veszélybe kerül a páciens pszichoszociális jólléte, erősödhet szorongása és halálféleleme (Riskó, 2017).

1.2.1 Az emlőrák epidemiológiája

Az összes, nőket érintő daganattípus majdnem 1/3-a emlőrák, s a betegszámokat illetően elmondható, hogy minden nyolcadik nőt érinthet, bár előfordulása a fejlett ipari országok, gazdasági és földrajzi megoszlása szerint különböző lehet (Gehl, 2003, Mátrai és mtsai, 2018). Világviszonylatban a legújabb felmérések alapján az emlőrákos megbetegedés becsült incidenciája évente 0,5 –1% -os növekedést mutat, ami 2018-ra 2 088 849 megbetegedést jelent, s a becsült mortalitás 30,14%, azaz 629 679 haláleset várható (Bray és mtsai, 2018). Az emlőrák incidenciája a legmagasabb Nyugat- Európában (89,7/100 ezer fő), valamint Észak-Amerikában (76,7/100 ezer fő), a legalacsonyabb Kelet Afrikában (19,3/100 ezer lakos). Az emelkedő incidenciacsökkentés mellett a halálozási arány csökkenő tendenciája tapasztalható, amely a betegség korai felismerését lehetővé tevő szűréseknek és a korszerű terápiáknak (endokrin-, kemo-, radio-, célzott és immunterápiák, modern szemléletű sebészi technikák stb.) köszönhető (Mátrai és mtsai, 2018).

Hazánkban szintén, leginkább a nőket érintő ráktípus a harmadik legsúlyosabb, nagy halálozási gyakoriságot mutató betegség a malignus emlődaganat (Tompai, 2011). Magyarországon a legfrissebb, elérhető statisztikai adatok szerint 2015-ben 8 258 új beteget regisztráltak, és 2 250 személy halt meg,³ – azaz a halálozási arány 26,88%-os volt (Kásler és Ottó, 2008; Kásler és mtsai, 2017). Ezen adatok alapján hazánk európai viszonylatban az incidenciacsökkentésben a 28., a mortalitási csökkenésben a 18. helyen áll⁴.

³ Forrás: Nemzeti Rákregiszter, Országos Onkológiai Intézet, <http://www.onkol.hu/hu/rakregiszter-statisztika> (2018).

⁴ Forrás: GLOBOCAN 2012; <http://globalcan.iarc.fr>

1.2.2 Az emlőrák kockázati tényezői

Az emlőrák kialakulásának 50-60%-ban nem mutatható ki konkrét rizikófaktor, bár számos tényező játszhat fontos szerepet a betegség megjelenésében (Mátrai és mtsai 2018).

Elsődleges kockázati tényező a daganatos megbetegedések esetén az *életkor*, mivel a szervezet öregedésével növekedhet a DNS károsodása, egyre többször előfordulhatnak szabályozási rendellenességek. Rendkívül fontos feladat a középkorú nők megfelelő edukációja (megismerni, megérteni ezt a típusú betegséget), mivel az emlődaganatok prevalenciája a 35- és 65 év közötti nők körében rendkívül nagyfokú, a megbetegedés esélye ebben az életkori szakaszban hatszorosa nő (Gehl, 2003, Mátrai és mtsai, 2018).

Az életvitelbeli nehézségek, a túlsúly vagy elhízás, a mozgás hiánya 30-60%-kal növelheti, a túlzott alkoholfogyasztás, és a dohányzás 30-35%-kal növeli, illetve a stresszes életmód és a nem megfelelő megküzdési stratégiák ugyancsak növelhetik az emlőrák rizikóját (Maróti-Nagy, 2010, Tompa, 2012, Lapis, 2001). A magasabb szintű rákkockázatot egyes fizikai tényezők, mint a mikrohullámú-, rádiófrekvenciás- és egyéb sugárzások számlájára írják (Gundy, 2006).

Endokrin kockázat lehet a korai menarche, és a késői menopauza. Szintén kockázati faktor a nulliparitás (elmaradt gyermekszülés), illetve az előrehaladott életkorban (korábban ezt a 35. életévre, ma a 45. életév utánra becsülik) történő első szülés (Mátrai és mtsai, 2018, Juhos, 2006).

A familiáris veszélyeztetettség 2-3-szor nagyobb fokú előfordulási rizikót jelenthet, ami a familiáris emlőrák esetében az antigén (BRCA1, BRCA2 gén - breast cancer antigen) mutáció öröklődését jelenti (Tompa, 2011, Mátrai és mtsai, 2018).

Számos eredmény bizonyította a *rendszeres testmozgás* preventív hatását, ami az emlőrák kialakulásának kockázatát csökkentheti (Tompa, 2011). Enyhítheti az emlőrák rizikóját a helyes táplálkozás kialakítása, a rostban és vitaminokban gazdag élelmiszerek fogyasztása (Riskó, 2006). A rendszeres, a menstruációt követő, havonta végzett önvizsgálat, valamint 40-45 éves kortól kétévente történő *emlőrákszűrés* a korai stádiumú betegséget időben kiszűrheti, nagyban növelve ezzel a gyógyulási esélyeket, ami szignifikánsan csökkenti a mortalitást (Riskó, 2017, Mátrai és mtsai, 2018).

1.2.3 Az emlőrák prognosztikai és prediktív faktorai

Az *emlőrák prognózisa* függ a daganat méretétől, elhelyezkedésétől, az életkortól, a prognosztikai markerektől és prediktív faktoroktól (Mátrai és mtsai, 2018). A *prognosztikai tényezők* azok a patológiai jellemzők, amelyek a betegség várható lefolyásának előrejelzésében nyújtanak segítséget. Prognosztikai marker a daganat szövettani típusa, a betegség kiterjedése és hisztológiai vagy nukleáris grádusa, a hónalji nyirokcsomó áttétek jelenléte, valamint azok száma, elhelyezkedése. Szintén előrejelző a daganat proliferációs (sejtosztódási mérőszám) rátája a Ki-67 és az elváltozás ún. „receptor státusza”, azaz, hogy a daganat sejtek felszínén jelen vannak-e hormon receptorok (ösztrogén, illetve progeszteron), valamint HER2 – (humán epidermális növekedési faktor receptor) pozitivitás kimutatható-e a mintában. Utóbbiak egyben *prediktív faktorok is, jelenlétükkel* azt mutatják meg, hogy a daganat a bizonyos kezelésekre várhatóan miként reagál majd (Mátrai és mtsai, 2018, Kulka, 2017).

A korai stádiumban észlelt emlőrák prognosztikai szempontból sokkal kedvezőbb, mivel nagyobb annak az esélye, hogy az elváltozás még helyi, azaz csak az emlőt érintő (tehát még nem szóródott a test távoli szerveibe a betegség). Minél korábbi a betegség felfedezése és minél előbb kezdődik a kezelése, annál biztosabb lehet a gyógyulás is (Gehl, 2003).

1.2.4 Az emlőrák és távoli áttétei

A távoli áttétek kialakulása komplex folyamat, a daganatok típusától függően különféle metasztatikus mintázatokat mutatnak. A daganat biológiai viselkedése szoros összefüggést mutat az áttétképző tulajdonságával. (Polgár és mtsai, 2012). Vannak daganatok, amelyek lokálisan, loko-legionárisan terjednek, míg mások hematogén úton, úgynevezett távoli szervi áttéteket adnak. Az emlődaganatok hormonreceptor pozitív csoportjában gyakrabban alakulhat ki a csontáttét, akár egy évtizeddel a diagnózist követően, de kialakulhat tüdő és máj metasztázis is. Az úgynevezett tripla negatív emlődaganatok szolid szervekbe, a májba és a tüdőbe adnak inkább áttétet, de mivel ez a típus agresszívebb formájú, így az agyi áttétek is megjelenhetnek (Polgár és mtsai, 2012). A HER2 pozitív emlőrások túlélése drámai módon megváltozott a biológiai terápiák megjelenésével, ugyanakkor a monoklonális antitest– terápia hatóanyagai nem jutnak át a véragy-gáton, így agyi áttétek jelenhetnek meg olyan esetben is, amikor a parenchymás szervek áttétei a hatékony biológiai terápiák mellett eltűnnek. (Polgár és mtsai, 2012; Mátrai és mtsai, 2018). Az áttétes emlőrák gyógyíthatatlan betegség, ám megfelelő kezeléssel jó minőségű és hosszú távú élet biztosítható a beteg számára (Mátrai és mtsai, 2018). Az áttétes betegség egyik leggyakoribb és a betegek szerint az egyik legsúlyosabb tünete a

fáradtság, a gyengeség érzése. Az izomgyengeség, az erőtlenség, az álmatlanság vagy alvászavar kedvetlenséghez, majd depresszióhoz vezethet, ami az idő előrehaladtával a kezelések elutasítását eredményezheti (Riskó, 1999, 2006, 2017).

1.2.5 Az emlőrák kezelési lehetőségeinek áttekintése

Az emlőrák úgynevezett *modern* kezelése körülbelül a XIX. század közepéhez köthető, amikor a mai mellkassebészet és masztektómia azaz emlőeltávolítás szabályait megfogalmazták, és szinte ezzel egyidőben felismerést nyert a hónaljhi nyirokcsomók eltávolításának fontossága. Az 1800-as évek vége felé egy Beatson nevű sebész sikeresen kezelte egy fiatal áttétes nőt petefészek eltávolítással, ez tekinthető az első „*hormonális manipulációnak*” (Carlson, 2005). A későbbiekben az antiösztrogén terápia az aromatáz-inhibitorok, az úgynevezett szelektív ösztrogén modulátorok és a mesterséges kasztrációt megteremtő LHRH analógok kerültek be a kezelési palettára (Polgár és mtsai, 2012). A második világháború idején egy mustárgázt tartalmazó tartály sérülésekor azt vették észre, hogy néhány hematológiai betegség javulni kezdett, innentől számítjuk az úgynevezett *kemoterápiás érárt* (Gilman, 1963). De áttörést az emlőrák esetében az 1970-es évek hoztak, amikor a Bonadonna professzor nevéhez fűződő sikeres műtét után adott CMF (ciklofoszfamid + metotrexán + 5-fluorouracil) adjuváns kezeléssel az élettartam növekedést érte el (Colditz, 2007). A 2000-es évekre megjelent a HER2 pozitív emlőrák biológiai terápiája a trastuzumab. Ma már számos kemoterápia, biológiai/célzott kezelés és újabban a tripla-negatív emlőráknál már az immunterápia lehetősége is a klinikus kezében van. (Polgár és mtsai, 2012; Pusztai és mtsai, 2016).

Ahogy már korábban tárgyaltuk, az orvostudomány ugrásszerű fejlődése, a modern képalkotók és a kutatások eredményeképp az egyre hatékonyabb, személyre szabott terápiáknak köszönhetően az idejében észlelt emlőrák akár teljesen, véglegesen meggyógyítható. Mindamellet egy későbbi stádiumban lévő betegnél is lehet jól kezelhető a folyamat, adott esetben a betegség előrehaladását lassító, megfelelő életminőséget biztosító kuratív módszerek találhatóak az onkológiai gyakorlatban (Gehl, 2003). Mivel a betegség onkológiai kezelése multidiszciplináris, szoros együttműködést kíván olyan orvosi szakterületekkel, mint sebészet, patológia, sugárterápia, és gyógyszeres onkológiai kezelés (Mátrai és mtsai, 2018). Az emlőrák elsődleges és legalapvetőbb kezelése a sebészileg történő daganateltávolítás, de a multidiszciplináris onkoteam a tumorméret csökkentésének érdekében javasolhat műtét előtti onkológiai kezelést, amely lehet infúziós vagy tablettás kemoterápia (Gaál, 2012). A műtéti beavatkozás után az onkológus szakemberek javasolhatnak sugárterápiát, kemoterápiát a

szervezetben maradt úgynevezett *alvó* daganatsejtek megsemmisítésére (Gaál, 2012). Természetesen ezek a kezelések nem csak a testet, hanem a pszichét is alaposan megviselik. A következőkben a kuratív kezeléseket és azok lelki vonatkozásait járjuk körbe, feltárva az okokat, amiért megszakadhat az adherencia és perzisztencia.

1.2.5.1 Sebészeti terápia

Az emlődaganat kezelésében még ma is a sebészeti beavatkozás az alapvető, amelynek célja, hogy a daganatot és a regionálisan érintett nyirokcsomókat onkológiai szempontból megfelelően eltávolítsák (Lázár és mtsai, 2010). Az emlőműtétek két formája ismert: az egyik a *masztektómia*, azaz a teljes emlőállomány eltávolítása. Ez a beavatkozás többek között függ a betegség stádiumától, a daganat kiterjedésétől (Lázár és mtsai, 2010). A másik műtéti megoldás, - amennyiben nincs kontraindikáció (ilyen pl. a tumor és az egészséges emlőszövet aránytalansága, vagy az emlőbimbó alatti daganat stb.), és a végeredmény esztétikailag is elfogadható marad, - úgy tervezhető *emlőmegtartó* műtét. Az emlőrák összetett sebészeti kezelése legtöbbször magában foglalhatja az emlő rekonstrukcióját is: lehetőség van például a teljes egészében eltávolított mell pótlására szilikon implantátum és/vagy saját szövetek felhasználásával (Mátrai és mtsai, 2018). A műtétről szóló előzetes megbeszélés a legtöbb esetben megkönnyebbülést okoz a betegnek, hiszen fontos, hogy a betegséget (azaz a tumort) eltávolítsák a testéből (Szalai, 2016). Távoli áttétes emlőrák esetében (máj-, tüdő-, agyi metasztázis stb.) műtéti beavatkozás csak ritkán fordul elő (Horváth és mtsai, 2006). Azonban bármely műtéti megoldás a legtöbb nő számára a nőiesség elvesztését is jelenti, hiszen az emlőmegtartó műtét sem minden esetben feltételez szabályos eredményt. Jellemző, hogy a beteg már a műtét előtt retteg a kiszolgáltatástól, a műtét esetleges negatív következményétől, kimenetelétől, az előre nem látható fájdalomtól. A legnehezebb a műtétet követően a megváltozott testkép elfogadása: előfordulhat, hogy a beteg hetekig nem tudja megnézni a műtéti hegét, vagy az implantátum annyira idegen számára, hogy nem képes megérinteni önmagát, párja előtt nem bír levetkőzni, aminek következménye a kapcsolati és szexuális elégedettség- és az életminőség romlása (Riskó, 1999, Désfalvi és mtsai, 2020).

1.2.5.2 Kemoterápia és célzott terápiák

Az emlőrák multidiszciplináris kezelésének egyik fontos, szisztémás kezelési módszere a kemoterápia és a célzott biológiai terápia. A kemoterápia a gyorsan osztódó (ez a daganatos sejtek jellemző tulajdonsága) daganatsejtekre hat, azokat hivatott elpusztítani (Hanahan, 2000). Javasolható primer szisztémás (műtét előtti), adjuváns (műtét utáni) illetve palliatív terápiaként. A primer szisztémás, azaz műtétet megelőző (ún. neoadjuváns) kemoterápia haszna a rosszindulatú csomó méretének zsugorítása, a feltételezett mikrometasztázisok kiiktatása. Adjuváns kemoterápiát a műtétet követően, a kiújulás magas kockázata miatt javasolhatnak az onkológusok (Mátrai és mtsai, 2018). A kemoterápiát, amennyiben a daganat típusa indokoltá teszi, gyakran alkalmazzák biológiai terápiával együtt. A távoli áttétes betegségnél szintén gyakran alkalmazzák a kemo- és biológiai terápia kombinációját (Mátrai és mtsai, 2018). A metasztatikus emlőrák (általában inkurábilis, azaz gyógyíthatatlan) esetében a kezelés alapvetően gyógyszeres, a fő szempont a kemoterápiás kezelés megválasztásakor, hogy a stabil állapotot fenn lehessen tartani, a mellékhatások minimálisak legyenek, így elérhetővé válhat a hosszú távú túlélés (Horváth, 2012). A palliatív kemoterápia célja, hogy az életminőséget javítsa, és az élettartamot növelje (Horváth, 2012). Az emlőrákos betegek kemoterápiás kezelése legtöbbször a teljes haj- és testszőrzet elvesztésével jár. Mellékhatásként megjelenhet az étvágytalanság, fogyás, hasmenés, hányás, émelygés stb., amelyek enyhítésére korszerű gyógyszereket alkalmaznak az orvosok, hogy javítsák a beteg állapotát (Hanahan, 2000). Pszichésen talán a legmegterhelőbb a haj kihullása. Ilyenkor a nők többnyire elveszthetik – részlegesen vagy egészében – az identitásukat, kialakulhat (vagy súlyosbodhat) a depresszió, a szorongás, és előfordulhatnak a személyes kapcsolatokban történő torzulások. A mellékhatások elviselhetetlensége, a hiányos tájékoztatás az adherencia részleges vagy teljes megszűnését, a terápia feladását vagy el sem fogadását eredményezheti (Riskó, 1999).

1.2.5.3 Sugárterápia

Az emlőrák komplex kezelésének részeként alkalmazott sugárkezelés bizonyítottan csökkenti a helyi kiújulás rizikóját, csökkenti és javítja a hosszútávú túlélést is (Kiscsatári és mtsai, 2015). Az emlőmegettartó műtét után a betegség helyi kiújulásának megelőzése érdekében az emlő sugárkezelése az onkológiai protokoll alapján rendkívül fontos lehet. Masztektómia esetén, nyirokcsomó negatív esetekben akár el is lehet kerülni a sugárkezelést, ha a daganat nem érintette a mellkasfalat. Amikor a lokális recidíva (kiújulás) eshetősége 30-50%, vagyis a kockázat magas, akkor szintén javasolt a sugárterápia, megcélozva a hosszú távú túlélést (Mátrai és mtsai, 2018). A távoli áttétek sugárkezelése minden esetben a betegség

kiterjedésétől, a beteg állapotától függ. A kezelés jellegét tekintve kuratív, palliatív, illetve fájdalomcsillapító hatású. A kezelés módját tekintve az emlőt és a hónaljzat protokoll szerint meghatározott sorozatos, kis dózisu besugárzásnak vetik alá. A kezelést végezhetik külső sugárforrásból, vagy történhet ún. emlő brachyterápia formájában is, amely során a sugárforrást az emlő szövetében helyezik el, tűzdeléses technikával. Előbbi kezelést többnyire járóbeteg-rendelésen végzik, míg a brachyterápiára kórházi bentfekvéssel kerülhet sor (Mátrai és mtsai, 2018, Polgár és mtsai, 2012). A sugárterápiának is vannak mellékhatásai, ezek közül leggyakoribbak a helyi bőrreakciók (bőrpír, hámlás, hiper-pigmentáció stb.) (Kiscsatári és mtsai, 2015). A mellékhatások sok esetben orvosolhatók, s a terápia befejeztével elmúlnak. A lelki terhelést nagyban befolyásolja a hiányos, vagy téves információ, amelynek következménye, hogy a nők nagy többsége fél a sugárterheléstől, az egész testre kiható roncslástól, funkciók kiesésétől, tudatának megváltozásától. A kezelés javaslatára megjelenő leggyakoribb lelki reakció a depresszió, a szorongás, ellenségesség, a düh, a büntudat és a halálfélelem (Riskó, 1999).

1.2.5.4 Immunterápia és biológiai terapiák

A szervezet védekezőképességének fokozását célozza meg a korszerű immunterápia, amely azon a tudományos megállapításon alapszik, hogy a szervezet a bejutott kórokozó mintáját képes megjegyezni, védőanyagokat termel az általa okozott betegség ellen, így amint a kórokozó újból bejut a szervezetbe, felismeri azt, és azonnal elkezd pusztítani (Gehl, 2003). Az oltásokkal, vagy az úgynevezett antigénnel az immunrendszert megtanítják a speciális kórokozó felismerésére és megsemmisítésére. Mára számos tanulmány kimutatta, hogy az emlődaganat mikrokörnyezetében található immunsejtek száma és összetétele, valamint a túlélés között szignifikáns a kapcsolat (Horváth és mtsai, 2006). Az immunterápia alkalmazásának mellékhatásai eltérőek a kemoterápiás készítmények mellékhatásaihoz képest, szélesebb skálán mozognak, az egészen enyhe tünetektől (bőrkiütés) a súlyos kórállapotokig (tüdőgyulladás, bélgyulladás, pajzsmirigy funkció zavar, májelégtelenség stb.). Pszichológiai tényezőként megjelenhet a szorongás vagy a depresszió. Érdeemes megemlíteni, hogy sok esetben az immunterápia hasonló lelki panaszokat okoz, mint a kemoterápia (Pusztai és mtsai, 2016; Riskó, 1999). Az ún. HER₂ receptor felfedezése igen jelentősnek számít a célzott biológiai terapiák terén (Gehl, 2003). A HER₂ receptor elleni antitestekkel a daganatok növekedése célzottan gátolható, minimális mellékhatások mellett a betegség progressziója jelentősen lassítható. A HER₂ ellenes kezelések először áttétes betegségben, majd adjuvánsan és ma már neoadjuvánsan, vagyis már műtét előtt is adhatók a betegeknek. A kezelés hatására

az egyébként igen kedvezőtlen prognózisúnak számító HER₂-pozitív emlődaganatok esetében mind a progresszió mentesség, mind az össz túlélés jelentősen javult (Gehl, 2003; Polgár és mtsai, 2012).

1.2.5.5 Endokrin terápia

Az úgynevezett hormonérzékeny emlődaganatok a női szervezet ösztrogén és progeszteron hormonját használják fel a növekedésükhöz. Az antihormonok - vagyis a *hormonterápia* - megátolják a hormontermelést, ezáltal az arra érzékeny daganat növekedése leáll, a daganat összezsugorodhat. A hormonterápia védőhálót nyújt a kiújulás veszélye ellen. Az emlőrák gyógyításában az önállóan, vagy egymással kombinálva, vagy kemoterápiát követően alkalmazható többféle antihormon készítmény (Gehl, 2003; Polgár és mtsai, 2012). Az adjuváns hormonterápiát általában 5-10 évig javasolt folytatni. Ez a kezelés a szervezetet kevésbé megterhelő mellékhatások (menopauzához hasonlatos hőhullám, súlygyarapodás, csont- és ízületi fájdalom, bőrpír, fejfájás, libidó csökkenés stb.) miatt ugyan jobban viselhető (Szalai, 2016, Kahán és mtsai, 2016), de a terápiás adherencia a hosszú kezelési időtartam miatt sok esetben csökken, a betegek nem szedik rendszeresen, vagy kitartóan a gyógyszert (Kahán és mtsai, 2016).

PSZICHOLÓGIAI TÉNYEZŐK ÉS HATÁSAIK RÁKBETEGSÉGBEN

2.1 Történeti áttekintés

Hippokratész nevéhez fűződik az első, úgynevezett „humorális elmélet”, amellyel többek között a rákbetegség kialakulását is igyekezett magyarázni. Mint orvos, úgy vélte, hogy a testben lévő négyféle folyadék – a vér, a nyál, a sárga epe és a fekete epe – kiegyensúlyozatlansága betegséget, illetve túlzott mértékű fekete epetermelést okozhat egy adott szervben, amely ez elmélet alapján a rákbetegség alapja lehet (Sudhakar, 2009). A hippokratészi felfogást a későbbiekben több görög filozófus (pl. Platón, Arisztotelész), valamint az orvos Galenus (i.e. 130-200) is átvette, aki úgy gondolta tovább az elméletet, hogy bizonyos betegségeket és kóros viselkedést, mint például a melankólia, emocionális zavarok okozhatják. Megkülönböztetett több kiváltó okot, amelynek egyike volt az *érzelem*, s példaképp a szerelmi csalódást, vagy valaminek, vagy valakinek az elvesztését említi meg (Comer, 2005). Legkorábbi feljegyzéseket 1759-ből hagyta ránk doktor Gendron (in LeShan,1994), aki tapasztalatai alapján úgy vélte, hogy a mellrák diagnózisát megelőzően a beteget nagyfokú lelki trauma, mint például egy családi tragédia, vagy gyász érheti, amelynek következménye lehet a betegség. 1802-ben Angliában alakult meg a Rákmelegelőző és Rákgyógyító Társaság, amelyben

a vezető orvosok arra keresték a választ, hogy létezik-e olyan személyiségjellemző, illetve olyan temperamentum, amely hajlamosít a rákbetegségre. Willard Parker (1885) úgy összegezte tapasztalatait, hogy a gyász és a rákbetegség között szoros kapcsolat található. Herbert Snow (1893) könyvbe foglalta eseteírásait, és arra jutott, hogy a betegséget (például a mellrákot vagy méhrákot) annyira sok esetben előzi meg depresszív érzelmi állapot, hogy azt már nem lehet csupán a véletlennek betudni. Walter Hoyle Walshe 1846-ban amellet foglalt állást, hogy rákos betegséget a genetikai tényezők és a hosszan tartó stressz okozhat (in LeShan, 1994). Snow már korábban, 1885-ben felvette és vizsgálatra méltónak találta azt a kérdést, hogy ugyanazon sorscsapást hogyan visel egy rákbeteg és miként egy egészséges? Elképzelése szerint a nehéz helyzetekkel való megküzdési formák különbözhetnek a két csoportnál. Snow felvetése azt sugallja, hogy a stresszel való megküzdési módok milyensége összefüggésben lehet a rákbetegségre való hajlam, illetve a betegség kialakulásával (in LeShan, 1994). Evans 1926-ban publikált könyvében, egy pszichoanalitikus vizsgálat keretében, 15 rákbeteg részletes élettörténete mentén mutatja be azt a korai elképzelést, miszerint ok-okozati összefüggés található az egyes személyiségvonások, a reménytelenség, az egyéb mentális érzelmi probléma (a tudatos és a tudattalan működése) és a rákbetegség kialakulása között (in LeShan, 1994). A huszadik század elején már egyre több orvos próbálta lelki eredettel magyarázni a betegséget. Olyan elméletek is születtek, hogy a daganat az indulatok betegsége, például a mellrákot a „kielégíthetetlen szenvedély” okozza (Sontag, 1983). Egyes elméletek szerint a betegség egyszerűen „büntetés”, súlyossága kifejezi a beteg jellemét, például, hogy a baj a beteg „akaratosságából” fakad. Susan Sontag, aki maga is emlőrák-érintett, tanulmányában (1983) kifejezi aggodalmát, és ugyanakkor óvatosságra int, miszerint ezek az elméletek nagyrészt a beteget teszik felelőssé a kór miatt, ezért félő, hogy az emlőrák nem csupán halálos, de szégyenletes betegséggé is válik, ami olyan súlyos következményekkel járhat, hogy megaláztatásában nem mer a beteg idejében orvoshoz fordulni, és inkább folyamodik a titkát megőrző, de kevésbé hatékony, vagy hatástalan gyógymódokhoz. Susan Sontag (1983), úgy fogalmaz, hogy *„a rák a XX. századi ember egyik alapproblémája, mivel a betegség teljes gyógyítása még a mai napig várat magára, miközben a rák a test belső pusztulását előidéző, s az ember identitását fenyegető kór”* (idézi Kulcsár, 1993).

Az évek során e pszichoszomatikus nézőpont lassan háttérbe szorult, s leginkább a testben fellépő betegség helyi gyógyítását, a fájdalom enyhítését, az úgynevezett biomedikális szemléletet helyezték előtérbe (LeShan, 1994). A rákbetegségek korai kezelése (XIX. század végétől a XX. század közepéig) hosszú éveken keresztül a test egy speciális, helyi

megbetegedésére koncentrálnak történt, miközben a betegséggel együtt járó pszichés folyamatokra egyáltalán nem fordítottak figyelmet. Ebben az időben a betegfelvilágosítás olyan irányt vett, amelyben a betegnek nem volt szabad tudnia a betegsége mibenlétéről, esetleges lehetőségeiről, életkilátásairól (Gehl, 2003). Természetesen a tájékoztatás hiánya azonnal felvetett egy sor kérdést, például, hogy miképp tud a páciens a betegségének ismerete nélkül a kórral akár fizikailag akár lelkileg megküzdeni, hogyan képes a további életét rendezni, döntéseket hozni, illetve elvész annak a lehetősége is, hogy a halál gondolatával meg tudjon birkózni (Gehl, 2003).

Évek múltán újból előtérbe kerültek a betegséggel összefüggésbe hozható pszichés kérdések, és az 1955 óta megjelenő tanulmányok ismét kapcsolatot véltek felfedezni a rákbetegség lefolyása és a beteg viselkedése, érzelmi hozzáállása között, ezzel változást hozva az irányelvek kialakításában (LeShan, 1994). A későbbiek folyamán a betegek gyógyításában a bio-pszichoszociális szemlélet mentén (Engel, 1977, 1978 – in Kőműves, 2017) a kuratív kezelések részévé vált a pszichés támogatás, hiszen a biológiai tényezők mellett fontossá vált szem előtt tartani azokat a lélektani folyamatokat, amelyeket a személy megélhet a betegség megjelenése és lezajlása mentén (Rohánszky és mtsai, 2014a).

2.2. Pszichoszociális onkológia

A fentiekből látható, hogy egyre inkább előtérbe került az orvoslásban az integratív gondolkodásmód, és a betegség kialakulásában szerepet játszó pszichoszociális tényezők épp annyira fontossá váltak, mint a páciens a betegségre adott válaszreakciói. Egyre több olyan onko-pszichológiai kutatás lát napvilágot, amelyenél előtérbe kerül a betegséggel való megküzdés pszichés és szociális vizsgálata.

A pszichoonkológia egyik meghatározó személyisége J.C. Holland volt, aki felfigyelt a pácienseknél a diagnózis megismerését követő negatív reakciók, illetve a kezeléseket kísérő félelmek és a szorongás megjelenésére (Holland és Rowland, 1989). Holland leginkább a tumoros betegségek kialakulásához vezető pszichés és viselkedésbeli tényezőkre (stressz, trauma, kémiai addikciók), illetve a daganatos betegség okozta lelki megterhelésekre összpontosított (Riskó, 1999).

Előtérbe került tehát az onkológiai betegség pszichoszociális jellege, pozitív változás állt be az orvos-beteg kommunikációban, a beteg-educáció pedig segíti fenntartani compliance-t. Az onkológia minden területén kötelezővé vált a megfelelő tájékoztatás és a diagnózis pontos közlése, illetve a kezelések és a várható prognózis ismertetése – figyelembe véve a páciens

igényeit. A pszichoszociális onkológia „*elméleti meghatározásában és mindennapi gyakorlatában magába foglalja az onkológia, pszichológia, szociológia és pszichiátria módszertanát és aspektusát*” (in Rohánszky és mtsai, 2014b). A pszichoszociális onkológia feladata, hogy a kór lefolyása alatt segítse mind a páciens, mind a hozzátartozókat a betegséggel való megküzdésben, megtegyen mindent az életminőség javítása, valamint a fájdalom, a szenvedés csökkentése érdekében (Rohánszky és mtsai, 2014b).

A rákkal küzdők pszichoszociális helyzete Magyarországon korábban nem volt problémamentes, s a szemlélet elfogadása és a gyakorlatba való integrálása több helyen csak részlegesen sikerült (Kopp, 2006). A szemléletváltáshoz nagy segítséget nyújtott a 2002-ben megalakult Magyar Pszichoonkológiai Társaság. A klinikai tapasztalatok mindinkább alátámasztják azt, hogy a kuratív vagy palliatív kezelés mellett elengedhetetlen az érintett személy betegséggel való megküzdésének pszichés szupportációja, valamint fontos az egyén egzisztenciális- és szociális terheinek figyelembevétele (Rohánszky és mtsai, 2014b). Az onkológiai centrumokban, Holland munkásságának is köszönhetően, a pszichológusok a stressz, distressz-, szorongás- és depresszió szintet és az alkalmazkodási nehézségeket vizsgálják, de a cél mindenekelőtt a daganatos betegek egyre átfogóbb pszichoszociális jellemzőinek feltárása, megismerése, a megfelelő intervenciók kialakítása érdekében. Az onkopszichológiai irányelveket magába foglaló szakmai protokoll is kidolgozásra került, amely kiemeli a lelki segítségnyújtás fontosságát (Riskó, 1998). Ezen irányelveket követve, Magyarországon a pszichoszociális onkológiai szemlélet keretében kialakult az a szakértőkből álló onkológiai team (ún. multidiszciplináris onkoteam), ahol együtt dolgoznak és küzdenek az orvosok (klinikai onkológusok, sugárterapeuták, sebészek, patológusok, radiológusok), a pszichológusok, dietetikusok, gyógytornászok, nővérek és szociális segítők a rákbetegek gyógyulása, jobb életminősége érdekében (Riskó, 1999, 2006).

2.3 A pszichoszociális tényezők

Az elmúlt években mind a kutatók, mind a betegek körében felvetődött az a kérdés, hogy a pszichoszociális tényezők befolyásolják-e a rosszindulatú daganatok kialakulását, illetve a betegség kimenetelét. Kopp Mária (2006) úgy fogalmaz, hogy a pszichoszociális tényezők olyan hatással vannak a szervezetre, mint a helytelen vagy károsító életmód megtartása, miközben meghatározzák a páciens együttműködési készségét orvosaival. Garssen (2004) mintegy 30 év tanulmányait felölelő értékelő és összegző munkájában hívja fel a figyelmet arra, hogy nincs olyan bizonyítható, egzakt pszichológiai tényező, amelyre kimondható, hogy biztosan okozója lenne a betegség megjelenésének. Mindamellett megállapította, hogy egyes

faktorok, mint a tehetetlenség érzése, az olyan kedvezőtlen életesemények, mint az elnyomás vagy veszteség, a negatív érzelmi állapotok vagy az alacsony társas támogatás, előjelzője lehet a kedvezőtlen prognózisnak. Elgondolkodtató ugyanakkor Garssenek (2004) az a felfedezése, hogy a megfelelő támogatottság mellett a beteg örömmre való képessége, az elégedettség megélése, vagy az aktív megküzdés (a „harcis szellem”) ritkán volt tetten érhető. A témában leggyakrabban olyan pszichoszociális változókat vizsgáltak, mint a stresszhatások, a distressz, a negatív életesemények, a társas- és párkapcsolati támogatottság szerepe, vagy a megküzdési módok (Garssen, 2004). Garssen ugyan úgy, mint később Johansen (2010) felhívja a figyelmet a különböző publikációk között található, számos ellentmondásos vizsgálati eredményre. Johansen arra a következtetésre jutott saját kutatása alapján, hogy a pszichológiai tényezők kórelletani hatása az emlőrák kialakulására és betegség lefolyására kevésbé bizonyított, s úgy véli, hogy felül kell vizsgálni az eddigi vizsgálati módszereket és területeket, vagyis egyértelműbbé és megismételhetővé kell tenni azokat. Johansen megjegyzi, hogy ahhoz, hogy megérthetővé tegyük a pszichológiai összefüggéseket és a rákbetegség kockázatát, több átfogó elemzésre van szükség (Johansen, 2010).

Balog és Dégi (2005) daganatos betegségben szenvedő nőknél vizsgálta azokat a pszichoszociális tényezőket, amelyek valamilyen hatással lehetnek a pszichés sérülékenységre, a betegség előrehaladására és kimenetelére vagy a betegségből való felépülésre, valamint a mortalitásra. E tényezők között voltak az állapot- és vonásszorongás és a stresszszint mértéke, a családi és társas támogatottság. A szerzők arra világítottak rá, hogy a társas támogatásnak jelentős védő és stresszoldó hatása van, mindamelllett a baráti és társadalmi kapcsolatok meglétének és e kapcsolatok minőségének függvényében változhat az emlőrákos nők túlélési esélye. Eredményük szerint az optimizmus pozitívan befolyásolja az immunrendszert, amely nagyban segítheti a beteg túlélését.

2.3.1 Stressz és distressz

A stressz (mint a szervezet nem-specifikus neuroendokrin reakciója) és a betegségek kialakulása közötti kapcsolatot Selye János vizsgálta először (Ádám és mtsai, 2010). A stresszhelyzet mindaddig nem káros az egészségre, amíg úgy érezzük, hogy eredményesen megküzdhetünk egy bizonyos kihívással. Azonban amikor a stresszes szituáció elviselhetetlenséget, nehézséget jelent, ha megoldhatatlannak, a körülményeket kiszámíthatatlannak, önmagunkat eszköztelennek érezzük, ha nem ismerjük a megoldás módját, akkor az egészségkárosodáshoz vezet (Kopp, 2006). Lazarus és Folkman (1984) úgy

fogalmaz, hogy a pszichológiai stressz egy sajátos kapcsolat a személy és környezete között, amelynek során az érintett kognitív értékelése alapján határozza meg, hogy milyen mérvű a vészhelyzet, mennyire veszélyezteti az életét, és a felbecsüléshez mérten elegendő-e a saját erőforrásai a helyzettel való megküzdésre. Állatkísérletek során sikerült bizonyítani, hogy a különböző stresszes helyzetekre küzdő viselkedést mutató egyedeknél kevésbé volt kimutatható a rosszindulatú daganat elfajulása, mint a passzív, visszahúzódó társaiknál (Forgas és Jones, 1985). A stresszhatások és az emlőrák lehetséges összefüggéseit számtalan vizsgálat igazolta. Justenhoven és munkatársai (2010) az emlőrák kialakulásával összefüggő pszichés tényezők vizsgálatakor azt találták, hogy a genetikai tényezők hatásain túl, kiemelt szerepe van az olyan életeseményeknek, amelyek jelentősen megterhelik az egyén pszichés alkalmazkodó képességét. Ilyen stresszteli eseményként nevezték meg a halált, a válást, a munkahely elvesztését, továbbá gazdasági vagy pénzügyi nehézségeket (in Dészfalvi és mtsai, 2017). Krickler és munkatársai (2009) a társkapcsolat okozta stressz és a kialakult tumor nagysága között fedeztek fel kapcsolatot.

A diagnózis közlése rendkívül nehéz momentum mind a beteg és hozzátartozói, mind az onkológus orvos számára. Az orvos feladata, hogy felmérje a diagnózisközlés pillanatában, hogy mennyi információt képes a páciens befogadni az állapotáról és milyen módon tud a helyzetnek megfelelő megnyugtató támogatást nyújtani (Donovan, 1993; Riskó, 2017).

A distressz fogalmát J.C. Holland (1992) kapcsolta a daganatos betegség által kiváltott természetes, azaz abban a helyzetben „normálisnak” mondható reakcióhoz. A rák diagnózisa már önmagában is distresszt indukál, s a biológiai, pszichológiai és társadalmi tényezők mind hozzájárulhatnak a szorongás variabilitásához (Andreotti és mtsai, 2015). Tehát a distressz kifejezés a pszichoszociális onkológia használatában gyűjtő fogalom, amelynek szintje változhat egészen a normálistól a patológiáig (Rohánszky és mtsai, 2014b). A félelem, a pánik, a depresszió, a szomorúság, a tehetetlenség érzése, a kontrollvesztés érzete, a hangulatingadozás, a feszültség, az alvás- és evészavar mind jellemző érzelmi jelenség lehet a páciensek körében. E pszichoszociális teher folyamatosan jelen van a páciens életében és szinte az egész betegséget végigkíséri (Kahán és mtsai, 2016). A distressz mértéke, annak súlyossága erős prediktora lehet az életminőségnek, a betegség progressziójának és a mortalitásnak (Miller és mtsai, 2010).

2.3.2 Szorongás

Tringer (2005) a szorongást olyan lelki szenvedésként aposztrofálja, amikor a szorongó egyén a körülötte zajló eseményeket negatívan torzítja, miközben önmagát veszélyben érzi. Természetesen a szorongásos reakciók egyénenként változhatnak, mint ahogy annak súlyossága és tartóssága is (Tringer, 2005). A szorongás a magyar populációban a 40 - 65 közötti életkorra a legjellemzőbb és főleg a nők körében a magasabb (Kopp és Kovács, 2006). Mind a rákbetegek, mind az egyéb krónikus betegek súlyos pszichológiai megterheléseket élnek át, amelyek szorongásának középpontjában a haláltól és fájdalomtól való félelem, a testi-lelki kiszolgáltatottság, a bejósolhatatlanság és reménytelenség áll.

A rosszindulatú daganatos betegség megjelenésének gyakori kísérője az átmeneti szorongás, viszont a hosszabban elnyúló, állandó feszültség megemelheti a fájdalom szintjét, koncentrációs és alvászavarok léphetnek fel, csökkentheti az étvágyat, állandó levertséget, később depressziót okozhat (Riskó, 2006, Stark és House, 2000). Súlyosabb, akár egy-két hétig is elhúzódó akut szorongás jelentkezhethet a diagnózisra-, a terápiákra-, a képalkotók- vagy már egy egyszerű vérvizsgálathoz való várakozásnál is, amely növeli a személyben a kiszámíthatatlanság érzését (Riskó, 1999). A szorongás kötődhet magához a betegséghez, amelyet például a kontrollálatlan fájdalom, a gyengeségérzés, a súlyos testsúlycsökkenés, a mozgásképtelenség, de gyógyszerelváltás, esetenként gyógyszer mellékhatás is kiválthat (Rohánszky és mtsai, 2014).

Egy páciens elmondása erről az időszakról:

„(...) és amikor már azt hiszem, hogy kezdek gyógyulni, hisz kapom a kemót, (...) és az orvos kontroll CT-vizsgálatra küld... mintha kezdődne minden előről (...) az a másfél-két hét várakozás a félelemmel, és én még mindig annyira aggódom, hogy jaj, mit fognak már megint találni?”

A szorongás és a fájdalom együttesen is jelentkezhethet, s a szorongó beteg nem érez feltétlenül intenzívebb fájdalmat azoknál, akik nem szoronganak. A szorongó beteg életminőségében romlást okozhat a mindennapjaiban megélt fájdalom, amelynek csillapítása sikertelenné válhat, mivel a szorongás továbbra is fenntarthatja a fájdalmat, miközben nagymértékben csökkenti az energiaszintet (Telekes és Horváth 2002, Dank, 2017). A szorongásos állapotot még számos tényező, mint például a sikertelen vizsgálat vagy diagnosztikai eljárás megismétlése is fenntarthatja, s amennyiben a kemoterápiás kezeléshez hányás, hányinger vagy hasmenés

társul, a szorongás kondicionálódhat (Dank, 2017). Felerősödhetnek a páciensben a rákos megbetegedést megelőzően már jelenlévő szorongásos betegségek, mint például a depresszió, a fóbia, vagy különféle kényszerbetegségek (Rohánszky és mtsai, 2014). A daganatos megbetegedés előtt kialakult pánikbetegség aktiválódhat, az anticipátoros félelem nem csak egy újabb pánikroham kialakulására terjed ki, hanem a kemoterápiás kezelés mellékhatásaira is (a korábbi tapasztalatok, hiedelmek megelőlegezése a kemoterápiás szer szervezetbe jutása előtt). A pánikrohamok kialakulhatnak az onkológiai kezelése alatt is (Dank, 2017).

Az emlőrák az anyasággal, a nőiesség megélésével való szoros kapcsolata különösen nagy odafigyelést igényel, komplex kezelése elengedhetetlen (Dank, 2017; Riskó, 1999; Dészfalvi és mtsai, 2020). A betegség a nőiesség és az anyaság szimbólumát érinti és ez különös kihatással lehet a párkapcsolat működésére érzelmi és szexuális téren egyaránt, amelyek tovább súlyosbíthatják mind a mentális, mind a fizikai állapotot. Az egyén saját testéről alkotott véleménye szignifikáns prediktora lehet a szexuális élettel való elégedettségnek (Dank, 2017; Ahn és mtsai, 2009; Riskó, 1999).

A szorongás felismerése sokszor igen nehéz és e miatt annak kezelése el is maradhat. Egy ausztráliai kutatásban a primer emlődaganatosok 42%-ánál mutattak ki szorongást (Kissane és mtsai, 1999). Tapasztalat szerint a betegek többsége úgy véli, hogy félelmei vagy aggodalmai indokolatlanok és szégyellik azokat feltárni kezelőorvosuknak. Van, hogy a beteg úgy gondolja, hogy időhiány miatt nem terheli meg orvosát az ilyen jellegű panaszokkal, vagy egyszerűen fél, hogy aggodalmasságával negatív benyomást kelt önmagáról (Butow és mtsai, 2002). Pedig a beteg szorongásáról, a félelmekről, az aggodalmakról való nyílt kommunikáció pozitív hatással lehet az orvos-beteg kapcsolatra (Ryan, és mtsai, 2005). Kutatók felhívják a figyelmet, hogy a szorongás azonosítására a legfőbb mód a beteg verbális és nonverbális kommunikációra való odafigyelés, a pszichés állapot észlelésének növelése céljából. A szorongáscsökkentés rendkívül fontos az ideális onkológiai ellátás szempontjából, mivel így a beteg általános állapota javulhat és a túlélési esélyek is növekedhetnek (Ryan és mtsai, 2005).

Egy páciens elmondása erről a helyzetről:

„(...) nem tudom elmondani senkinek, annyira rettegek (...) állandóan az jár a fejembe, hogy hol mindenhol lehet az áttét (...) és meghalok”

2.3.3 Depresszió

A depresszió kialakulásában elsősorban az egyén lelki hajlama játszik szerepet, amelyet kedvezőtlen életesemények, betegségek súlyosbíthatnak (Tringer 2005). A depressziós személy általában negatív irányban torzítja az információkat, és leginkább a negatív jeleket fogja, majd továbbítja, és ennek a negatív torzulásnak megfelelően alkotja meg a negatív képet önmagáról, kapcsolatairól, a körülötte működő világról és a jövőről is (Tringer 2005). A tumoros betegek depressziós tünetei különböznek a major depresszió tünetegyüttesétől, mivel minden bizonnyal a klinikai depresszió előzményétől mentes beteg klinikai képe az egészségi állapot változásának következtében alakulhat ki (Horváth és Telekes, 2006). A daganat típusa, szervi lokalizációja, a betegség stádiuma, a várható prognózisa mind befolyásolhatják a depresszió mértékét (Dégi, 2010). A rosszindulatú daganatos betegek körében a depresszió tünetegyüttese átlagban 25%-ban megtalálható, a kezelések, illetve a betegség előrehaladtával ez az arány a 75%-ot is elérheti (Horváth és Telekes, 2006). Egy dán vizsgálat megállapítása szerint a depresszió megléte az emlőrákosok körében a mortalitás egyik prognosztikai tényezője lehet (Hjerl és mtsai, 2003).

A depresszió tünetei nehezítik a daganatos betegséggel való megküzdést, csökkentik a döntésképeséget, a negatív érzelmek, a reményvesztés súlyosbíthatja a megélt mellékhatásokat, s a betegséggel járó szimptomákat kontrollálhatatlannak ítélni a páciens. Több szerző tette azt a megállapítást, hogy bár a depressziós tünetek gyakoriak az emlőrákosok körében, mégis előfordul, hogy az orvosok alulértékelik, vagy alul kezelik azt, holott megfelelő terápiával csökkenthetőek a tünetek (Somerset és mtsai, 2004; Reich és mtsai, 2008). Az emlődaganatos betegek depressziójának tünetegyüttesét (életöröm képessége, párkapcsolat vagy jövőkép stb. mentén) számos vizsgálat igyekezett feltárni, s a legtöbbször arra az eredményre jutottak, hogy a depresszió szoros kapcsolatban van a betegséggel köthető fájdalommal, a szorongással, az egészséghez kötött életminőséggel, a fizikai és mentális jólléttel, a testképpel, a szexualitással és a megküzdéssel (Ell és mtsai, 2005; Grabsch és mtsai, 2006; Tringer, 2005).

Muszbek és munkatársai (2006) öt magyarországi onkológiai centrum bevonásával végzett feltáró munkát a rosszindulatú daganattal küzdők pszichoszociális helyzetéről, ezen belül is a distressz-, szorongás-, és depressziószintjéről. Az eredmények magukért beszélnek: a distressz szint a betegek 41%-nál volt emelkedett, 38%-nál találtak magasabb depresszió- és szorongás szintet. Rohánszky és munkatársai (2014) hasonló, rákbetegek körében készült tanulmányukban a depresszió és szorongás szintje az érintettek 52,2% -nál volt emelkedett.

A daganatos, és főleg az idősebb rákbetegekre leginkább a depresszió szomatikus tünetei a jellemzőek, mint például az extrém gyengeség érzése, memóriazavarok, alvászavarok, koncentrációs nehézségek, az étvágy és a testsúly csökkenése. Óvatosságra intenek a kutatók a depresszió diagnózisának felállításakor, mivel ezek a tünetek lehetnek akár a betegség, vagy a mellékhatások tünete együttese is. Mind a szorongásos, mind a depressziós tünetek azonban időszakos jellegűek, a betegség lefolyása után legtöbbször maguktól megszűnnek (Dégi, 2010).

Egy páciens elmondása erről az időszakról:

„(...) jártányi erőm sem volt (...) a doktornő azt mondta, hogy jók a leleteim, nem indokolja semmi a gyengeségemet. Pedig nem volt kedvem semmi máshoz, csak feküdni, aludni a sötétben. A párom próbált etetni, itatni (...) szinte undorodtam magamtól (...) nem voltam való semmire (...) Azt hittem, becsapott az orvos, és már biztosan haldoklom (...) Semmi életkedv nem volt bennem (...).”

2.3.4 Alkalmazkodási zavar

A DSM-5 diagnosztikai kritériumai alapján akkor beszélhetünk alkalmazkodási zavarról, amikor a személy azonosítható stresszorra, vagyis a malignus tumoros megbetegedésre adott emocionális vagy viselkedési tünettől reagál (DSM-5 referencia kézikönyv, 2015). Ilyen viselkedés válasz például a súlyossághoz mérten aránytalanul nagymérvű szenvedés, a depressziós, nyomott hangulat, a sírásra való hajlam, a reménytelenség érzése, az aggodalom, idegesség, amelyben leginkább a szorongás dominál, esetleg ezek kombinációja. Riskó (2015) onkológiai osztályon szerzett tapasztalatai alapján említi meg azt, hogy az alkalmazkodási zavar rontja az érintett személy életminőségét, a gyógyító személyzettel való együttműködést és ezzel együtt a gyógyulási esélyeket. A diagnózisra adott válaszreakciók általában átmeneti jellegűek, ellenben tipikusak: leggyakoribb a passzivitás, az „önalávetés”, mindenbe beleegyző viselkedés. Jellemző a súlyos önvád, önértékelési válság, kommunikációs zavar, a félreértés, félreértelmezés, vagy az agresszivitás, a szuiciditás-veszélye (Riskó, 2015). Az alkalmazkodási zavar olyan reaktív organikus szorongásszindróma, amely általában két hétnél tovább tart, nehezen diagnosztizálható, mivel legtöbbször a tünetek mögött húzódik meg, és általában a beteg szomatikus tüneteivel kapcsolódik (Horváth és Telekes, 2006).

Súlyos szorongást, adott esetben alkalmazkodási zavart válthat ki a betegség rosszabbodásától, kiújulásától való félelem, az úgynevezett *Damoklesz kardja-szindróma*. Jellemző tünete együttese az apró vagy jelentéktelen testi érzetek felnagyítása, a kezelhetetlen szorongás, a visszatérő gyanakvás (pl. a nem adekvátan gondolt diagnózis, kezelés, vagy a nem

megfelelőnek vélt ellátás miatt stb.), amely előidézheti az orvos-beteg kapcsolat megromlását (Riskó, 1999).

2.3.5 Szomatizáció

Szomatizáció alatt azoknak a testi tüneteknek és panaszoknak az összességét értjük, amelyek nem lehet egyértelműen valamely szerv betegségével indokolni (Staudler és mtsai, 2016). A szomatizációt úgy is definiálják, mint a pszichológiai distressz szomatikus, azaz testi tünetekben való megjelenését (Cserhádi és Staudler, 2008). Freud a hisztéria és a neuraszténia kórképének tartotta, amelyek a lelki konfliktusok pszichiátriai zavarai közé sorolhatóak (Csabai, 2007). A DSM-5 a szomatikus zavar diagnosztizálásához egy kategóriában jelöli, mint szomatikus tünet és kapcsolódó zavarokat, és úgy határozza meg, mint „A. *egy vagy több szomatikus tünetet, ami jelentős szenvedést okoz, vagy a mindennapi életvitelt jelentősen akadályozza. B. A szomatikus tünetekre vagy azzal összefüggő, egészséggel kapcsolatos aggodalmakra vonatkozó túlzott gondolatok, érzések, viselkedések.*” (DSM-5 referencia kézikönyv, 2015). A tünetek különféle stresszhelyzetben alakulhatnak ki, amikor az egyén figyelme a test belső történéseire fókuszál, majd ezeket a testi eseményeket kórosnak minősíti. Amennyiben a testi érzeteket felerősödni véli a személy, az önfigyelés állandósulhat, önrontóvá válhat és kialakulhat az úgynevezett betegszerep (Cserhádi és Staudler, 2008). Szomatizációra hajlamosíthat akár egy súlyos, krónikus betegség megélése, jelentős negatív életesemények elviselése. Rákbetegeknél gyakori a már korábban említett „Damoklesz kardja-szindróma”, amit a betegség lehetséges kiújulásától való félelem övez (Cserhádi és Staudler, 2008; Riskó, 1999). A szomatizáció tüneteként jelentkezhet gyomor- és fejfájás, mozgásszervi fájdalmak, fáradtság, alvászavar. Cserhádi és Staudler (2008) kimutatták, hogy a tünetek gyakrabban jelentkeznek a nőknél, és az életkorral erősödnek, a tünetek a 45-64 éves korosztályt (menopauza időszakában) és a 65 év felettieket sújtják leginkább. Kivétel a tünetek közül a fejfájás, amely az életkorral fordítva korrelál Cserhádi és Staudler (2008).

Egy páciens elmondása erről az időszakról:

„(...) hiába volt három hónapja negatív a PET-em, ha már fáj a fejem, agydaganatra gondolok, ha fáj a derekam, csonttrákra. (...) állandóan csak figyelem magam, nem is tudok másra figyelni (...) és most két napja csak fáj a fejem”.

2.3.6 Szubjektív egészségi állapot és életminőség

Kaplan és munkatársai (1996) úgy definiálták az önbecslésen alapuló szubjektív egészségi állapot fogalmát, mint erős és független prediktorát a hosszú távú egészségnek – bár az összefüggés biológiai alapja még nem teljesen ismert. A rákbetegséggel küzdő egyén az alapján becsüli meg a szubjektív egészségi állapotát, hogy mennyire képes tudatosítani a betegsége diagnózisát, az azzal járó halál kockázatát és a betegséggel járó funkciócsökkenést (Kaplan és mtsai, 1996). Az életminőséget a betegséggel kapcsolatos negatív affektivitás, a kognitív reprezentációk, mint a már korábban említett distressz, depresszió vagy szorongás, a szubjektív egészségi állapottal összefüggő tényezők például a fájdalom, alacsony energiaszint és fitneszképesség és a mindennapi kellemetlenségek negatív módon befolyásolják (Lekander és mtsai, 2004; Kovács és mtsai, 2013). A szubjektív egészségi állapot becslése prediktora lehet a betegség pozitív vagy negatív prognózisának (Dégi, 2010). Több vizsgálati eredmény megállapította, hogy azoknál a daganatos betegeknél, akik rossznak vagy közepesnek ítélik az egészségi állapotukat, nagyobb lesz a kockázata a betegség negatív kimenetelének, mint azoknál, akik jónak ítélik egészségüket (Atroszko és mtsai, 2015; Lekander és mtsai, 2004). Ezt bizonyítja Rozema és munkatársainak (2009) empirikus eredménye, amelyben emlőrákos nők vizsgálatakor különbséget találtak a betegség szubjektív észlelésében, és szoros összefüggést a betegségrepresentáció és a szubjektív életminőség megítélése között. Azon érintett nők fizikai és mentális egészsége, akik a betegségüket súlyos tünetekkel és következményekkel járóknak, kezelhetetlennek és kontrollálhatatlannak ítélték, szignifikánsan rosszabb volt azokénál, akik az ellenkezőjét gondolták.

Heady és munkatársai (2005) szerint a szubjektív jóllétünket azon a fokon határozzuk meg, amilyen fokon vagyunk elégedettek az életünk különböző területeivel. A szubjektív jóllét megítélésére, túl a környezeti és társas viszonyokon, jelentős befolyással bírnak a hétköznapi pozitív vagy negatív eseményei. A pozitív affektusok (öröm, elégedettség, szeretet, siker stb.) arra ösztönzik a személyt, hogy belső és társas erőforrásaira alapozzon, míg a negatív affektusok (pl. bánat, szomorúság, félelem, kudarc stb.) leszűkítik az egyén gondolati és cselekvési repertoárját, védekezésre vagy támadásra, esetleg menekülésre készítik a túlélés reményében (Fredrickson, 2000). Az egészséghez kapcsolható életminőség fogalma többdimenziós, amely magába foglalja a testi, a mentális, a szociális, valamint a betegséggel kapcsolatos területeket (Barótfi és mtsai, 2004). Az életminőség vagy jóllét az egyén önnön egészségi állapotáról formált, önbecslésen alapuló szubjektív véleménye. Olyan személyes érzetektől alakított dimenzió, amilyen módon egy beteg megéli, elfogadja és alkalmazkodik

saját betegségéhez (Barótfi és mtsai, 2004). Kahán és Kovács (2006) megállapítása szerint a beteg saját jóllétéről kialakított szubjektív értékeléséhez hozzájárulnak: a *fizikai jóllét* (jelen van-e pl. fájdalom) és *aktivitás* (képesség a mozgásra, önellátásra); a *családi kapcsolatok* minősége (támaszkeresés és megtalálás); a *lelki jóllét* (szorongás, depresszió, félelmek megléte vagy hiánya); a *szexualitás* és *testkép* (szexuális érdeklődés deficitje, a testi-lelki elfogás hiánya miatt); a *társadalmi kapcsolatok* (félelem a stigmatizálódás miatt) valamint az elégedettség az egészségügyi ellátással. E dimenziók egymással folyamatosan kölcsönhatásban állnak a szubjektív jóllét megítélése alatt (Kahán és Kovács, 2006).

Ahogy egyre inkább előtérbe kerül az emlőrákos nők életminőségének kérdése, egyre több vizsgálati eredmény lát napvilágot annak érdekében, hogy a megfelelő szintű életminőség fenntartásához minél jobban megismerhetőbbé váljanak a jóllétet befolyásoló tényezők. Montazeri (2008) négyszáznál több tanulmányt áttekintve a diagnózis megállapításától a betegség teljes lefolyásáig az életminőséggel való összefüggéseiben összegezte a betegek szubjektív tapasztalatait, s arra a megállapításra jutott, hogy az érzelmi distressz szinte valamennyi vizsgálatban összefüggést mutatott a szubjektív jólléttel és a szubjektív életminőséggel.

Az emlőrák diagnózisának felállítása (kezdve a betegség észlelésétől, a betegség bizonyításáig, amely a képpalkotókon keresztül a biopszián át történik), több héten keresztül is tarthat, s a terápiák megkezdéséig talán ez a legnehezebb időszak a beteg életében. A beteg saját testébe vetett bizalma megrendül, miközben szembesül az élet végességével. A halálfélelem, a kétségbeesés, a szorongás és félelem az izoláltságtól, a magánytól az életminőségét már ekkor nagy arányban rontják (Gehl, 2003; Riskó, 1999).

Egy páciens elmondása erről az időszakról:

„...életem legborzalmasabb időszaka volt az, amikor a mammográfiás vizsgálat után két héttel visszahívtak, hogy valamit láttak a felvételen, és meg kell ismétetni, és kíváncsiak, hogy mit mutat az ultrahang. Iszonyatosan megijedtem. Szinte hullámszórt a lelkem. Hol az járt a fejemben, hogy biztos tévedés, és nincs ott semmi, hol meg az, hogy Úristen, meg fogok halni! Semmire nem tudtam figyelni, se a gyerekekre, se a munkámra. Amikor aztán megvolt a kép, és azonnal mintát is vettek, ami megint szörnyű volt, összeroppantam. Az a tény, hogy rákos vagyok, mindent megsemmisített bennem. Mi lesz velem? Mi lesz a gyerekeimmel? Jó ég, mit tettem? Mit tettem velük? Bevallom, én már el is temettem magam...”

Az emlőműtét és a kemoterápiák egyik mellékhatásának, a haj elvesztésének ténye az emlőrákos nők számára egy újabb lelki teher, hiszen a megváltozott, sokszor elfogadhatatlan testkép negatív hatással lesz kapcsolataikra, szexualitásukra, s így életminőségükre, jóllétükre is. A masztektómia utáni rekonstrukció viszont szignifikánsan emeli a szubjektív jóllét szintjét (Montazeri, 2008; Riskó, 2017).

Egy páciens elmondása erről az időszakról:

„...csak ültem ott az onkoteamen, és semmi mást nem hallottam meg, csak azt, hogy kihullik majd a hajam. Tudtam, hogy majd leveszik a mellem, de előbb kemót kapok valamiért... nem érdekelt a mellem, semmi más nem érdekelt, csak a gyönyörű hosszú szőke hajam. Az, ami én vagyok...és ebbe én belepusztulok...”

A daganatos emlő műtétje önmagában is negatív hatással van a betegre, de a leggyakoribb a testkép megváltozásától való félelem. Ilyenkor sokan úgy érzik, hogy elveszítik nőiességüket, amely minden bizonnyal kihatással lesz párkapcsolatukra, s kialakulhatnak szexuális zavarok, mivel elutasítóbbak, visszahúzódozóbbak lesznek ezek az érintettek (Riskó, 1999). A nők teljes masztektómia utáni mentális egészségére voltak kíváncsiak Ahn és munkatársai (2009), és arra jutottak, hogy azoknak, akiknek nem lehetett azonnali rekonstrukciója közvetlenül a műtét után, testképük negatív változása miatt alacsonyabb önértékelésről, rosszabb életminőségről számoltak be, alacsonyabbnak ítélték testi és lelki egészségüket is.

Egy páciens elmondása erről az időszakról:

„... mikor levették a kötést, nem mertem belenézni a tükörbe. ...Elsírtam magam... Az orvos adott valami krémet, hogy ápoljam vele a seb környékét, de én nem tudtam magamhoz sem érni. Gyűlöltem odanézni, gyűlöltem magam... A férjem előtt még a mai napig sem veszem le a melltartómat.”

Az adjuváns hormonterápiák szintén negatív hatással bírnak a szubjektív jóllétre, az életminőségre (Montazeri, 2008). A kezelés hatására jelentkező korai menopauza, a hőhullámok, a libidócsökkenés, szexuális és alvászavarok érzelmi distresszt okozva rontják a szubjektív életminőséget, ami befolyásolja a lelki egészséget, az érzelmi működést, amely a jóllét egyik prediktora (Montazeri, 2008; Kovács és mtsai, 2013).

Egy páciens elmondása erről az időszakról:

„...egyszerűen nem tudok elaludni, vagy ha igen, éjjel háromkor kipattan a szemem, és akkor aztán meredten bámulom a plafont, miközben kétszer úgy lever a víz, hogy ágyat kell húznom...jaj, hát úgy fáj mindenem, mintha vénasszony lennék, csak jajgatok, ha fel kell állnom... soha, rá se bírok gondolni... (szex)...nem csodálnám, ha elhagyna...”

Az e témában történő vizsgálatok eredményeinek és a levont tanulságoknak köszönhetően a betegellátásban a kuratív onkológiai kezelések mellett egyre nagyobb hangsúlyt helyeznek a jó életminőség megtartására (Rohánszky és mtsai, 2014; Dégi, 2010).

2.3.7 Megküzdés és személyiség

A rosszindulatú daganatos betegségben szenvedők személyiségjellemzőinek vizsgálata sokáig az empirikus kutatások egyik központi témája volt (Fallowfield, 1995, Fallowfield és mtsai, 2004; Garssen, 2004). Többen amellet érveltek, hogy a személyiségtípus, a pszichés karakter és a megküzdési módok befolyásolják a malignus daganatok kialakulását, illetve a betegség prognózisát. Több kutató próbálta megerősíteni, hogy bizonyos személyiségjegyek hajlamosítóak lehetnek a rosszindulatú daganatos megbetegedésre (pl. Temoshok, 1987, C-típusú személyiség). Ezek a teóriák azonban nem minden esetben igazolódtak, nincsenek egyértelmű eredmények, így több szerző óvatosságra intett a személyiségjegyek ilyen valót értelmezésében, további vizsgálatra sarkallva a pszichológusokat (Eysenck, 1994; Watson és mtsai, 1999; Temoshok, 2000).

Kulcsár Zsuzsanna (1994) több vizsgálati eredmény alapján feltételezi, hogy az egészséges énerő, az autonómia és a hatékony coping stratégiák védettséget nyújthatnak a rosszindulatú daganatos betegséggel szemben. Az énerő és az immunfunkciók hatékonysága között a pszicho-neuro-immunológiai (a viselkedés, az immunrendszer és az idegrendszer közti komplex kapcsolatrendszer) vizsgálatok során pozitív összefüggést mutattak ki (Kulcsár, 1994). Abban az esetben hatékony az immunműködés, ha a különböző immunsejtek mindig a megfelelő arányban vannak jelen a szervezetben, és így a megfelelő választ képesek adni bizonyos ingerekre. Segerstrom és Miller (2004) a stressz és az immunrendszer kapcsolatát vizsgálva állapították meg azt, hogy a stresszt keltő eseményekre a pszichológiai változók, mint a személyiség és az érzelmek, egyénileg különböző immunológiai válaszokat adnak.

A dependencia, a túlkontrollált magatartás, a beszűkült viselkedés, a rigiditás, az elfojtás emelkedett-, és az emocionális reaktibilitás csökkent mértéke volt tetten érhető a rákbeteg személyeknél (Kulcsár, 1994, 2005; Segerstrom és Miller, 2004).

A személyiség vonatkozásában többen vizsgálták a külső- és belső kontroll-attitűdöt, miszerint egy történéshez kapcsolódó okokat általában vagy belső vagy külső tényezőkhöz társítunk. A külső kontrollos személyiség úgy ítéli, hogy betegsége oka és annak kimenetele tőle független, számára nem kontrollálható, míg a belső kontrollos egyén saját erőforrásait használva igyekszik keresni a gyógyulási lehetőségeket, esélyeket (Garssen, 2004). Lazarus és Folkman (1984) megállapítása szerint a személy megküzdése folyamatosan változik, az aktuális élethelyzet függvényében. Watson és munkatársai (1999) emlőrákos nők esetében (N=578) vizsgálták azokat a pszichés reakciókat, amelyek prognosztikai tényezőként befolyásolhatják a betegség kimenetelét és a túlélést. Az utánkövetéses vizsgálatban a változók a megküzdés módok, a „harcis szellem”, a betegséggel szembeni tehetetlenség, reménytelenség és depresszió voltak. Eredményeik azt mutatták, hogy a magas depressziószint, a tehetetlenség és reménytelenség magas pontszáma esetén jelentősen megnőtt a visszaesés vagy a halál kockázata. A megküzdési módok variációi (pl. a harcias megküzdés) azonban nem mutattak szignifikáns eredményt.

Knowles és munkatársai (2014) sztomás betegek (N=150) megküzdését vizsgálva szoros összefüggést találtak a betegség-észlelés, az egészségi állapot, a maladaptív coping vagy az adaptív, érzelmközpontú megküzdés között. A maladaptív megküzdés (pl. aki figyelmen kívül hagyja a problémát, betegségét tagadja) a betegségészlelés a depresszió és a szorongás közötti kapcsolatot erősítette. Hogy miként észleli a páciens a betegségét, az nagyban függ attól, hogy milyen a betegség stádiuma. A maladaptív megküzdés súlyosbította a depresszió és szorongásos tüneteket, míg az adaptív, érzelmközpontú megküzdés növelte az énhatékonyságot (pl. tanácsot, segítséget kért), mindez enyhítette a depressziót, ám a szorongás mértéke változatlanul megmaradt (Knowles és mtsai, 2014).

Egy páciens elmondása erről az időszakról:

„...aztán ahogy kiértem a papírral a kezemben az utcára, megálltam a sarkon és felhívtam a férjem, és azt mondtam: Szia! Mellrákom van, de én ebbe nem fogok belehalni!”⁵

⁵ (A páciens 2019-ben ünnepelte az 5. tünetmentes évét. - a szerző)

2.3.8 Társas támogatás

Egyre több vizsgálati eredmény hívja fel a figyelmet arra, hogy kiemelkedő fontosságú a beteg számára elfogadható, kellemes és jó színvonalú társas támogatás. A társas kapcsolatok jelentős énvédő hatást képesek kifejteni a személyben. A daganatos beteg számára a megváltozott élethelyzetben rendkívül fontos, hogy bensőséges, érzelmi támogatást kapjon párkapcsolatától, családjától, barátoktól. A vizsgálatok egyöntetűen megerősítik, hogy a társas támogatás protektív hatású, a megélt támogatás és a kapcsolatok keresésének hatására megnő a természetes NK-sejtek (ölősejtek) aktivitása, lelassulhat a daganat progressziója (Tiringer, 2007). Egy vizsgálatban arra az eredményre jutottak, hogy azok a betegek, akiknek legalább egy olyan bizalommal teli kapcsolatuk volt, akivel nyíltan beszélhettek problémáikról, túlélési esélyük kedvezőbb volt (72%), mint azoknak, akik nem rendelkeztek ilyen kapcsolattal, vagy nem volt elfogadó, szerető társuk (Balogh és Dégi, 2005). A szociális izoláció, a nem megfelelő családi és baráti kapcsolatok, a bizalmatlanság azonban ronthatja a betegség prognózisát és az immunparamétereket (Tiringer, 2007; Johansen, 2010).

2.3.9 Életminőséget befolyásoló demográfiai tényezők

Életkor

Az egészségi állapot megítéléséhez az egyik legalapvetőbb demográfiai tényező az életkor (Kopp és mtsai, 2009). Az életkor előrehaladtával egyenes arányban csökken az egészségi állapot pozitív minősítése. A 40-50 éves kortól fokozatosan romlik az önértékelés, az énhatékonyság érzése, megjelennek a különféle betegségek, amelyek sokszor fáradékonysággal, vitális kimerüléssel, reménytelenséggel, szorongással, depresszióval, rosszabb életminőséggel járnak együtt (Kopp és mtsai, 2009). Az öregedéssel gyakran jár együtt az aktivitásban, tevékenységben való korlátozottság, ami szintén egészségromlást idézhet elő. Egy betegség, mint korlátozó tényező, kiterjedhet a mozgásra, amely kihat a fizikai és szociális működésekre, az önellátás területére is (Tahin és mtsai, 2000). Az idősebb emberek sokszor magányossá válnak, nehezen viselik az életükbe belépő változásokat, és a pozitív eseményeket sem ítélik elég jónak (Kopp és mtsai, 2009).

Az életkor a daganatos betegségekre nézve sajátos fontossággal bír, hiszen a kor növekedésével párhuzamosan fokozódhat a DNS meghibásodása és növekedhet a gyulladást keltő citokinek termelődése (Polgár és mtsai, 2012). Egy korábbi vizsgálatban igazolták, hogy a fiatal életkorhoz viszonyítva a közép- és időskor szignifikánsan nagyobb a daganatos megbetegedés kockázati tényezője (Dégi, 2010). Ugyanakkor az ötven évnél fiatalabb rákbeteg nők körében rosszabb életminőséget, csökkent örömeire való képességet és magasabb szintű depressziót

találtak, ami együtt járhat a megváltozott hormonműködéssel, szexuális zavarokkal. A fiatalabbak a kezeléseik során több mellékhatásra panaszkodnak (Montazeri, 2008).

Családi állapot

A testi-lelki egészség és a társas kapcsolatok összefüggéseit, a betegségekkel szembeni protektív hatását már számos vizsgálat dokumentálta (Berkman, 2000). A kicsi, szorosan szerveződő közösségekben a pszichoszociális sérülékenységek ritkábban kimutathatók. Nőtt a betegségre való hajlam azokban a vizsgált populációkban melyekre jellemző volt a szociális dezorganizáció (Cassel, 1976). Az emlőrákosok körében végzett vizsgálat kimutatta, hogy a támogató, szerető családi kapcsolat, az együttérzés és a segítő magatartás csökkentheti a beteg aggodalmait, enyhítheti szorongását (Dégi, 2010). Ugyanakkor azt kell látni, hogy a vizsgálati eredmények koránt sem egybehangzóak: a házasság szociális jólléte szignifikánsan nem mindig egyöntetűen magasabb, mint a nem házasságban élőké, illetve az egyedülállóké, vagyis a családi állapot sem befolyásolja egyértelműen az onkológiai mortalitást (Dégi, 2010).

Azok az emlődaganatos betegek, akik elégedettek a családi támogatás minőségével, kevésbé élnek át súlyosabb stresszt a betegségükkel kapcsolatban, mint azok, akik elégedetlenebbek. Aki úgy érzi, hogy nem elégséges támogatást kap, többet szorong és a betegség prognózisát sem képes pozitívan látni (Balog és Dégi, 2005).

Iskolai végzettség

Az onkológiai betegek vizsgálatakor kiemelendő a magasabb iskolai végzettség protektív hatása, épp úgy, mint az egészséges populáció esetén (Dégi, 2010). A magasabb végzettségűek gyakrabban járnak szűrésekre, az orvosokkal szemben magasabb az adherencia és perzisztencia. A magasabb képzettségűek esetében nagyobb a valószínűsége annak, hogy a diagnózis ismeretében életmódot változtatnak. A magasabb iskolázottság segíthet megérteni a betegség mibenlétét, az alkalmazott terápiák fontosságát, mechanizmusát. Az alacsony iskolázottságú személyek inkább elégedetlenek a körülményeikkel, kihagyják kezeléseket, és gyakorta rendszertelenül szedik gyógyszereiket, kevésbé látják át betegségüket, a terápiák mibenlétét, és gyakorta szenvednek az orvos-beteg kapcsolat nehézségeitől (Dégi, 2010; Riskó, 2017).

Kockázati tényezők

Az általános kockázati tényezők a daganatos betegségek kialakulásában – mint azt már korábban tárgyaltam – a dohányzás, az alkohol túlzott fogyasztása, az elégtelen testmozgás, a túlsúly, az olyan egészségtelen, rendszertelen életvitel, mint a nem megfelelő minőségű

táplálkozás, a nem elegendő alvás vagy a túlzott, addigciót okozó káros szenvedélyek (Mátrai és mtsai, 2018). Ezek a kockázati faktorok nem csak a rosszindulatú tumorok kialakulásában, hanem betegség negatív lefolyásában is szerepet játszhatnak, hiszen hatással lehetnek a gyógyulási esélyekre, illetve a daganat kiújulására, áttétek képződésére is (Jacobsen és mtsai, 2012).

Összegzés

Az emlőrák heterogén betegség, ellátásában számos terápiás megközelítést alkalmaznak az onkológusok (Dank, 2017). A diagnózis közlésének pillanatában ma már fontos, hogy az onkoteam-ben az onkológus, a sebész, a patológus mellett jelen legyen az onkopszichológus, aki adott esetben az a szélsőséges érzelmi megnyilvánulások ellátását is el tudja kezdeni (Dank, 2017; Dészfalvi és mtsai, 2020). A szomatizáció, a szorongás, a depresszió, illetve az alkalmazkodási zavar feltétlenül odafigyelést és sok esetben kezelést igényel, mivel segítség, támogatás nélkül ezek a súlyos reakciók állandósulhatnak, esetleg súlyosbodhatnak és felléphet a szuiciditás veszélye is (Dank, 2017; Riskó, 1999; Dészfalvi és mtsai, 2020). Ugyanakkor az is elmondható, hogy ezek a tünetek legtöbbször inkább átmenetiek, s mivel a daganatos kór miatt alakulnak ki, a betegség kezelésének megkezdése vagy lefolyása után spontán rendeződhetnek. Érdeemes megemlíteni, hogy a kutatók korábbi ellentmondásos eredményei azt támasztják alá, hogy ma már elengedhetetlen a pszichoszociális faktorokat más megközelítésből vizsgálni: a hangsúly tehát a betegség következtében kialakult pszichoszociális változásokra helyezendő, feltárva a pszichoimmunológiai és pszichoendokrinológiai összefüggéseket (Tiringer, 2007).

KÖTŐDÉS, MALADAPTÍV SÉMÁK ÉS AZ EMLŐRÁK KAPCSOLATA

A korábbi humán kutatások eredményei azt mutatták, hogy az olyan gyerekkori életesemények, mint például a kötődés érzelmi hiánya, vagy a szülő elvesztése befolyásolhatják a rosszindulatú daganat fejlődését (Baltrusch és mtsai, 1988).

A pszichés betegségek kialakulását és azok meghatározó tényezőit a modern rendszerszemléleti és fejlődési pszichopatológiai megközelítései napjainkban komplex modellekben magyarázzák (Achenbach és Rescorla, 2016). Ezek a modellek szoros kapcsolatot tételeznek fel a gyermek és gondozója közötti kapcsolatok és a családi kommunikáció minősége, az érzelmi fejlődés és a pszichés alkalmazkodás adaptív vagy maladaptív útvonalai között (Dészfalvi és mtsai, 2017). Mind az interakciós, mind a tranzakcionális modellek

hangsúlyozzák, hogy a személy viselkedésváltozása új típusú reakciókat válthat ki a környezetéből, amelyek visszahatnak az egyéni fejlődésre és az egyén vulnerabilitásának függvényében a maladaptív formák kialakulására (Láng és Nagy, 2013; Péley, 2010).

Sárai és Bagdy (2002) úgy fogalmaztak a rendszerszemlélet alapján, hogy az egyes daganatos megbetegedések megjelenése a patológiás családi rendszer tünetei lehetnek. Ezzel szemben a kötődésméleti megközelítés a korai gondozói kapcsolatban szerzett impulzusokra hívja fel a figyelmet, mint a tartós szeparáció, a veszteségek, avagy a kapcsolatban átélt állandó stresszhelyzetek. A kötődési mintázatok mentén kialakult maladaptív formákat összefüggésbe hozták több pszichopatológiai kép és pszichoszomatikus betegség kialakulásával úgy kisgyermekkorban, mint felnőttkorban (Hámori, 2016b). A rizikótényezők, amelyek a kötődési rendszer maladaptív formáiban rejlenek, sok esetben közvetlen összefüggésben állhatnak a néhány pszichés betegség kialakulásával. Nem minden esetben egyértelmű ez a kapcsolat, mivel számos változó (például rizikó vagy védő tényezők, reziliencia faktorok) befolyásolhatja ezeket az útvonalakat (Mohammadi és mtsai, 2017). A felnőttkori kötődés és a párkapcsolat minősége befolyásolhatja a betegségre való hajlamot, de a meglévő betegséggel való megküzdést is. Aizer és munkatársai (2013) a családi állapot rosszindulatú daganatos megbetegedésre gyakorolt hatásait vizsgálva arra is kíváncsiak voltak, hogy a házasságban való lét kapcsolatba hozható-e a betegség kialakulásával, és azt találták, hogy sokkal veszélyeztetettebbek azok, akik nem élnek házasságban. Ugyanis azok körében, akik nem voltak házasok, nagyobb százalékban fordult elő tumoros betegség, és kedvezőtlenebb volt a betegség kimenetele is, gyakoribb volt az áttét megjelenése, és a mortalitás is magasabb volt.

Az utóbbi évtizedekben egyre több olyan kutatást publikálnak, amelyekben a daganatos megbetegedés pszichoszociális összetevőinek vizsgálatai kiterjedtek a kötődési mintázatok és a maladaptív kapcsolati sémák elemzésére a betegség kimenetelével összefüggésben (Tacón, 2002, 2003). E vizsgálati eredmények felhívják a figyelmet azokra az összefüggésekre, amelyek emlőrákos egyénekre jellemző kötődési mintázat (pl. szorongó-elkerülő), és a betegség kialakulása, kimenetele, és kezelése idején előforduló sérülékenység között találtak.

Maunder és Hunter (2001) a felnőttkori kötődés és a megbetegedés kapcsolatát vizsgálva arra a következtetésre jutott, hogy a kora gyerekkori bizonytalan kötődést előidéző tényezők direkt és indirekt összefüggést mutattak a felnőttkori megbetegedésekkel. A gyerekkori kockázati tényezők (mint pszichés-, fizikai- és szexuális abúzus, szerfüggő- vagy büttetett előéletű családtag, anya elleni erőszak stb.) és a különböző betegség megjelenése, (mint rák, és egyéb

felnttkori krónikus betegségek) között 9 508 páciens esetében találtak összefüggést. A kutatók szerint a bizonytalan kötődés három úton vezethet felnttkori betegségekhez:

1. a bizonytalan kötődés befolyásolja a stressz-szabályozást, befolyásolja a stresszválasz intenzitását és tartalmát,
2. az affektusok külső szabályozóinak alterált alkalmazását eredményezheti, ami a belső szabályozás deficitjéhez vezet, és a külső szabályozók (pl. kémiai addikciók, túlevés stb.) túlzó használatát eredményezi,
3. befolyásolja a védőfaktorok alkalmazását, amelyek elégtelen használata hazzájáruhat a betegségek kialakulásához, mivel tudatos egészségviselkedése csökken.

A szerzők rámutattak arra is, hogy a bizonytalan kötődés befolyásolhatja, illetve erődézheti a betegségek lefolyása alatti alkalmazkodási zavarokat is (Maunder és Hunter, 2001).

Mindeközben a szerzők folyamatosan rámutatnak, hogy a kutatási eredmények még korántsem elegendők, a teljes kép kialakításához további vizsgálatok szükségesek (Tacón, 2001, 2002, Cicero és mtsai, 2009).

A következő részben összefoglalom a kötődés- és sémaelmélet fejlődéstörténetét egészen napjainkig, majd feltárom a felnttkori kötődés mérési lehetőségeit. Ezt követően bemutatok néhány fontos kutatási eredményt daganatos betegek és speciálisan az emlődaganatos páciensek kötődés-vizsgálatából.

3.1 A kötődéselmélet

A koragyermekkorai kapcsolatok fejlődéséről, a kapcsolati mintázatok kialakulásáról már a XX. század elejétől több jelentős elmélet született. A megfigyelések alapján olyan etológiai megállapításokat tettek, amely szerint a köteléket gyermek és anyja között leginkább a függőség határozza meg. A pszichoanalitikus Sigmund Freud (1940) úgy vélte, hogy a csecsemőket biológiai késztetések, úgynevezett drive-ok motiválják, vagyis azokhoz a személyekhez kötődnek majd, akik kielégítik táplálékigényüket (in Kovácsházy, 2016). Erik Erikson (1963) a freudi elgondolást pszichoszociális magyarázattal bővítve úgy vélte, hogy a csecsemő azokhoz fog kötődni, akik szükségleteit kielégítve egyidejűleg a bizalom érzését is erősítik (in Pittman és mtsai, 2011). Mahler (1966) majd később Vigotszkij (1978) úgy gondolta, hogy a szerető környezet elengedhetetlen feltétele a gyerek egészséges fejlődésnek, miközben hangsúlyozták az anyai odafigyelő viselkedés, az elfogadás és az érzelmi ráhangoltság fontosságát (in Mitchell és Black, 2000).

A kötődélmélet etológiai keretét John Bowlby az ötvenes évek végén adta meg azzal az elgondolással, hogy a csecsemő kötődési viselkedése független a táplálkozási ösztönétől, vagyis a kötődés „*veleszületett humánspecifikus viselkedéses mintázat, amelynek célja, hogy veszély esetén fokozza a közelséget az elsődleges gondozóhoz, és annak megnyugtató viselkedését kiváltsa*” (id. Hámori, 2016). Bowlby (1964) reprezentációs megközelítésének újszerűsége az, hogy evolúciós szemszögből vizsgálta az olyan veleszületett ösztönös válaszokat, mint a sírás, a szopás, a csimpaszkodás, a követés és a mosolygás. Felismerte az evolúciós elmélet és az etológia kulcsszerepét, hiszen a sérülékeny utód evolúciós érdeke a gondozója és közötté létrejövő szoros kapcsolat. Bowlby-t az az elgondolás vezérelte, hogy az ember egyetemes szükséglete, hogy szoros érzelmi kötődéseket alakítson ki, amelyeknek alapja a korai interakciók kölcsönössége, ami egyben a normális fejlődés feltétele. Úgy gondolta, hogy a csecsemő korai tapasztalatai az anyai válaszkészségről, érzékenységről és segítségnyújtásról, vagy ezek hiányáról tartósan befolyásolják a később kialakuló kapcsolataihoz való hozzáállását (Bowlby, 1969, 1980; Hámori, 2016b; Fonagy, 1999, 2018).

Elenor Maccoby (1994) úgy fogalmaz, hogy a *kötődés* (attachment) az érzelmi kötelék kialakulása, amelyet a csecsemőnek a gondozójával való folyamatos kapcsolatkeresés és követés jellemez. Bowlby (1980) szerint a kötődés egy viselkedéses rendszer, s mint rendszer a biztonság keresését és az érzelmi szabályozást szolgálja, miközben a folyamatos, kölcsönös interakciók nyomán kialakul az érzelmi szabályozás belső mechanizmusa és ennek mentális reprezentációja (Hámori, 2005). Ez a viselkedéses rendszer szolgál magyarázatul arra a módra, ahogyan a kisgyermek fenntartja a kapcsolatot a kötődési személyhez a távolság és a hozzáférhetőség bizonyos határai között (Bowlby, 1980/2005). Elsőként Bowlby megfogalmazásában jelent meg a *belső munkamodell*-teória, amely azt feltételezi, hogy a gyermek a korai anya-gyerek kapcsolatban kialakít önmagában egy *mentális reprezentációt* az interperszonális kapcsolat prototípusáról, amely a későbbi életében más személyekkel és a világgal való kapcsolatainak mintájaként szolgál majd (Carver és Scheier, 2006). A kötődélmélet másik nagy alakja Mary Ainsworth, aki munkatársaival kidolgozott egy részletes laboratóriumi vizsgálati módszert (Idegen Helyzet Teszt – SST) a kötődés mintázatok tanulmányozására. Ekkor született meg a *biztonságos kötődés* fogalma, s munkássága során három kötődési stílust különített el: a *biztonságosan kötődő*, a *bizonytalan elkerülő*, és a *bizonytalan szorongó* vagy *ambivalens* kötődési módokat (Ainsworth és mtai, 1978). Tapasztalatai szerint amennyiben nem fejlődik ki a biztonságos kötődés a csecsemő és anyja között, a gyermeknek alternatív stratégiákat szükséges kidolgoznia ahhoz, hogy

stresszhelyzeteit kezelni tudja, s emiatt alakulnak ki a bizonytalan kötődési mintázatok (Ainsworth és Mtsai, 1978). A későbbiek folyamán Main és Solomon (1986) meghatároztak egy negyedik kötődési kategóriát, a *dezorganizált kötődési* mintázatot azoknak a gyerekeknek a számára, akiknél nem volt észlelhető a fenti három kategóriába tartozókhoz hasonló, alternatív stratégia kialakítása (in Solomon és George, 2011).

Bowlby mindeközben felhívja a figyelmet arra, hogy a fejlődést szinte minden pillanatban az egyén és környezetének kölcsönhatása határozza meg (Bowlby, 1980).

3.1.1 A felnőttkor kötődésmintázatai

Bowlby (1969) elméletének kidolgozásakor úgy vélte, hogy a koragyerekkorban kialakított kötődési mintázat, az internalizált munkamodell végig kísérik egész felnőtt életünket, kapcsolatainkat, és meghatározói lesznek életünknek, megalapozva a későbbi társas viselkedésünket, érzelmeinket. A felnőttkori kötődési mintázatot a közeli kapcsolatok minőségében tudjuk értékelni. E kapcsolatok a kisgyermekkor belső munkamodellje alapján az igazán szoros, intim kapcsolatban átélt élmények alapján rajzolódnak ki. Bowlby szerint, annak a személynek, akinek a legkorábbi kapcsolata nem nyújtotta a biztonság érzését, minden bizonnyal felnőttkorában sem lesz a közeli kapcsolati élménye pozitív, és valószínű, hogy kerülni fogja az érzelmet kiváltó szituációkat. A belső munkamodell elméletéből kiindulva a kisgyermek kötődési mintázatának alapján előrevetíthető a felnőttkori kapcsolatok minősége. Bowlby hangsúlyozza, hogy bár a „*kötődés a bölcsőtől a sírig játszik létfontosságú szerepet az ember életében*”, a belső munkamodell alkalmas arra, hogy a személy (bizonyos segítő, pozitív körülménynek hatására, új megértésre, vagy kedvező tapasztalatokra szert téve) átértékelje a reá és kötődési figuráira jellemző munkamódokat, és képes legyen azt újra strukturálni. Azaz a bizonytalanul kötődő gyermek képes lehet mély, érzelmmel teli, biztonságosan kötődő felnőttként élni (Bowlby, 1969, 1980). Számos vizsgálati eredmény igazolta, hogy a gyermekkorban *biztonságosan kötődő* felnőtt szabadabb, autonóm, nagyra értékeli és meghatározónak tartja a korai kapcsolatait, emlékeit koherensen integrálja, saját történéseit figyelemmel kíséri, és képes a vágy és a valóság elkülönítésére. Az *elkerülő gyermeki kötődés* a felnőtt korban a másikat figyelmen kívül hagyóvá, elutasítóvá, emlékeit leértékelővé, tagadóvá vagy idealizálóvá válik. Az *ambivalens kötődési* mintát mutató gyermekből elárasztó, önmarcangoló felnőtt típus alakulhat ki, míg a *dezorganizált* gyermekkori kötődésű egyénből „*megoldatlan életű*”, döntéseiben bizonytalan felnőtt válhat (Main és Mtsai, 1986). Jacobowitz és Hazan (1999) azt figyelték meg, hogy a dezorganizált kötődésű gyermek nem képes önmagáról kompetens képet kialakítani, és ez később a felnőttkorban kisebb önhatékonyt

és alacsonyabb szintű megküzdést eredményez. Hiányoznak azok a szociális készségek is, amelyekkel megfelelő, szeretetteljes kapcsolatokat tudnának kialakítani, s mivel az önmagát megnyugtató stratégiái szintén hiányosak, sok esetben a megküzdés sok esetben maladaptív viselkedéssel párosul (in Kökönyei, 1995).

Collins és Read (1990) elképzelése szerint a felnőtt kötődési reprezentációk kölcsönösen egymással kapcsolatban álló *modellek hálózatát* alkotják (in Láng, 2011). Megfigyelték, hogy a csecsemők eltérő kötődési mintát mutatnak anyjuk és apjuk felé, vagyis két önálló modellel rendelkeznek. A felnőttek kötődési reprezentációja viszont sokkal több kapcsolaton és tapasztalaton alapul, s a többszörös modell megfelelő rugalmasságot biztosít ahhoz, hogy a felnőtt személy adaptív módon legyen képes viselkedni társas kapcsolataiban. Ennek megfelelően összetett hálózatok jöhetnek létre, amelyek alsó szintjei a személy egyes kötődési kapcsolatainak reprezentációi, míg a felsőbb szinten önmagukról és a jelentős másokról képzett generalizált modellek találhatók (Láng, 2011).

A felnőttkori kötődés és a párkapcsolati minőség szoros összefüggéseit számos vizsgálat igazolta már az elmúlt évtizedekben (Feeney és mtsai, 1994). A biztos és bizonytalan kötődési stílusú személyek összehasonlításakor a biztonságosan kötődők esetében magasabb párkapcsolati elégedettséget találtak, mint a bizonytalanul kötődők esetében (Mikulincer, 2007). Bizonytalan kötődésűek vizsgálataiban ugyanakkor különbség mutatkozott az elkerülő és a szorongó kötődésűek között. Az elkerülő kötődésűekre gyengébb kapcsolódási hajlam, a partner kisebb mérvű támogatása és alacsonyabb párkapcsolati elégedettség volt jellemző, mint a szorongó kötődésűeknél, ugyanakkor a szorongó kötődésűek esetében magasabb konfliktusra való hajlam volt jellemző (Li és Chan, 2012). A romantikus szerelem abban különbözik a gyermekkori és más felnőttkori kapcsolatoktól, hogy a felnőtt kötődés és a gondoskodás együtt jár a szexuális vonzódással (Fraley és Shaver 2000; Mikulincer és Shaver, 2007). A szexualitás a legtöbb párkapcsolatban központi szerepet játszik, a szexuális elégedettség pozitív összefüggést mutat a párkapcsolat minőségével, a párkapcsolati elégedettséggel és a személyes jólléttel (Brassard és mtsai, 2007). A szorongó és elkerülő kötődésű egyének gyakrabban számolnak be szexuális diszfunkciókról, alacsonyabb szexuális és párkapcsolati elégedettségről, mint a biztonságosan kötődő személyek (Brassard és mtsai, 2007, 2015; Özcan és mtsai, 2015).

3.1.2 A felnőtt kötődés kategóriái, dimenziói

A felnőtt kötődés vizsgálatára az 1980-as években két különböző terület rajzolódott ki. Az egyik kutatói csoport a korai gyermek-gondozó kapcsolat vizsgálata mentén, az Ainsworth által kidolgozott idegen-helyzet vizsgálatból kiindulva, többféle félig strukturált interjú-módszert dolgozott ki. A legismertebb a Mary Main (1985) által kidolgozott, majd George, Kaplan és Mary Main (1985) által tovább fejlesztett felnőtt kötődési interjú az AAI - Adult Attachment Interview – amely 18 kérdés alapján interjúolja meg a felnőtt személyt a gyerekkori és jelenben lévő kapcsolatainak minőségéről (Nagy, 2005). Az AAI a kötődési tapasztalatok reprezentációit méri, s az interjúk értékelése az elhangzott történetek kapcsolati koherenciáját és konzisztenciáját figyelembe véve történik (Hesse, 1999). Az interjú kódolásának eredményeképp a felnőttkori kötődés négy kategóriájába sorolja a vizsgálati személyeket:

1. biztonságos-autonóm (**F** - free/secure)
2. bizonytalan-elkerülő (**Ds** - dismissing)
3. bizonytalan-elárasztott (**E** – entagled - preoccupied)
4. megoldatlan (gyász, trauma) - diszorganizált (**U** – unresolved, **D** – disorganized)

Az F (biztonságos-autonóm) besorolású egyének magasra értékelik kapcsolataikat, koherensen írják le kötődési tapasztalataikat (legyen az pozitív vagy negatív). A Ds (bizonytalan-elkerülő) besorolású felnőttek általában minimalizálják a kötődés fontosságát vagy idealizálják gyerekkoruk tapasztalatait konkrét szemléltetések nélkül. Az E (bizonytalan-elárasztott) csoportba tartozók felemlegetik régi sérelmeiket, amelyek haragot vagy passzivitást váltanak ki belőlük, miközben képtelenek azokat koherensen és reflektíven leírni. Az U (megoldatlan vagy diszorganizált) besorolásba tartozók olyan megoldatlan traumatikus jeleket mutatnak, amelyek a kötődési képesség elvesztésével járnak, és narratívájuk is összezavarodott. Az U csoportba tartozók dezorganizált kötődési mintázata az empirikus eredmények alapján a poszttraumas stressz előjelzőjeként is alkalmazható (Bakermans-Kranenburg és mtsai, 2009).

Az interjú módszerrel egyidőben jelentek meg az önjellemző, önkitaltós kérdőívek, s az első önjellemző kérdőív kidolgozása Hazan és Shaver (1987) nevéhez fűződik. Bowlby elméletére alapozva, elsőként Hazan és Shaver (1987) alkalmazták a kötődéselméletet a felnőttkori és romantikus kapcsolatokra, az Ainsworth által megfogalmazott gyermeki kötődési stílusok kategóriáit alkalmazva. Azon elképzelés mentén indultak el, hogy mind a gyermek és gondozója közötti kapcsolatot, mind a felnőttkori partnerkapcsolatot ugyanaz a motivációs

konstruktum, vagyis kötődési rendszer szabályozza. Vizsgálatai eredményük igazolta, hogy a korai kötődési mintázat időbeli stabilitást mutat és meghatározza a felnőttkori kötődési stílust, vagyis a felnőtt kötődési stílusok eloszlási gyakorisága nagy hasonlóságot mutat a gyermekkori kötődési stílusok gyakoriságával (Hazan és Shaver, 1987). Elméletüket arra a megfigyelésre alapozták, hogy a felnőtt kapcsolati partnerek közötti interakciók több szempontból hasonlóan mutatkoznak a gyermekek és gondozóik közötti interakciókhoz, vagyis mindkét esetben jól és biztonságban érzik magukat a másik közelségében, keresik egymás társaságát, az intimitást. Amikor a vágyott személy nem érhető el, bizonytalanul érzik magukat, majd az újból találkozás visszahozza a biztonság érzetét, gyakran fejezik ki egymás iránti szeretetüket, aggodalmukat, s a felnőttek gyakran használnak egymás között gügyögő „gyerekbeszédet” (Hazan és Shaver, 1987). A hasonlóság mellett vannak természetesen különbségek is, vagyis, amíg a gyermeki kötődés általában függő, szexualitástól mentes, addig a felnőtt kötődés kölcsönös és szexuális jellegű (Jantek és Vargha, 2016). A kötődés tárgya is folyamatosan változik az életkor előrehaladtával: az elsődleges gondozó szerepét fokozatosan felváltja a romantikus partner, vagy a kortársak (Urbán, 1995). A belső munkamodell, amely a gyermeki és felnőtt kötődési stílusok állandóságát biztosítja, az új kapcsolatok formálhatják, ebből adódóan lehetséges, hogy a különböző személyekkel különböző kötődési stílus alakul ki (Hazan és Shaver, 1987). A Hazan és Shaver (1987) által felállított felnőtt kötődési mintázatok a következők:

1. *biztonságosan kötődő* – a személy könnyen és szívesen gondoskodik a másiról és szívesen fogadja a gondoskodást, törekszik a kölcsönös intimitásra,
2. *elkerülő kötődő* – a személy nem képes a kölcsönös gondoskodásra, emocionálisan távolságtartó,
3. *ambivalens kötődő* – a személy önfeláldozó, túlgondoskodó, elégedetlen, párkapcsolatára az állandó szorongás jellemző.

Önjellemző kérdőívükben a három alap kötődési mintázatra jellemző kijelentéseket kellett a kérdezettnak önmagára nézve értékelni egy hétfokú Lickert-skálán aszerint, hogy mennyire pontosan írja le egy-egy állítás az általános érzéseit egy romantikus kapcsolatáról. Hazan-Shaver önkítöltős módszere több kritikát kapott, s bár kétségkívül a kitöltő számára gyors és egyszerű, de kevés információhoz jut általa a kutató, mivel az eszköz nem méri kellőképpen az egyén önmagáról és a másiról kialakított képét, az állítások általános kapcsolati érzésekre és tendenciákra vonatkoznak (Mikulincer és Shaver, 2007).

Igazán nagy fejlődés a felnőtt kötődés mérésében a kategóriák helyett bevezetett kötődési dimenziók és egy negyedik kötődési stílus (Collins és Read, 1990) beiktatása után történt (Nagy, 2005). Bartholomew és Horowitz (1991) négy kategóriás modelljükben két dimenzió mentén, reprezentációs formát alkalmazva, kognitív konstruktumok előtérbe helyezésével (önmagáról és másokról kialakított munkamodellek) alakították ki kérdőívüket - a Kapcsolati Stílus Kérdőívet (RSQ) (Nagy, 2005). A három kategóriát Bartholomew és Horowitz (1991), visszanyúlva Bowlby kognitív munkamodelljéhez, úgy bővítették ki, hogy kettéválasztották az elkerülő kötődési típust *félelemmel teli* és *elárasztó* kategóriákra, így a felnőtt kötődésmodellt két dimenzióban (*szorongás* és *elkerülés* dimenziók), négy kategóriára építve írták le. A kötődési stílusok két dimenziója mentén helyezhető el a *szelf* (a személy önmagáról alkotott képe) és a *másik* (azaz a partner és a róla kialakított kép) közötti kapcsolat reprezentációja (Brennan és mtsai, 1998).

Brennan és mtsai (1998) újabb módosítást alkalmaztak a felnőtt kötődés mérésében (ECR – Közvetlen Kapcsolatok Kérdőíve), amely szerint az önmagunkról alkotott modell jobban mérhető a partnerrel kapcsolatban átélt szorongás mértékével. Az Ainsworth (1978) által már korábban beazonosított kapcsolati *szorongás* és *elkerülő* dimenziókhöz visszatérve az alábbi kategóriák szerint mérték a kötődési biztonságot (Nagy, 2005; Bartholomew és Horowitz, 1991):

1. *Biztonságos (secure)* – alacsony elkerülés, alacsony szorongás jellemzi a személyt, önmagát és másokat pozitívan ítél meg, kifejezetten autonóm,
2. *Elutasító–Elkerülő (dismissing - avoidant)* – magas elkerülés, alacsony szorongás, alacsonyabb függőség jellemzi a személyt, mások irányában bizalmatlan, őket negatívan, önmagát pozitívan ítéli meg,
3. *Elárasztott (preoccupied)* – (korábbi ambivalens kategória) alacsony elkerülés, magas szorongás jellemzi, önmagát negatívan, másokat pozitívan ítél meg, kapcsolatai miatt aggódó személy,
4. *Szorongó elkerülő - Félelemmel teli (fearful - avoidant)* – magas elkerülés, magas szorongás jellemzi, önmagát nem szerethetőnek tartó, sérülékeny, önmagát és másokat is negatívan megítélő személy.

Láthatjuk, hogy a *negatív szelf*-modell magasabb szorongással, a *negatív másik*-modell magasabb elkerülési tendenciával jellemezhető (Onishi és mtsai, 2001). A szelfnek önmagára és másokra vonatkozó munkamódjai a mindennapokban tapasztalt, ismétlődő interakciók

eredményeként jönnek létre és belső munkamodellé, elvárásokká, előítéletekké alakulnak át (Johnson és mtsai, 2004). A két felnőtt kötődésmérés-elmélet abban különbözött egymástól, hogy míg Bartholomew és Horowitz a kognitív konstruktumokra helyezték a hangsúlyt, amelyek az önmagunkról és másokról kialakított munkamodellek, addig Brennan és munkatársai a kapcsolati szorongás és elkerülés, vagyis a viselkedéses dimenziókra fókuszáltak, megalapozva ezzel a felnőtt kötődés dimenzionális mérését (Nagy, 2005; Johnson és mtsai, 2004).

Mindeddig olyan dimenzionális felnőttkötődést mérő eszközök születtek, amelyek kizárólag a partnerkapcsolatra vonatkozó állításokat vagy kérdéseket tartalmaztak (Hámori és mtsai, 2016c). Judith A. Feeney és munkatársai (1994) kérdőívük (ASQ – Kötődési Stílus Kérdőíve) megalkotásával (Bowlby és Ainsworth elméleteiből kiindulva), olyan eszközt kívántak létrehozni, amely azokat a személyiségjelzőket is tartalmazza, amelyek közvetve vannak kapcsolatban a kötődéssel és akár olyan serdülők kötődési stílusát is mérni tudja, akiknek még nem volt romantikus kapcsolatuk. Bowlby-val összhangban azt feltételezték, hogy a kötődés szerveződéséhez olyan más szükségletek is hozzájárulnak, amelyek a párkapcsolattal még nem fonódhattak össze (Hámori és mtsai, 2016a, 2016c). A mérőeszköz 5 skála révén igyekszik leírni a vizsgált személyek közötti különbségeket, amelyek a következők:

1. Biztonság–Bizalom a kapcsolatban (Confidence)
2. Diszkomfort érzés, kényelmetlenség a partner közelsége miatt (Discomfort with Closeness)
3. A kapcsolatok másodlagossága (Relationships as Secondary)
4. Elismerés iránti szükséglet (Need for Approval)
5. A kapcsolatokkal való túlzott foglalkozás (Preoccupation with Relationships)

Az ASQ skálái érzékenyek mind az életkori, mind pedig a romantikus párkapcsolati tapasztalatokra, így a kérdőív alkalmas a klinikai kutatások, longitudinális vizsgálatok számára, pszichiátriai zavarok feltárására (Hámori és mtsai, 2016c).

3.1.3 Felnőtt kötődés és a daganatos betegség

A közelmúltban megjelent kutatások szerint a kötődésnek kiemelt szerepe lehet a rosszindulatú daganatos megbetegedéssel összefüggő stresszel való megküzdésben. A bizonytalan kötődés kapcsolatban áll a rákos megbetegedés során átélt depresszióval és szorongással, míg a biztonságos kötődés a betegséggel való aktív megküzdéssel társul (Nicholls

és mtsai, 2014). Az emlődaganatos betegek körében is megannyi tanulmány vizsgálta a felnőtt kötődési stílust és igazolni tudták, hogy a biztonságos kötődés szoros összefüggésben van a gyorsabb gyógyulási folyamattal és a kevesebb kellemetlennek, olykor elviselhetetlennek észlelt mellékhatással, valamint magasabb poszttraumás növekedéssel és az étellel való nagyobb elégedettséggel. A bizonytalan kötődési stílus nagyobb fokú szorongással, az elkerülő kötődési stílus pedig magasabb depressziós értékekkel jár együtt (Naaman és mtsai; 2009; Nissen és mtsai, 2016).

Az emlőrákos nők nagy százaléka említi azon félelmeit, hogy a betegséggel járó testi változások miatt esetleg elhagyja őket a partnerük, majd ebből fakadóan alacsonyabb önértékelésről, rosszabb mentális és testi egészségről, partnerkapcsolati és szexuális eredetű nehézségekről számol be. Vizsgálati eredmények bizonyították, hogy azok a személyek bíznak kevésbé párkapcsolatukban, akikre a bizonytalan kötődési stílus jellemző (Ávila és mtsai, 2017; Fobair és mtsai, 2006, Ávila és mtsai, 2016). Emlődaganatos betegek alkalmazkodási nehézségeit kívánta feltárni az a kutatás, amelyben a bizonytalan kötődés elkerülő- és szorongó aldimenzióinak az életminőséggel való kapcsolatát vizsgálták. A kutatók azt találták, hogy az elkerülő dimenzió pozitív összefüggést mutat az érzelmek elnyomásával és negatív kapcsolatot az életminőséggel. A szorongó kötődési dimenzió egyetlen változóval sem mutatott összefüggést (Schmidt és mtsai, 2012). A szerzők az eredmények tükrében arra a következtetésre jutottak, hogy az elkerülő kötődési stílus sok esetben akadályozhatja a betegséghez való alkalmazkodás folyamatát, mivel ők nem engedik meg maguknak az érzelmek kinyilvánítását. Ezeknél a személyeknél az orvosi és társas támogatás is akadályokba ütközhet, mivel az is kérdéses, hogy képes-e másokkal kapcsolatba lépni, kommunikálni (Schmidt és mtsai, 2012).

Tacón (2003) több esetben felhívta vizsgálati eredményeivel a figyelmet (Tacón, 2001, 2002) a daganatos betegek kötődési stílus mérésének fontosságára a betegséggel való megküzdés érdekében. Egyik munkájában a felnőtt kötődés vizsgálata során emlőrákos nők gyermekkori narratíváit, a korai veszteségeket, a szülőkhöz fűződő érzelmi szálakat térképezte fel, majd az adatokat az egészséges női populáció eredményeivel hasonlította össze. Azt találta, hogy az emlőrákos csoportban magasabb volt az incidencia az érzelmi bizonytalanságról szóló történetek, a korai veszteségek terén és szignifikánsan kevesebben számoltak be a szülőkhöz való közelség megéléséről. Szignifikánsan több személy tartozott a betegcsoportból az elkerülő-kötődő-dimenzióba, mint az egészséges kontrollcsoportból (Tacón, 2003). Cicero és munkatársai (2009) arra keresték a választ, hogy a szorongó-elkerülő kötődésmintázattal

rendelkező daganatos betegeknél a kötődési mintázat (RSQ – kérdőív használatával) és a társas támogatás észlelése előre jelzi-e a betegséghez való alkalmazkodás minőségét. Elsősorban azt találták, hogy a szorongó-elkerülő kötődésű személyekre magas fokú aggodás, tehetetlenség- és reménytelenség érzés jellemző, míg a szorongó-elkerülő kötődésű *áttétes* betegeknél szignifikánsan magasabb volt a reménytelenség és tehetetlenség szint, mint primer daganatos társaiknál. A végső eredmények azt mutatták, hogy a szorongó-elkerülő kötődési mintázat és az észlelt társas támogatás előrejelzi a pszichológiai alkalmazkodás minőségét. A vizsgálat érdekessége az az eredmény, hogy míg a barátok által észlelt támogatás bejósolhatja a beteg hajlandóságát a rákkal szembeni küzdelemben való részvételre és az aktív szerepvállalásra a terápiákban, a gyógyulásban, ugyanez az eredmény nem mutatkozott meg a családon belüli támogatás észlelésénél (Cicero és mtsai, 2009).

Az eredmények és tapasztalatok alapján több szerző rámutatott arra, hogy a rákbetegséggel küzdők kötődési mintázata és a pszichés változók közötti összefüggéseket sokkal fontosabb figyelemmel kísérni, mint azt korábban gondolták. További kutatásokra van szükség annak a megértéséhez, hogy a kötődés milyen szerepet játszhat a rosszindulatú daganatok többdimenziós, pszichoszociális modelljében. A további vizsgálatok elengedhetetlenek tehát a beteg-együttműködés javítása, a compliance megtartása, a perzisztencia és adherencia fennmaradása és a betegség pozitív lefolyása érdekében (Tacón, 2003; De Luca és mtsai, 2017; Schmidt és mtsai, 2012).

3.2 Sémák, maladaptív sémák

A séma fogalmát Sir Frederick Bartlett használta először 1932-ben „Az emlékezés” című könyvében (in Baddeley, 2013). Bartlett szerint a séma „olyan szervezett struktúra, amely magában foglalja tudásunkat és elvárásainkat a világ bizonyos aspektusaival kapcsolatban”, miközben segíti a megértést, hiszen mindazt tartalmazza, amit az egyén már tud. Abban az esetben azonban, ha az új információ nem építhető be a régi sémába, torzítások alakulhatnak ki, ami azért történhet, mert inkább figyelmen kívül hagyják, vagy mert megváltoztatják azokat (Baddeley, 2013).

A *séma* kifejezés széles körben használt pszichológiai terminológia, részben a belső munkamodellre (lásd Bowlby, 1969), személyes sémákra (lásd Horowitz, 1991) vagy a korai maladaptív sémákra utalva (Young, 1999). Beck (1964) a *séma* fogalmát olyan kognitív információfeldolgozó struktúraként jellemezte, ami az egyénre ható ingereket megszüri, kódolja és értékeli. Young (1990) határozta meg a Beck féle információ-feldolgozó séma-

funkciót megtartva, a kisgyermekkorban kialakuló, rendkívül stabil és tartós, az egyén egész életén át tartó *korai maladaptív sémákat* (in Riso és mtsai, 2006).

3.2.1 Sémakoncepciók

A sémák általában gyermekkorban alakulnak ki, a legtöbbször emlékekből, érzelmekből, kogníciókból, testi érzetektől álló pervazív motívumok, magáról az egyénről és a másokkal, a világgal való kapcsolatára vonatkozóan. A sémakoncepciókat az elméletalkotók többféle szemlélettel közelítették meg: a pszichoanalitikusok az élmények leképezésére megkülönböztették a *perceptuális* (képekben) és *konceptuális* (hangokban) sémákat, amelyet később Piaget kiegészített a reprezentációk *szenzomotoros* sémájával („asszimilációnak” nevezte az új információk meglévő sémákba való integrálását, és „akkomodációnak”, amikor erre nincs lehetőség és módosulnak a sémák) (in Stern, 1995). Majd Stern tovább gondolva az elméletet, kibővítette a csecsemő élményvilágának leképezéséhez a *forgatókönyveket* (események reprezentációja) és *érzelmeket reprezentáló sémákat*, valamint bevezette az úgynevezett *protonarratív borítékot*, amely mindezeket a különálló reprezentációs sémákat koordinálja és teljes élménnyé rendezi. Az alapsémák, amelyekben az átélt tapasztalatok és élmények elemei találhatóak, egy hálózatot alkotnak, amely a generalizálódott interakciók reprezentációja (Stern, 1995). Horowitz (1991) szerint a sémák gyermekkori élményeink hatására, egy tudat alatti konstruktumban jönnek létre, amelybe beágyazódnak az önmagunkról és a másokról kialakított vélekedéseink. Beck (1964) kognitív elmélete szerint a legfőbb sebezhetőségi tényezők a sémákba beépített negatív hiedelmek önmagunkról, a világról és a jövőről. Az így kialakult diszfunkciós kognícióknak jelentős szerepe van különböző mentális zavarok (mint a szorongás vagy a depresszió) kialakulásában, esetenként azok fenntartásában. A diszfunkciós kogníciók legjobban az általános hierarchikus modell alapján érthetőek meg: az *automatikus gondolatok* a (szituációkra való reakciók, meghatározzák a személy hangulatát) a leginkább hozzáférhető szinten, a diszfunkcionális attitűdök (szabályokat tartalmaznak) a középszinten és a *kognitív sémák* (alaphiedelmek, amelyek befolyásolják az előző két szint negatív tartalmát) a legmélyebb, nem tudatos szinten találhatóak (Clark és Beck, 1999).

3.2.2 Korai maladaptív sémák

A séma fogalmát a kognitív terápiás irányzatban J. E. Young (1990) dolgozta ki. Young elmélete a sémák Beck által megfogalmazott információ-feldolgozó szerepére épül, a figyelmet azonban a korai gyerekkori kötődési kapcsolatok minőségére és a sémák tartalmára irányítja. Az elmélet szerint a *korai maladaptív* (nem adaptív, tehát nem hasznos) *sémák* (továbbiakban

KMS) az alapvető szükségleteknek kielégítetlen volta mentén alakulnak ki korai gyermekkorban és erős önfenntartó potenciállal bírnak (Unoka és mtsai, 2004). A kisgyermekkorai élményeink határozzák meg alapvető szükségleteinket, vagyis az, hogy érzelmileg miként viszonyulunk és gondolkodunk a világról, másokról, önmagunkról. Young (1999) öt alapvető *humán érzelmi szükségletet* állapított meg:

1. A biztonságos kötődés (elfogadás, gondoskodás, állandóság)
2. Az autonómia, kompetencia, énazonosság
3. Szükségletek és érzelmek kifejezése
4. A spontaneitás és játékoság
5. Keretek és önkontroll

Ezek az igények teljesen univerzálisak, a különböző kultúrákban ugyanúgy megtalálhatóak. A személy érzelmi szükségletének intenzitása viszont a veleszületett temperamentum szerint különbözik. A lelki igények kielégítésének készségét Young és munkatársai (2003) szerint kisgyermekkorban, a gondozóval történő interakciók során kialakult kötődési helyzetekben tanuljuk meg. Az a személy válik pszichésen egészségesé, aki adaptívan ki tudja elégíteni az alapvető érzelmi szükségleteit. A KMS-k a korai gyerekkorban a szükségletekre adott elutasító reakciók mentén a megszegyenítő, mérgező, büntető vagy bántalmazó környezetben alakulnak ki (Young és mtsai, 2003). Young úgy definiálta a korai maladaptív sémákat, mint „*kiterjedt, átfogó és pervazív mintázatot, amely emlékekből, érzelmekből, kogníciókból, és testi érzetekből áll, az egyén önmagáról kialakított képére és a másokkal való kapcsolataira vonatkozik, aktiválódásuk magas hőfokon történik, kialakulásuk gyermek- vagy serdülőkorban történik, majd az életen átívelve finomodik, de jelentős mértékben diszfunkcionális*”. A kialakult sémák tehát *önfenntartók*, kognitív szűrőfunkciójuknak (amelyek a beleillő sémákat kiemeli, hatásukat fokozza, illetve kiszűri a bele nem illő sémákat és hatástalanítja azokat), valamint az önsorsrontó válaszoknak köszönhetően (Unoka, 2007).

Young (1999) felismert és definiált három olyan gyerekkori élményt, amelyek meghatározóak a maladaptív sémák kialakulásában. Az egyik ilyen a szeretet megvonása, vagy a biztonság és stabilitás hiánya. Ezek mentén alakulhat ki az *Érzelmi Depriváció*, vagy az *Elhagyatottság* séma. A második negatív élmény a gyerekkorban a traumatizáció, viktimizáció, vagyis a szexuális vagy fizikai abúzus, a bántalmazás és megszegyenítés. Következményük a *Bizalmatlanság-Abúzus*-, a *Csökkentértékűség*- és a *Sérülékenység* sémák kialakulása. Az is a maladaptív sémák kialakulásához vezethet, ha gyerekkorban nincsenek meghatározva a

szabályok, a korlátok és határok, vagyis a harmadik élmény a mértéktelenség, túlkényeztetés, vagy a túlóvás. Ezek hatására alakulhat ki a *Feljogosítottság*- vagy a *Dependencia* séma (Young és mtsai, 2003).

Young (1999) megkülönböztetett 19 korai maladaptív sémát, amelyeket öt magasabb rendű sémartományba sorolt. E sémartományok egy-egy alapvető szükséglet kielégítését akadályozó sémákat gyűjtik össze. Az öt sémartomány tehát az I. *Elszakítottság és elutasítottság*, a II. *Károsodott autonómia és teljesítőképesség*, a III. *Határok károsodott volta*, a IV. *Másikra-irányultság*, és az V. *Aggályosság és gátlás*.

Az alábbiakban részletesen bemutatom a Young által meghatározott sémartományokat és a sémák definícióit (Young 1990, 1999; Young és Brown, 1994):

I. *Elszakítottság és elutasítottság* sémartomány

Az ebbe a tartományba tartozó egyének gyerekkori családi hátterére az instabil viszonyok, traumatikus gyermekkor, szeretetnélküliség és ridegség jellemző. A személyek nem képesek biztonságosan kötődni egymáshoz és az egyén úgy érzi, hogy a gondoskodás, a szeretet, a valakihez való tartozás soha nem fog teljesülni az életében. Ide tartozó sémák:

1. *Elhagyatottság-Instabilitás* séma: instabil kapcsolatok, kiszámíthatatlanságtól, megbízhatatlantól, az elhagyatástól való félelem jellemzi a gondolatokat, érzéseket
2. *Bizalmatlanság-Abúzus* séma: kihasználástól, abuzálástól, megalázástól, hazugságtól, megcsalástól és manipulációtól való félelem jellemzi a gondolatokat, érzéseket
3. *Érzelmi depriváció-Érzelemmegvonás* séma: szeretethiánytól, ridegségtől, az empátia, a gondoskodás, az odafigyelés hiányától, az érzelmi (támogatás, együttérzés, védelem) megvonástól való félelem jellemzi a gondolatokat, érzéseket
4. *Csökkentéértékűség-Szégyen* séma: a nem-szerethetőségtől, az értéktelenségtől való félelem, az önhibáztatás és az intenzív szégyenérzet jellemzi a gondolatokat, érzéseket
5. *Társas izoláció-Elidegenedettség* séma: sehová sem tartozás, családtól és környezettől való izolálódástól, beilleszkedési képtelenségtől, a másság megélésétől, a szociális készségek hiányától való félelem jellemzi a gondolatokat, érzéseket

6. *Elutasítottság érzés* séma: saját vonzeró elképzelt hiánya, elégedetlenség a külsőt (szépség, csinosság, magasság, súly) illetően, szociális képességek hiányától és a társaságba való be nem illéstől való félelem jellemzi a gondolatokat, érzéseket

II. *Károsodott autonómia és teljesítőkéesség* sématartomány

Az autonómiára, a leválásra való képtelenség jellemzi e sématartományt. Az ide tartozó sémák akkor jönnek létre, ha gyermekkorban az egyén nem képes autonóm, független, önálló életet kialakítani, nem alakul ki az identitása, az önértékelése pedig nagyon alacsony. Családi hátterére a túlvás, vagy épp a nem kellő figyelem, az elhanyagolás a jellemző. Ide tartozó sémák:

7. *Dependencia-Inkompetencia* séma: mások nélkül boldogulni-, az életre való képtelenség, inkompetencia, a hozzá-nem-értéstől való félelem jellemzi a gondolatokat, érzéseket
8. *Sérülékenység-Veszélyeztetettség* séma: túlzott aggodalmaskodás, az egészségben bekövetkező problémáktól, betegségektől, balesetektől, katasztrófáktól való félelem jellemzi a gondolatokat, érzéseket
9. *Összeolvadtság-Éretlenség* séma: túlzott érzelmi vagy fizikai bevonódás, üresség, szétesettség, túlzott közelségre való törekvés, a fontos másik nélkül a túlélésre, a boldogságra való képtelenség jellemzi a gondolatokat, érzéseket
10. *Kudarokra ítélttség* séma: kudarcra ítélttség mind a jelenben, mind a jövőben, alacsonyrendűség, tehetetlenség, kompetencia hiány, a teljesítőkéesség alacsony voltától való félelem jellemzi a gondolatokat, érzéseket

III. *A határok károsodott volta* sématartomány

Általában a kölcsönösség, az önfegyelem, az elköteleződés és együttműködés terén a belső korlátok helytelen kialakításából fakad e sématartomány aktiválódása. A személy gyakorta önzőnek, narcisztikusnak, elkényeztetettnek, felelőtlennek tűnik. Családi hátterében a szülő túlságos engedékenysége, kényeztetése, a szabályok betartásának, számonkérésének hiánya a jellemző. Ide tartozó sémák:

11. *Feljogosítottság-grandiozítás* séma: felsőbbrendűség érzése, különleges jogokhoz és szabályokhoz való hozzáférés, követelődés, különleges bánásmód elvárása, együttérzés, empátia hiánya és arrogancia, narcisztikus vonás jellemzi az egyént

12. *Elégtelen önkontroll-önfegyelem* séma: önfegyelem és önkontroll hiánya, impulzusainak szabályozására képtelen, a fájdalmak, a konfrontáció és felelősség elkerülése jellemzi az egyént

IV. Kóros másokra irányultság sématartomány

Az, aki ebbe a sématartományba tartozik, túlzottan meg szeretne felelni a másik igényeinek saját szükségleteinek kárára. Azért cselekszik így, mert elismerésre vágyik, vagy a büntetést kívánja elkerülni, esetleg így próbál érzelmi kapcsolatot fenntartani. Kizárólag csak a másokra figyel, saját vágyait, haragját észre sem veszi. Családi háttérben tipikus a feltételhez kötött szeretet és elfogadás. Gyerekkorában nem volt rá mód, hogy saját szükségleteit szabadon kövesse, inkább alárendelődött, csupán azért, hogy némi szeretetet, figyelmet, elfogadást kaphasson.

13. *Elismerés hajszolás* séma: önértékelése a környezet visszajelzésétől függ, mások elismerésére, figyelmére való törekvés jellemzi az egyént

14. *Önfeláldozás* séma: önként feláldozza szükségleteit és vágyait, mert nem akar fájdalmat okozni vagy, mert nem akar büntudatot érezni. A kodependencia is jellemezheti az egyént

15. *Behódolás* séma: másoknak átadott döntés, kontroll és irányítás a harag vagy a büntetés elkerülése céljából, saját vágyai alárendelődnek másokénak, a behódolás, az érzelmek, a düh elnyomása jellemzi az egyént

V. Aggályosság és gátlás sématartomány

E sématartományban jellemző a személy kezdeményezőkéességének hiánya, a spontán érzéseit, impulzusait elnyomja. Merev internalizált szabályoknak, elvárásoknak, normáknak próbál megfelelni, miközben lemondani kényszerül saját jóllétéről, boldogságáról, egészségéről. Családi háttérben a szigorúság, a büntetés, a szabályok, a teljesítmény, a tökéletesség és a feszült fegyelem megkövetelése áll, miközben az érzelmeket és a hibákat leplezni kell.

16. *Negativizmus-pesszimizmus* séma: az élet negatív aspektusaira való fókuszálás egy életen át, a boldogság veszélyességének feltételezése, a pozitív és optimista szempontok figyelmen kívül hagyása jellemzi az egyént

17. *Érzelmi gátoltság* séma: saját érzelmeinek elnyomása, cselekvések, kommunikáció, a harag, az agresszió, pozitív érzelmek kifejezésének gátlása a szégyenérzet és mások rosszsallása elkerülése érdekében, a saját sérülékenység tagadása, racionalizmus hangsúlyozása, az impulzusok feletti kontroll elvesztésének félelme jellemzi az egyént
18. *Könyörtelen mércék-Hiperkritikusság* séma: magas mércének való megfelelés a megszégyenülés és kritikák elkerülése céljából, nyomás alatt él, túlteljesítés, önmagával és másokkal is túl kritikus, csak a tökéletesre való törekvés az elfogadott a számára, perfekcionizmus, teljesítményorientáció, pihenésre, lazításra, elégedettség érzésre való képtelenség jellemzi az egyént
19. *Büntető készenlét* séma: meggyőződés arról, hogy hibát elkövetni megbocsáthatatlan bűn, súlyos büntetést kell kiróni érte, ami önmagára és másokra is egyformán vonatkozik, a szigorúság, intolerancia, az empátia hiánya jellemző az egyénre.

A sémákhoz való lehetséges viszonyulási módozatokat *maladaptív megküzdési mód*nak nevezzük, amely megküzdés által lehetővé válik a séma aktivizálódásával járó, sok esetben kellemetlen, intenzív érzelmi állapot elkerülése (azon helyzetek elkerülése, amik aktiválhatják a sémát), bár ezzel a séma még nem szűnik meg. A kognitív sémák azonosítására háromféle módszer ismert: 1. klinikai interjú a tünetek hátterében lévő sémák feltárására; 2. kognitív feldolgozási feladatok és azok megoldása; 3. önkitöltős kérdőíves módszer, amely segítségével azonosítják az aktív diszfunkciós sémákat (Segal, 1988, Unoka, 2007). Young (1999) a személyek maladaptív sémáinak mérésére alkalmas, a *Young Séma Kérdőív* kidolgozásával lehetővé tette a korai maladaptív sémák és az olyan klinikai kategóriák, mint depresszió, szociális fóbia, pánikzavar, szorongásos zavar stb. közötti kapcsolatok vizsgálatát (Riso, és mtsai, 2006, Unoka, 2007).

3.2.3 Korai maladaptív sémák és a daganatos betegség

A modern rendszerszemléleti és fejlődési pszichopatológiai megközelítései komplex modellekben magyarázzák a pszichés betegségek kialakulásának folyamatát és az azt meghatározó tényezőket (Achenbach és Rescorla, 2016, Dészfalvi és mtsai, 2017). Ezek a modellek mind a családi kommunikáció, mind a gyermek és gondozója közötti kapcsolatok minősége, mind pedig az érzelmi fejlődés és a pszichés alkalmazkodás adaptív vagy maladaptív útvonalai között tételeznek fel szoros kapcsolatot (Dészfalvi és mtsai, 2017). Az interakciós és a tranzakcionális modellek azt hangsúlyozzák, hogy a személy viselkedésváltozása a környezetéből is új típusú reakciókat válthat ki, amelyek visszahatnak az egyéni fejlődésre

és a maladaptív formák kialakulására az egyén vulnerabilitásának függvényében (Láng és Nagy, 2013; Péley, 2010; Dészfalvi és mtsai, 2017).

A mentális, pszichés problémával küzdők (mint szorongás, depresszió, skizofrén, evészavar stb.) körében már több olyan vizsgálat született, amelyekben igazolni tudták a korai maladaptív sémák kapcsolatát a betegséggel (Segal, 1988; Unoka és mtsai, 2004/a, Unoka 2007). Elemezték a kutatók például, hogy mely korai maladaptív sémák aktiválódtak poszttraumás stressz-szindróma esetén a Vietnámban harcoló veteránok körében (Cockram és mtsai, 2010). Szignifikáns különbséget találtak a korai maladaptív sémák és az intimitás között, iráni házasság hűtlen és hűséges férfiak vizsgálatában, amelynek egyértelmű eredménye, hogy a korai maladaptív sémák befolyásolják a férfiak hűtlenségét (Koolae és mtsai, 2014). Saariaho és munkatársai (2010) 271 finn, krónikus fájdalommal küzdő személy maladaptív sémáit vizsgálták a Young Séma Kérdőív segítségével, és azt találták, hogy a betegek 58,3%-nál azonosíthatóak voltak a maladaptív sémák. Azoknál az egyéneknél, akiknél a legnagyobb százalékban az *Önfeláldozás* és a *Hiperkritikusság-Könyörtelen* mércék sémák jelentek meg, magasabb volt a fájdalom intenzitása, a fájdalom időtartama és a fájdalom okozta rokkantság mértéke (Saariaho és mtsai, 2014).

A rosszindulatú daganatos betegség és a maladaptív sémák kapcsolatának úttörő kutatását Kolumbiában végezték Robert Ferrei és munkatársai (2009) három onkológiai központban, 80 rákbeteg közreműködésével. Mintájukban (n=80) túlsúlyban voltak azok a nők, akik emlőrákkal (44%) vagy nőgyógyászati daganattal küzdöttek (33%), a többiek emésztőrendszeri, fej-nyak- és bőrrákban szenvedő betegek voltak. Nemek szerinti elosztásban a vizsgált populáció 25%-a férfi és 75%-a nő volt. A Young-féle sémakérdőív segítségével a nők 78 %-nál, ezen belül a házasság vagy élettársai kapcsolatban élők körében szintén 78%-nál azonosítottak maladaptív sémákat. Az emlőrákos nők (44%) esetében kiemelkedően magas volt az *Önfeláldozás*- és az *Elhagyatottság-Instabilitás séma* értéktartománya. Emellett szintén magas volt a krónikus stressz és a szorongás kezelésének képtelensége is, ami jelezte, hogy a beteg nem képes adekvátan megküzdeni a daganatos betegség okozta stresszel. Mivel a vizsgált személyek jelentős része 63 és 78 év közötti volt, a szerzők úgy vélték, hogy az eredményekben az életkor is szerepet játszhatott. Korábbi sémakutatási eredmények kimutatták, hogy a fent említett életciklusra amúgy is az önfeláldozó séma kiemelkedése jellemző a kapcsolati sémaprofilon belül. A szerzők magyarázatában az *Önfeláldozás* séma arra utal, hogy a rákbetegek úgy próbálják eltitkolni a betegséggel járó félelmeiket, kétségeiket, vagy a kezeléseket néha kemény mellékhatásait, hogy azzal ne okozzanak fájdalmat vagy szomorúságot

hozzátartozóiknak, szeretteiknek, még akkor is, ha ők ez idő alatt súlyosan szenvednek. Önzőnek, bűnösnek érzik magukat betegségük és elesettségük miatt, viselkedésükhöz kapcsolódik az önértékelésük csökkenése, és nem érzik magukat méltónak ahhoz, hogy mások figyeljenek rájuk, szeressék őket, miközben erős szorongást és nagy érzelmi labilitást mutatnak. Mindez azért fontos, mert ez a viselkedésforma kedvezőtlenül befolyásolja a betegség pozitív kimenetelét. A kutatás nem terjedt ki életkori csoportokra, de a szerzők felhívták a figyelmet arra, hogy egy következő vizsgálatban fontos lenne az életkor szerepét figyelembe venni a daganatos betegek stresszel való megküzdésében (Ferreira és mtsai, 2009).

Molnár és munkatársai (2013) azt vizsgálták, hogy a betegség milyen hatást gyakorol felnőttkori kapcsolatokra a gyerekkorban onkológiai betegségből felgyógyult személyeknél. Azt feltételezték, hogy a felnőtté válás folyamatát erősen befolyásolhatják az adott szociális körülmények (mint hospitalizáció, szeparáció) és a betegséggel járó küzdelemből kialakuló kognitív sémák. Úgy vélték, hogy a fiatal (8 éven alul vs. 8 éven felül lettek betegek) életkorban kezdődő daganatos betegség a felnőttkori társkapcsolatokra gyakorolt hatásai, az adott életkor szempontjából érzékeny sémák ismeretében ragadhatóak meg. Kutatásukban onkológiai betegséget túlélő felnőttek (n=59) és korban hozzájuk illesztett egészséges személyek (n=53) vettek részt. Nem találtak különbséget a nyolcéves kor után diagnosztizált és az egészséges felnőttek között a vizsgált mutatók alapján sem a nők, sem a férfiak vonatkozásában. Ellenben a nyolcéves kor előtt diagnosztizált nők esetében azt találták, hogy ők gyakrabban alkalmaztak olyan maladaptív sémákat, mint a *Korlátozott autonómia, Függőség és alkalmazkodás*, vagy *Fokozott szeparációs érzés* és többször folyamodtak passzív megküzdési stratégiákhoz. Ezzel a vizsgálattal felhívták a figyelmet arra, hogy a korai gyerekkorban igazolt daganatos betegségben szenvedő lányok sokkal szenzitívebbek (és elképzelhető, hogy ez igaz általánosságban is), a maladaptív sémák kialakulása náluk erőteljesebb, ezért az aktív pszichoszociális támogatás elengedhetetlen (Molnár és mtsai, 2013). Hazai emlőrákosok körében az életkor függvényében történt kutatás a kötődési mintázatok, a maladaptív sémák, a betegségélmény és a pszichológiai alkalmazkodás összefüggéseit vizsgálva (Désfalvi és mtsai, 2017). Mindkét korcsoport sémaprofiljában kiemelkedő volt az *Önfeláldozás* és az *Elégtelen önkontroll-önfegyelm* séma, míg a fiatalabbaknál az *Érzelmi gátoltság* séma ért el magasabb pontszámot. Az idősebbekre azonban szinte majdnem minden más sématarományban az alacsonyabb pontszám volt jellemző, bár a normatív adatok elért sémaértékeinél mindkét korcsoport értékei emelkedettebbek voltak. Kutatók megerősítették azt a feltevést, hogy az

életkornak valóban szerepe lehet abban, ahogyan az emlékdaganatot magát és az azzal járó mindennemű változást megéli a beteg (Désfalvi és mtsai, 2017).

Összefoglalás

A kötődéselmélet nagy hatással volt a sémakoncepció kidolgozására, a korai maladaptív sémák és internalizált munkamodell koncepció között lényeges párhuzam található (Young és mtsai, 2003; Bosmans és mtsai, 2010). A belső munkamodellek (Bowlby, 1973, in 1980) és a korai maladaptív sémák kialakulása a csecsemőkorhoz köthetőek, a gondozó válaszkészsége, a vele történő interakciók megtapasztalása az alappillére mindkét elméletnek (Unoka, 2004/a). A belső munkamodellje alapján tudja majd az egyén az élete folyamán bejósolni a másik viselkedését és majdani önnön reakcióit (Bowlby, 1988). Young (1990) szerint a sémák mindent átható, pervazív, differenciálatlan reprezentációk, amelyeket az egyén feltétel nélkül elfogad. Mind a maladaptív sémák, mind a belső munkamodellek befolyással vannak az információfeldolgozásra, a személy viselkedésére (Andersen és mtsai, 1998). A sémaelmélet szerint a veleszületett temperamentum mellett a korai gondozói kapcsolatból szerzett tapasztalatok fundamentális szerepet játszanak abban, hogy a kapcsolati sémák meg tudják-e őrizni rugalmasságukat és adaptívan szolgálgják majd a fejlődést, vagy a tartósan negatív tapasztalatok hatására elveszítik rugalmasságukat és maladaptív irányba terelik a pszichés alkalmazkodást. A sémaelmélet olyan maladaptív, diszfunkcionális kapcsolati mintázatokat gyűjt össze, amelyeket a kapcsolati szükségletek sérülése és ezek következményei jellemeznek, mint például az elutasítottság, a kóros másokra utaltság, az önfeláldozás, a grandiozitás. A sémakoncepció a kötődéselméletben is fontos szerepet játszik, mivel Bowlby (1980) belső munkamodell fogalmának kognitív-affektív aspektusait ragadja meg és árnyalja a korai kapcsolati mintázatok sérülésének pszichopatológiai vonatkozásait (Bosmans és mtsai, 2010). A szorongó kötődés, a pszichopatológiai tünetek és a maladaptív sémák mintázatának összefüggéseit számos kutatás támasztja alá (Bosmans és mtsai, 2010; Unoka, és mtsai, 2004a; Désfalvi és mtsai, 2017). A diszfunkcionális kognitív sémák feltárása a krónikus betegségben szenvedők körében is igen fontos, mivel segítheti az adaptív viselkedés előtérbe kerülését, a jövővel kapcsolatos akár negatív hitek újragondolását, erősítheti a megküzdést és csökkentheti a szorongást, javíthatja az életminőséget (Kovács és mtsai, 2016).

Célkitűzések

A legújabb kutatások alapján (lásd pl. Désfalvi és mtsai, 2017; Nicholls és mtsai, 2014; Nissen, 2016) kiemelt szerepe lehet a kötődésnek a rosszindulatú daganatos betegségekkel való

megküzdésben. Jelen keresztmetszeti kutatásban a fő kérdésfeltevés az, hogy az emlőrákkal küzdő nők körében melyek azok a kapcsolati és pszichés állapotbeli tényezők, amelyek összefüggésben vannak magával a betegséggel. Az életkor, a családi kapcsolatok, az egyén szubjektíven megítélt egészségi állapota, a betegség megélt élménye, a kötődési mintázata és korai maladaptív sémák feltehetően egyenként, és egymással kölcsönhatásban is sajátosan jellemezhetik az emlőrákkal küzdő nőket.

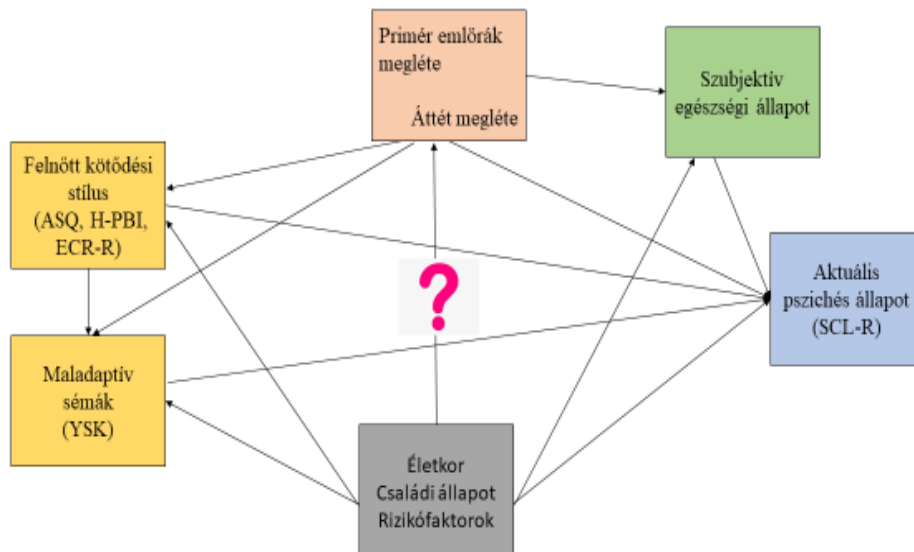
Kutatásomban a fenti tényezőknek, és ezek összefüggéseinek lehetséges hatását kívánom vizsgálni. Célom azoknak az útvonalaknak a feltérképezése, amelyeken keresztül megismerhetjük, hogy e betegséggel küzdő nők mitől és miként kerülhetnek krízishelyzetbe, milyen pszichés állapot – szorongás, kényszer, depresszió – jellemezheti őket, és milyen kapcsolati sémáik aktívak a betegséggel és a helyzetükkel való megküzdés során. Ezeknek az útvonalaknak a feltérképezésével egyben a pszichés állapot sajátosságaiban és a kapcsolati mintázatokban rejlő védőtényezők megismerését is célul tűzöm ki.

A fentiek kiegészítéseként, a saját klinikai tapasztalatom és a szakirodalom szerint is (lásd például Riskó, 2015) az ezzel a súlyos betegséggel küzdő nőkre a sokszínűség jellemző. Elmondhatjuk tehát, hogy az emlőrákos nők csoportja nem homogén, hiszen e betegpopuláción belül nem csak a primér és áttétes daganattal küzdőknek lehetnek önálló sajátosságai, hanem a két csoporton belül is találhatunk különbségeket. Ahhoz, hogy mélyebben megismerjük, hogy általánosságban mi jellemző az emlődaganatos nőkre, illetve a primer és áttétes daganattal küzdők esetén milyen pszichológiai tényezők állhatnak összefüggésben a betegség súlyossági fokával, a következő kérdésköröket fogalmaztam meg:

1. Hogyan jellemzi a primér és hogyan az áttétes emlőrákos nő a szubjektív egészségi állapotát (Atroszko és mtsai, 2015) a betegségének ismeretében? Ezen belül megfigyelhető-e bármilyen különbség az áttéttel küzdők szubjektív egészségi és pszichés állapotában? Befolyásolja-e az áttét megléte a betegek pszichés állapotát, azaz találunk-e különbséget a Derogatis féle tünetlista (Derogatis, 1977) által mért depresszív, szorongásos, kényszeres, és egyéb tünetek megjelenésében?
2. Található-e különbség a primér emlőrákos és a már áttétes emlőrákos nők, valamint a normatív adatok (vagyis ez esetben az egészséges kontroll) között a kötődési tematikában?
3. Találunk-e az emlőrákos nőkre jellemző sajátos sémaprofil és az különbözik-e a magyar női normatív adatok sématartományaitól? Az áttét megléte összefüggésben van-

e azzal, hogy mely sémák aktívak, vagyis lesz-e eltérés a primer és áttétes csoport sémakészletében?

4. Jelen mintában az életkor, a családi állapot jellemzői, illetve az életmódban rejlő rizikófaktorok (pl. túlsúlyosság, dohányzás stb.) összefüggésben állnak-e a primer és áttétes daganattal? További kérdés, hogy a beteg által megítélt szubjektív egészségi állapota, valamint a kapcsolati tényezők mentén elkülönül-e a két csoportot?



1. ábra: A vizsgálat célkitűzései

Az. 1. ábrán mutatom be kutatásaim célkitűzéseit, illetve azok komplexitását: ábrázolni kívántam azt, hogy olyan összetett kérdéskört igyekszem vizsgálni, amelyben a betegséggel küzdő nőt önmagában is befolyásolhatják az olyan tényezők, mint a daganatos betegség, egy áttét megjelenése, vagy pusztán maga a szubjektív egészségi állapot megélése. Fontos felismerni azonban, hogy ezek a tényezők egymással kölcsönhatásban is befolyásolhatják a személyt, így maguk a feltevések komplex kérdéseket fogalmaznak meg. Kutatásom célkitűzése, hogy eredményeivel bővítsem az emlőrákos nőkről való ismereteinket, és mindezzel hozzájárulhassak az egyénre szabott, komplexebb, segítő intervenció kialakításához.

4.1 A vizsgálat a célkitűzései

Az emlőrákos nők szubjektív egészségi és aktuális pszichés állapotának feltérképezése a cél. Vizsgálom, hogy a demográfiai tényezőknek és a rizikófaktoroknak van-e meghatározó szerepe

a primer vagy áttétes betegek életében, illetve, hogy a primer daganat vagy áttét megléte milyen szerepet játszik a szubjektív egészségi állapot, illetve pszichés állapot alakulásában.

Vizsgálom továbbá a normatív minta és a saját vizsgálati minta közötti különbségeket az aktuális pszichés állapotban. Értékelem, hogy van-e különbség a kötődésben és a sémakészletben a daganatos betegek és a normatív adatok között, illetve befolyásolja-e a különbséget az, ha valaki áttétes vagy nem áttétes beteg. Vizsgálom azt is, hogy előrejelzi-e a maladaptív sémákat és az aktuális pszichés állapotot az, hogy valakinek van áttéte és az, ha nincs.

Kereselem továbbá a szubjektív egészségi, a pszichés állapot, a kötődési jellegzetességek és az aktív maladaptív sémák közötti összefüggéseket, illetve, hogy ezek a tényezők hogyan moderálhatják vagy mediálhatják egymást.

4.2 Hipotézisek

A szubjektív egészségi állapotra és a pszichés tünetekre vonatkozó feltevések

1. Előzetes eredményeim (Désfalvi és mtsai, 2016, 2017) alapján feltételezem, hogy az emlőrákos egyénnél az áttét megléte prediktora a szubjektív egészségi és a pszichés állapotnak, vagyis az áttét megléte negatívan fogja befolyásolni az egyén önjellemzését a saját szubjektív egészségi állapotának megítélésében, valamint a pszichés állapotát, azaz a szorongásos, depresszív és egyéb tüneteinek meglétét, vagy hiányát. Ez alapján feltételezem, hogy az áttétes csoportba tartozók az Szubjektív egészségi állapot skálán alacsonyabb értéket fognak elérni, mint a primer csoport tagjai. Az SCL-90-R kérdőív bizonyos faktoraiban (mint például a depresszió vagy a szorongás faktorok) pedig magasabb értékek lesznek jellemzők rájuk, mint a normatív adatok vagy a primer daganattal bíró csoportban lévőkre.
2. Feltételezem, hogy az életkor, valamint a betegek körülvevő kapcsolatok megléte vagy hiánya (család, házasság stb.) a szakirodalommal egyetértésben (Ávila és mtsai, 2017; Désfalvi és mtsai, 2017; Ferrei és mtsai, 2009) mindkét csoportnál összefüggésben lehet az aktuális sémaprofillal, és hatással lehet a betegek pszichés állapotára, valamint arra, hogy a két csoport tagjai miként ítélik meg saját egészségi állapotukat.

A kötődési mintázatokra vonatkozó feltevések:

1. A szakirodalom (lásd például Tacón és mtsai, 2002) alapján feltételezem, hogy az emlődaganatos csoportra általánosságban is jellemzőek lesznek bizonyos kötődési mintázatbeli sajátosságok, illetve egy sajátos sémaprofil. További feltételezésem, hogy az áttét megléte (Áttétes csoport), illetve hiánya (Primer csoport), azaz a betegség súlyossága tovább árnyalhatja a csoporton belüli sajátosságokat, a szubjektív egészségi állapot, illetve a pszichés tünetek függvényében. Ez alapján a következő hipotéziseket állítottam fel:
2. Feltételezem, hogy az áttétes csoport a szakirodalmi adatokkal megegyezően (Nissen, és mtsai 2016; Cicero és mtsai, 2009) nagyobb fokú *elkerülő* kötődési mintázatot fog mutatni, mint a Primer csoport.

A korai maladaptív sémákra vonatkozó hipotézisek

1. Feltételezem, hogy az Önfeláldozás sémartományba tartozó Önfeláldozás-, vagy a Kóros egymásra utaltság sémartományból az Elhagyatottság sémák (Ferrei és mtsai, 2009) valamint a Károsodott autonómia sémartományból a Kudarcrá ítélttség vagy Sérülékenység sémák (Molnár és mtsai, 2013) mind a Primér mind az Áttétes csoportban magasabb értékűek lesznek a normatív adatokhoz képest, azaz feltehetően ezeknek a sémáknak a magasabb aktivitása a teljes csoportra specifikus lehet.
2. A két csoport különbségeit illetően feltételezem, hogy az Áttétes csoportnál az Önfeláldozás séma értékei magasabb lesznek, mint a Primér csoport értékei (Ferrei és mtsai, 2009).
3. Feltételezem továbbá, hogy az emlőrákos nőknél megjelenő jellemző pszichés tüneteket (szorongás, szomatizáció vagy depresszió) a sémaprofilban kimagasló értékeket mutató sémák, valamint a kötődést mérő kérdőívekben megjelenő jellemző kötődési stílusok képesek olyan módon mediálni, vagy moderálni, amelyek befolyásolhatják a pszichés tünetek megjelenését és súlyosságát. Ezáltal olyan útvonalakat kívánok feltárni, amelyek a pszichés tünetek megjelenését a kapcsolati mintázatokkal összefüggésben magyarázhatják és az ezekben rejlő rizikó- és védőtényezők feltárásához adhatnak támpontokat. Ezek segítségével pedig jobban megérthető, megismerhető lesz a mellődaganattal küzdő nők pszichés állapotát befolyásoló kapcsolati mintázatok szerepe mindkét (áttét nélküli és áttétes) betegcsoportban.

MÓDSZEREK

5.1 A vizsgálat menete, eljárás

A vizsgálatba olyan emlőrákkal küzdő nőket vontam be, akiknél a diagnosztikus vizsgálatok – komplex emlővizsgálat (fizikális vizsgálat, röntgen mammográfia, emlő ultrahang), szövettani mintavétel, valamint *staging* vizsgálatok, azaz mellkas-has-kismedencei computer tomográfia (CT) vagy pozitron emissziós tomográfia/computer tomográfia (PET/CT) – eredményei alapján elkészült multidiszciplináris onkoteam javaslat mentén már megkezdődtek az ajánlott onkológiai kezelések. Jelen értekezés kutatói munkáit a Semmelweis Egyetem Onkológiai Központjával szoros együttműködésben végeztem a Központ által megjelölt helyszíneken és időpontokban.

A páciensek beválasztását minden esetben egy személyes beszélgetés előzte meg: összesen 175 fővel vettem fel személyesen a kapcsolatot, de sok esetben családi, távolsági vagy egyéb okok miatt léptek vissza a kérdőívek kitöltésétől. Valamennyi egyénnek az előzetes szóbeli ismertetést és szóbeli beleegyezést követően személyesen átadtam a vizsgálatba való bekerüléshoz szükséges információt és dokumentációs-csomagot, amelyet a TUKEB-engedélynek megfelelően állítottam össze: ilyen a vizsgálati ismertető, tájékoztató arról, hogy bármikor megszakítható a vizsgálat, illetve a kérdőívek kitöltése, stb (a dokumentációs-csomag megtalálható a 7.sz. Mellékletben). A vizsgálatba való beválasztásnál kizáró kritérium volt az, ha a személy korábban, vagy a vizsgálatba kerülés idején pszichiátriai kezelés alatt állt. A korábbi kísérő betegség, mint magas vérnyomás vagy cukorbetegség, nem zárta ki a pácienszt a vizsgálatból. (A mintában 4 fő cukorbeteg található és 15 fő küzd magas vérnyomással.)

A vizsgálatba 91 pácienszt sikerült bevonni, a kérdőíveket minden esetben személyesen vettem fel 2016 és 2019 között. A kérdőív kitöltése átlagosan 70-95 percet vett igénybe. A vizsgálat a SE Onkológiai Központ által kijelölt helyiségben, és minden egyes v.sz-szel személyesen történt, lehetőséget adva bármely kérdés megbeszélésére, avagy segítségre. Azokról a személyekről, akik végül nem kerültek be a vizsgálatba, nem maradtak információim. Részben azért, mert legtöbb nővel csak előzetes, szóbeli tájékoztatás és megegyezés született, részben pedig azok, akik már papíralapon kaptak információs csomagot, azoktól nem kaptam vissza az adatlapot. Többnyire ezek a személyek teljesen kikerültek az intézmény rendszeréből.

5.2 A vizsgálati személyek

Életkori megoszlás

A teljes mintában 91 vizsgálati személy vett részt. Jelen vizsgálatban a szakirodalomban leírt, s már korábban említett korcsoporti különbségekre utalva (pl. Désfalvi és mtsai, 2017; Lai, Tang és Chung, 2009) az emlőrákos populáció árnyaltabb megismeréséhez a résztvevőket korosztályuk szerint több csoportra osztottam. A korcsoport felosztásához figyelembe vettem a fejlődéseméleti életszakaszokat (Erikson, 2002) és az onkológiai szempontokat (Kásler és Ottó, 2008; Dank, 2016; Riskó, 2006):

- I. *Erikson* (1980) fejlődéseméletében a *fiatal felnőtt kor* (20-40 év) a *bensőségesség vagy elszigetelődés* szakasza, amikor a személy már kialakította identitását, befejezte a tanulmányait, családalapításra törekszik, képes az elköteleződésre, a felelősségvállalásra. Ebben a korban fontos a szexualitás, a párkapcsolat, a kialakított énkép. A *felnőttkor* (40-60 év) a *generativitás vagy megrekedés, stagnálás* szakasza, amikor az érett felnőtt még nem érzi magát öregnek, talán ekkor éri el az alkotóképességének kiteljesedését, változás iránti igénye nő, miközben azt kívánja bizonyítani, hogy (még) szükség van rá. Az *időskor* (60 év után) Erikson szerint az „*énintegritás vagy kétségbeesés*” szakasza, amikor vagy úgy ítéli meg a személy, hogy nem élt hiába, vagy rádöbben, hogy az idő túl rövid, és az élet véges, és már nem lehet változtatni.
- II. *Onkológiai szempontból* nagyon meghatározó a nők életkora. Mint azt korábban már említettem, az emlőrák rizikója az életkor bizonyos szakaszán megnő, amely szemléletesen mutatkozik meg az 1. számú táblázatban, mely a 2015-ös év összes magyar emlőrák megbetegedés (n=8275) incidenciáját mutatja életkori bontásban. E táblázat szerint az emlőrákkal szemben a legvesélyeztetett korban a 45-64 éves nők vannak:

1. táblázat: Az emlőrák incidenciája életkori bontásban

| Életkor | 25-29év | 30-34 év | 35-39év | 40-44év | 45-49év | 50-54év | 55-59év | 60-64év | 65-69év | 70-74év | 75-79év | 80-84év | 85- év | összesen |
|-----------|---------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|----------|
| betegszám | 49 | 144 | 310 | 569 | 712 | 660 | 946 | 1356 | 1105 | 1069 | 787 | 526 | 399 | 8632 |

Forrás: Rákregiszter (2018) Országos Onkológiai Intézet, Budapest

A fenti táblázatban megjelölt veszélyeztetési korbesorolást figyelembe véve a következőképp jellemezhetők a fejlődésemélet szakaszai és az onkológiai szempontok alapján az életkori sajátosságok a daganatos betegséggel küzdőknél:

25-44 évesek: ebben a kor-intervallumban a nők már családot alapítanak, többnyire kiskorú még a gyermekük, jellemzően még élnek a szüleik – és párjuk szülei is. Aktívan dolgoznak, karriert építenek, új feladatoknak, kihívásoknak próbálnak megfelelni. Fontos számukra én- és testképük, önértékelésük sokszor függ partnerkapcsolatuk minőségétől. A betegség számukra olyan félelmekkel járhat, amely a testkép változásával van összefüggésben, a nőiesség elvesztésének negatív hatása a párkapcsolatra, vagy aggodalom a gyermekek felnevelése miatt, a feladatok ellátásának, a megkezdett karrier építésének nehézségei (Dank, 2017; Riskó, 2006, 2017).

45-64 év: ebben az időszakban a nők családi élete megváltozhat. Gyermekeik fiatal felnőttek, akik vagy együtt laknak még az eredeti családdal, vagy már maguk is saját családot alapítottak – kialakulhat az „üres fészek” és ez az új helyzet pozitív vagy negatív hatással lehet a párkapcsolatra. A nő teste ebben korban átalakuláson megy keresztül, elkezdődik a változás kora (menopauza), amely legtöbbször pszichés érzékenységgel is együtt jár. Ugyanakkor megváltozik a testkép, ehhez köthetően az önértékelés és önelfogadás problémát jelenthet. Egyéb veszteség is jellemző ebben a korban, például válás, munkahely, barátok, kortársak vagy az idős szülők elvesztése. Az újrakezdés nehézségei, a céltalanság is megjelenhet. A betegség ebben a korban a kiszolgáltatottság érzését fokozhatja (Dank, 2017; Riskó, 2006).

65-85 év: elérkezik egy bizonyos fokú nyugalom kora, sokan már nem vállalnak aktívan szerepet a munka világában. A testképükkel elfogadóbbak, és az önértékelés is kedvezőbb szintre kerül. Párkapcsolatuk többnyire a kölcsönös elfogadáson alapul, életükben fontos szerepet kaphatnak az unokák. E korban a veszteségélmények sokszorozódhatnak, felléphet a szorongás az élet végességének gondolatától. Többen fordulnak a spiritualitás, a vallások felé, amelyek támaszként csökkenthetik a félelmeket. (Dank, 2017; Riskó, 2006).

A bemutatott elméletekből kitűnik, hogy az életkori szakasz-meghatározások igen hasonlóak a fejlődépszichológiai, illetve az onkológiai szempontok alapján, így jelen kutatásban is megfelelő alapot nyújtottak a vizsgálat korcsoport-meghatározásához. Munkámban a fenti szempontok alapján és az elemszámnak megfelelően három korcsoportot különítettem el: **A**-csoport, a fiatalabbak – **25-45 év**; **B**-csoport, a középkorúak – **46-58 év** és **C**-csoport, az idősebbek – **59-86 év**.

Családi állapot

A demográfiai kérdőívben (lásd 1. Melléklet) a *családi állapot* feltárásához nyolcféle lehetőség közül választhatott a vizsgálatban résztvevő személy: 1. hajadon; 2. házas; 3. élettársi

kapcsolatban él; 4. elvált, de családban él; 5. elvált, és egyedül él; 6. özvegy, de családban él; 7. özvegy, és egyedül él; 8. volt kapcsolata, de megszakadt. A vizsgálat elemzéséhez ezekből a válaszlehetőségekből három csoportot képeztem, amelyekhez a következő összevonásokat alkalmaztam:

1 = *Jelenleg is kapcsolatban él*

(2 = házas)

(3 = élettársi kapcsolat)

2 = *Egyedül él*

(1 – hajadon)

(5 – elvált és egyedül)

(7 – özvegy és egyedül)

(8 – volt kapcsolata, de megszakadt)

3 = *Családban él*

(4 = elvált, de családban él)

(6 = özvegy, de családban él)

Iskolai végzettség

A demográfiai adatok egyik kérdése az iskolai végzettség feltárására vonatkozott (1. Melléklet). Ez az információ mind a kutatási, mind onkológiai szempontból igen fontosnak mutatkozik a szakirodalom szerint (lásd Dégi, 2010).

Fizikai aktivitás és annak jellege

A mintánkban az aktívan dolgozókat két csoportba soroltam: szellemi foglalkozásúak és fizikai munkát végzők. Külön csoportot alkottak a nyugdíjas, vagyis aktív munkát már nem végző személyek. Megjegyzendő, hogy a nyugdíjas csoportban található olyanok nők, akik korban ugyan még nem érik el a korhatárt, de a betegség okán leszázalékolt-nyugdíjas, vagy rokkantnyugdíjas státuszban szerepelnek a mintában.

A vizsgált személyek onkológiai kezelése

A vizsgálatba bevonás kritériuma volt, hogy csak azok a nők vehetnek részt, akiket a mellrák diagnózisa után már valamilyen onkológiai terápiában részesítettek. Ez azért volt fontos, mert a szakirodalom (lásd Riskó, 2006) és a saját tapasztalatom szerint is azokat, akik a friss diagnózissal még a terápia előtt állnak, magasabb félelem és szorongás jellemzi, mint azokat, akiknél már elindult egyfajta kuratív kezelés, vagy megtörtént a műtét. A kuratív kezelések

lehetnek a neoadjuváns-, adjuváns kezelések, sugár-, biológiai, immun- és hormonterápiák, valamint a műtét.

5.3 Vizsgálati módszerek

A következőkben bemutatom a kutatásban alkalmazott kérdőíveket, skálákat, illetve a vizsgálat kvalitatív komponenséhez használt módszert.

5.3.1 A demográfiai adatok és betegséggel kapcsolatos információk kérdőíve

A résztvevők számára demográfiai kérdésekből álló kérdőívet állítottam össze, amelynek részletes mintája a mellékletben található. (1. Melléklet). A kérdőív a következő témaköröket tartalmazza:

I. Demográfiai adatok

- életkor
- iskolai végzettség
- családi állapot
- gyermekek megléte és száma
- foglalkozás és annak jellege, munkahelyi aktivitás
- rizikófaktorral kapcsolatos kérdések
- dohányzással kapcsolatos szokások
- alkoholfogyasztással kapcsolatos szokások
- testmozgással kapcsolatos szokások
- BMI Index meghatározás– testmagasság és testsúly alapján

II. Betegséggel kapcsolatos faktorok

- tesztfelvétel ideje: év/hónap
- diagnózis időpontja: év/hónap
- kezelések fajtái
- műtét ideje, fajtája
- betegség stádium/áttét szerinti besorolása

5.3.2 A szubjektív egészség és a pszichés állapot felmérése

5.3.2.1 Egytétéles szubjektív egészségi állapotot mérő skála – SRH

A vizsgálati személyek aktuális, vagyis a vizsgálatba kerülésük idején szubjektíven megítélt egészségi állapota méréséhez egytétéles, a szubjektív egészségi állapotot mérő (továbbiakban: SRH) skálát alkalmaztam (1. Melléklet). A résztvevőknek a következő kérdésre válaszolva kellett egy 5 pontos Likert-típusú skálán megjelölni, hogy szubjektíve milyenek élik meg az egészségi állapotukat: „*Összességében hogyan minősítené a saját egészségi állapotát?*” A lehetséges válaszok: 1- nagyon rossz, 2 - rossz, 3 - közepes, 4 - jó, és 5 - kiváló.

Az egytétéles skálákat széles körben használják, mivel könnyen adaptálhatók különböző populációkra, rövidítik a kérdőíveket, így költséghatékonyak, s mivel kitöltésük kevesebb időt, kisebb ráfordított erőfeszítést vesz igénybe, magasabb a válaszadási hajlandóság (Ittész és mtsai, 2014). Idler és Benyamini (1997) huszonhét olyan tanulmányt vett górcső alá, amely egytétéles skálával kérdezett rá a személyek a szubjektív egészségi állapotára. Munkájukban igazolták az egytétéles skálák megbízhatóságát, Az egytétéles skáláknak minden bizonnyal vannak korlátai is, hiszen egy kérdés nem minden esetben tud megfelelő érzékenységgel jelzőértékűvé válni, de számos tanulmány bizonyította többtétéles mérőeszközök összevetésével az egytétéles skálák megbízhatóságát és validitását (Ittész és mtsai, 2014; Abdel-Khalek, 2006; Atroszko és mtsai, 2015).

5.3.2.2 Derogatis-féle tünetlista - SCL-90-R (Symptom Check List-90-R, 1977)

A pszichés tünetek meglétének és súlyossági fokának mérésére a Derogatis-féle többdimenziós tünetlista (Symptom Check List-90-R, azaz SCL-90-R, Derogatis, 1977) magyar változatát (Unoka és mtsai, 2004) használtam (2. Melléklet). A tünetlista 90 tételt tartalmaz és 9 alskálából áll:

1. **szomatizáció**, 12 tétel (pl. „*fejfájás, mellkasi*” vagy „*csökkenő energia vagy lassúság érzése*”), (jelen vizsgálatban a Cronbach alfa = 0,818),
2. **kényszer**, 9 tétel (pl. „*akaratlan dolgok, szavak, amelyeket nem tud a gondolataiból kiűzni*” vagy „*probléma visszaemlékezni dolgokra*”), (jelen vizsgálatban a Cronbach alfa = 0,717),
3. **interperszonális érzékenység**, 9 tétel (pl. „*félénkség, nehéz kapcsolatteremtés a másik nimmel*” vagy „*sértődékenység*”), (jelen vizsgálatban a Cronbach alfa = 0,845),

4. **depresszió**, 13 tétel (pl. „*érdektelenség a dolgok iránt*” vagy „*az elmúlás, vagy a halál gondolata*”), (jelen vizsgálatban a Cronbach alfa = 0,904),
5. **szorongás**, 10 tétel (pl. „*túlzott aggodalom a dolgok miatt*” vagy „*idegesség, belső bizonytalanság*”), (jelen vizsgálatban a Cronbach alfa = 0,841),
6. **ellenségesség**, 6 tétel (pl. „*leküzdhetetlen vágy, hogy megüssön valakit*” vagy „*kiabálás, a tárgyak földhöz vágása*”), (jelen vizsgálatban a Cronbach alfa = 0,755),
7. **fóbia**, 7 tétel (pl. „*nyílt téren, vagy az utcán érzett félelem*” vagy „*fél egyedül elmenni otthonról*”), (jelen vizsgálatban a Cronbach alfa = 0,746),
8. **paranoia**, 6 tétel (pl. „*a legtöbb emberrel szemben érzett bizalmatlanság*” vagy „*úgy érzi, figyelik, beszélnek önről*”), (jelen vizsgálatban a Cronbach alfa = 0,709),
9. **pszichoticizmus**, 10 tétel (pl. „*az a gondolat, hogy valami komoly testi baja van*” vagy „*a gondolat, hogy valami baj van az elmeműködésével*”), (jelen vizsgálatban a Cronbach alfa = 0,706),
10. skála az **egyik skálába sem sorolható testi és pszichés tünetek** tételeinek csoportja (pl. „*probléma visszaemlékezni dolgokra*”).

A kitöltő ötfokú skálán értékeli, hogy az adott tünet mennyire zavarta az elmúlt egy-két hétben (0– egyáltalán nem, 4–nagyon).

Az SCL-90-R kérdőívet mind kutatásokban, mind a gyakorlatban jól használható mérőeszköznek ítélik, amely alkalmas a szorongás, a depresszió, a kényszer, a szomatizáció vagy az interperszonális érzékenység mérésére (Schmitz és mtsai, 1999; Unoka és mtsai, 2004b). A magyar adaptáció a nemzetközi adatokkal összhangban bizonyította a mérőeszköz validitását és megbízhatóságát magyar klinikai és *normatív* – azaz egészséges populáción is (Unoka és mtsai, 2004b).

Szeretném felhívni a figyelmet azonban arra, hogy a tünetlistában megjelenő pszichés meghatározások nem klinikai kórképet, illetve klinikai szintű zavarokat jelölnek, hanem csupán tünetet mutatnak, amelyek nem teszik lehetővé a klinikai diagnózist.

5.3.3 Kötődést mérő kérdőívek

Kutatásomban négy, Magyarországon is validált és megbízhatónak talált kötődést mérő kérdőívet használtam. A kérdőívek kiválasztásának egyik szempontja volt, hogy magyar nyelven is bemért és megbízhatónak talált mérőeszközt alkalmazzak. Másik szempontja volt, hogy olyan eljárásokat vonjak be, amelyek segítségével a kötődési mintázatok és a kapcsolati sémák többféle aspektusát, rétegét, illetve terület-specificitását tudom megragadni. Az ECR-R

(Nagy, 2005) alkalmazásával a párkapcsolati kötődés mérését, az ASQ-H (Hámori és mtsai, 2016a, 2016b) segítségével az általános, azaz nem egy adott személyre vonatkozó kötődési mintázat feltérképezését, míg a H-PBI (Tóth és Gervai, 1999) bevonásával a szülőkhöz fűződő kötődési attitűd felmérését céloztam meg. A YSK (Unoka és mtsai, 2004a) segítségével pedig a maladaptív kapcsolati sémák profiljának jellegzeteségeit kívántam felmérni.

Kutatásom újdonsága, hogy a kötődést mérő eljárások ilyen szempontú kombinálása nem jelenik meg a szakirodalomban daganatos betegek kötődésvizsgálatában. A kutatások többsége csupán egy-egy eljárást használ, ami magyarázza az ezen a területen tapasztalt ellentmondásos eredményeket (Désfalvi és mtsai, 2017). Többfajta eljárás egyidejű kombinálását számos szerző javasolja a felnőtt kötődés vizsgálataiban (lásd pl. Mikulincer és mtsai, 2007) ezek alkalmazása azonban még gyerekcipőben jár a daganatos betegek kapcsolati mintázatainak feltérképezésében.

5.3.3.1 Közvetlen Kapcsolatok Élményei - ECR–R Kérdőív

Vizsgálatomban a Közvetlen Kapcsolatok Élményei Kérdőív önkitöltős változatát (azaz Experience in Close Relationships Scale, továbbiakban ECR-R, Brennan és mtsai 1998, Nagy, 2005) alkalmaztam a felnőtt párkapcsolati kötődés mérésére (3. Melléklet).

A párkapcsolati kötődés kérdőív kidolgozása Brennan, Clark és Shaver (1998) nevéhez fűződik, akik a kilencvenes években az addig kidolgozott, többféle önkitöltős kötődést mérő kérdőív több száz tételéből kiválogattak 320 tételt, majd azok elemzése után létrehozták a 142 itemből álló ECR – Közvetlen Kapcsolatok Élménye – kérdőívet. Ezzel a kérdőívvel lehetségessé vált a kötődés kategóriális és dimenzionális mérése. A válaszolóknak 7 fokú Likert-skálán volt módjuk értékelni a kijelentéseket, amelyekkel két dimenzió, a *szorongás* és *elkerülés* faktorok váltak mérhetőkké (Jantek, Vargha, 2016). Fraley, Waller és Brennan (2000) átdolgozták az ECR kérdőívet, és az átdolgozott, 36 itemből álló változatot 2000-ben jelentették meg ECR-S néven. Az átdolgozás lényege az itemek szelektálását, és az *elkerülés* dimenzió egyes tételeinek átalakítását jelentette, míg a *szorongás* dimenzió állításai változatlanul maradtak. Az állításokat ugyanúgy, 7 fokú Likert-típusú skálán kell értékelni (1- nagyon nem értek egyet, 7- nagyon egyetértek). A kérdőívet magyar nyelvre Nagy László 2005-ben adaptálta és validálta normatív és klinikai mintán. A későbbiekben megjelent az ECR-L (long) változat, majd az ECR-S (short) változat és az ECR-R változat, amelyben Fraley és munkatársai (2000) az itemek szövegét pár helyen módosították. (Nagy, 2005). A vizsgálatban az ECR-R változatot alkalmaztam –

amelynek hivatalos magyar adaptációja még nem született, kutatási célra történt fordítása a PPKE és PTE egyetemen (Nagy, 2005), – amelynek a két alskálája:

- *Kapcsolati szorongás* - 18 itemet tartalmaz, amellyel a visszautasítástól és elhagyatástól való félelmet mérik (Fraley és mtsai, 2000): pl. „Félek attól, hogy elveszítem a partnerem szerelmét”
- *Kapcsolati elkerülés* - 18 itemet tartalmaz, amellyel az intimitás elkerülését, a közelség kényelmetlen megélését mérik (Fraley és mtsai, 2000): pl. „Jó érzés közel lenni a páromhoz”

A két alskála elért pontszámai alapján a vizsgálati személyek négy kötődési kategóriába sorolhatóak:

- *Biztonságos* – alacsony Kapcsolati szorongás és Kapcsolati elkerülés
- *Belebonyolódott* – magas Kapcsolati szorongás, alacsony Kapcsolati elkerülés
- *Elutasító* – alacsony Kapcsolati szorongás, magas Kapcsolati elkerülés
- *Félelemteli* – magas Kapcsolati szorongás, magas Kapcsolati elkerülés

Nagy László (2005) vizsgálatában a megbízhatósági értéket a következők voltak: Szorongás: Cronbach alfa=0,75; Elkerülés: Cronbach alfa=0,82. Jelen vizsgálatban a Szorongás: Cronbach alfa= 0,897; Elkerülés: Cronbach alfa = 0,921. - Tehát a kérdőív megbízhatósági értéke megfelelő.

5.3.3.2 A kötődési stílus mérése – ASQ kérdőív

A kötődési stílus felméréséhez a Kötődési Stílus Kérdőíve (Attachment Style Questionnaire, ASQ, Feeney és mtsai 1994) magyar változatát, az ASQ-H-t, (Hámori és mtsai, 2016a), alkalmaztam (továbbiakban: ASQ-H) (4. Melléklet). A mérőeszköz az ECR-R-hez hasonlóan többdimenziós modell alapján méri a kötődési stílust a személy számára fontos másokhoz fűződő viszonyában.

Hámori és munkatársai (2016a) az ASQ-H magyar mintán történt adaptálása során két fő dimenzióba rendeződtek a skálákat. A Kötődés főfaktorba a Biztonság a kapcsolatokban (BK), a Kapcsolatok fontossága az én szempontjából (KFÉ) és az Ambivalencia, távolítás, önleértékelés (ATÖ) skálákat, és az Önérvényesítés, függetlenség főfaktorba különítette el a Függség, függetlenség (FF) és az Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben (ÖV) skálákat. Az ASQ-H az életkori és a párkapcsolati tapasztalatokat, valamint az egyén kötődési mintázatát

figyelembe véve tehát lehetővé teszi az olyan személyiség összetevők mérését is, mint a személy igénye az önmegvalósításra, illetve a függésre vagy függetlenségre is (Hámor és mtsai, 2016a).

Az ASQ kérdőív 40 állítást tartalmaz, amelyet hatpontos Likert-skálán értékelhetnek a vizsgálatban résztvevő személyek aszerint, hogy az egyes állításokkal mennyire értenek egyet. Hámori és munkatársai (2016b) öt faktort azonosítottak,

1. KFÉ– *Kapcsolatok fontossága az én szempontjából* (továbbiakban: KFÉ -13 tétel)
Az alskálában található állítások az önértékeléssel, az önbizalommal és önmeghatározással kapcsolatos kérdéseket fogalmaz meg. Pl.: „*Fontos számomra, hogy mások kedveljenek*”. (jelen vizsgálatban a Cronbach alfa = 0,749)
2. ATÖ – *Ambivalencia, távolítás, önleértékelés* (továbbiakban: ATÖ – 9 tétel) – Az alskálában található állítások az intimitás kerülésével, az ambivalenciával és az önleértékeléssel kapcsolatosan fogalmazódtak meg: „*Szívesebben vagyok magamban*”. (jelen vizsgálatban a Cronbach alfa= 0,776)
3. BK – *Biztonság a kapcsolatokban* (továbbiakban: BK – 10 tétel) – Az alskálában található állítások a kapcsolati biztonsággal, a közelség megélésével és a másokba vetett bizalom kérdéskörével kapcsolatosak, mint például: „*Segítséget kérni annyi, mint beismerni, hogy sikertelen vagyok*”. (jelen vizsgálatban a Cronbach alfa = 0,764).
4. ÖV – *Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben* (továbbiakban: ÖV- 5 tétel) – Az alskálában található állítások Az alskálában található állítások egyénönérvényesítésével, eredményességével és kötelességtudatával kapcsolatosak, mint pl.: „*Nehéz számomra másoktól függeni*”. (jelen vizsgálatban a Cronbach alfa= 0,77)
FF– *Függés, függetlenség* (továbbiakban: FF – 3 tétel) – Az alskálában található állítások az önállóság, függetlenség és önmagára támaszkodás igényének témakörével kapcsolatosak, mint pl.: „*Nem okoz kellemetlen érzést másoktól függeni*”. (jelen vizsgálatban a Cronbach alfa = 0,726)

Vizsgálatomban az ASQ-H kérdőív megbízhatósága a fent jelzett Cronbach alfa értékek alapján megfelelő.

5.3.3.3 Szülői bánásmód - H-PBI kérdőív

A Szülő Bánásmód Kérdőív (Parental Bonding Instrument – PBI, Parker, 1983) magyar változatát Tóth és Gervai adaptálták 1999-ben (továbbiakban: H-PBI) (5. Melléklet). A H-PBI Kérdőív a gyermekkori szülői bánásmódra való visszaemlékezést méri a szülő-gyermek kapcsolat *szeretet-elutasítás*, valamint a *függetlenség, bátorítás és korlátozás* dimenziókban (Tóth, Gervai, 1999). A kérdőív módszertani leírását Parker és munkatársai dolgozták ki 1979-ben (in Tóth, Gervai, 1999). azzal a céllal, hogy a Schaffer (1959, in Tóth, Gervai, 1999). által kimutatott két fő dimenziót, az *érzelem* és a *korlátozás* értékeit tudják mérni. A H-PBI kérdőív a *gyermekkori szülői bánásmódról* kérdezi a személyt, az akkori észlelésekről, a konkrét szülői viselkedésformára kérdez rá (Tóth, Gervai, 1999). A vizsgálati személyeknek 25 állítást kell értékelniük egy négyfokú skálán annak megfelelően, hogy mennyire tartják azt az anya, illetve (külön kérdőívben) az apa viselkedésére nézve jellemzőnek az életük első 16 évében. A H-PBI kérdőív változóinak fő komponense két faktor adott: a *szeretet-törődés* versus *elutasítás*, illetve a *túlvédés* versus *önállóság/függetlenség bátorítása* dimenziókat. Az első faktor egyik végpontján a szeretettel, érzelmileg meleg, empátiás szülői viselkedésre, a másik végpontján az érzelmi hidegségre, közömbösségre és elhanyagoltságra utaló szülői viselkedésre jellemzők a tételek. A második faktor egyik végpontján a *kontrolláló, túlvédő, beavatkozó, infantilizáló, függetlenséget gátló*, míg az ellentétes oldalon a *függetlenséget és önállóságot bátorító* szülő viselkedés változói jelennek meg nagyobb súllyal. A H-PBI magyar változata két dimenzió, a – *Szeretet - törődés* és a *Korlátozás* dimenziók mentén képes mérni a perceptuált szülői viselkedés-stílusokat (Tóth, Gervai, 1999).

Tóth és Gervai (1999) eredményei szerint a skálaértékek függetlenek kortól, nemtől és szociális háttértől. A magyar változatban Tóth és Gervai (1999) három fő faktort különített el:

1. A **Szeretet - törődés** – faktor 12 tételből áll. Olyan állításokat tartalmaz, mint pl.: „*Meleg, barátságos hangon beszélt hozzám*”, vagy „*Gyakran mosolygott rám*”, vagy „*Nem dicsért meg*”. (jelen vizsgálatban a Cronbach alfa - *anya*: 0,934, jelen vizsgálatban a Cronbach alfa - *apa*: 0,945)
2. A **Túlvédés** – faktor 7 itemből áll, és olyan állításokat tartalmaz, mint például: „*Nem akarta, hogy felnőtte váljak*”, vagy „*Igyekezett mindenben irányítani*” - voltak. (jelen vizsgálatban a Cronbach alfa - *anya*: 0,832, Cronbach alfa - *apa*: 0,835)

3. **Korlátozás** – faktor 6 iteme olyan állításokat tartalmaz, mint például: „*Engedte, hogy azt tegyem, amihez kedvem van*”, vagy „*Hagyta, hogy úgy öltözködjem, ahogy nekem tetszik*” (jelen vizsgálatban a Cronbach alfa - *anya*: 0,869, Cronbach alfa - *apa*: 0,915)

Jelen vizsgálatban a H-PBI – (külön anyára és apára) kérdőív megbízhatósági értékei a fentiek alapján megfelelőek.

5.3.4 A korai maladaptív sémák feltérképezése

A Young-féle Séma Kérdőív (Young Schema Questionnaire, továbbiakban: YSK). az alapvető szükségletek kielégítését akadályozó kognitív, maladaptív sémák mérésére szolgál (Young és Brown, 1994). (A kérdőív megtekinthető a 6. Mellékletben, a megbízhatósági értékek pedig a 6/a. Mellékletben.)

A korai maladaptív kapcsolati sémák feltárására a Young féle Séma Kérdőív magyar adaptációjának (Unoka és mtsai, 2004a) hosszú változatát használtam, amelynek 244 iteme 19 maladaptív sémát vizsgál. E sémák öt magasabb szintű sématarományba csoportosulnak. A biztonságos kötődést, az intimitás-szükségletet akadályozó sémákat mérő *Elszakítottság* és *Elutasítottság* sématarományba tartozó hat séma a következő:

- (1) Érzelmi depriváció, Elhagyatottság-instabilitás, Bizalmatlanság-abúzus, Társas izoláció-elidegenedettség, Csökkentértékűség-szegény, Társas elutasítottság érzése. Például: „*Nem kaptam szeretetet és figyelmet*” vagy „*végül azt hiszem, egyedül maradok*”. (jelen vizsgálatban a Cronbach alfa tartománya Min = 0,878; Max = 0,935).

Az autonóm működést, a függetlenséget akadályozó kognitív sémákat mérő *Károsodott autonómia és teljesítőképeség* sématarományba négy séma tartozik:

- (2) Kudarca ítéltés, Dependencia-inkompetencia, Sérülékenység-veszélyeztetettség, Összeolvadottság-éretlenség. Például: „*Úgy érzem, a világ veszélyes*” vagy „*Kapcsolataimban hagyom, hogy a másik diktáljon*”. (jelen vizsgálatban a Cronbach alfa tartománya Min = 0,869; Max = 0,929).

A kölcsönösség és az önfegyelem zavarait mérő, a *Határok károsodott volta* sématarományba két séma tartozik

- (3) Feljogosítottság-grandiozitás, Elégtelen önkontroll-önfegyelem. Például: „*Különleges ember vagyok, és nem kell elfogadnom a többi emberre vonatkozó korlátokat*” vagy

„Könnyen elunom magam”. (jelen vizsgálatban a Cronbach alfa tartománya Min = 0,814; Max = 0,880).

A saját szükséglet érvényesítésének képességét akadályozó kogníciókat mérő, *Kóros másokra utaltság* sémartartományba három séma tartozik:

(4) Behódoltság, Önfeláldozás, Elismerés hajszolása. Például: „*Azt akarom, hogy szeressenek, még azok is, akiket nem kedvelek*” vagy „*Önbecsülésem elsősorban azon múlik, hogy mások milyenek tartanak*”. (jelen vizsgálatban a Cronbach alfa tartománya Min = 0,906; Max = 0,921).

Az önkifejezés szükségletét akadályozó kogníciókat mérő *Aggályosság és gátlás* sémartartományba négy séma tartozik:

(5) Negativizmus-pesszimizmus, Érzelmi gátoltság, Könnyörtelen mércék és Büntető készenlét. Például: „*Ha hibázom, megérdemlem a büntetést*” vagy „*Még, ha jól mennek is a dolgok, azt érzem, hogy ez csak átmeneti*”. (jelen vizsgálatban a Cronbach alfa tartománya Min = 0,884; Max = 0,903).

A YSK kérdőív 244 állítására hatfokú skálán adhatók a személyre jellemző válaszok: 1- egyáltalán nem igaz rám – 6-tökéletesen igaz rám. A kérdőív magyar adaptációja során igazolódott, hogy a reliabilitása a legtöbb faktorban igen jó (Unoka és mtsai, 2004a).

Vizsgálatunkban a YSK kérdőív megbízhatósági értékei a fentiek alapján megfelelőek.

5.4 A kutatásban alkalmazott statisztikai módszerek

Vizsgálatomban a többváltozós statisztikai elemzéseket a IBM SPSS 24. verzió, Excel 2010, Andrew Hayes: Process programcsomaggal végeztem.

Leíró statisztikákat táblázatokban és grafikonokon jelenítettem meg. Csoportok közötti különbségek vizsgálatára független-mintás t-próbát és Khi-négyzet próbát, illetve egyszempontos ANOVA-t alkalmaztam. A skálák közötti egyszerű összefüggések vizsgálatára Pearson és Spearman korrelációt, lineáris regressziót használtam, a komplex összefüggések feltárására Moderáció és mediáció elemzést alkalmaztam.

5.5 Etikai szempontok és engedélyezés

A kutatásban való részvétel minden esetben önkéntes volt, a vizsgálati személy döntött arról, hogy részt vegyen-e a vizsgálatban azt követően, hogy előzetes szóbeli tájékoztatást kapott a kutatás céljáról, az előre látható időtartamáról, valamint arról, hogy milyen módszerek

alkalmazásával történik a vizsgálat. A vizsgálati személyek tudomására hoztam, hogy a kutatásból bármikor, indoklás nélkül kiléphet minden következmény nélkül. Tájékoztattam őket, hogy a vizsgálatban való részvételért semmilyen juttatásban nem részesülnek és nem jár semmilyen előnnyel vagy hátránnyal. A résztvevőket szóban és írásban tájékoztattam a titoktartási kötelezettségemről, és hogy a vizsgálat teljesen anonim, ami azt is magában hordja, hogy a teljes anonimitás megtartása érdekében a későbbiek folyamán nem lesz lehetőség az egyéni eredmények visszakeresésére, azok megtárgyalására. A szóbeli beleegyezés után a vizsgálati személy írásbeli tájékoztatást is kapott mind a jogaikról, mind a kutatási eljárásáról, amelyet a TUKEB által elfogadott beleegyező nyilatkozat aláírásával fogadott el.

A vizsgálatához szükséges etikai engedélyt a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága (engedély száma: 31/2014) állította ki. (A TUKEB Etikai Engedély másolata és a hozzá tartozó dokumentáció, valamint a beleegyező nyilatkozatminta a 7. Mellékletben található). A kutatást mindvégig az engedélynek megfelelően végeztem.

A kutatás alatt készült valamennyi dokumentációt elkülönítve és elzárva tartom, kérésre azonnal bemutathatóan, és az elkövetkezendő öt évig megőrzöm.

EREDMÉNYEK

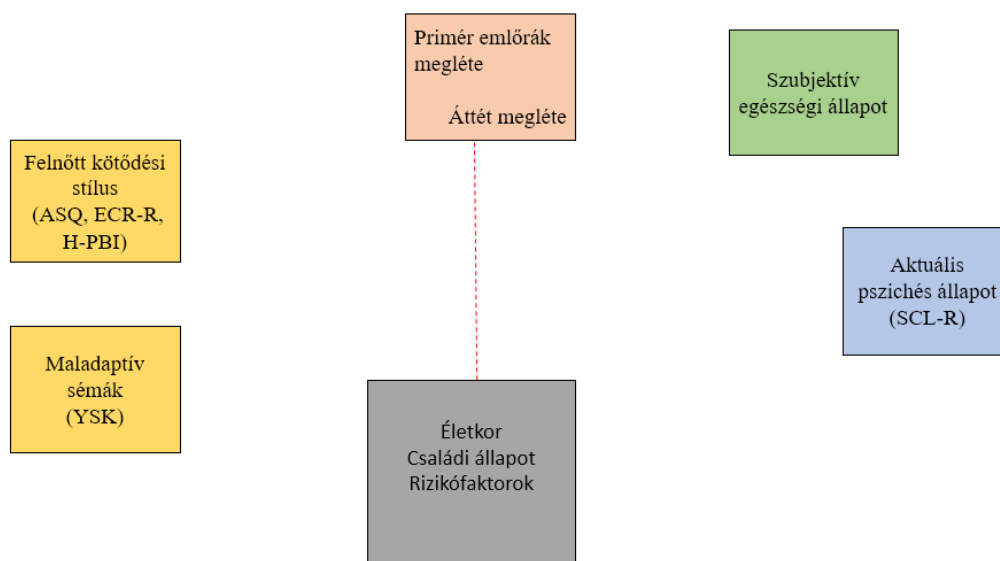
A kutatás keresztmetszeti vizsgálatában első lépésben az emlődaganatos nőket a demográfiai adatok (életkori csoport, családi állapot, iskolai végzettség, és életmódbeli rizikótényezők) alapján elemzem, majd a betegcsoportok (primer és áttétes daganatosok) pszichoszociális jellemzőit hasonlítom össze olyan konstruktumok bevonásával, mint a szubjektív egészségi állapot és az aktuális (vagyis a betegség idején mért, és nem klinikai szintű) pszichés tünetek. Ezt követően a csoportok kötődési stílusát és korai maladaptív sémáikat térképezem fel, majd elemzem azokat a lehetséges összefüggések vagy hatásokat, amelyek megismerése rámutathat a betegséggel küzdő személyek jellemzőire. Mivel egészséges kontrollcsoportja nem volt a kutatásnak, a vizsgálati minta adatait többször az adott kérdőív magyar adaptációjához felvett, egészséges magyar női minta adataival hasonlítottam össze. Ezek az általam normatív adatoknak feltüntetett (későbbiekben: Normatíva) halmazokban egyezők és életkorban hasonló változatosságot mutattak, mint a vizsgált mintában szereplő alanyok életkora. Egyéb információ - pl. családi állapot vagy foglalkozás – nem állt rendelkezésemre, ami egyben egyik korlátja a vizsgálatnak.

6.1 Az emlődaganatos nők bemutatása az életkor, a családi állapot, az iskolai végzettség és az életmódbeli rizikótényezők mentén

6.1.1 Demográfiai jellemzők

Demográfiai változók, mint az életkor, a családi állapot, gyermekek száma, az iskolai végzettség és a munkahelyi aktivitás az alábbiak szerint alakult a mintában:

A tesztfelvétel idején 47 személynél (51,65%) állapítottak meg primér melldaganatot, 44 személynél (48,35%) már jelen volt valamilyen távoli áttét.



2. ábra: A Primer és Áttétes csoport demográfiai adatainak vizsgálata

Életkor

Az életkor szerint három életkori csoportot határoztam meg (lásd 5.1 fejezet). A három életkori csoport: A csoport a 25-45 év közötti fiatalabbak, a B csoport a 46-58 év közötti középkorúak, és a C csoport a 59-86 év közötti idősök csoportja. A mintában lévő életkori csoportok a 2. táblázatban láthatók:

2. táblázat – a Minta életkori felosztása

| Csoport | Életkori sáv | Elemsszám | Átlagéletkor | Életkor mediánja | Szórás | Minimum | Maximum |
|-----------|--------------|-----------|--------------|------------------|--------|---------|---------|
| A csoport | 25-45 év | 28 | 38,464 | 40 | 5,419 | 27 | 45 |
| B csoport | 46-58 év | 32 | 51,719 | 52 | 3,862 | 46 | 58 |
| C csoport | 59-86 év | 31 | 66,129 | 65 | 5,402 | 59 | 81 |

A táblázatból kiderül, hogy a három korcsoport elemszáma közel azonos, a vizsgálatba való véletlenszerű bekerülés ellenére.

Az elemzésben szereplő emlődaganatos nők mintáját két csoport alkotja: a primer daganatosok csoportja – továbbiakban *Primer* - vagyis azok, akiknél a tesztfelvétel idején primer emlődaganatot állapítottak meg, és nem volt kimutatható áttétük (n = 47), illetve az áttétes emlődaganatosok csoportja – továbbiakban *Áttétes* -, vagyis azok a nők, akiknél a tesztfelvétel idején már volt kimutatható, azaz igazolt áttét valamely távoli szervben az elsődleges emlődaganat mellett (n = 44).

A **Primer és az Áttétes** csoport tagjainak száma a vizsgálatba való véletlenszerű bekerülés ellenére közel azonos. Az életkor szempontjából a két csoportban nem találtam különbséget, $X^2(df = 2; N = 91) = 0,201$ $p = 0,904$ $\varphi = 0,047$; tehát elmondható, hogy jelen mintában az életkornak nincs hatása arra, hogy valaki áttétes, vagy primer emlőrákkal küzd. A leíró adatokat az 3. táblázat tartalmazza.

3. táblázat: A Primer és Áttétes emlőrákos nők életkori bontása

| | 25-45 év | | 46-58 év | | 59-86 év | | Teljes minta |
|---------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % | N |
| Primer | 15 | 31,9% | 17 | 36,2% | 15 | 31,9% | 47 |
| Áttét | 13 | 29,5% | 15 | 34,1% | 16 | 36,4% | 44 |
| Teljes minta | 28 | 30,8% | 32 | 35,2% | 31 | 34,1% | 91 |

Családi állapot

A teljes minta családi állapotát a Módszertani fejezetben (lásd 5.1 fejezet) bemutatott felosztásban jellemzem. Ez lehetővé teszi a kapcsolatban élők, és az egyedül élők arányának jobb szemléltetését.

A családi állapot felosztás mentén nincs szignifikáns eltérés az életkori csoportok között. $\chi^2(4) = 4,295$ $p = 0,368$ $\varphi = 0,368$. Arányaiban megegyezik a három korosztály abban, hogy hányan élnek jelenleg is kapcsolatban (több mint fele), hányan élnek egyedül (kevesebb, mint egyharmada), illetve családban (kevesebb, mint egynegyede) (4. táblázat).

4. táblázat: Családi állapot

| | Jelenleg is kapcsolatban él | | Egyedül él | | Családban él | |
|---------------------|-----------------------------|--------------|------------|--------------|--------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 25-45év | 14 | 50,0% | 9 | 32,1% | 5 | 17,9% |
| 46-58év | 21 | 65,6% | 4 | 12,5% | 7 | 21,9% |
| 59-86év | 16 | 51,6% | 10 | 32,3% | 5 | 16,1% |
| Teljes minta | 51 | 56,0% | 23 | 25,3% | 17 | 18,7% |

Khi-négyzet próbával vizsgáltam, a Primer és az Áttétes csoportok kapcsolatát a családi állapottal (párkapcsolatban, egyedül, vagy családban él). Nem találtam szignifikáns különbséget a különböző családi állapotú nők között abban, hogy van-e áttétük vagy sem χ^2 (2, N = 91) = 2,583 p = ,275 = 0,168. (5. táblázat)

5. táblázat: Családi állapot

| | Jelenleg is kapcsolatban él | | Egyedül él | | Családban él | |
|--------------|-----------------------------|--------------|------------|--------------|--------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Primer | 23 | 48,9% | 15 | 31,9% | 9 | 19,1% |
| Áttétes | 28 | 63,6% | 8 | 18,2% | 8 | 18,2% |
| Total | 51 | 56,0% | 23 | 25,3% | 17 | 18,7% |

Iskolai végzettség

A 6. táblázat bemutatja a teljes minta és az életkori csoportokra jellemző iskolai végzettséget:

6. táblázat: A mintára jellemző iskolai végzettség

| | szakm. képző | | érettségi | | főiskola | | egyetem | |
|---------------------|--------------|---------------|-----------|----------------|-----------|----------------|-----------|----------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 25-45év | 1 | 3,6% | 5 | 17,9% | 3 | 10,7% | 19 | 67,9% |
| 46-58év | 1 | 3,1% | 3 | 9,4% | 6 | 18,8% | 22 | 68,8% |
| 59-86év | 4 | 12,9% | 9 | 29,0% | 8 | 25,8% | 10 | 32,3% |
| Teljes minta | 6 | (6,6%) | 17 | (18,7%) | 17 | (18,7%) | 51 | (56,0%) |

A mintának valamivel több, mint fele felsőfokú végzettséggel rendelkezik, s ez az eltolódás minden életkori csoportra jellemző. Az életkori csoportok között ugyanakkor szignifikáns különbség van az iskolai végzettségben: az idősek, vagyis az 59-86 évesek csoportjában jelentősen magasabb a főiskolai végzettség, ugyanakkor jelentősen alacsonyabb az egyetemi végzettség aránya a 25-45 évesek csoportjához képest. (χ^2 (6) = 12,658 p = 0,049 ϕ = 0,049).

Foglalkozás

A mintát foglalkozás szempontjából két nagy csoportra osztottam: az aktív dolgozókra és a nyugdíjasokra. Az aktív dolgozók esetén külön csoportot képeztem a szellemi foglalkozásúakból, illetve a fizikai tevékenységeket végzőkből. Az 7. táblázat mutatja a mintában szereplők foglalkozásának eloszlását:

7. táblázat: A munka jellegének besorolása

| Foglalkozás jellege | Gyakoriság | % |
|---------------------|------------|------|
| fizikai | 2 | 2,2 |
| szellemi | 73 | 80,2 |
| nyugdíjas | 16 | 17,6 |

A mintában nagyobb arányban található az aktív, ezen belül is szellemi foglalkozásúak.

Gyermekek megléte

A gyerekek meglétében az életkori csoportok között szignifikáns különbség van ($\chi^2(2) = 12.829$ $p = 0,02$ $\phi = 0,375$). A különbség abból adódik, hogy a fiatalabb korcsoportban kevesebb azok száma, akiknek már született gyermeke. A 8. táblázat mutatja be a teljes minta és az életkori csoportokra jellemző gyermekek meglétét:

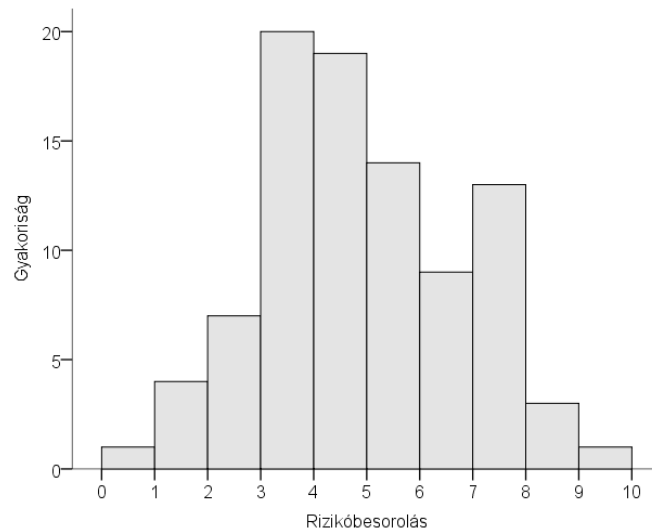
8. táblázat: A mintára jellemző gyermekek megléte

| | nincs | | van | |
|---------------|-----------|----------------|-----------|----------------|
| | N | % | N | % |
| 25-45év | 13 | (46,4%) | 15 | (53,6%) |
| 46-58év | 3 | (9,4%) | 29 | (90,6%) |
| 59-86év | 5 | (16,1%) | 26 | (83,9%) |
| Teljes | 21 | (23,1%) | 70 | (76,9%) |

A Primer és Áttétes csoport, valamint a gyermekek meglétének kapcsolatát Khi-négyzet próbával vizsgáltam. Szignifikáns különbséget találtam a primer és áttétes személyek között abban, hogy van-e gyermekük, vagy sem ($\chi^2(2, N = 91) = 5,822$ $p = 0,016$ $\phi = -0,253$). A Primer csoportban a személyek 87,23%-nak, az Áttétes csoportban a személyek 65,91%-nak van gyermeke.

Kockázati tényezők felmérése és azok elemzése

A kockázati tényező besorolást a már korábban bemutatott kockázati tényezők (Mátrai és mtsai 2018) megadott értékei és a BMI-index (Nuttal, 2015) értékei alapján állapítottam meg. A következő kockázati tényezőket vettem figyelembe: a családi anamnézisben megemlített rákos megbetegedés (senki, távoli, közeli, halmozott), a testtömeg-index (normál, túlsúlyos, elhízott), a testmozgás (rendszeres, alkalmanként, soha), a dohányzás (soha, régebben, alkalmanként, naponta) és az alkoholfogyasztás (soha, régebben, alkalmanként, hetente, naponta). A kockázati tényezőhöz a súlyosság szempontja szerint került pontérték, és a kockázatbesorolási mutató e kockázati tényezők pontértékének összegéből adódott. Minél magasabb az összeadott pontok értéke, annál nagyobb a kockázat. Az így kapott rizikóbesorolás értéke 0-tól 10 pontig terjedhet. Vizsgálatomban a legalacsonyabb kockázatúak azok a személyek, akiknek összes faktorértékük nulla volt, a legmagasabb kockázatúak pedig azok, akiknek a pontértéke minden faktoron a legmagasabb. (lásd: 3. ábra)



3. ábra: A teljes minta a kockázati tényezők súlyossági foka alapján

Az ábrán látható a teljes vizsgálati minta kockázat-besorolása. Elmondható, hogy a teljes minta kockázata a pontértékek átlagát tekintve közepes súlyosságú.

A továbbiakban megvizsgáltam a kockázati tényezők jellemzőit a három életkori csoportban. (lásd 9. táblázat)

9. ábra: A teljes minta kockázati besorolása életkor szerint

| Életkori csoport | Átlag | Szórás |
|---------------------|--------------|--------------|
| 25-45 | 3,750 | 1,936 |
| 46-58 | 4,281 | 1,670 |
| 59-86 | 5,161 | 1,881 |
| Teljes minta | 4,418 | 1,898 |

Egyszempontos ANOVA vizsgálattal ellenőrizve, a három életkori csoport között szignifikáns eltérés volt a kockázati tényezők megléte között ($F(2,88) = 15,110$ $p = 0,013$ Part. $R^2 = 0,093$). A Tukey post hoc vizsgálat szerint a legidősebb korosztály szignifikánsan veszélyeztetettebb, mint a legfiatalabbak ($p = 0,011$). A középső korosztály veszélyeztetettsége a fiatal és az idősebb korosztályé között van, de a különbség egyik esetben sem szignifikáns ($p = 0,502$ és $p = 0,142$).

Ahhoz, hogy árnyaltabb képet kapjak a betegség súlyossági foka szerint, a kockázatot az Áttétes és a Primér csoportra külön-külön elemeztem. Az elemzés során arra az eredményre jutottam, hogy a Primer ($M = 4,2979$; $SD = 1,68$) és Áttétes ($M = 4,5455$; $SD = 2,118$) minta egymástól nem különbözik a kockázati tényezők súlyosságának tekintetében $t(89) = -0,620$ $p = 0,537$.

Onkológiai kezelések

Az onkológiai kezelések közül a vizsgálatban résztvevők összességében többen kaptak már műtétet követő adjuváns kemoterápiát, illetve mindezt kiegészítve sugárterápiában is részesültek a vizsgálat ideje alatt. Neoadjuváns kezelésben relatíve kevesebben részesültek a vizsgálatban részt vevők. A 10. táblázat mutatja be a teljes mintára jellemző onkológiai kezeléseket:

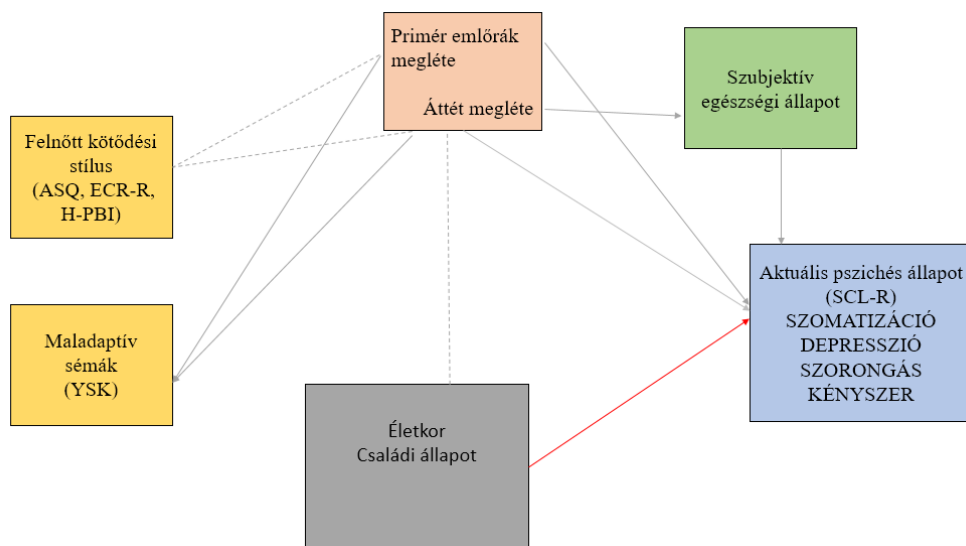
10. táblázat: A résztvevők onkológiai kezeléseinek összefoglalása

| Kezelések | N | % |
|---|-----------|------|
| neoadjuváns kezelés | 9 | 9,9 |
| műtét + hormon | 14 | 15,4 |
| műtét + adjuváns kemoterápiás kezelés | 30 | 33,0 |
| műtét + sugárkezelés | 5 | 5,5 |
| műtét + adjuváns kemoterápia + sugárkezelés | 33 | 36,3 |
| Teljes | 91 | |

6.2 Az emlőrákos nők aktuális pszichés állapotának vizsgálata (SCL-90-R)

Ebben a fejezetben az célkitűzésnek megfelelően az emlőrákos nők aktuális pszichés állapotát (pl. ellenségesség, fóbia, depresszió, szomatizáció stb.) kívánom felmérni és a bemutatott eredményeket összehasonlítom az egészséges magyar női minta (továbbiakban: *Normatíva*) eredményeivel.

6.2.1 A demográfiai adatok és az aktuális pszichés állapot (SCL-90-R) összefüggései



4. ábra: A demográfiai adatok és az aktuális pszichés állapot összefüggései

A következőkben az emlőrákos nők Aktuális pszichés állapotát vizsgálom az Életkori és a Családi állapot szerinti bontásban.

Az életkor és Szomatizáció mértéke között nincs szignifikáns összefüggés ($r = 0,058$ $p = 0,633$). Az életkort életkori csoportra osztva a Szomatizáció faktor értékei a 11. táblázat tartalmazza.

11. táblázat: A Szomatizáció (SCL-90-R) elemzése az Életkori csoportoknál

| Életkori csoport | Átlag | Szórás | N |
|------------------|-------|--------|----|
| 25-45 | 0,817 | 0,626 | 21 |
| 46-58 | 1,000 | 0,744 | 26 |
| 59-86 | 0,920 | 0,646 | 24 |

Családi állapot és a Szomatizáció alskála (lásd 12. táblázat).

12. táblázat: A Szomatizáció alskála (SCL-90-R) elemzése a Családi állapottal

| | | Átlag | Szórás | N |
|--------------------|-----------------------------|-------|--------|----|
| Családi állapot | Jelenleg is kapcsolatban él | 0,972 | 0,766 | 39 |
| | Egyedül él | 0,769 | 0,513 | 18 |
| | Családban él | 0,964 | 0,580 | 14 |

Nem találtam szignifikáns különbséget a Szomatizáció alskálában a különböző családi állapotú személyek között $F(2, 68) = 0,598$ $p = 0,553$ Part. $R^2 = 0,017$.

Az életkor és a Depresszió mértéke közötti nem találtam szignifikáns összefüggést ($r = 0,175$ $p = 0,145$). A három életkori csoport Depresszió alskálán elért értékeit a 13. táblázat tartalmazza.

13. táblázat: A Depresszió alskála (SCL-90-R) elemzése az Életkori csoportoknál

| Életkori csoport | Átlag | Szórás | N |
|------------------|-------|--------|----|
| 25-45 | 0,879 | 0,660 | 21 |
| 46-58 | 1,139 | 0,959 | 26 |
| 59-86 | 1,189 | 0,868 | 24 |

A családi állapot és a Depresszió alskála (lásd 14. táblázat).

14. táblázat: A Depresszió (SCL-90-R) elemzése a Családi állapottal

| | | Átlag | Szórás | N |
|--------------------|-----------------------------|-------|--------|----|
| Családi állapot | Jelenleg is kapcsolatban él | 0,990 | 0,873 | 39 |
| | Egyedül él | 1,171 | 0,862 | 18 |
| | Családban él | 1,209 | 0,780 | 14 |

Egyszempontos ANOVA vizsgálattal ellenőrizve nem találtam szignifikáns különbséget a különböző családi állapotú személyek között $F(2, 68) = 0,478$ $p = 0,622$ Part. $R^2 = 0,014$.

Az életkor és Szorongás mértéke között nem találtam szignifikáns együtt járást ($r = -0,034$ $p = 0,778$) A három életkori csoportok Szorongás- alskálán elért értékeit a 15. táblázat tartalmazza.

15. táblázat: A Szorongás (SCL-90-R) elemzése az Életkori csoportoknál

| Életkori csoport | Átlag | Szórás | N |
|------------------|-------|--------|----|
| 25-45 | 0,771 | 0,525 | 21 |
| 46-58 | 0,742 | 0,780 | 26 |
| 59-86 | 0,775 | 0,668 | 24 |

Családi állapot és a Szorongás alskála (lásd 16. táblázat).

16. táblázat: A Szorongás (SCL-90-R) elemzése a Családi állapottal

| | | Átlag | Szórás | N |
|-----------------|-----------------------------|-------|--------|----|
| Családi állapot | Jelenleg is kapcsolatban él | 0,738 | 0,771 | 39 |
| | Egyedül él | 0,800 | 0,521 | 18 |
| | Családban él | 0,779 | 0,535 | 14 |

Egyszempontos ANOVA vizsgálattal ellenőrizve nem találtam szignifikáns különbséget a családi állapot között a Szorongás alskála értékében $F(2, 68) = 0,057$ $p = 0,945$ Part. $R^2 = 0,002$.)

Az életkor és a Kényszer között nem találtam szignifikáns együtt járást ($r = 0,101$ $p = 0,401$)

Az Életkori csoportok Kényszer-alskálán elért pontszámait a 17. táblázat tartalmazza.

17. táblázat: A Kényszer alskála (SCL-90-R) elemzése az Életkori csoportoknál

| Életkori csoport | Átlag | Szórás | Elemszám |
|------------------|-------|--------|----------|
| 25-45 | 0,683 | 0,541 | 21 |
| 46-58 | 0,752 | 0,541 | 26 |
| 59-86 | 0,856 | 0,686 | 24 |

Családi állapot és a Kényszer alskála (lásd 18. táblázat).

18. táblázat: A Kényszer alskála (SCL-90-R) elemzése a Családi állapottal

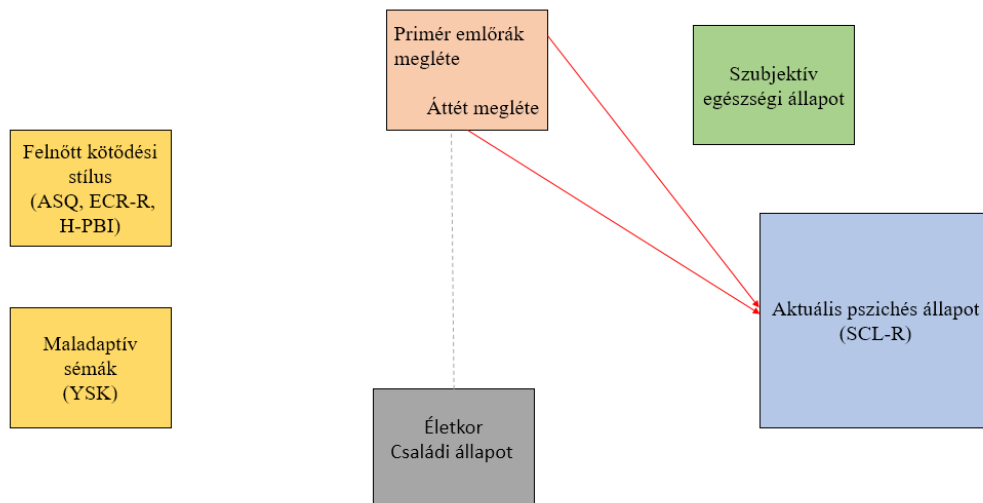
| | | Átlag | Szórás | N |
|-----------------|-----------------------------|-------|--------|----|
| Családi állapot | Jelenleg is kapcsolatban él | 0,687 | 0,574 | 39 |
| | Egyedül él | 0,821 | 0,567 | 18 |
| | Családban él | 0,921 | 0,663 | 14 |

Egyszempontos ANOVA vizsgálattal ellenőrizve nem találtam szignifikáns különbséget a családi állapotok között a Kényszer alszála értékében $F(2, 68) = 0,910$ $p = 0,407$ Part. $R^2 = 0,026$.

Összegzés

A vizgálatsorozat eredménye szerint sem a családi állapotnak, sem az életkornak nem találtam szignifikáns hatását egyik vizsgált, pszichés tünetet jelölő (Szomatizáció, Depresszió, Szorongás és Kényszer) faktorban sem. Ez az eredmény azt jelzi, ebben a mintában sem az életkor, sem pedig a családi állapot nincs hatással az aktuális pszichés állapot jelzőire.

6.2.2 Primer és Áttétes emlőrákos személyek aktuális pszichés állapotának vizsgálata és összehasonítása a normatív adatokkal



5. ábra: Az aktuális pszichés állapot vizsgálata a Primer és az Áttétes csoportnál

A pszichés állapot feltérképezéshez használt Derogatis-féle tünetlista (SCL-90-R) kitöltői közül a teljes mintából (N=91) csupán 71 fő kitöltött kérdőíve volt értékelhető, (Primer: N=37; Áttétes N=34). Várakozásom szerint az Áttétes csoport pszichés állapota különbözik a Primer betegcsoport pszichés állapotától, így a vizsgálatban minden elkövetkező eredményt a Primer/Áttét bontásban mutatom be.

A jelenlegi pszichés állapot vizsgálatához (SCL-90-R) a saját minta adatait a magyar normatív minta – továbbiakban *Normatíva* - adataival (Unoka és mtsai, 2004b) vettem össze. Az eredményeket a 19. összefoglaló táblázatban mutatom be.

19. táblázat: SCL-90-R alskálák átlagai és szórásai a Normatíva, Emlőrákos, valamint bontva, Primer és Áttétes mintán.

| SCL dimenziók | Normatíva | | Emlőrákos | | Primer | | Áttétes | |
|------------------------------|-----------|--------|-----------|--------|--------|--------|---------|--------|
| | átlag | szórás | átlag | szórás | átlag | szórás | átlag | szórás |
| Szomatizáció | 0,53 | 0,53 | 0,92 | 0,67 | 0,80 | 0,60 | 1,05 | 0,73 |
| Kényszer | 0,69 | 0,62 | 0,77 | 0,59 | 0,61 | 0,52 | 0,94 | 0,62 |
| Interperszonális érzékenység | 0,70 | 0,65 | 0,64 | 0,66 | 0,47 | 0,49 | 0,84 | 0,76 |
| Depresszió | 0,83 | 0,73 | 1,08 | 0,85 | 0,88 | 0,79 | 1,29 | 0,87 |
| Szorongás | 0,66 | 0,62 | 0,76 | 0,67 | 0,57 | 0,59 | 0,97 | 0,69 |
| Ellenségesség | 0,64 | 0,67 | 0,50 | 0,60 | 0,42 | 0,70 | 0,59 | 0,48 |
| Fóbia | 0,47 | 0,52 | 0,50 | 0,60 | 0,32 | 0,44 | 0,69 | 0,70 |
| Paranoia | 0,62 | 0,67 | 0,53 | 0,58 | 0,38 | 0,45 | 0,69 | 0,68 |
| Pszichoticizmus | 0,38 | 0,47 | 0,30 | 0,45 | 0,24 | 0,38 | 0,37 | 0,52 |

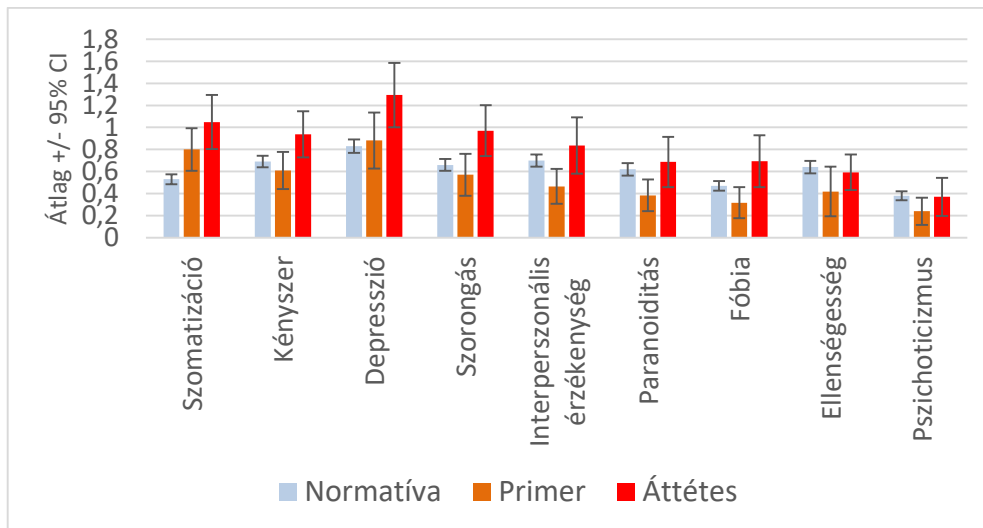
Egyszempontos, független mintás ANOVA vizsgálatok sorozatával ellenőriztem, hogy a három csoport (Normatíva, Primer és Áttétes emlőrákos) értéke eltér-e egymástól a különböző pszichológiai faktorok mentén, azaz az SCL-90-R kérdőív alskáláin. (20. táblázat)

20. táblázat: Normatíva, Primer és Áttétes emlőrákos minták ANOVA vizsgálata

| | F | df1 | df2 | p | R2 |
|-------------------------------------|--------|-----|-----|--------|-------|
| Szomatizáció | 17,644 | 2 | 596 | <0,001 | 0,056 |
| Kényszer | 3,018 | 2 | 596 | 0,049 | 0,01 |
| Interperszonális érzékenység | 3,146 | 2 | 596 | 0,044 | 0,01 |
| Depresszió | 6,268 | 2 | 596 | 0,002 | 0,021 |
| Szorongás | 4,507 | 2 | 596 | 0,011 | 0,015 |
| Ellenségesség | 1,963 | 2 | 596 | 0,141 | 0,007 |
| Fóbia | 4,612 | 2 | 596 | 0,010 | 0,015 |
| Paranoia | 2,485 | 2 | 596 | 0,044 | 0,008 |
| Pszichoticizmus | 1,562 | 2 | 596 | 0,211 | 0,005 |

A táblázatban a jobb átláthatóság érdekében azokat az SCL-90-R alskálákat emeltem ki, ahol szignifikáns eredményt kaptam.

Azon pszichológiai faktorok esetén, ahol a csoportok között szignifikáns különbséget találtam, utóvizsgálattal ellenőriztem, hogy az mely csoportok közötti eltérésekből adódik. Utóvizsgálatként az elemszámok és a szórások eltérésére korrigált t-tesztet végeztem. Az SCL-90-R skálákon elért pontszámok átlagait és 95%-os konfidencia intervallumait tartalmazza a Normatíva, a Primer és Áttétes csoportok bontásában az 1. grafikon:



1. grafikon: SCL-90-R alskálák átlagai Normatíva, Emlőrákos, és külön Primer és Áttétes mintán

A következőkben egyenként bemutatom a SCL-90-R kérdőív alskáláin végzett utóvizsgálat eredményeit azon skálák esetében, ahol szignifikáns különbség mutatkozott az ANOVA vizsgálatban:

Szomatizáció

Az utóvizsgálat eredménye alapján látható, hogy a Normatíva *Szomatizáció* alskála értékénél szignifikánsan magasabb a Primer $t(40,030) = 2,659$ $p = 0,011$, és az Áttétes csoport értéke $t(35,278) = 4,079$ $p < ,001$. A Primer és az Áttétes csoport között nem találtam szignifikáns különbséget $t(64,095) = 1,565$ $p = 0,122$. Azaz a daganatos személyek értékei szignifikánsan magasabbak, függetlenül attól, hogy a beteg áttétes vagy áttét nélküli volt, az áttét megléte nem befolyásolta a szomatizáció értékeit. (A részletes számítások a 8. Mellékletként olvashatók).

Kényszer

Az utóvizsgálat eredménye alapján látható, hogy az Áttétes csoportban lévő személyek *Kényszer* értékei szignifikánsan magasabbak mind a Normatíva $t(37,373) = 2,259$ $p = 0,030$, mind pedig a Primer $t(64,680) = 2,405$ $p = 0,019$ csoportba tartozó személyekénél. A Normatíva és a Primer csoportba tartozó személyek értékei között azonban nincs szignifikáns különbség $t(43,493) = -0,896$ $p = 0,375$. (A részletes számítások a 9. Mellékletként olvashatók).

Interperszonális érzékenység

Az utóvizsgálat eredményeként látható, hogy a Primer daganatos személyek értékei az *Interperszonális érzékenység* faktor tekintetében alacsonyabbak, mint a Normatíva $t(45,385) = -2,748$ $p = 0,009$ és az Áttétes személyek $t(55,619) = 2,424$ $p = 0,019$ átlaga, viszont az Áttétesek és a Normatíva értékei között nem található szignifikáns különbség $t(36,184) = 1,025$ $p = 0,312$. (A részletes számítások a 10. Mellékletként olvashatók.)

Depresszió

Az utóvizsgálat eredménye alapján látható, hogy az Áttétes személyek *Depresszió* értékei szignifikánsan magasabbak, mint a Normatíva $t(36,073) = 3,051$ $p = 0,004$, illetve a Primer csoportba tartozók értékei $t(66,818) = 2,091$ $p = 0,040$. A Normatíva és a Primer csoport értékei azonban nem különböznek szignifikánsan $t(40,446) = 0,386$ $p = 0,702$. (A részletes számítások a 11. Mellékletként olvashatók.)

Szorongás

Az utóvizsgálat eredménye alapján látható, hogy az Áttétes személyek *Szorongás* értékei szignifikánsan magasabbak, mint a Normatíva $t(36,566) = 2,576$ $p = 0,014$, illetve a Primer csoportba tartozók $t(65,603) = 2,621$ $p = 0,011$ értékei. A Normatíva és Primer csoport értékei azonban nem különböznek szignifikánsan egymástól $t(41,702) = -0,886$ $p = 0,381$. (A részletes számítások a 12. Mellékletként olvashatók.)

Fóbia

Az utóvizsgálat eredménye alapján látható, hogy *Fóbia* alskála esetén a Primer csoport értékei szignifikánsan alacsonyabbak, mint a Normatíva $t(43,530) = -2,044$ $p = 0,047$ és az Áttétes csoportba tartozók $t(54,465) = 2,703$ $p = 0,009$ értékei. A Normatíva és Áttétes emlőrákos csoport értékei azonban nem különböznek szignifikánsan egymástól $t(35,403) = 1,834$ $p = 0,075$. (A részletes számítások a 13. Mellékletként olvashatók.)

Paranoia

Az utóvizsgálat eredménye alapján látható, hogy a Primer emlőrákos csoport értékei a *Paranoia* alskála esetén szignifikánsan alacsonyabbak, mint a Normatíva $t(48,208) = -3,005$ $p = 0,004$; illetve az Áttétes emlőrákos csoportba tartozók $t(56,381) = 2,211$ $p = 0,031$ értékei. A Normatíva és Áttétes emlőrákos csoport értékei között azonban nincs szignifikáns eltérés $t(37,292) = 0,554$ $p = 0,583$. (A részletes számítások a 14. Mellékletként olvashatók.)

Az aktuális pszichés állapot eredményeinek összefoglalása.

Az aktuális pszichés állapot kilenc faktora közül hétnél az Áttétes csoport eredményei magasabbak voltak vagy a Normatívához, vagy a Primer csoporthoz, vagy mindkettőhöz képest. Felmerült a kérdés, hogy vajon közvetlenül, vagy közvetetten befolyásolja-e az áttét megléte a pszichés állapotot? Fontos a Szubjektív egészségi állapot megítélése szempontjából megismerni azokat a befolyásoló tényezőket, illetve az azokhoz vezető útvonalakat, amelyek befolyásolhatják, hogy a beteg hogyan éli meg saját egészségi állapotát. E szubjektív tényező szerepe kiemelten fontos a sikeres intervenció kialakításában.

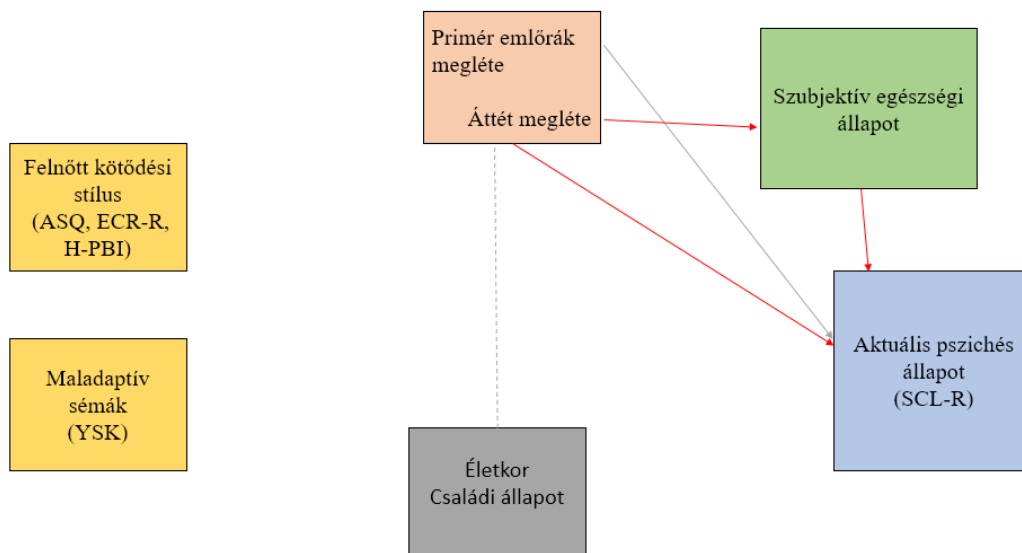
6.2.3 A Szubjektív egészségi állapot (SRH), az áttét megléte és ezek mediáló kapcsolata az aktuális pszichés állapottal (SCL-90-R)

A 21. táblázat bemutatja, hogy milyenek ítélik egészségi állapotukat Primer (n=37) és az Áttétes (n=34) csoport tagjai:

21. táblázat: A két csoport Szubjektív egészségi állapotának értékei

| | | Primer | Áttét | Összesen |
|------------------------------------|--------------|--------|-------|----------|
| Szubjektív egészségi állapot | nagyon rossz | 0 | 1 | 1 |
| | rossz | 4 | 4 | 8 |
| | közepes | 9 | 19 | 28 |
| | jó | 18 | 10 | 28 |
| | kiváló | 6 | 0 | 6 |

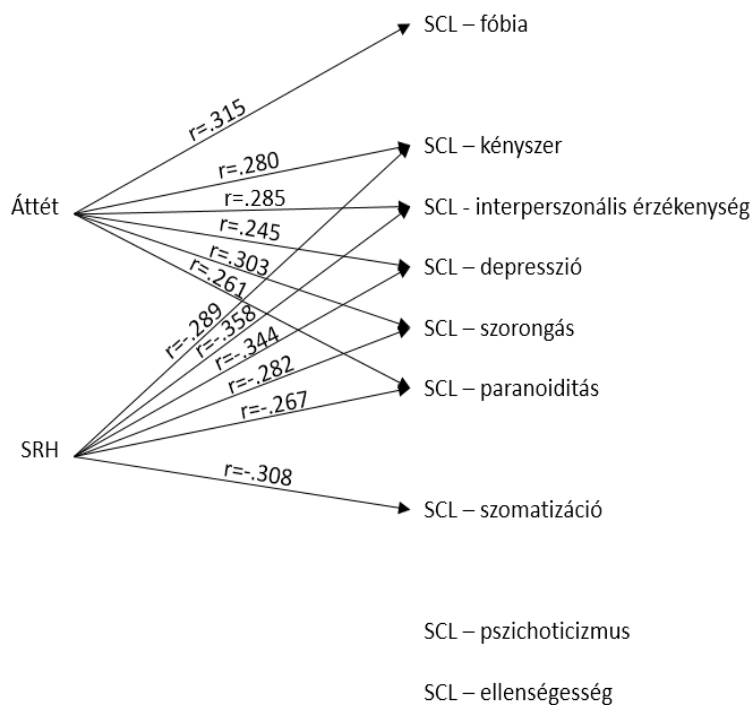
A Primer és Áttétes csoport között a Szubjektív egészségi állapot megítélésében szignifikáns különbség található (Mann-Whitney $U = 389,5$ $Z = -2,946$ $p = 0,003$). Az Áttétes csoport Szubjektív egészségi állapotát alacsonyabbra értékelte, mint a Primer csoport.



6. ábra: Az áttét megléte, a Szubjektív egészségi állapot és az aktuális pszichés állapot vizsgálata

Az áttét megléte és a Szubjektív egészségi állapot összefüggései

A következőkben korrelációs vizsgálatokat végeztem az Áttét, a Szubjektív egészségi állapot és az SCL-90-R kérdőív által feltárt faktorok összefüggéseinek megismeréséhez. Az Áttét és az SCL-90-R kérdőív összefüggéseinek számításakor a Pearson korreláción belül Point biserial korrelációt hajtottam végre. (Az elemzés részletei a 15.Mellékletként olvashatók).



7. ábra: Az áttét megléte és a Szubjektív egészségi állapot (SRH) pszichés faktorokkal való kapcsolata

Az előző, 7. ábrán látható az *áttét megléte* és a *Szubjektív egészségi állapot (SRH)* pszichés faktorokkal való kapcsolata:

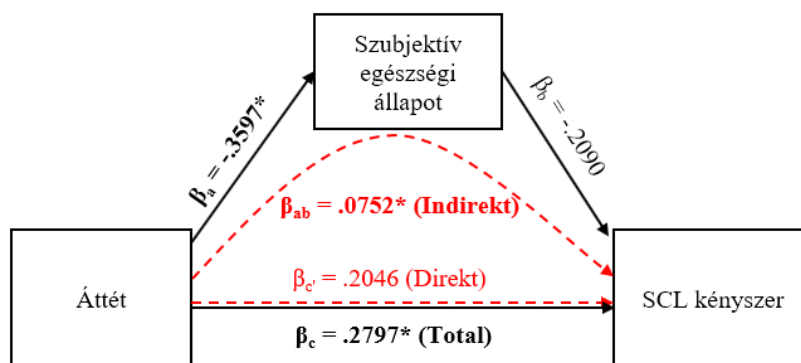
A korrelációs vizsgálat alapján elmondható, hogy több pszichés faktor is erős kapcsolatot mutat mind a *Szubjektív egészségi állapottal*, mind pedig az *áttét meglétével*.

Az áttét megléte, a szubjektív egészségi állapot és az aktuális pszichés állapot: mediációs elemzések

Felvetődik az a kérdés, hogy az *áttét meglétének* pszichés faktorokra gyakorolt hatása részben vagy egészben az *áttét megléte* miatt bekövetkező *Szubjektív egészségi állapot* negatívabb megítélésén keresztül valósul-e meg. Mediációs elemzések sorozatával ellenőriztem, hogy az *áttét megléte* közvetlenül hat-e az aktuális pszichés állapotra, vagy a *Szubjektív egészségi állapot* szintjén keresztül, közvetetten befolyásolja azokat. A pszichés faktorok közül ötnél figyelhető meg szignifikáns összefüggés mind az *áttét meglétével*, mind a *Szubjektív egészségi állapottal* (ezek a *Depresszió*, az *Interperszonális érzékenység*, a *Szorongás*, és a *Paranoiditás* és a *Kényszer*), így a mediációs elemzésbe ezeket a faktorokat emeltem be. A mediáló elemzések bemutatása során az útvonalakhoz tartozó standardizált regressziós együtthatók (β) kerülnek bemutatásra, a nemzetközi nomenklatúrának megfelelően β_c -vel prediktor kimeneti változóra gyakorolt teljes hatása, β_a -val a prediktor mediáló változóra gyakorolt hatása, β_b -vel a mediáló változó kimeneti változóra gyakorolt hatása, β_c -vel a prediktor változó direkt hatása, β_{ab} -vel a prediktor mediáló változón keresztül megvalósuló indirekt hatása kerül jelölésre. A szignifikáns hatásokat *-gal jelöltem, melynek jelentése $p < 0,05$). Az elemzés részleteit a 16. Melléklet tartalmazza.

Kényszer

Az *áttét meglétének* hatása a *Kényszer* faktorra szignifikáns, az *Áttétes csoport* *kényszer-értéke* magasabb, mint a *Primer csoporté* ($\beta_c = 0,2797^*$). A mediáló elemzés eredményei alapján az *áttét meglétének* hatása *közvetetten*, a *Szubjektív egészségi állapot* szintjén *keresztül* valósul meg ($\beta_{ab} = 0,0752^*$). Az *áttét meglétének* direkt hatása nem szignifikáns ($\beta_c = 0,2046$), azaz a hatás ebben a modellben teljes egészében a *Szubjektív egészségi állapot*on keresztül valósul meg (lásd: 8. ábra)

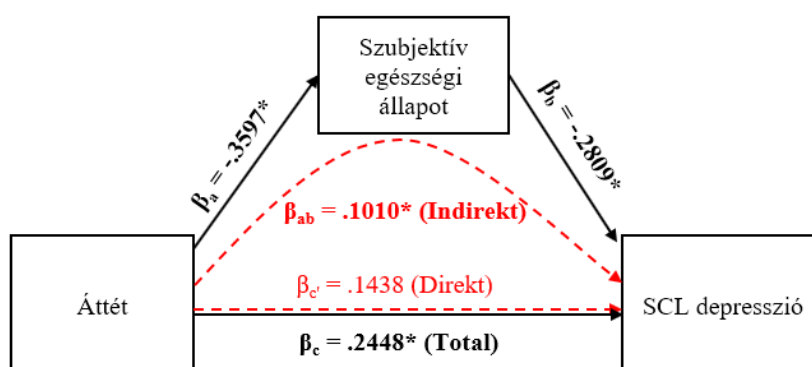


8. ábra: Mediáló elemzés - az Áttét meglétének a Kényszer faktorra gyakorolt hatása a Szubjektív egészségi állapot hatásán keresztül

Depresszió

Az áttét meglétének hatása a *Depresszió* faktorra szignifikáns ($\beta_c = 0,2448^*$), az áttéttel rendelkezők *Depresszió*-értéke magasabb, mint a Primer csoporté.

Ismét látható a mediáló elemzés eredménye alapján, hogy az áttét meglétének hatása a *Szubjektív egészségi állapot* változásán keresztül, közvetetten valósul meg ($\beta_{ab} = 0,1010^*$). Az Áttétes csoport a *Szubjektív egészségi állapot*át alacsonyabbnak ítélte, akár az áttét megléte miatt, ami a *Depresszió* faktor értékének növekedéséhez vezet. Az áttét meglétének direkt hatása nem szignifikáns ($\beta_c = 0,1438$), vagyis ez a hatás, ebben a modellben teljes egészében a *Szubjektív egészségi állapot*on keresztül valósul meg.



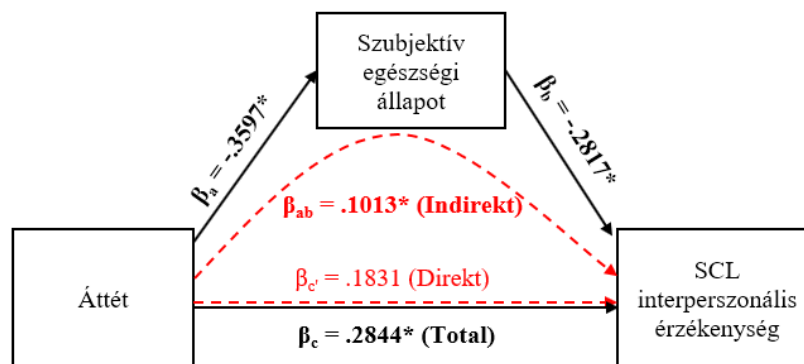
9. ábra: Mediáló elemzés - az Áttét meglétének Depresszióra gyakorolt hatása a Szubjektív egészségi állapot hatásán keresztül

Az áttét meglétét és *Szubjektív egészségi állapot*ot közösen tartalmazó modellben a *Szubjektív egészségi állapot* áttétől független hatása is szignifikáns ($\beta_b = 0,2809^*$), tehát a *Szubjektív egészségi állapot*nak vannak olyan, az áttét meglététől független komponensei is, amelyek befolyásolják a *Depresszió* faktor értékét (lásd: 9. ábra).

Interperszonális érzékenység

Az áttét meglétének hatása az *Interperszonális érzékenység* faktorra szignifikáns ($\beta_c = 0,2844^*$), az Áttéttes csoport *Interperszonális érzékenysége* magasabb, mint a Primer csoporté.

A fenti mediáló elemzés eredményei alapján látható, hogy az áttét meglétének hatása közvetetten, a *Szubjektív egészségi állapot* faktor értékén keresztül valósul meg ($\beta_{ab} = 0,1013^*$). Az Áttéttes csoport *Szubjektív egészségi állapot*ának megítélése alacsonyabb, amit az áttét megléte okozhat és ez vezet az *Interperszonális érzékenység* faktor növekedéséhez. Az áttét meglétének direkt hatása nem szignifikáns ($\beta_c = 0,1831$), azaz a hatás ebben a modellben teljes egészében a *Szubjektív egészségi állapot*on keresztül valósul meg.



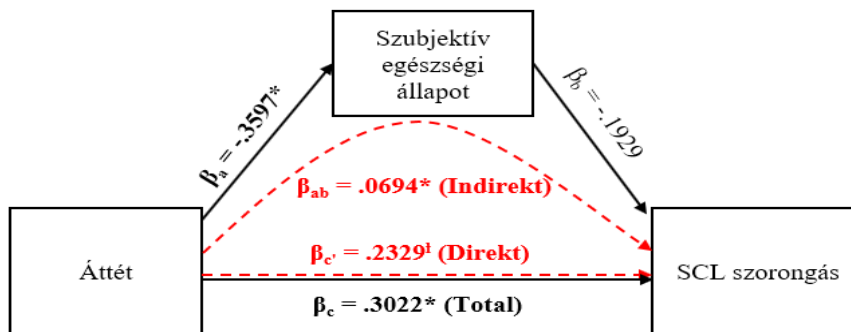
10. ábra: Mediáló elemzés - az Áttét meglétének az Interperszonális érzékenység faktorra gyakorolt hatása a Szubjektív egészségi állapot hatásán keresztül

Az áttét meglétét és a *Szubjektív egészségi állapot*ot közösen tartalmazó modellben a *Szubjektív egészségi állapot* az áttét meglététől független hatása szignifikáns ($\beta_b = 0,2817^*$), tehát a *Szubjektív egészségi állapot*nak vannak olyan, az áttét meglététől független komponensei is, melyek befolyásolják az *Interperszonális érzékenység* faktort. (lásd: 10. ábra)

Szorongás

Az áttét meglétének hatása a *Szorongás* faktorra szignifikáns ($\beta_c = 0,3022^*$), az Áttéttes csoport *Szorongás* faktor értéke magasabb, mint a Primer csoporté.

A mediáló elemzés eredményei alapján az áttét meglétének a *Szorongás* faktor értékeire gyakorolt hatása részben a *Szubjektív egészségi állapot* értékén keresztül valósul meg ($\beta_{ab} = 0,0694^*$), részben pedig direkt módon, azaz az áttét megléte közvetlenül, a *Szubjektív egészségi állapot* komponens bevonása nélkül is hatással van a *Szorongásra* ($\beta_c = 0,2329^T$), feltehetően azért, mert az áttét is lehet a *Szorongás* tárgya.

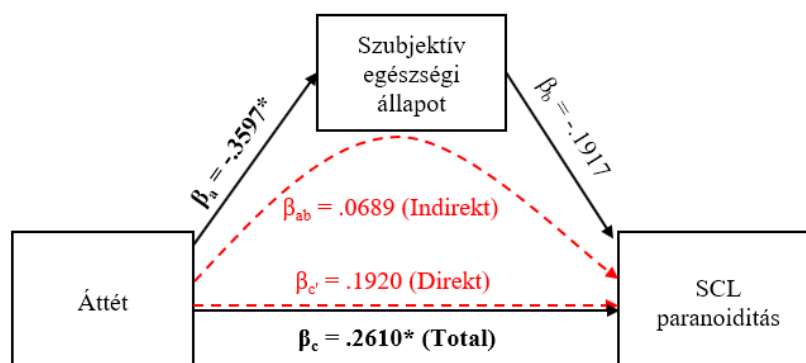


11. ábra: Mediáló elemzés - az áttét meglétének a Szorongás faktorra gyakorolt hatása a Szubjektív egészségi állapot hatásán keresztül

A Szubjektív egészségi állapot faktort és az áttét meglétét közösen tartalmazó modellben a Szubjektív egészségi állapot az áttét meglététől független hatása nem szignifikáns ($\beta_b = 0,1929$), azaz az adott helyzetben a Szubjektív egészségi állapotnak nincs olyan más, az áttét meglététől független komponense, amely jelentősen befolyásolni tudná a személyek Szorongás faktor értékeit. (lásd: 11. ábra).

Paranoiditás

Az áttét meglétének hatása a Paranoiditás faktor értékeire szignifikáns ($\beta_c = 0,2610^*$), az Áttéttes csoport Paranoiditás faktor értékei magasabbak, mint a Primer csoporté.



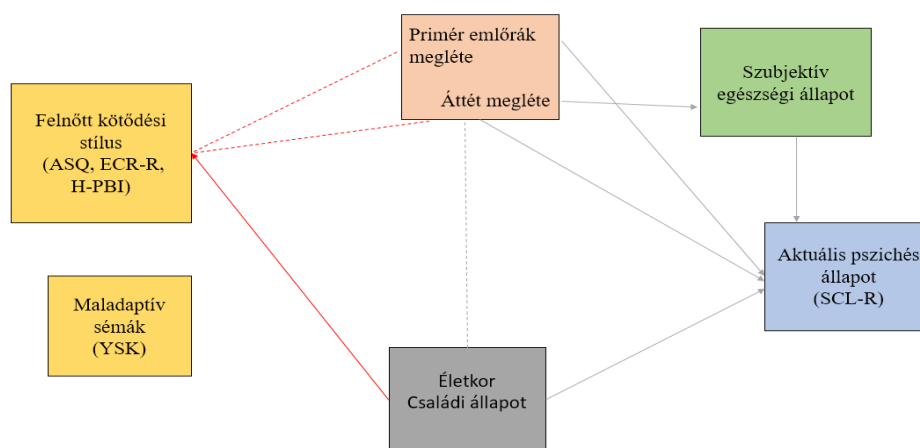
12. ábra: Mediáló elemzés - az Áttét meglétének a Paranoiditásra gyakorolt hatása a Szubjektív egészségi állapot hatásán keresztül

A mediáló elemzés eredményei alapján (lásd 12. ábra) ha az áttét meglétének a szignifikáns hatását elkülönítjük egy közvetlen és egy közvetett, Szubjektív egészségi állapot szintjén keresztül végbemenő komponensre, akkor sem a direkt ($\beta_{c'} = 0,1920$), sem az indirekt útvonal ($\beta_{ab} = 0,1917$) nem lesz szignifikáns.

Összegezés

A mediáló elemzések eredményeit összegezve elmondható, hogy az áttét megléte teljes mértékben a *Szubjektív egészségi állapot* alacsony értékelésén keresztül befolyásolja a *Kényszer*, a *Depresszió* és az *Interperszonális érzékenység* faktorokat. Az áttét megléte részben a *Szubjektív egészségi állapot*on keresztül, részben közvetlenül befolyásolja a *Szorongás* faktort. A *Paranoiditás* faktor elemzésekor azonban nem sikerült igazolni sem az áttét meglétének közvetlen, sem a *Szubjektív egészségi állapot* értékén keresztül történő közvetett hatását.

6.3 Kötődésvizsgálat a Primer és Áttétes csoport körében



13. ábra: A Primer és az Áttétes csoport kötődési jellemzőinek vizsgálata

A következő fejezetben a célkitűzésnek megfelelően a Primer és Áttétes csoport kötődési jellemzőit vizsgálom a Kötődési Stílus Kérdőíve (ASQ_H), a Közvetlen Kapcsolatok Élményei kérdőíve (ECR-R) és az anyai, illetve az apai Szülői Bánásmód (H-PBI) kérdőíve eredményeinek elemzésével.

6.3.1 Az életkor és családi állapot összefüggései a kötődési mintákkal

Életkor

A kötődési minták összefüggéseit az életkorral és a családi állapottal első lépésben a teljes mintán vizsgáltam meg.

Az *Életkor* és a *Kötődési jellemzők* korrelátumai, amelyek a 22. áblázatban láthatók:

22. táblázat: Az életkor és kötődési jellemzők összefüggései a teljes mintán

| | r | p |
|---|--------|---------|
| ASQ-H - KFÉ - Kapcsolatok fontossága az én szempontjából | -0,223 | 0,017 |
| ASQ-H - ATÖ - Ambivalencia, távolítás, önleértékelés | -0,016 | 0,442 |
| ASQ-H - BK - Biztonság a kapcsolatokban | 0,161 | 0,064 |
| ASQ-H - ÖV - Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben | 0,393 | < 0,001 |
| ASQ-H - FF – Függés, függetlenség | 0,244 | 0,010 |
| ECR - Elkerülés | 0,087 | 0,207 |
| ECR - szorongás | -0,180 | 0,044 |
| HPBIM - Anyai szeretet, törődés | 0,079 | 0,230 |
| HPBIF - Apai szeretet, törődés | 0,029 | 0,391 |
| HPBIM - Anyai túlvédés | -0,035 | 0,371 |
| HPBIF - Apai túlvédés | 0,129 | 0,114 |
| HPBIM - Anyai korlátozás | 0,075 | 0,239 |
| HPBIF - Apai korlátozás | 0,220 | 0,019 |

N = 91 (A szignifikáns eredményeket vastagítva kiemeltem).

A táblázatból látszik, hogy a kötődést mérő kérdőívek több faktora is kapcsolatban állt az életkorral. Eszerint, a fiatalabb életkorban lévők átlagértékei magasabbak voltak az ASQ: *Kapcsolat fontossága az én szempontjából* alskálán, illetve az ECR: *Szorongás* dimenzióban. Az idősebbek átlagértékei magasabbak voltak a ASQ – *Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben* és a *Függés, függetlenség*, alskálákon, valamint a H-PBI - *Apai korlátozás* faktornál.

Családi állapot

ANOVA vizsgálattal ellenőrizve szignifikáns különbség az *Elkerülés* dimenzió mutatkozott a családi állapotok között ($F(2, 88) = 4,039$ $p = 0,021$ Part. $R^2 = 0,084$). Az *Elkerülés* dimenzióban a legalacsonyabb értéket a *kapcsolatban élő személyek mutatták* ($M = 2,578$ $SD = 1,155$ $N = 51$), ennél magasabb volt az *egyedül élő személyeké* ($M = 3,063$ $SD = 1,090$ $N = 23$). és legmagasabb a családban élő személyeké ($M = 3,369$ $SD = 0,770$ $N = 17$). Tukey utóvizsgálattal ellenőrizve szignifikáns különbség a kapcsolatban élő és a családban élő személyek között volt ($p = 0,024$).

6.3.2 A Primer, az Áttétes és a normatív adatok összehasonítása az ASQ-H alapján

A vizsgálatban először az ASQ-H kérdőív leíró statisztikáját mutatom be. A Primer és Áttétes csoport mért átlagait és szórásait hasonlítom össze a normatív adatokkal (továbbiakban: *Normatíva*) (Hámori és mtsai, 2016a). (lásd 24. táblázat)

24. táblázat: ASQ leíró statisztikája Normatíva, Primer és Áttétes bontásban

| | Normatíva | | Emlőrákos (össz) | | Primer | | Áttétes | |
|--|-----------|--------|------------------|--------|--------|--------|---------|--------|
| | Átlag | Szórás | Átlag | Szórás | Átlag | Szórás | Átlag | Szórás |
| ASQ - KFÉ - Kapcsolatok fontossága az én szempontjából | 3,556 | 0,725 | 3,239 | 0,677 | 3,146 | 0,674 | 3,339 | 0,675 |
| ASQ - ATÖ - Ambivalencia, távolítás, önleértékelés | 3,435 | 0,777 | 2,596 | 0,914 | 2,499 | 0,919 | 2,699 | 0,907 |
| ASQ - BK - Biztonság a kapcsolatokban | 4,165 | 0,743 | 4,159 | 0,798 | 4,094 | 0,805 | 4,230 | 0,794 |
| ASQ - ÖV - Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben | 2,315 | 0,834 | 2,673 | 0,937 | 2,715 | 0,928 | 2,627 | 0,956 |
| ASQ - FF – Függés-függetlenség | 4,173 | 1,071 | 4,491 | 1,022 | 4,255 | 1,108 | 4,742 | 0,865 |

N(normatíva) = 369; N(primer) = 47; N(áttétes) = 44

Egyszempontos, független mintás ANOVA vizsgálattal ellenőriztem, hogy a három csoport (Normatíva, Primer és Áttétes csoport) értéke eltér-e egymástól a különböző kötődési dimenziók mentén, azaz az ASQ-H kérdőív alskáláin. (lásd 25. táblázat)

25. táblázat: Normatíva, Primer és Áttétes csoport ANOVA összehasonlítása az ASQ mentén

| | F | df1 | df2 | p | R2 |
|--|--------|-----|-----|--------|-------|
| ASQ - KFÉ - Kapcsolatok fontossága az én szempontjából | 7,988 | 2 | 457 | <0,001 | 0,034 |
| ASQ - ATÖ - Ambivalencia, távolítás, önleértékelés | 40,336 | 2 | 457 | <0,001 | 0,150 |
| ASQ - BK - Biztonság a kapcsolatokban | 0,371 | 2 | 457 | 0,690 | 0,002 |
| ASQ - ÖV - Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben | 6,486 | 2 | 457 | 0,002 | 0,028 |
| ASQ - FF – Függés-függetlenség | 5,711 | 2 | 457 | 0,004 | 0,024 |

Azon skálák esetében, ahol az ANOVA vizsgálat szignifikáns volt, utóvizsgálattal ellenőriztem, hogy mely csoportok értékei között található különbség. (Az elemzés részleteit a 16. Melléklet tartalmazza.)

A Normatíva eredményénél szignifikánsan alacsonyabb átlagérték jelent meg a *Kapcsolat fontossága az én szempontjából* (KFÉ) faktoron a Primer csoport esetében $t(60,407) = -3,898$ $p < 0,001$ $r = 0,188$, illetve az Áttétes csoport esetében is $t(55,539) = -1,999$ $p = 0,05$ $r = 0,098$.

A Primer és Áttétes csoport átlaga között nem volt szignifikáns különbség $t(88,591) = 1,368$ $p = 0,175$ $r = 0,144$. A KFÉ skálában olyan állításokat értékelhettek a személyek, mint pl.: „Fontos számomra, hogy mások kedveljenek.” vagy „Sokat aggódok a kapcsolataim miatt” vagy „Aggaszt, hogy nem érek föl másokkal”. Az eredmény úgy magyarázható, hogy az egyének mindkét csoportból úgy vélik, hogy kevésbé fontos számukra, hogy mások kedvelik-e őket, és úgy vélik, hogy kevésbé aggódnak a kapcsolataik miatt.

Az *Ambivalencia, távolítás, önleértékelés (ATÖ)* a Normatíva esetén szignifikánsan magasabb, mind a Primer csoport értékénél $t(54,710) = -6,689$ $p < 0,01$ $r = 0,312$, mind az Áttétes csoport átlagánál $t(50,804) = -5,157$ $p < 0,001$ $r = 0,247$. A Primer és Áttétes csoport között nem volt szignifikáns különbség $t(88,738) = 1,048$ $p = 0,297$ $r = 0,110$. Az ATÖ skálákban olyan állításokat értékelhettek a személyek, mint pl.: „Szívesebben vagyok magamban” vagy „Aggaszt, ha mások túl közel kerülnek hozzám” vagy „Nem értem, hogy miért akarna bárki kapcsolatba lépni velem” Az eredményt úgy értelmezhetjük, hogy a Primer és Áttétes csoportbeli személyek úgy vélhetik, hogy a kevésbé szívesen vannak egyedül és úgy vélik, hogy kevésbé élnek át ambivalenciát kapcsolataiban.

Az *Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben (ÖV)* faktor átlaga a Primer $t(55,886) = 2,814$ $p = 0,007$ $r = 0,137$, és az Áttétes csoportban $t(51,103) = 2,074$ $p = 0,043$ $r = 0,102$ magasabb volt a Normatívához képest. A Primer és Áttétes csoport eredménye között nincs szignifikáns különbség $t(88,167) = -0,443$ $p = 0,659$ $r = 0,047$. Az ÖV skálákban olyan állításokat értékelhettek a személyek, mint pl.: „Segítséget kérni annyi, mint beismerni, hogy sikertelen vagyok” vagy „Fontosabb, hogy eredményeket érjünk el, mint hogy kapcsolatokat építsünk” Az eredményt úgy értelmezhetjük, hogy mindkét csoport tagjai úgy vélik, hogy fontos számukra a teljesítmény, az eredmények elérése, mint akár a személyes kapcsolataik.

A *Függés-függetlenség (FF)* dimenzióban a Normatíva és Primer emlőrákos csoport között nem volt szignifikáns különbség $t(57,494) = 0,481$ $p = 0,632$ $r = 0,024$. Az Áttétes csoport átlaga ezzel szemben magasabb volt a Normatíváénál $t(59,913) = 4,014$ $p < 0,001$ $r = 0,164$. Emellett az Áttétes csoport átlaga szignifikánsan magasabb volt a Primer csoporténál is $t(86,277) = 2,345$ $p = 0,021$ $r = 0,241$). Az FF skálákban olyan állításokat értékelhettek a személyek, mint pl.: „Inkább magamra szeretek számítani, mintsem másoktól függeni” vagy „Nehéz számomra másoktól függeni” Az eredmény magyarázható akképp, hogy az Áttétes személyek úgy vélik, hogy nem szeretnek másoktól függeni, inkább függtelenek szeretnek lenni.

6.3.3 A Primer, az Áttétes és a normatív adatok összehasonítása az ECR-R alapján

Ebben a fejezetben a kötődést mérő eszközök közül az ECR-R kérdőív leíró statisztikáját mutatom be. A Primer és Áttétes csoport átlagait és szórásait hasonlítom össze a normatív adatokkal (továbbiakban: *Normatíva*) (Nagy, 2005). Lásd a 26. táblázatot.

26. táblázat: Az ECR-R leíró statisztikája Normatíva, Primer és Áttétes bontásban

| | N | ECR - Elkerülés | | ECR - Szorongás | |
|------------------|-----|-----------------|--------|-----------------|--------|
| | | Átlag | Szórás | Átlag | Szórás |
| Normatíva | 197 | 1,847 | 0,914 | 1,875 | 0,950 |
| Emlőrákos (össz) | 91 | 2,849 | 1,114 | 3,021 | 1,040 |
| Primer | 47 | 2,709 | 1,038 | 2,879 | 0,998 |
| Áttétes | 44 | 2,997 | 1,183 | 3,173 | 1,073 |

Egyszempontos, független mintás ANOVA vizsgálattal ellenőriztem, hogy a három csoport (Normatíva, Primer és Áttétes emlőrákos) értéke eltér-e egymástól a kötődés két fő dimenziója, az Elkerülés és a Szorongás mentén (lásd a 27. táblázatot).

27. táblázat: Normatíva, Primer és Áttétes csoport ANOVA összehasonlítása az ECR-R mentén

| | F | df1 | df2 | p | R2 |
|-----------------|--------|-----|-----|-------|-------|
| ECR - Elkerülés | 33,520 | 2 | 285 | 0,000 | 0,190 |
| ECR - Szorongás | 43,850 | 2 | 285 | 0,000 | 0,235 |

Az utóvizsgálat alapján mind a Primer, mind az Áttétes emlőrákos csoport *Elkerülés* értéke szignifikánsan magasabb volt, mint a Normatíváé; előbbi: $t(64,087) = 5,232$ $p < ,001$; utóbbi: $t(55,007) = 6,058$ $p < ,001$. A Primer és Áttétes csoport között azonban nem volt különbség $t(85,685) = 1,232$ $p = 0,221$. Tehát, az emlőrákos személyek Elkerülés dimenzión adott átlaga magasabb a Normatíváénál. (Az elemzés részleteit a 17.Melléklet tartalmazza).

Hasonló mintázat látható a *Szorongás* alsóla esetén. A Normatívához képest szignifikánsan magasabb átlagértéke volt a Primer $t(67,288) = 6,255$ $p < 0,001$, illetve az Áttétes csoportnak is $t(58,993) = 7,405$ $p < 0,001$. A Primer és Áttétes csoport között nem található szignifikáns különbség $t(87,334) = 1,349$ $p = 0,181$. Tehát, az emlőrákos személyekre magasabb átlagos szorongásérték jellemző, mint a normatívára.

6.3.4 A Primer, az Áttétes és a normatív adatok összehasonlítása H-PBI alapján

A továbbiakban a kötődési mintázattal szorosan összefüggő észlelt szülői bánásmódot (külön anyára-apára) mérem fel a H-PBI kérdőív eredményei alapján. A Primer és Áttétes csoport mért átlagait és szórásait hasonlítom össze a normatív adatokkal (továbbiakban: *Normatíva*) (Tóth és Gervai, 1999). (Lásd a 28. táblázatot.)

28. táblázat: *Normatíva, Primer és Áttétes csoport összehasonlítása a H-PBI mentén*

| | | Normatíva | | Emlőrákos (össz) | | Primer | | Áttétes | |
|-------------|-------------------|-----------|--------|------------------|--------|--------|--------|---------|--------|
| | | Átlag | Szórás | Átlag | Szórás | Átlag | Szórás | Átlag | Szórás |
| PBI - Anyai | Szeretet, törődés | 2,392 | 0,550 | 2,062 | 0,733 | 2,176 | 0,733 | 1,938 | 0,720 |
| | Túlvédés | 1,300 | 0,686 | 1,251 | 0,768 | 1,146 | 0,767 | 1,365 | 0,762 |
| | Korlátozás | 1,033 | 0,617 | 1,267 | 0,736 | 1,191 | 0,802 | 1,349 | 0,655 |
| PBI - Apai | Szeretet, törődés | 1,950 | 0,692 | 1,823 | 0,798 | 1,887 | 0,759 | 1,754 | 0,842 |
| | Túlvédés | 0,971 | 0,657 | 0,933 | 0,711 | 0,900 | 0,679 | 0,970 | 0,750 |
| | Korlátozás | 0,917 | 0,650 | 1,259 | 0,840 | 1,152 | 0,820 | 1,376 | 0,855 |

N(Normatíva) = 169 N(Primer) = 47 N(Áttétes) = 43

Egyszempontos, független mintás ANOVA vizsgálattal ellenőriztem, hogy a három csoport (Normatíva, Primer és Áttétes csoport) észlelt szülői bánásmódjának értékei eltérnek-e egymástól a mintázatok mentén, azaz a H-PBI kérdőív alskáláin. (Lásd a 29. táblázatot.)

29. táblázat: *Normatíva, Primer és Áttétes csoport ANOVA összehasonlítása a H-PBI mentén*

| | | F | df1 | df2 | p | R2 |
|---------------|--------------------------|--------|-----|-----|-------|-------|
| H-PBI - Anyai | Szeretet, törődés | 10,059 | 2 | 256 | 0,000 | 0,073 |
| | Túlvédés | 1,202 | 2 | 256 | 0,302 | 0,009 |
| | Korlátozás | 4,309 | 2 | 256 | 0,014 | 0,033 |
| H-PBI - Apai | Szeretet, törődés | 1,255 | 2 | 256 | 0,287 | 0,010 |
| | Túlvédés | 0,214 | 2 | 256 | 0,807 | 0,002 |
| | Korlátozás | 7,734 | 2 | 256 | 0,001 | 0,057 |

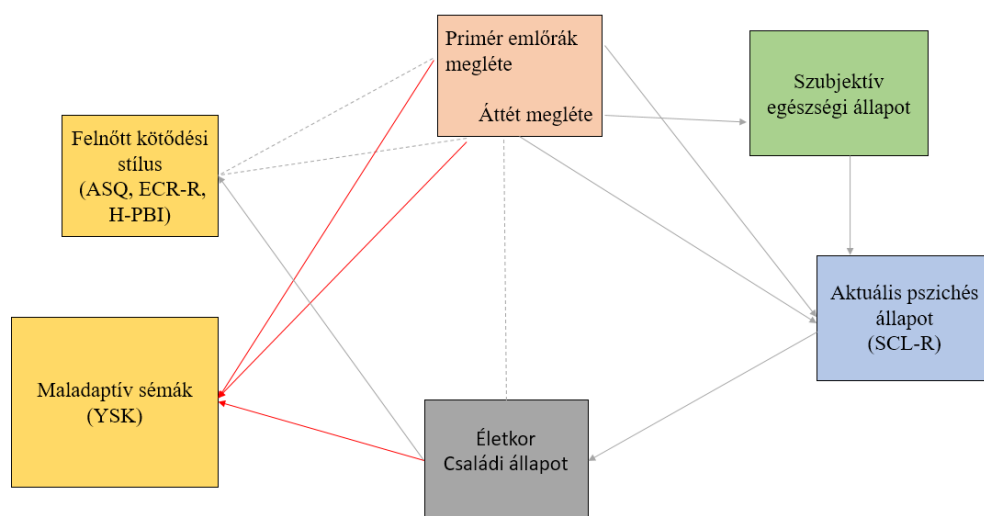
Három esetben találtam szignifikáns különbséget a csoportok között, mely az *Anyai szeretet, törődés* és az *Anyai*, illetve az *Apai korlátozás*. Utóvizsgálattal ellenőriztem, mely csoportok között látható eltérés.

Az *Anyai szeretet, törődés* dimenzióban az Áttétes csoport szignifikánsan alacsonyabb értéket jelöltek, mint a Normatíva $t(55,081) = -3,854$ $p < 0,001$. A Primer és Normatíva közötti eltérés csak tendencia szintű $t(61,125) = -1,880$ $p = 0,065$, de ebben az esetben is a Normatíva értéke

magasabb. A Primer és Áttétes csoport között nem látható szignifikáns különbség $t(87,538) = -1,550$ $p = 0,125$. Tehát az emlőrákos személyek az *Anyai szeretet és törődés* dimenziójában alacsonyabb értéket jelöltek, mint a Normatíva, és ez a különbség az Áttétes csoportnál kifejezettebb. (Az elemzés részleteit a 18. Melléklet tartalmazza).

Mind az *Anyai*, mind az *Apai Korlátozás* dimenzióban hasonló mintázat látható. Az Áttétes személyek szignifikánsan magasabb korlátozásról számoltak be, mint a Normatíva; *Anyai*: $t(62,258) = 2,852$ $p = 0,006$; *Apai*: $t(54,953) = 3,288$ $p = 0,002$. A Primer csoport nem különbözött szignifikánsan a Normatívától; *Anyai*: $t(61,931) = 1,253$ $p = 0,215$; *Apai*: $t(62,952) = 1,819$ $p = 0,074$. A Primer csoport nem különbözött szignifikánsan az Áttétes csoporttól sem; *Anyai*: $t(86,946) = 1,023$ $p = 0,309$; *Apai*: $t(86,494) = 1,263$ $p = 0,210$. Tehát az áttétellel rendelkező személyek a Normatívánál magasabb korlátozásról számoltak be mindkét szülő részéről, míg a Primer csoport értékei a Normatíva és az Áttétes csoport értékei között helyezkednek el, de egyiktől sem különböztek szignifikánsan. (Az elemzés részleteit a 19. Melléklet tartalmazza).

6.4 A maladaptív sémák vizsgálata



14. ábra: Az emlőrákos csoportok sémáinak feltérképezése

A következő fejezetben a Primer és Áttétes csoport maladaptív sémáit vizsgáltam a YSK-H kérdőív segítségével.

6.4.1 Az életkor és családi állapot összefüggései a maladaptív sémákkal

Életkor

Az *Életkor* és a *Maladaptív sémák kapcsolatát* Spearman korrelációval vizsgáltam (lásd 23. táblázat).

23. táblázat: Az életkor és maladaptív sémák összefüggései a teljes mintán

| | r | p |
|--|--------|-------|
| Határok károsodott volta - Elégtelen önkontrol, önfegyelem | -0,292 | 0,005 |
| Határok károsodott volta - Feljogosítottság, grandiozitás | -0,256 | 0,014 |
| Károsodott autonómia - Összeolvadság | -0,248 | 0,018 |
| Elszakítottság - Társas izoláció | -0,226 | 0,031 |
| Kóros másokra irányultság - Önfeláldozás | 0,218 | 0,038 |
| Aggályosság, gátoltság - Büntető készenlét | 0,173 | 0,102 |
| Aggályosság, gátoltság - Könyörtelen mércék | 0,082 | 0,439 |
| Károsodott autonómia - Sérülékenység | 0,001 | 0,993 |
| Aggályosság, gátoltság - Negativizmus, pesszimizmus | -0,012 | 0,910 |
| Károsodott autonómia - Kudarca ítéltés | -0,046 | 0,665 |
| Elszakítottság - Elhagyatottság | -0,068 | 0,520 |
| Kóros másokra irányultság - Behódolás | -0,078 | 0,465 |
| Elszakítottság - Társas elutasítottság | -0,105 | 0,320 |
| Kóros másokra irányultság - Elismerés hajszolás | -0,120 | 0,257 |
| Elszakítottság - Érzelmi depriváció | -0,126 | 0,235 |
| Elszakítottság - Csökkentértékűség, szégyen | -0,143 | 0,176 |
| Károsodott autonómia - Dependencia | -0,156 | 0,140 |
| Elszakítottság - Bizalmatlanság | -0,161 | 0,128 |
| Aggályosság, gátoltság - Érzelmi gátoltság | -0,170 | 0,107 |

N = 91 (A szignifikáns eredményeket félkövérrel emeltem ki.)

Az eredmények szerint a fiatalabb életkorúaknak magasabb értékei voltak a *Határok károsodott volta* sémartományból az *Elégtelen önkontrol, önfegyelem* és a *Feljogosítottság, grandiozitás* alsémáknál, a *Károsodott autonómia* sémartományból az *Összeolvadság* alsémánál. Az *Elszakítottság* sémartományból a *Társas izoláció* alsémánál mutattak magasabb értéket. Az idősebb életkorúak a *Kóros másokra irányultság* sémartományból az *Önfeláldozás* alsémánál mutattak magasabb értéket.

Családi állapot

A családi állapotot vizsgálva az *Elszakítottság* sémartomány *Elhagyatottság* sémájában találtam szignifikáns eltérést a három családi állapot között ($F(2, 89) = 4,323$ $p = 0,016$ Part. $R^2 = 0,089$). Az *Elhagyatottság érzése* séma átlagértéke a kapcsolatban élőkénél volt

legalacsonyabb ($M = 1,7898$; $SD = ,772$ $N = 51$), a családban élők esetén ennél magasabb ($M = 2,219$ $SD = 0,777$ $N = 17$), és a legmagasabb azoknál volt, akik egyedül élnek ($M = 2,350$ $SD = 0,963$ $N = 23$) Tukey utóvizsgálattal ellenőrizve egyedül a kapcsolatban, illetve az egyedül élők között találtam szignifikáns különbséget, míg a családban élők csoportja az *Elhagyatottság* séma szempontjából e két csoport között helyezkedett el, és egyiktől sem különbözött szignifikánsan.

Egyszempontos ANOVA vizsgálatok sorozatával elemeztem a Normatíva, a Primer és Áttétes csoportok közötti eltéréseket a korai maladaptív sémák (YSK) sémák tekintetében. A vizsgálat eredményeit az alábbi 30. táblázat tartalmazza:

6.4.2 A Primer, az Áttétes és a normatív adatok összehasonítása H-PBI alapján YSK sémák alapján

30. táblázat: A Normatíva, Primer és Áttétes csoportok YSK-sémák értékei

| | Normatíva | | Primer | | Áttétes | |
|---------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Átlag | Szórás | Átlag | Szórás | Átlag | Szórás |
| Érzelmi depriváció | 1,750 | 0,890 | 1,849 | 0,981 | 2,073 | 1,090 |
| Elhagyatottság | 2,060 | 0,810 | 1,889 | 0,789 | 2,143 | 0,910 |
| Bizalmatlanság | 2,150 | 0,740 | 2,008 | 0,751 | 2,061 | 0,813 |
| Társas izoláció | 1,780 | 0,820 | 1,726 | 0,784 | 1,909 | 1,126 |
| Csökkentértékűség, szégyen | 1,580 | 0,580 | 1,485 | 0,711 | 1,642 | 0,746 |
| Társas elutasítottság | 1,750 | 0,700 | 1,790 | 0,840 | 1,828 | 0,794 |
| Kudarca ítélttség | 1,720 | 0,830 | 1,513 | 0,649 | 1,657 | 0,883 |
| Dependencia | 1,750 | 0,750 | 1,498 | 0,347 | 1,711 | 0,826 |
| Sérülékenység | 1,710 | 0,600 | 1,763 | 0,607 | 2,112 | 0,836 |
| Összeolvadság | 1,740 | 0,730 | 1,810 | 0,953 | 2,217 | 1,207 |
| Behódolás | 1,870 | 0,780 | 1,974 | 0,819 | 2,168 | 1,046 |
| Önfeláldozás | 2,820 | 0,750 | 3,353 | 0,940 | 3,320 | 0,973 |
| Elismerés hajszolás | 2,320 | 0,840 | 2,389 | 0,805 | 2,424 | 1,021 |
| Érzelmi gátoltság | 1,790 | 0,750 | 1,903 | 0,817 | 2,058 | 1,012 |
| Könyörtelen mércék | 2,800 | 0,950 | 3,004 | 0,800 | 3,026 | 1,025 |
| Negativizmus, pesszimizmus | 2,240 | 0,890 | 2,234 | 0,926 | 2,459 | 1,144 |
| Büntető készenlét | 2,640 | 0,780 | 2,438 | 0,760 | 2,549 | 0,921 |
| Feljogosítottság, grandiozitás | 2,380 | 0,780 | 2,327 | 0,734 | 2,285 | 0,793 |
| Elégtelen önkontrol, önfegyelem | 2,170 | 0,730 | 1,972 | 0,700 | 2,198 | 0,787 |

Három séma esetén találtam a három csoport között különbséget: a *Sérülékenység* ($F(2, 245) = 6,652$ $p = 0,002$ $R^2 = 0,052$), az *Összeolvadság* ($F(2, 245) = 5,135$ $p = 0,007$ $R^2 = 0,040$), és az *Önfeláldozás* ($F(2, 245) = 11,163$ $p < 0,001$ $R^2 = 0,084$). E három alskála esetén utóvizsgálatok sorozatát végeztem. A nem-szignifikáns eredmények ANOVA-tábláját a 20. Melléklet tartalmazza.

Sérülékenység-veszélyeztetettség séma

A *Sérülékenység-veszélyeztetettség* séma a *Károsodott autonómia és teljesítőképesség* sématartományba tartozó séma. Az utóvizsgálat eredményei alapján a szignifikáns különbség az Áttétes csoport magasabb értékéből adódik. Az áttétes személyek *Sérülékenység-veszélyeztetettség* sémaértéke szignifikánsan magasabb a Normatívánál $t(55,997) = 2,983$ $p = 0,004$, és a primer daganatos személyekénél $t(78,158) = 2,267$ $p = 0,026$, mely utóbbi kettő között nincs szignifikáns különbség $t(74,934) = 0,526$ $p = 0,601$. (Az elemzés részleteit a 21. Melléklet tartalmazza).

Összeolvadtság-éretlenség séma

Az *Összeolvadtság-éretlenség* séma szintén a *Károsodott autonómia és teljesítőképesség* sématartományba tartozó séma. Az utóvizsgálat eredményei alapján a szignifikáns különbség az Áttétes csoport magasabb értékéből adódik. Az áttétes személyek *Összeolvadtság-éretlenség* értéke szignifikánsan magasabb a Normatívánál $t(52,114) = 2,496$ $p = 0,016$. A Primer csoport értéke a Normatíva és az Áttétes csoport értéke között helyezkedik el, de egyiktől sem tér el szignifikánsan. Normatíva-Primer: $t(63,018) = 0,468$ $p = 0,642$; Primer-Áttétes: $t(81,773) = 1,775$ $p = 0,080$. (Az elemzés részleteit a 22. Melléklet tartalmazza).

Önfeláldozás séma

Az *Önfeláldozás* séma a *Kóros másokra utaltság* sématartományba tartozó séma. Az utóvizsgálat eredményei alapján a szignifikáns különbség az emlőrákos személyek emelkedett értékéből adódik. Mind a Primer csoport, mind az Áttétes csoport *Önfeláldozás séma* értéke szignifikánsan magasabb a Normatívánál (Primer: $t(64,523) = 3,563$ $p = 0,001$; Áttétes: $t(58,058) = 3,162$ $p = 0,003$), de a Primer csoport és az Áttétes csoport között nincs szignifikáns különbség $t(88,088) = -0,166$ $p = 0,868$. (Az elemzés részleteit a 23. Melléklet tartalmazza).

Összefoglalva elmondható, hogy egy skálán figyelhető meg a Normatívához képest magasabb érték mind a Primer, mind az Áttétes csoportban. E séma az *Önfeláldozás* séma, amely a *Kóros másokra utaltság* sématartományba tartozik. Ennél a sémánál a Primer és az Áttétes csoport között nem figyelhető meg szignifikáns különbség. Két további séma esetében figyelhető meg magasabb érték az Áttétes csoportban: a *Sérülékenység* és az *Összeolvadtság* séma. A Normatíva és a Primer csoportok között nem figyelhető meg szignifikáns különbség.

6.5 Az aktuális pszichés állapotok összefüggései a maladaptív sémákkal és a kötődéssel

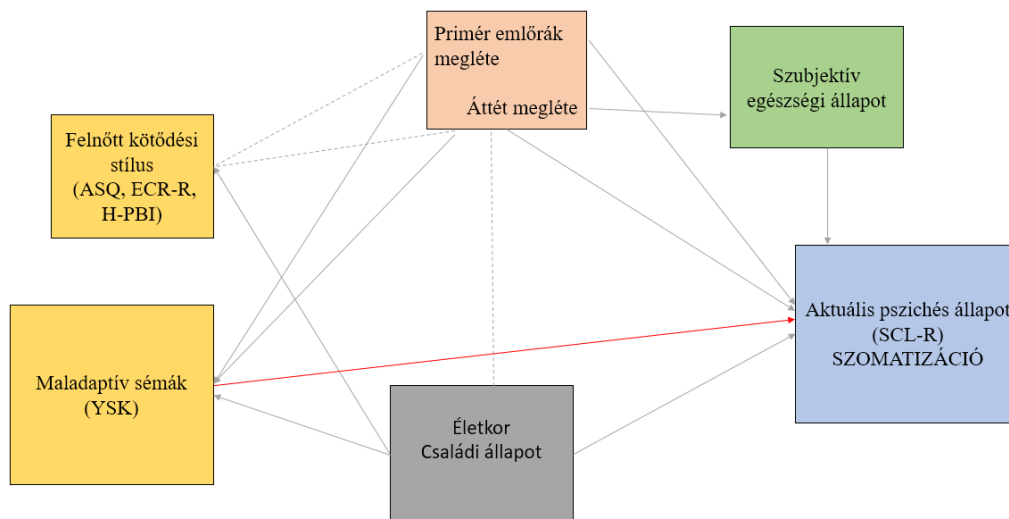
A minta aktuális pszichés állapotát korábban megvizsgáltam (SCL-90-R) és összehasonlítottam a Normatíva értékeivel (lásd 6.2 fejezet). Az eredmények azt mutatták, hogy a *Szomatizáció*, a *Depresszió*, a *Szorongás*, és a *Kényszer* alskálák esetében található erős szignifikáns eltérés.

A következőkben e négy pszichés állapotjellemezőt - szomatizáció, depresszió, szorongás, kényszer alskálákat - fogom vizsgálni a már korábban megismertetett Kötődési és Maladaptív séma-jellemzőkkel összefüggésben.

6.5.1 Szomatizáció

A *Szomatizáció* (SCL-90-R) átlagértéke mind a Primer (M=0,80; SD=0,60) mind az Áttétes (M=1,05; SD=0,73) csoportnál magasabb volt, mint a Normatíva (M=0,53; SD=0,53) adatai, és a minta két csoportja – Primer és Áttétes – között nem találtam különbséget.

6.5.1.1 A Maladaptív sémák és a Szomatizáció alskála összefüggései



15. ábra: A maladaptív sémák és az aktuális pszichés állapot – A Szomatizáció alskála értékek összefüggései

A következőkben bemutatom a *Szomatizáció* alskála és a *Sémák* összefüggéseit, amelyekhez először korrelációs elemzést végeztem. Az eredmények a 31. táblázatban láthatók:

31. táblázat: Sémák és a Szomatizáció alskála (SCR-90-R) korrelációi

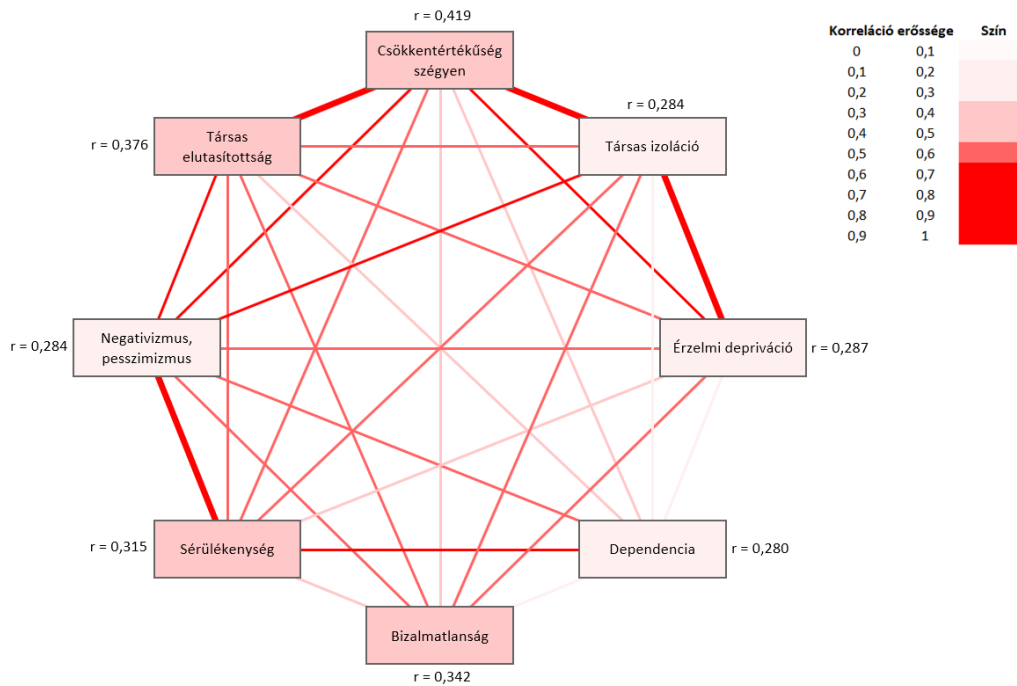
| Korreláció SCL - Szomatizáció skálával | Pearson korreláció | p |
|---|---------------------------|------------------|
| YSK - Elszakítottság | | |
| Érzelmi depriváció | 0,287 | 0,015 |
| Elhagyatottság | 0,216 | 0,071 |
| Bizalmatlanság | 0,342 | 0,003 |
| Társas izoláció | 0,284 | 0,016 |
| <i>Csökkentéértékűség, szégyen</i> | 0,419 | <0,001 |
| Társas elutasítottság | 0,376 | 0,001 |
| YSK - Károsodott autonómia | | |
| Kudarca ítélttség | 0,236 | 0,047 |
| Dependencia | 0,280 | 0,018 |
| Sérülékenység | 0,315 | 0,007 |
| Összeolvadság | 0,168 | 0,162 |
| YSK - Kóros másokra irányultság | | |
| Behódolás | 0,224 | 0,060 |
| Önfeláldozás | 0,185 | 0,122 |
| Elismerés hajszolás | 0,232 | 0,052 |
| YSK - Határok károsodott volta | | |
| Feljogosítottság, grandiozitás | 0,145 | 0,227 |
| Elégtelen önkontrol, önfegyelem | 0,197 | 0,099 |
| YSK - Aggályosság, gátoltság | | |
| Negativizmus, pesszimizmus | 0,284 | 0,016 |
| Érzelmi gátoltság | 0,265 | 0,026 |
| Könyörtelen mércék | 0,131 | 0,277 |
| Büntető készenlét | -0,057 | 0,635 |

N = 71

(a szignifikáns eredmények vastagon szedve)

Az eredmények szerint a *Szomatizáció* alskálával több Séma is korrelált, mint például az *Érzelmi depriváció*, a *Társas elutasítottság érzés*, a *Sérülékenység-veszélyeztetettség*, a *Bizalmatlanság-abúzus* vagy a *Társas izoláció-elidegenedettség* séma. Mind közül a legerősebb a korrelációt az *Elszakítottság* sématartományból a *Csökkentéértékűség-szégyen* alséma mutatta, amely ebben a konstellációban figyelmet érdemel.

Az alábbiakban részletesen bemutatom egy korrelációs hálón a *Szomatizáció* alskála és a vele korreláló maladaptív sémák egymással való kapcsolatát, amelyek a 16. ábrán tekinthetők meg. A korrelációs háló a nyolc, a *Szomatizáció* alskálával legerősebben korreláló sémát tartalmazza. A *Sémákat* megjelenítő téglalapok színe az adott Séma és SCL-90-R *Szomatizáció* alskála korrelációját, a *Sémákat* összekötő vonalak a Sémák közötti korrelációkat jelenítik meg. A megjelenített korrelációk mindegyike $p < 0,05$ szinten szignifikáns.

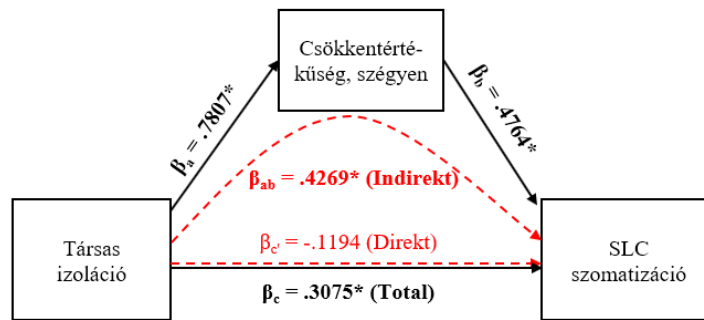


16. ábra: Korrelációs háló: a Szomatizáció alskálával való összefüggés alapján kiválasztott Sémák egymással való kapcsolata

(Az ábra Várhelyi, K. – CORNET (2019) stathelp.hu programmal készült.)

A korábbi vizsgálatból (lásd 6.2.2 fejezet) látható, hogy az aktuális pszichés állapot *Szomatizáció* alskálában nem volt különbség az Primer és Áttétes csoport között, ezért ez a vizsgálat a teljes mintán történt. A *Sémák* és a *Szomatizáció* alskála korrelációinak erőssége általában a közepes és gyenge tartományban van, tehát látható, hogy a *Szomatizáció* alskála nem áll túl erős kapcsolatban a *Sémákkal*. A *Szomatizáció* alskálával legerősebben korreláló *Csökkentértékűség-szégyen* séma került a fókuszba a többi sémával való kapcsolat vizsgálatakor is, amelynek legerősebb kapcsolata a *Társas izoláció-elidegenedettsé*g és *Társas elutasítottság érzés* sémákkal mutatkozik. Érdeemes megjegyezni, hogy mindhárom Séma az *Elszakítottság* sématartományba tartozik.

A fenti összefüggésekre támaszkodva, a *Társas elutasítottság érzés* és a *Társas izoláció-elidegenedettsé*g sémára, a *Csökkentértékűség-szégyen* sémára és az aktuális pszichés állapoton belül a *Szomatizáció* alskálára mediáló elemzést végeztem. A *Társas izoláció-elidegenedettsé*g → *Csökkentértékűség, szégyen* → *Szomatizáció* útvonal megvalósulását elemző mediáló elemzés eredménye a 17. ábrán látható. (A számítások a 24. Mellékletben találhatóak.)



17. ábra: Társas izoláció és a Szomatizáció alskála moderáció vizsgálata a Csökkentértékűségeken keresztül

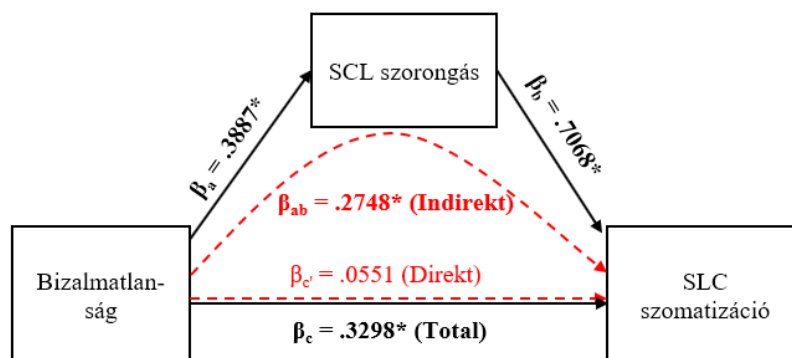
Az ábrán látható, hogy a *Társas izoláció-elidegenedtség* séma *Szomatizáció* alskálára gyakorolt hatása teljes mértékben a *Csökkentértékűség* sémán keresztül valósul meg ($\beta_{ab} = 0,4269^*$). A *Társas izoláció-elidegenedtség* sémába tartozó itemek pl.: „*Nem illek sehova*” vagy „*Senki nem ért engem igazán*” vagy „*Ha holnap eltűnnék, senki nem venné észre*”. A *Csökkentértékűség* sémába tartozó pl.: „*Alapvetően hibás és tökéletlen vagyok*” vagy „*Úgy érzem, nem vagyok szeretetre méltó*”, vagy „*Egyik legnagyobb félelmem, hogy felfedezik a hibáimat*”. A sémátételek keretében eredményeim alapján feltételezhető, hogy minél inkább úgy érzi a személy, hogy őt nem érti meg senki, minél inkább izolálódik másoktól, és csökkent értékűnek képzei magát már a betegsége jellegéből adódóan is, annál inkább szomatizál, vagyis érzékeli negatívnak a fizikai állapotát.

A *Társas elutasítottság érzése* séma a *Csökkentértékűség* sémán keresztül megvalósuló indirekt hatása viszont nem szignifikáns $\beta_{ab} = .3694$ $CI_1 = -.2161$ $CI_2 = 0.8804$. A *Társas elutasítottság érzése* tételei például: „*Csúnya vagyok*” vagy „*Nem tudok normálisan lefolytatni egy beszélgetést*” vagy „*Soha nem tudom, mit kellene éppen mondanom*”. Tehát minden bizonnyal a személy önmagáról kialakított képe a betegségtől függetlenül is negatív, így megérthető a direkt útvonal a szomatizációhoz, vagyis a betegség által kiváltott negatív fizikai állapothoz. (Az elemzés részletei megtalálhatók a 25. Mellékletben).

A *Negativizmus-pesszimizmus* séma a *Szomatizáció* alskálára gyakorolt *Sérülékenységen-veszélyeztetettség* sémán keresztül megvalósuló indirekt hatása nem szignifikáns $\beta_{ab} = 0.1888$ $CI_1 = -0,1267$ $CI_2 = 0.5142$. A *Negativizmus-pesszimizmus* séma tételei például: „*Még, ha jól is mennek a dolgok, azt érzem, hogy ez csak átmeneti*” vagy „*Aggódok, hogy egy rossz döntés katasztrófához vezet*” vagy „*A hozzám közelállók aggodalmaskodónak tartanak*”. A *Sérülékenységen-veszélyeztetettség* séma tételei például: „*Félek, hogy megtámadnak*” vagy „*Attól félek, hogy minden pénzemet elvesztem*” vagy „*Úgy érzem a világ veszélyes*”.

Ebben az esetben feltételezhető, hogy a *Negativizmus-pesszimizmus* séma hatása a *Szomatizáció* alszkálára azért nem a *Sérülékenységen-veszélyeztetettség* sémán keresztül történik, mivel e séma nem köthető közvetlenül a daganatos betegséghez. (Az elemzés részletei megtalálhatók a 26. Mellékletben.)

A *Bizalmatlanság-abúzus* séma a *Csökcentértékűség* sémával gyenge kapcsolatban van, így azt vizsgáltam, hogy mégis hogyan kapcsolódik Szomatizáció faktorhoz (lásd 16. ábra). Azt találtam a korábbi korellációs táblában (lásd, 6.2.2 fejezet), hogy a Szorongás faktorról (SCL-90-R) a Bizalmatlanság-abúzus séma szoros összefüggést mutatott, erre az alábbi mediációs modellt állítottam föl:

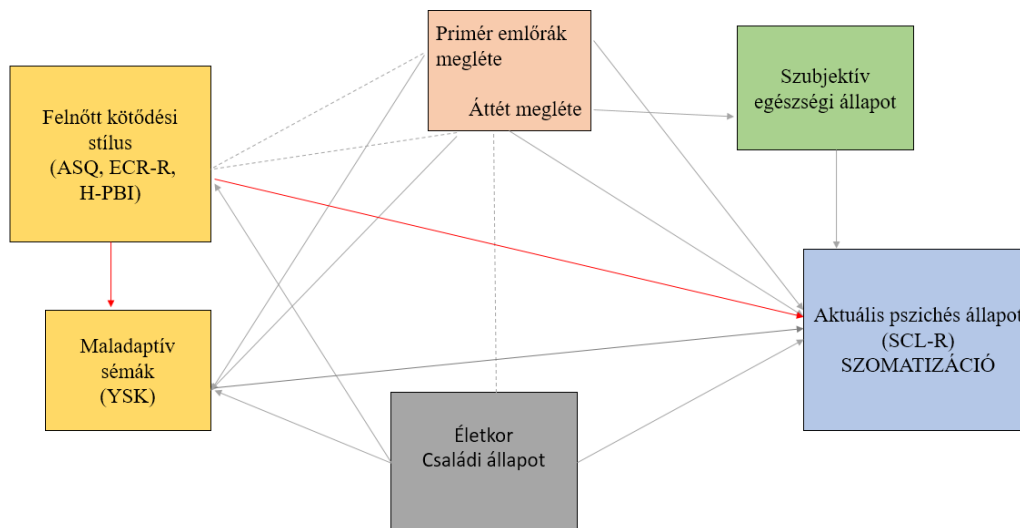


18. ábra: A Bizalmatlanság séma és a Szomatizáció faktor moderáció vizsgálata a Szorongás faktoron keresztül

A 18. ábrán látható, hogy a *Bizalmatlanság-abúzus* séma a *Szorongás* faktoron keresztül gyakorol hatást a *Szomatizáció* faktorra. A *Bizalmatlanság-abúzus* séma tételei például: „Úgy érzem, ki akarnak használni” vagy „Nehezemre esik, hogy megbízom másokban” vagy „A számomra fontos személyek testileg, érzelmileg vagy szexuálisan bántalmaztak”, vagy „Csak idő kérdése, mielőtt valaki elárul”. Vagyis az egyén minél inkább nem bíz senkiben, annál jobban szorong, és annál jobban fog szomatizálni ($\beta_{ab} = 0,2748$). Az elemzés részletei megtalálhatók a 27. Mellékletben.

6.5.1.2 A kötődési jellemzők és a Szomatizáció faktor kapcsolata

A továbbiakban a különféle kötődési területeket (párkapcsolati kötődés, általános kötődés és a szülőkhöz való kötődés) mérő kérdőívek – ECR-R, ASQ-H és H-PBI – dimenzióink kapcsolatát vizsgálom a Szomatizáció faktorról.



19. ábra: A kötődési jellemzők és az aktuális pszichés állapot összefüggései

A következőkben bemutatom a kötődési stílust mérő skála (ASQ-H kérdőív) és a Szomatizáció (SCL-90-R) faktor összefüggéseit, amelyekhez korrelációs elemzést végeztem. Az eredmények a 32. táblázatban láthatók:

32. táblázat: Kötődési stílus és a Szomatizáció faktor korrelációs vizsgálata

| | r | p |
|---|--------|-------|
| ASQ-H - KFÉ - Kapcsolatok fontossága az én szempontjából | 0,183 | 0,126 |
| ASQ-H - ATÖ - Ambivalencia, távolítás, önleértékelés | 0,253 | 0,033 |
| ASQ-H - BK - Biztonság a kapcsolatokban | -0,316 | 0,007 |
| ASQ-H - ÖV - Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben | 0,015 | 0,903 |
| ASQ-H - FF – Függés, függetlenség | 0,208 | 0,081 |
| ECR - Elkerülés | 0,254 | 0,033 |
| ECR - szorongás | 0,155 | 0,195 |
| HPBIM - Anyai szeretet, törődés | -0,199 | 0,096 |
| HPBIF - Apai szeretet, törődés | -0,277 | 0,020 |
| HPBIM - Anyai túlvédés | 0,230 | 0,053 |
| HPBIF - Apai túlvédés | 0,008 | 0,947 |
| HPBIM - Anyai korlátozás | 0,193 | 0,106 |
| HPBIF - Apai korlátozás | 0,168 | 0,166 |

N = 71 (A szignifikáns eredményeket vastagítva emeltem ki)

A vizsgálatból kiderült, hogy a Szomatizáció faktorról több kötődési jellemzőt leíró alskála is korrelál, bár ezek a korrelációk nem túl erősek: a Kötődési Stílus Kérdőíve (ASQ_H) alskálái közül a Biztonság a kapcsolatokban, az Ambivalencia, távolítás, önleértékelés, a Közvetlen kapcsolatok (ECR-R) kérdőívéből az Elkerülés dimenzió, illetve a Szülői bánásmód (H-PBI) faktorai közül az Apai szeretet, törődés alskála. Mind közül a legerősebb a korrelációt a

Kötődési Stílus Kérdőíve (ASQ-H) alskálái közül a *Biztonság a kapcsolatokban* mutatja, amely ebben a konstellációban úgy értelmezhető, hogy a személy minél kevésbé ítéli úgy, hogy bízhat a kapcsolataiban, annál több szomatizációs tünetről számol be. De az összefüggés fordítva is igaz lehet: minél több szomatikus tünetről számol be, annál kevésbé érzi magát biztonságban általában a kapcsolataiban. Az előző fejezetben láthattuk, hogy a *Szomatizáció* alskála értékeinek kapcsán igazán számottevőnek a *Csökkentértékűség-szégyen* séma mutatkozott, így felmerült a kérdés, hogy a Kötődést mérő kérdőívek alskálái közül található-e valamelyikkel összefüggés. Ennek megállapítására először korrelációs vizsgálatot végeztem a kötődési jellemzőket mérő alskálák és a *Csökkentértékűség-szégyen* séma között. (lásd 33. táblázat).

33. táblázat: Kötődés és a Csökkentértékűség-szégyen korrelációs vizsgálata

| | r | p |
|---|----------|----------|
| ASQ-H - KFÉ - Kapcsolatok fontossága az én szempontjából | 0,374 | <0,001 |
| ASQ-H - ATŐ - Ambivalencia, távolítás, önleértékelés | 0,582 | <0,001 |
| ASQ-H - BK - Biztonság a kapcsolatokban | -0,602 | <0,001 |
| ASQ-H - ÖV - Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben | 0,081 | 0,445 |
| ASQ-H - FF - Függes, függetlenség | 0,103 | 0,329 |
| ECR - Elkerülés | 0,429 | <0,001 |
| ECR - szorongás | 0,545 | <0,001 |
| HPBIM - Anyai szeretet, törődés | -0,222 | 0,034 |
| HPBIF - Apai szeretet, törődés | -0,217 | 0,040 |
| HPBIM - Anyai túlvédés | 0,155 | 0,141 |
| HPBIF - Apai túlvédés | -0,016 | 0,881 |
| HPBIM - Anyai korlátozás | 0,178 | 0,091 |
| HPBIF - Apai korlátozás | 0,128 | 0,229 |

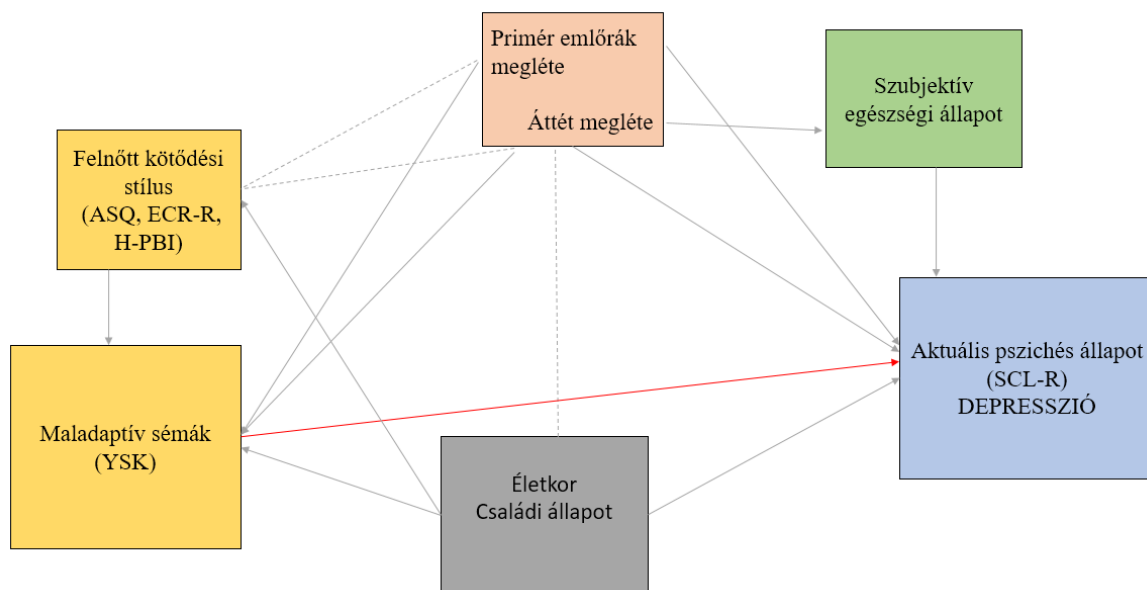
N = 91 (A szignifikáns eredményeket vastagítva emeltem ki)

A vizsgálatból kiderült, hogy a *Csökkentértékűség-szégyen* sémával (YSK) több kötődési jellemzőt leíró alskála is igen erős korrelációt mutat: a Kötődési Stílus Kérdőíve (ASQ-H) alskálái közül a *Kapcsolatok fontossága az én szempontjából*, az *Ambivalencia, távolítás, önleértékelés*, és a *Biztonság a kapcsolatokban*. A Közvetlen Kapcsolatok Kérdőíve (ECR-R) mindkét dimenziója: az *Elkerülés*, illetve a *Szorongás* dimenziók, valamint a Szülői bánásmód (H-PBI) alskálái közül az *Apai és Anyai szeretet, törődés* faktorok. Mind közül a legerősebb korrelációt a Kötődési Stílus Kérdőíve (ASQ-H) *Kapcsolatok fontossága az én szempontjából (KFÉ)* alskála, amely a kapcsolatok érzelmi fontosságát méri az önértékelés szempontjából.

6.5.2 Depresszió

A minta aktuális pszichés állapotának vizsgálatakor (lásd 6.2 fejezet) a *Depresszió* (SCL-90-R) átlagértéke mentén összehasonlítottam mindhárom csoportot, és eredményképp azt találtam, hogy az *Áttétes* csoport ($M=1,29$; $SD=0,87$) értéke szignifikánsan magasabb volt mind a *Primer* ($M=0,88$; $SD=0,79$), mind a *Normatíva* ($M=0,83$; $SD=0,73$) értékeinél, de a *Primer* és *Normatíva* csoport értékei között nem találtam szignifikáns különbséget.

6.5.2.1 A Maladaptív sémák és a Depresszió (SCL-90-R) összefüggései



20. ábra: A maladaptív sémák és a Depresszió összefüggései

Mivel a Depresszió mértékében a *Primer* és *Áttétes* csoport között eltérés mutatkozott (lásd 6.2.2 fejezet), ezért a Depresszió összefüggéseit is *Primer* és *Áttétes* bontásban vizsgáltam. A következőkben bemutatom a *Depresszió* és a *maladaptív sémák* összefüggéseit, amelyekhez először korrelációs elemzést végeztem. Az eredmények a 34. táblázatban láthatók:

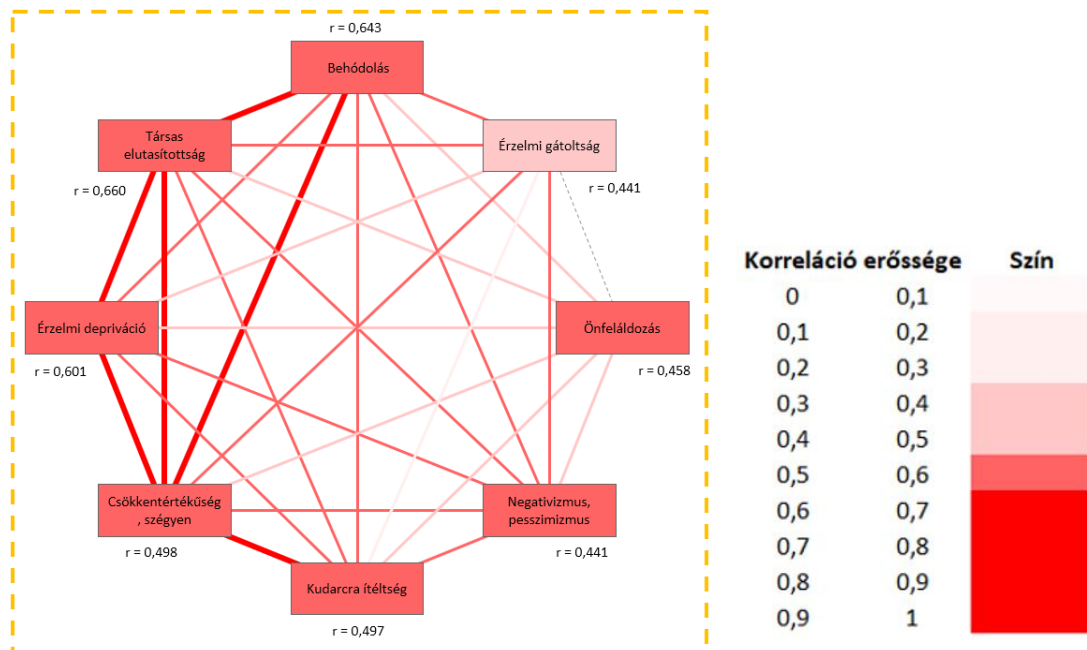
34. táblázat: Sémák és a Depresszió korrelációs vizsgálata

| Korreláció SCL - Depresszió skálával | Primer | | Áttétes | |
|--|--------|--------------|---------|--------------|
| | r | p | r | p |
| YSK - Elszakítottság | | | | |
| Érzelmi depriváció | 0,628 | <0,001 | 0,458 | 0,006 |
| Elhagyatottság | 0,439 | 0,007 | 0,441 | 0,009 |
| Bizalmatlanság | 0,389 | 0,017 | 0,337 | 0,051 |
| Társas izoláció | 0,402 | 0,014 | 0,441 | 0,009 |
| Csökkentértékűség, szégyen | 0,611 | <0,001 | 0,576 | <0,001 |
| Társas elutasítottság | 0,660 | <0,001 | 0,564 | 0,001 |
| YSK - Károsodott autonómia | | | | |
| Kudarca ítéltés | 0,537 | 0,001 | 0,354 | 0,040 |
| Dependencia | 0,397 | 0,015 | 0,193 | 0,275 |
| Sérülékenység | 0,384 | 0,019 | 0,343 | 0,047 |
| Összeolvadság | 0,363 | 0,027 | 0,262 | 0,135 |
| YSK - Kóros másokra irányultság | | | | |
| Behódolás | 0,643 | <0,001 | 0,377 | 0,028 |
| Önfeláldozás | 0,502 | 0,002 | 0,270 | 0,123 |
| Elismerés hajszolás | 0,440 | 0,006 | 0,497 | 0,003 |
| YSK - Határok károsodott volta | | | | |
| Feljogosítottság, grandiozitás | 0,326 | 0,049 | 0,294 | 0,092 |
| Elégtelen önkontrol, önfegyelem | 0,339 | 0,040 | 0,432 | 0,011 |
| YSK - Aggályosság, gátoltság | | | | |
| Negativizmus, pesszimizmus | 0,507 | 0,001 | 0,498 | 0,003 |
| Érzelmi gátoltság | 0,460 | 0,004 | 0,601 | <0,001 |
| Könyörtelen mércék | 0,037 | 0,829 | 0,226 | 0,199 |
| Büntető készenlét | 0,187 | 0,268 | 0,356 | 0,039 |

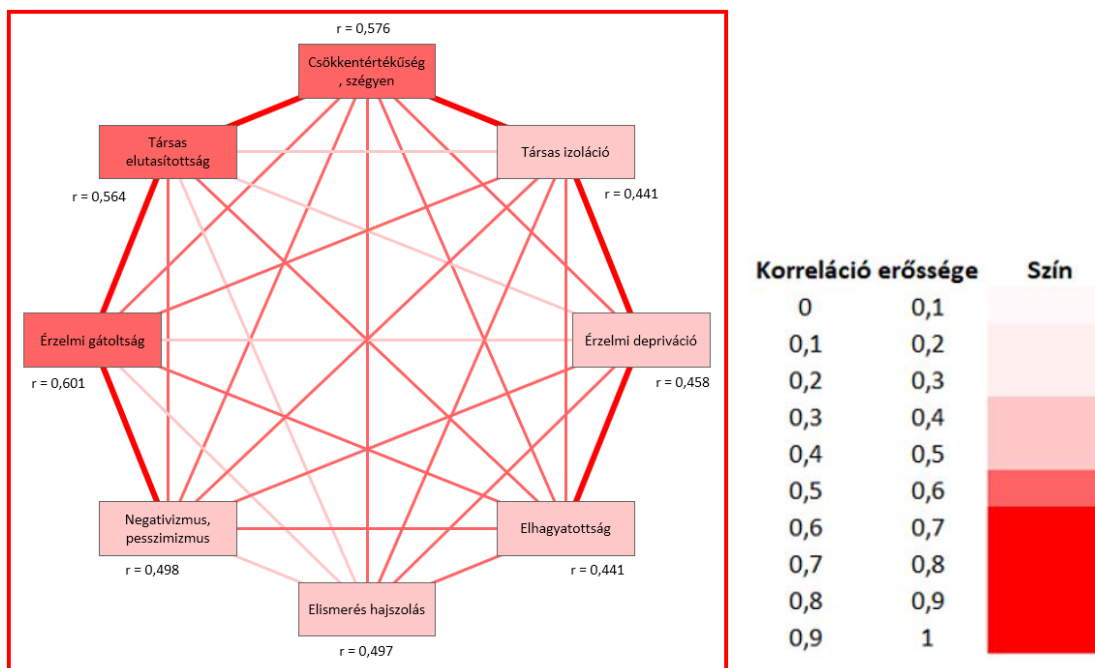
Primer: N = 47, Áttétes N = 44

A vizsgálatból kiderült, hogy a *Depresszió* alskálával (SCL-90-R) több Séma is korrelál, mint például az *Érzelmi depriváció*, a *Csökkentértékűség-szégyen*, a *Társas elutasítottság* a *Behódolás* vagy a *Negativizmus-pesszimizmus* séma. Mint látható, a Primer csoportban ezek a korrelációk sokkal erősebbek, mint az Áttétes csoportban. Így a továbbiakban a Depresszió (SCL-90-R) és a maladaptív sémák (YSK) kapcsolatát, illetve a Sémák egymással való viszonyát a Primer, illetve Áttétes csoportok bontásában vizsgáltam, várhatóan a Sémák komplexen, egymás hatását befolyásolva is hathatnak a Depresszióra.

A Primer csoport narancssárga szaggatott vonallal az Áttétes csoport piros folytonos vonallal jelöltem a könnyebb elkülöníthetőség érdekében (lásd, 21. és 22. ábra).



21. ábra: Korrelációs háló: A Depresszió és a Maladaptív sémák kapcsolatának, illetve a sémák egymással való kapcsolata a Primér csoport körében



22. ábra: Korrelációs háló: A Depresszió és a Maladaptív sémák kapcsolatának, illetve a sémák egymással való kapcsolata az Áttétes csoport körében

(Mindkét ábra Várhelyi, K. – CORNET (2019) stathelp.hu programmal készült.)

Mindkét korrelációs háló nyolc, a Depresszióval legerősebben korreláló sémát tartalmazza a Primer (21. ábra) és az Áttétes (22. ábra) emlőrákos személyeknél. A Sémákat megjelenítő téglalapok színe az adott séma és Depresszió (SCL-90-R) korrelációját, a Sémákat összekötő

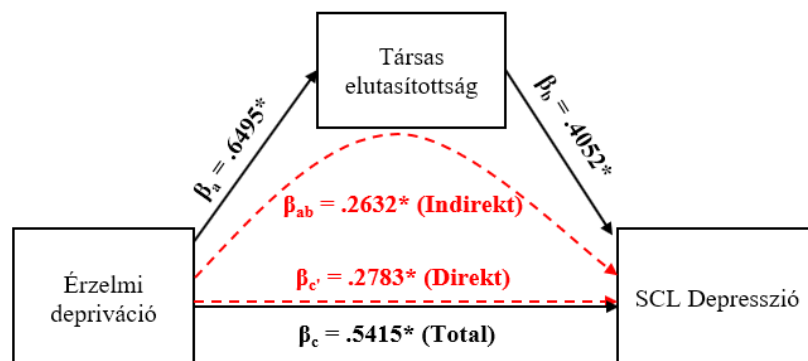
vonalak a sémák közötti korrelációkat jelenítik meg. A megjelenített korrelációk mindegyike $p < 0,05$ szinten szignifikáns. (Az elemzés részleteit a 28. Melléklet tartalmazza).

A Sémák és a *Depresszió* korrelációinak erőssége általában a erős-közepes tartományban van, tehát látható, hogy a *Depresszió* erőteljesen kapcsolatban van a sémákkal. A korrelációs hálón jól látható, hogy a Primer csoportban a *Depresszió*val legerősebben korreláló *Behódolás* séma került a fókuszba a többi sémával való kapcsolat vizsgálatakor, amelynek legerősebb kapcsolata a *Társas elutasítottság érzése*, az *Érzemi gátoltság*, a *Csökkentértékűség-szégyen*, a *Kudarccra ítélttség*, a *Negativizmus-pesszimizmus* és az *Önfeláldozás* sémákkal mutatkozik. Az Áttétes csoportban már sokkal kevesebb közepesen-erős korreláció található a korrelációs hálóban. A *Depresszió*val legerősebben korreláló *Csökkentértékűség-szégyen* séma került a fókuszba a többi sémával való kapcsolat vizsgálatakor az Áttétes csoportban, amelynek legerősebb kapcsolata a *Társas elutasítottság érzése* és az *Érzemi gátoltság* sémákkal mutatkozik.

Fontos megjegyezni, hogy mindkét csoportnál megjelenik a *Depresszió*val korrelálva az *Érzemi gátoltság*, és az *Érzemi depriváció*, valamint a *Társas elutasítottság érzése* séma.

A Primer/Áttétes bontást követően a mintaelemszámok csökkenése a másodfajú hiba jelentős növekedésének kockázatát hordozza magában. Ennek ellenére az előzőekben bemutatott korrelációs hálók mintázatát látva kijelenthető, hogy a bontásnak van létjogosultsága. A következő, bontásban végzett mediáló vizsgálatokra igaz, hogy csak a jelentősebb mértékű hatások kimutatása lehetséges. A szignifikáns eredmények az összefüggések mintázatát csak részben mutatják be. A nem-szignifikáns eredmények nem kerülnek bemutatásra, mivel értelmezésük nem lehetséges. (Az elemzés részleteit a 29. Melléklet tartalmazza).

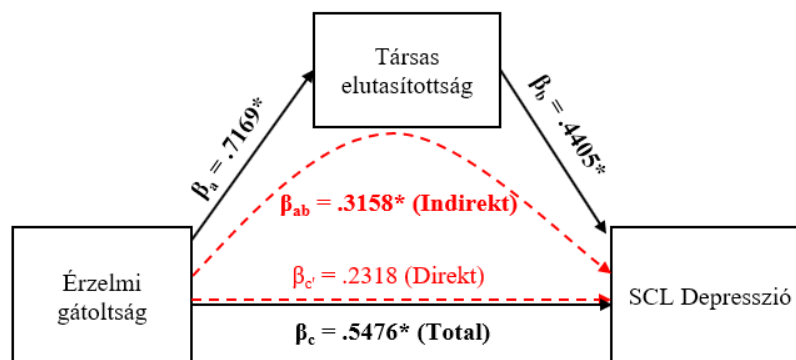
Teljes mintán vizsgálva az Érzemi depriváció Társas elutasítottság érzése sémán keresztül megvalósuló hatása a Depresszióra



23. ábra: Mediáló elemzés - az *Érzemi depriváció* a *Depresszióra* gyakorolt hatása a *Társas elutasítottságon keresztül*

A teljes mintán elemezve, az *Érzelmi depriváció* séma *Depresszióra* gyakorolt hatása részben közvetlen ($\beta_c = 0,2783^*$), részben pedig a *Társas elutasítottság érzése* sémán keresztül közvetetten módon ($\beta_{ab} = 0,2632$) valósul meg. (Lásd 23. ábra) Az *Érzelmi depriváció* séma olyan itemeket tartalmaz, mint például: „Nem kaptam szeretetet és figyelmet” vagy „Általában nem voltak olyan emberek, akik melegséget, biztonságot, és szeretetet adtak volna” vagy „Ritkán volt részem abban, hogy egy rátermett személy igaz tanácsot és útmutatást nyújtott volna, amikor nem tudtam, mihez kezdjek”. A *Társas elutasítottság érzése* séma itemei például: „Túl kövér vagyok” vagy „Társasági helyzetben buta és unalmas vagyok” vagy „Mások jelenlétében nagyon zavarban vagyok”. Tehát a *Depresszióra* gyakorolt hatás mindkét séma esetében értelmezhető, hiszen a személy akár az önmagáról kialakított negatív képe, akár a szeretet hiányának okán is jellemezheti magát depressziósnak az SCL-90-R skáláin.

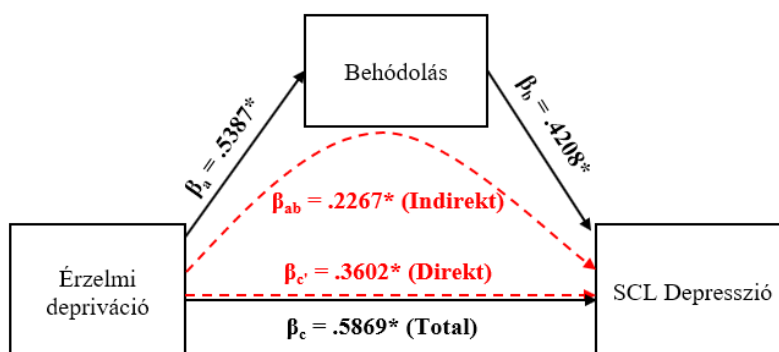
Az Érzelmi gátoltság Társas elutasítottságon keresztül megvalósuló hatása a Depresszióra, a teljes mintán vizsgálva



24. ábra: Mediáló elemzés - az Érzelmi gátoltságnak a Depresszióra gyakorolt hatása a Társas elutasítottságon keresztül

A teljes mintán elemezve, az *Érzelmi gátoltság* séma *Depresszióra* gyakorolt hatása teljes egészében a *Társas elutasítottságon* keresztül, közvetetten ($\beta_{ab} = 0,3158^*$) valósul meg. (24. ábra.)

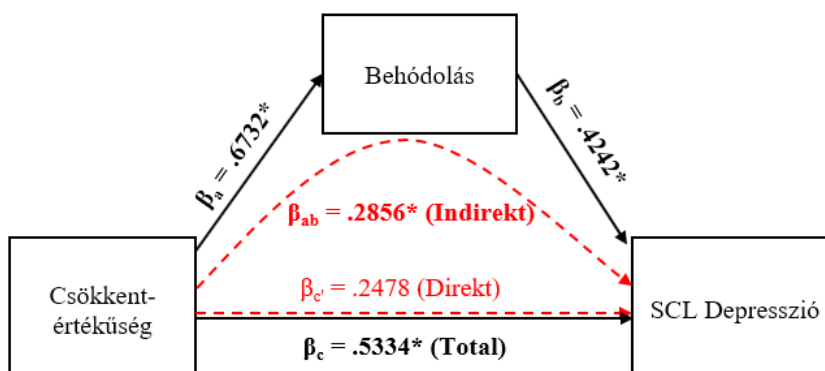
A Primer emlőrákos mintán vizsgálva - az Érzelmi depriváció séma a Behódolás sémán keresztül megvalósuló hatása a Depresszióra



25. ábra: Az *Érzelmi depriváció* séma a *Depresszióra* gyakorolt hatása a *Behódolás* sémán keresztül

A *Primer* emlőrákos mintán elemezve az *Érzelmi depriváció* séma a *Depresszióra* gyakorolt hatása részben közvetlen módon ($\beta_c = 0,3602^*$) valósul meg, részben pedig a *Behódolás* sémán keresztül, közvetetten ($\beta_{ab} = 0,2267^*$). (lásd 25. ábra.)

A *Primer* emlőrákos mintán vizsgálva - a *Csökkentértékűség* séma a *Behódolás* sémán keresztül megvalósuló hatása a *Depresszióra*



26. ábra: Mediáló elemzés – a *Csökkentértékűség*nek a *Depresszióra* gyakorolt hatása a *Behódolás*on keresztül

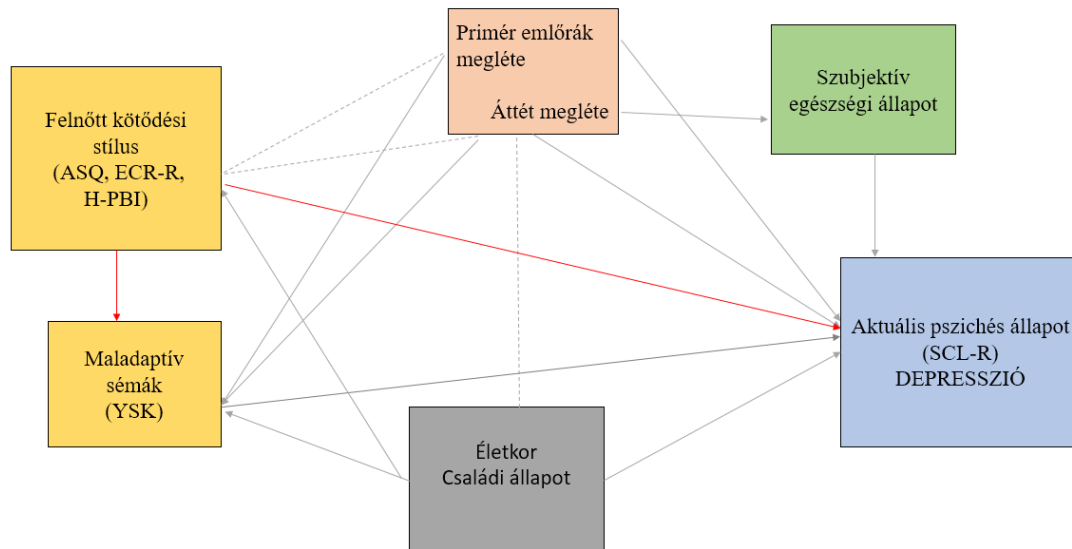
A *Primer* emlőrákos mintán elemezve a *Csökkentértékűség-szégyen* séma *Depresszióra* gyakorolt hatása teljes egészében a *Behódolás* sémán keresztül, közvetetten valósul meg ($\beta_{ab} = 0,2856^*$). (lásd 26. ábra)

Összefoglalás

A fenti vizsgálatok alapján elmondható, hogy a betegség folyamatában több séma is aktiválódhat mind a *Primer* és mind az *Áttétes* csoportban. Láthatjuk azt is, hogy az életkor a családi állapot befolyásolhatja a sémák megjelenését. Kialakult egy-egy, a csoportokra

jellemző sémaprofil, de észrevehető, hogy a különbözőségeket mellet ezekben a sémaprofilokban a vannak bizonyos hasonlóságok is.

6.5.2.2. A Kötődési jellemzők és a Depresszió



28. ábra: Az aktuális pszichés tünetek és a kötődési jellemzők összefüggései

A következők lépésben vizsgálom a *Depresszió* alskála és a *Kötődési jellemzők* (ECR-R, ASQ-H, H-PBI) összefüggéseit, amelyekhez először korrelációs elemzést végeztem. Az eredmények a 35. táblázatban láthatók:

35. táblázat: A kötődési jellemzők és a Depresszió (SCL-90-R) korrelációja

| | r | p |
|---|----------|----------|
| ASQ-H - KFÉ - Kapcsolatok fontossága az én szempontjából | ,432 | <0,001 |
| ASQ-H - ATÖ - Ambivalencia, távolítás, önleértékelés | ,470 | <0,001 |
| ASQ-H - BK - Biztonság a kapcsolatokban | -,347 | 0,003 |
| ASQ-H - ÖV - Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben | ,124 | 0,302 |
| ASQ-H - FF - Függés, függetlenség | ,204 | 0,088 |
| ECR - Elkerülés | ,511 | <0,001 |
| ECR - Szorongás | ,454 | <0,001 |
| HPBI-M - Anyai szeretet, törődés | -,325 | 0,006 |
| HPBI-F - Apai szeretet, törődés | -,397 | 0,001 |
| HPBI-M - Anyai túlvédés | ,217 | 0,069 |
| HPBI-F - Apai túlvédés | ,061 | 0,617 |
| HPBI-M - Anyai korlátozás | ,365 | 0,002 |
| HPBI-F - Apai korlátozás | ,286 | 0,016 |

N = 71 (A szignifikáns eredményeket vastagítva emeltem ki)

A vizsgálat eredményei alapján elmondható, hogy a *Depresszió* faktorra több kötődési alskála is közepes/erős korrelációt mutat. Az ASQ-H skálái közül pozitív irányban a *Kapcsolatok fontossága az én szempontjából* (KFÉ, például: „Néha azt gondolom, semmit sem érek”), az *Ambivalencia, távolítás, önleértékelés* (ATÖ, például: „Nem értem, miért akarna bárki kapcsolatba lépni velem”), negatív irányban a *Biztonság a kapcsolatokban* (BK, például: „Egészében véve, én egy értékes ember vagyok”). Az ECR-R mindkét faktora pozitív irányban, az *Elkerülés és Szorongás* dimenziók, valamint az észlelt szülői bánásmód (H-PBI) közül mind az anyai, mind az *apai Szeretet-törődés* negatív irányban, valamint mind az anyai, mind az *apai Korlátozás* alskálák, pozitív irányban. Ezek alapján elmondható, hogy a személy minél inkább érzi úgy, hogy semmit nem ér a kapcsolatában, vagy minél inkább leértékeli önmagát, illetve minél inkább szorongó, vagy elkerülő kötődési mintázatot mutat, annál több depressziós tünetről számol be (SCL-90-R). Ugyan ez vonatkozik a szülői bánásmódra, minél inkább úgy emlékszik, hogy nélkülözte az anyai és apai szeretetet, illetve emlékei szerint minél inkább korlátozták a szülei, annál több depressziós tünetről számol be. A kapcsolat fordítva is igaz lehet: minél inkább számol be a személy depressziós tünetekről, annál inkább értékeli le önmagát, és szorongó, illetve elkerülő, illetve emlékszik úgy, nem szerették a szülei.

Kötődési jellemzők és maladaptív sémák összefüggései

Korábban, a maladaptív sémák és a Depresszió faktor összefüggésének elemzésékor (lásd 6.5.2.1 fejezet) összesen hat maladaptív séma emelkedett ki, amelyeket vizsgálatom szempontjából jellegzetesnek ítélek. A teljes mintán a következő sémák emelkedtek ki: *Csökkentértékűség-szegényen*, a *Társas elutasítottság ézése*, a *Negatívizmus-pesszimizmus*, az *Érzelmi depriváció* sémák (36. táblázat). Így a kötődési jellemzőket mérő eszközök alskáláival és faktoraival a teljes mintán e négy maladaptív séma összefüggéseit vizsgáltam meg a depresszió faktorra. (A *Csökkentértékűség-szegényen* séma összefüggései a Szomatizáció alskála fejezetben - lásd 6.5.1 fejezet - már bemutatásra kerültek.)

36. táblázat: A kötődési skálák három maladaptív séma és a Depresszió alszála korrelációja

| | Társas elutasítottság | | Negativizmus, pesszimizmus | | Érzelmi depriváció | |
|--|-----------------------|--------------|----------------------------|--------------|--------------------|--------------|
| | r | p | r | p | r | p |
| ASQ-H - KFÉ - Kapcsolatok fontossága az én szempontjából | 0,393 | 0,000 | 0,489 | 0,000 | 0,476 | 0,000 |
| ASQ-H - ATÖ - Ambivalencia, távolítás, önleértékelés | 0,592 | 0,000 | 0,667 | 0,000 | 0,606 | 0,000 |
| ASQ-H - BK - Biztonság a kapcsolatokban | -0,509 | 0,000 | -0,52 | 0,000 | -0,500 | 0,000 |
| ASQ-H - ÖV - Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben | 0,124 | 0,240 | 0,189 | 0,072 | 0,071 | 0,504 |
| ASQ-H - FF - Függés, függetlenség | 0,147 | 0,166 | 0,091 | 0,392 | 0,127 | 0,231 |
| ECR - Elkerülés | 0,483 | 0,000 | 0,401 | 0,000 | 0,351 | 0,001 |
| ECR - szorongás | 0,513 | 0,000 | 0,500 | 0,000 | 0,633 | 0,000 |
| HPBIM - Anyai szeretet, törődés | -0,181 | 0,086 | -0,173 | 0,101 | -0,354 | 0,001 |
| HPBIF - Apai szeretet, törődés | -0,278 | 0,008 | -0,203 | 0,054 | -0,313 | 0,003 |
| HPBIM - Anyai túlvédés | 0,139 | 0,189 | 0,330 | 0,001 | 0,152 | 0,152 |
| HPBIF - Apai túlvédés | 0,027 | 0,803 | 0,130 | 0,222 | 0,054 | 0,611 |
| HPBIM - Anyai korlátozás | 0,149 | 0,158 | 0,132 | 0,211 | 0,248 | 0,018 |
| HPBIF - Apai korlátozás | 0,073 | 0,495 | 0,094 | 0,379 | 0,200 | 0,058 |

N = 91 (A szignifikáns eredményeket vastagítva emeltem ki.)

Látható a teljes mintán végzett korrelációs vizsgálat eredményeképp a *Társas elutasítottság* érzése séma (például: *Túl kövér vagyok*), a *Negativizmus, pesszimizmus* séma (például: *Többet foglalkozom az élet, és a velem történt dolgok negatív oldalával, mint a pozitívval*), és az *Érzelmi depriváció* séma (például: *Nem kaptam szeretetet és figyelmet*) közepes-erősen és pozitívan korrelál a *Kapcsolatok fontossága az én szempontjából* (KFÉ, például: *Fontos számomra, hogy mások kedveljenek*), az *Ambivalencia-távolítás, önleértékelés* (ATÖ, például: *Kapcsolataim általában felszínesek*) ASQ-H skálákkal és pozitívan az ECR-R kérdőív *Szorongás* és *Elkerülés* dimenzióival. Tehát minél inkább érzi a személy negatívnak önképét, és elutasítónak környezetét, vagy gondolkodik önmagáról és kapcsolatairól negatívan, illetve gondolja, hogy nem kap elég figyelmet, szeretetet, annál inkább gondolja, hogy nem ő fontos másoknak, vagy érzi úgy, hogy kapcsolatai felszínesek, és ennek eredményeként annál inkább számol be több depressziós tünetről. Az összefüggés azonban fordítva is igaz lehet: minél inkább számol be több depressziós tünetről, annál inkább érzi úgy, hogy a kapcsolatai felszínesek, annál inkább gondolja, nem fontos másoknak, és érzi úgy, hogy nem fontos másoknak, annál inkább érzi úgy, hogy nem kap elég szeretete, figyelmet kapcsolataiban, környezetétől, annál inkább gondol magára negatívan,

Mindhárom séma negatívan korrelál az ASQ-H - *Biztonság a kapcsolatokban* (BK, például: *Könnyen bízom meg másokban*) alszálaival, vagyis minél inkább gondolja a személy, hogy elutasítják negatív mivolta miatt, vagy minél inkább csak a negatív dolgokra gondol, illetve

minél inkább érzi azt, hogy nem kap elég szeretetet, annál inkább lesz bizonytalan a kapcsolataiban és annál inkább számol be depressziós tünetekről, ami fordítva is igaz lehet.

A *Társas elutasítottság érzése* séma negatívan korrelál az *Apai Szeretet-törődés* H-PBI skálával, (minél inkább érzi negatívnak önképét a személy, annál inkább számol be arról, hogy hiányolta apja szeretetét és törődését, annál inkább számol be több depressziós tünetről. Az összefüggés azonban fordítva is igaz lehet: minél inkább számol be több depressziós tünetről, annál inkább érzi úgy, hogy a kapcsolataiban A *Negativizmus, pesszimizmus* séma pozitívan korrelál az *Anyai Túlvédés* (H-PBI) skálával (a személy minél inkább negatívan észleli az életét, annál inkább emlékszik arra, hogy anyja nem védelmezte eléggé, annál inkább számol be depressziós tünetről, ami azonban lehet fordítva is igaz, vagyis minél inkább számol be az egyén depressziós tünetekről, annál inkább emlékszik arra, hogy anyja nem védelmezte őt, és annál inkább gondolkodik negatívan, pesszimistán). Az *Érzelmi depriváció* séma pozitívan korrelál az *Anyai Korlátozás* (H-PBI) skálával (a személy minél inkább úgy érzi, hogy nem kap elég figyelmet, szeretetet, annál inkább emlékszik arra, hogy anyja korlátozta és annál inkább számol be depressziós tünetről, ami azonban lehet fordítva is igaz: minél több depressziós tünetről számol be az egyén, annál inkább emlékszik arra, hogy anyja korlátozta és annál inkább érzi úgy, hogy nem kap elég figyelmet környezetétől).

A Primer csoportnál a *Behódoltság* séma mutatott erős kapcsolatot a depresszióval ($r = 0,56$; $p < 0,001$) (lásd 6.5.2.1 fejezet). A kötődési jellemzőket mérő eszközök alkáláival és faktoraival ennek a sémának az összefüggéseit vizsgálok. (Lásd 37. táblázat).

37. táblázat: A kötődési skálák, a Behódoltság séma és a Depresszió (SCL-90-R) korrelációja

| | r | p |
|--|---------------|------------------|
| ASQ-H - KFÉ - Kapcsolatok fontossága az én szempontjából | 0,424 | 0,003 |
| ASQ-H - ATÖ - Ambivalencia, távolítás, önleértékelés | 0,56 | <0,001 |
| ASQ-H - BK - Biztonság a kapcsolatokban | -0,348 | 0,017 |
| ASQ-H - ÖV - Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben | 0,017 | 0,909 |
| ASQ-H - FF - Függés, függetlenség | 0,007 | 0,961 |
| ECR - Elkerülés | 0,371 | 0,010 |
| ECR - Szorongás | 0,512 | <0,001 |
| HPBIM - Anyai szeretet, törődés | -0,355 | 0,014 |
| HPBIF - Apai szeretet, törődés | -0,508 | <0,001 |
| HPBIM - Anyai túlvédés | 0,438 | 0,002 |
| HPBIF - Apai túlvédés | 0,029 | 0,848 |
| HPBIM - Anyai korlátozás | 0,616 | <0,001 |
| HPBIF - Apai korlátozás | 0,254 | 0,085 |

N = 47 (A szignifikáns eredmények vastagon szedve)

Látható a Primer csoportnál, hogy a *Behódoltság* sémával (pl: *Kapcsolataimban hagyom, hogy mások diktáljanak*) erős és pozitív kapcsolatban áll az *Ambivalencia-távolítás, önleértékelés* (ATÖ) és közepesen erős, pozitív kapcsolatban a *Kapcsolatok fontossága az én szempontjából* (KFÉ) skálákkal. Vagyis, minél inkább érzi a személy, hogy felülkerekednek rajta, annál inkább lesz bizonytalan önmagában, annál inkább számol be több, vagy komolyabb depressziós tünetről. A séma negatívan korrelál az ASQ-H - *Biztonság a kapcsolatokban* (BK) skálával, vagyis, minél inkább érzi a személy, hogy mások alárendelésébe kerül, annál inkább lesz bizonytalan kapcsolataiban és annál inkább számol be több depressziós tünetről. Az összefüggés azonban fordítva is igaz lehet: minél inkább számol be depressziós tünetről, annál inkább érzi úgy, hogy a kapcsolataiban bizonytalan, és annál inkább érzi alárendeltnek magát másokkal szemben. Pozitív és erős korreláció van a *Szorongás*, és közepes az *Elkerülés* dimenziókkal (ECR-R), (vagyis, minél inkább érzi a személy, hogy behódol másoknak, annál inkább lesz szorongó, vagy elkerülő kötődő a kapcsolataiban és annál inkább számol be több depressziós tünetről. Ez az összefüggés azonban fordítva is igaz lehet, vagyis minél inkább számol be az egyén depressziós tünetéről, annál inkább érzi úgy, hogy a kapcsolataiban szorongó, vagy elkerülő, és annál inkább érzi úgy, hogy másoknak behódol.). Szintén negatív összefüggést látunk az Anyai és Apai *Szeret-törődés* (H-PBI) faktorokkal is (vagyis minél inkább érzi a személy, hogy behódol mások vágyainak, annál inkább úgy emlékszik, hogy sem anyjától, sem apjától nem kapott elég figyelmet és szeretetet, és annál inkább annál inkább számol be több depressziós tünetről. Az összefüggés azonban fordítva is igaz lehet: minél inkább számol be több depressziós tünetről az egyén, annál inkább emlékszik úgy, hogy nem kapott szüleitől elég szeretetet és figyelmet, és annál inkább érzi úgy, hogy a kapcsolataiban behódol mások vágyainak). Pozitív összefüggés található az *Anyai Túlvédés* (H-PBI) és *Anyai Korlátozás* (H-PBI) alskálákkal is.

Az Áttétes csoportnál az *Érzemi gátoltság* séma mutatott erős kapcsolatot depresszióval ($r = 0,643$; $p < 0,001$) (lásd 6.5.2.1 fejezet) A kötődési jellemzőket mérő eszközök alkáláival és faktoraival e séma összefüggéseit vizsgálom. (Lásd 38. táblázat)

38. táblázat: A kötődési jellemzők skálái, az *Érzelmi gátoltság* séma és a *Depresszió* faktor korrelációja

| | r | p |
|--|---------------|------------------|
| ASQ-H - KFÉ - Kapcsolatok fontossága az én szempontjából | 0,425 | 0,004 |
| ASQ-H - ATÖ - Ambivalencia, távolítás, önleértékelés | 0,546 | <0,001 |
| ASQ-H - BK - Biztonság a kapcsolatokban | -0,358 | 0,017 |
| ASQ-H - ÖV - Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben | 0,231 | 0,131 |
| ASQ-H - FF - Függés, függetlenség | -0,095 | 0,541 |
| ECR - Elkerülés | 0,250 | 0,102 |
| ECR - Szorongás | 0,348 | 0,021 |
| HPBIM - Anyai szeretet, törődés | -0,018 | 0,909 |
| HPBIF - Apai szeretet, törődés | -0,074 | 0,637 |
| HPBIM - Anyai túlvédés | 0,388 | 0,009 |
| HPBIF - Apai túlvédés | 0,335 | 0,028 |
| HPBIM - Anyai korlátozás | -0,024 | 0,879 |
| HPBIF - Apai korlátozás | -0,044 | 0,780 |

N = 44 (A szignifikáns eredményeket vastagítva emeltem ki)

Látható, hogy az Áttétes csoportnál az *Érzelmi gátoltság* sé mával (például: *Sok harag és neheztelés gyűlt össze bennem, amit nem fejezek ki*) erős és pozitív kapcsolatban az *Ambivalencia-távolítás, önleértékelés* (ATÖ), közepesen erős, pozitív kapcsolatban a *Kapcsolatok fontossága az én szempontjából* (KFÉ) és negatívan kapcsolatban az ASQ-H - *Biztonság a kapcsolatokban* (BK) skálával áll (vagyis, minél inkább érzi a személy, hogy másokkal szemben nem tudja kifejezni az érzelmeit, annál inkább érzi úgy, hogy bizonytalanabb a kapcsolataiban és annál inkább számol be több depressziós tünetről. Ez is lehet azonban fordítva is igaz: minél több depressziós tünetről számol be az egyén, annál inkább érzi úgy, hogy bizonytalan a kapcsolataiban, és annál inkább érzi úgy, hogy nem tudja kifejezni érzelmeit). Pozitív és erős korreláció található a *Szorongás* faktoral (ECR-R), Pozitív összefüggés található az *anyai* és *apai Túlvédés* (H-PBI) dimenziókkal.

Összefoglalás

A korrelációs vizsgálat eredményei eltérő képet vázolnak fel a Primér és az Áttétes csoportról a kötődési dimenziók és a maladaptív sémák kapcsolatát illetően. A korrelációs vizsgálatok alapján nem vonhatunk le oksági következtetéseket, de a két mintázatból kiderül, hogy míg az Áttétes csoportnál a *Érzelmi gátoltság* séma és *Ambivalencia-távolítás, önleértékelés* kötődési mintázat emelkedik ki, a depresszió alskálával szoros összefüggésben, addig a Primér csoportnál *Behódoltság* séma és *Ambivalencia-távolítás, önleértékelés* kötődési mintázat emelkedik ki szoros összefüggésben a depresszió alskálával. Hangsúlyozni szeretném, hogy a

kapcsolati mintázatok és a depresszív értékek csupán együttjárást írnak le, és nem tudhatjuk, hogy a kapcsolati mintázat okozza-e a magasabb depresszív értékeket, vagy a magasabb depresszív értékek okozzák azt, hogy a személy hogyan éli meg a kapcsolatait, vagy hogyan emlékszik vissza a szülői bánásmódra. Mivel mindkettő irány lehetséges.

6.5.2.3. Maladaptív sémák és a kötődési dimenziók kapcsolata a Szubjektív egészségi állapottal és a Depresszív tünetekkel: moderációs vizsgálatok

Korábbi eredményeim igazolták, hogy az aktuális *Pszichés állapotot* jelentősen befolyásolja a *Szubjektív egészségi állapot* (lásd 6.2.2 fejezet). Az *Áttét megléte szintén* jelentősen befolyásolja az aktuális *Pszichés állapotot* a *Szubjektív egészségi állapot* változásán keresztül (lásd 6.2.2 fejezet). A fenti eredmények alapján felmerült a kérdés, hogy a *Szubjektív egészségi állapot* a pszichés állapotra gyakorolt negatív hatásait képesek-e bizonyos sémák és kötődési dimenziók mérsékelni vagy súlyosbítani, és ha igen, melyek azok. Ennek érdekében moderációs elemzések sorozatával vizsgáltam, hogy van-e olyan maladaptív séma vagy kötődési faktor/dimenzió, amely befolyásolja a *Szubjektív egészségi állapot* összefüggését a *Depresszió* faktorról. Ebbe a vizsgálatba azokat a sémákat emeltem be, amelyek kiemelten fontosnak bizonyultak a Primér és az Áttétes csoportnál is.

Az Érzelmi depriváció moderáló hatása a Szubjektív egészségi állapot és a Depresszió faktor összefüggésére

Hierarchikus lineáris regresszióval elemeztem, hogy a *Szubjektív egészségi állapot*, az *Érzelmi depriváció*, illetve e kettő interakciója milyen mértékben magyarázza az *Depresszió* faktor értékét. A *Szubjektív egészségi állapotnak* a *Depresszió* faktorra gyakorolt hatása szignifikáns és negatív, azaz a szubjektíve jobbnak megélt *Egészségi állapottal* alacsonyabb *Depresszió* jár együtt, ami önállóan a *Depresszió* varianciájának 11,8% képes magyarázni. Az *Érzelmi depriváció* *Depresszióra* gyakorolt hatása szignifikáns és pozitív, így önállóan a *Depresszió* varianciájának 30%-át képes magyarázni. Közös modellbe helyezve a *Szubjektív egészségi állapotot* és az *Érzelmi deprivációt*, a *Depresszió* varianciájának 36,8%-át magyarázza. Az *Érzelmi depriváció* a *Szubjektív egészségi állapot* protektív hatását moderálja, az interakciós tag modellbe emelése a varianciát további 3,8%-kal növeli, amely növekedés szignifikáns. (lásd 39. és 39a. táblázatok)

39. táblázat: A Szubjektív egészségi állapot és az Elszakítottság séma interakciója

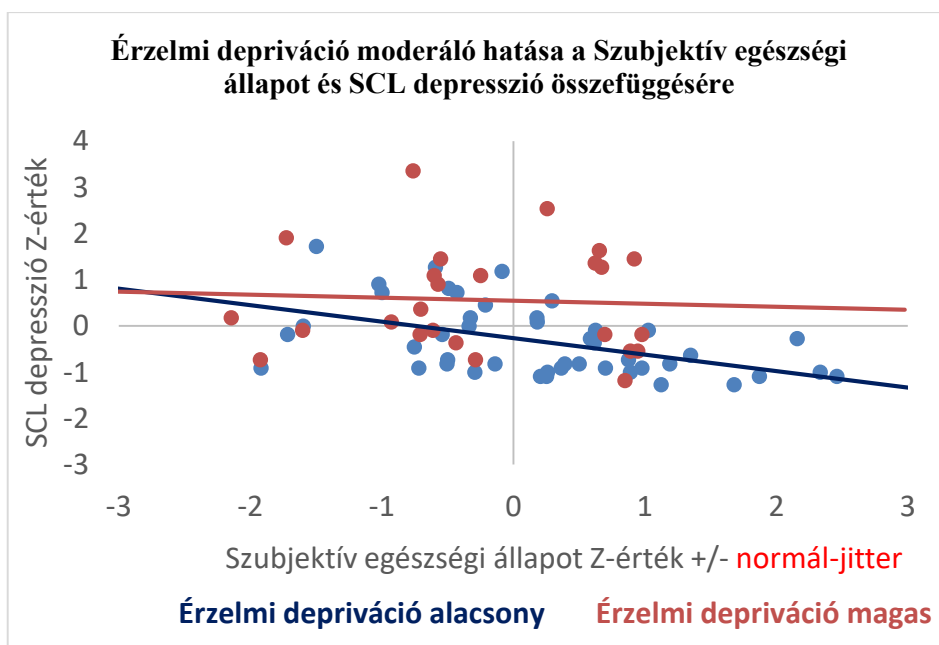
| Prediktor | R2 | Adj. R2 | F | df | p |
|---|-------|---------|--------|-------|--------|
| Szubjektív jóllét | 0,118 | 0,105 | 9,242 | 1, 69 | 0,003 |
| YSK - Elszakítottság - Érzelmű depriváció | 0,300 | 0,290 | 29,573 | 1, 69 | <0,001 |
| YSK - Elszakítottság - Érzelmű depriváció, Szubjektív jóllét | 0,368 | 0,349 | 19,761 | 2, 68 | <0,001 |
| YSK - Elszakítottság - Érzelmű depriváció, Szubjektív egészségi állapot, interakció | 0,405 | 0,379 | 15,216 | 3, 67 | <0,001 |

Az interakció beléptetésével a variancia 3,8%-kal nőtt, $F(1, 67) = 4,242$ $p = 0,043$

39.a. táblázat: A Szubjektív egészségi állapot és az Elszakítottság séma interakciója

| | Beta | t | p |
|---|--------|--------|--------|
| Szubjektív egészségi állapot | -0,237 | -2,460 | 0,016 |
| YSK - Elszakítottság - Érzelmű depriváció | 0,519 | 5,427 | <0,001 |
| Interakció | 0,196 | 2,060 | 0,043 |

Az interakció természetét az alábbi 29. ábra szemlélteti.



29. ábra: A Szubjektív egészségi állapot és az Érzelmű depriváció séma moderáló hatása

A moderáció természetét tekintve abban áll, hogy míg az alacsony *Érzelmű depriváció* esetén a *Szubjektív egészségi állapot* magas értéke hatékonyan csökkenti a *Depresszió* mértékét, addig ez a protektív faktor magas *Érzelmű depriváció* mellett eltűnik, és ebben az esetben a magasabbra értékelt *Szubjektív egészségi állapot* mellett sem csökken a *Depresszió* mértéke.

A Biztonság a kapcsolatban (ASQ-H) moderáló hatása a Szubjektív egészségi állapot és a Depresszió alskála összefüggésére

Külön is elemeztem, hogy a *Biztonság a kapcsolatban* kötődés dimenzió milyen moderáló hatással bír a *Szubjektív egészségi állapot* és a *Depresszió* összefüggésére. Hierarchikus lineáris regresszióval elemeztem, hogy a *Szubjektív egészségi állapot* és a *Biztonság a kapcsolatban*, illetve e kettő interakciója milyen mértékben magyarázza az *Depresszió* faktor értékét. A *Szubjektív egészségi állapot* hatása a *Depresszióra* szignifikáns és negatív, azaz a magasabb értékű *Szubjektív egészségi állapot*tal alacsony *Depresszió* faktorérték jár együtt, és az önállóan a *Depresszió* varianciájának 11,8% képes magyarázni. A *Biztonság a kapcsolatban* hatása a *Depresszióra* szignifikáns, negatív, önállóan a *Depresszió* varianciájának 13,6%-át képes magyarázni. Közös modellbe helyezve a *Szubjektív egészségi állapot* és a *Biztonság a kapcsolatban* a *Depresszió* varianciájának 21,9%-át magyarázza. A *Biztonság a kapcsolatban* a *Szubjektív egészségi állapot* hatását moderálja, az interakciós tag modellbe emelése a varianciát további 4,5%-kal növeli, mely növekedés szignifikáns. (Lásd a 40. és 40a. táblázatot).

40. táblázat: Szubjektív egészségi állapot és a ASQ-H Biztonság a kapcsolatokban interakciói

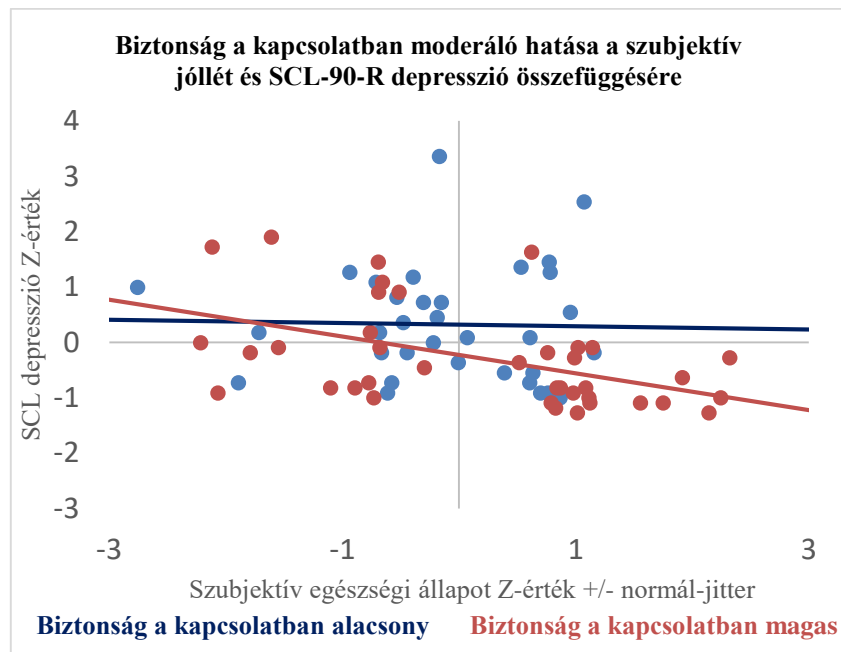
| Prediktor | R2 | Adj. R2 | F | df | p |
|---|-----------|----------------|----------|-----------|----------|
| Szubjektív egészségi állapot | 0,118 | 0,105 | 9,242 | 1, 69 | ,003 |
| ASQ-H - A - CR - Biztonság a kapcsolatokban | 0,136 | 0,123 | 10,841 | 1, 69 | ,002 |
| ASQ-H - A - CR - Biztonság a kapcsolatokban, szubjektív egészségi állapot | 0,219 | 0,196 | 9,531 | 2, 68 | <0,001 |
| ASQ-H - A - CR - Biztonság a kapcsolatokban, Szubjektív egészségi állapot, interakció | 0,264 | 0,231 | 8,026 | 3, 67 | <0,001 |

Interakció beléptetésével a variancia 4,5%-kal nőtt, $F(1, 67) = 4,137$ $p = 0,046$

40a. táblázat: Szubjektív egészségi állapot és a ASQ-H Biztonság a kapcsolatokban interakciói

| | Beta | t | p |
|---|-------------|----------|----------|
| Szubjektív egészségi állapot | -0,267 | -2,496 | 0,015 |
| ASQ-H - A - CR - Biztonság a kapcsolatokban | -0,374 | -3,422 | 0,001 |
| Interakció | -0,220 | -2,034 | 0,046 |

Az interakció természetét az alábbi 30. ábra szemlélteti.



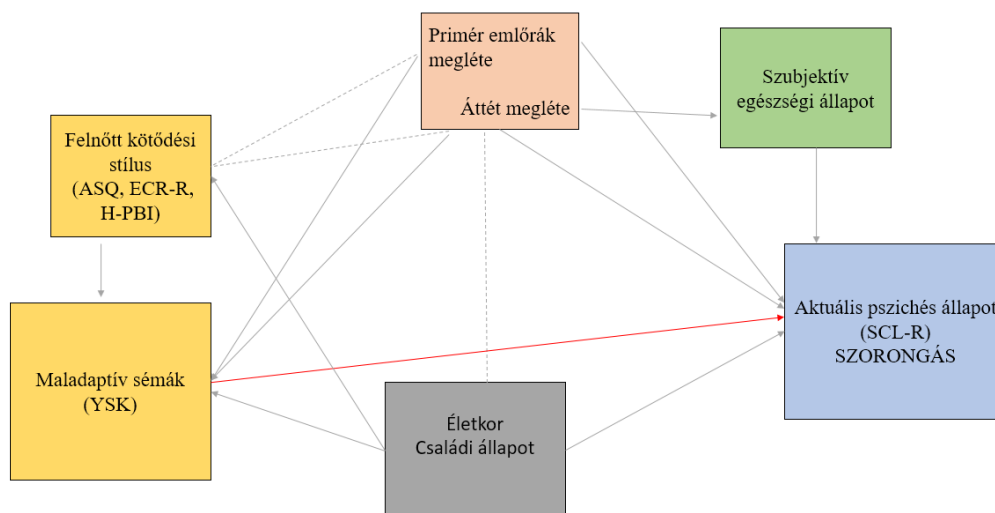
30. ábra: A Szubjektív egészségi állapot és a Biztonság a kapcsolatokban séma moderáló hatása

A moderáció természetét tekintve abban áll, hogy míg alacsony *Biztonság a kapcsolatban* esetén a *Szubjektív egészségi állapot* magas értéke sem csökkenti a depresszió mértékét, addig a magas *Biztonság a kapcsolatban* esetén a magas értékű *Szubjektív egészségi állapot* mellett hatékonyan csökken a depresszió mértéke.

6.5.3 Szorongás

A korábbi vizsgálat eredményeiből látható volt (lásd 6.2.1 fejezet), hogy a *Szorongás* faktor átlagértéke az *Áttétes* csoportnál magasabb volt ($M=0,97$; $SD=0,69$) mint az *Primér* ($M=0,57$; $SD=0,59$) és a *Normatíva* ($M=0,66$; $SD=0,62$) átlagértékei. Viszont a *Primér* csoport és a *Normatíva* értékei között nem találtam különbséget.

6.5.3.1 Maladaptív sémák összefüggései a Szorongás alskálával



31. ábra: A maladaptív sémák és az aktuális pszichés állapot – Szorongás alskála összefüggései

A következőkben megvizsgáltam a Szorongás faktor és a Sémák összefüggéseit, amelyekhez először korrelációs elemzést végeztem. Az eredmények a 41. táblázatban láthatók:

41. táblázat: Sémák és a Szorongás korrelációi a Primér és az Áttétes csoportban

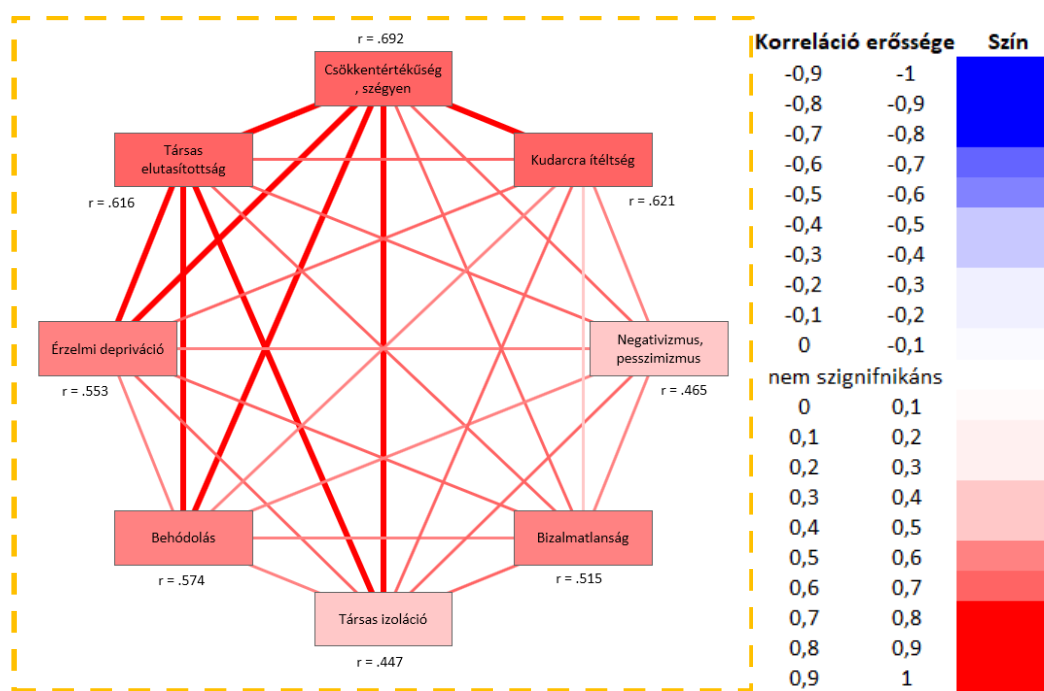
| Korreláció SCL - Szorongás skálával | Primér | | Áttétes | |
|--|--------------|------------------|--------------|--------------|
| | r | p | r | p |
| YSK - Elszakítottság | | | | |
| Érzelmi depriváció | 0,553 | <0,001 | 0,348 | 0,044 |
| Elhagyatottság | 0,362 | 0,027 | 0,333 | 0,054 |
| Bizalmatlanság | 0,515 | 0,001 | 0,325 | 0,061 |
| Társas izoláció | 0,447 | 0,006 | 0,329 | 0,057 |
| Csökkentértékűség, szégyen | 0,692 | <0,001 | 0,468 | 0,005 |
| Társas elutasítottság | 0,616 | <0,001 | 0,441 | 0,009 |
| YSK - Károsodott autonómia | | | | |
| Kudarca ítéltés | 0,621 | <0,001 | 0,338 | 0,051 |
| Dependencia | 0,280 | 0,093 | 0,313 | 0,072 |
| Sérülékenység | 0,385 | 0,019 | 0,317 | 0,068 |
| Összeolvadság | 0,376 | 0,022 | 0,150 | 0,397 |
| YSK - Kóros másokra irányultság | | | | |
| Behódolás | 0,574 | <0,001 | 0,292 | 0,094 |
| Önfeláldozás | 0,330 | 0,046 | 0,213 | 0,228 |
| Elismerés hajszolás | 0,412 | 0,011 | 0,438 | 0,009 |
| YSK - Határok károsodott volta | | | | |
| Feljogosítottság, grandiozitás | 0,409 | 0,012 | 0,315 | 0,069 |
| Elégtelen önkontrol, önfegyelem | 0,418 | 0,010 | 0,295 | 0,091 |
| YSK - Aggályosság, gátoltság | | | | |
| Negativizmus, pesszimizmus | 0,465 | 0,004 | 0,393 | 0,022 |
| Érzelmi gátoltság | 0,325 | 0,049 | 0,514 | 0,002 |
| Könyörtelen mércék | 0,010 | 0,953 | 0,298 | 0,086 |
| Büntető készenlét | 0,091 | 0,593 | 0,206 | 0,243 |

Primér: N = 47, Áttétes N = 44 (A szignifikáns eredmények vastagon szedve.)

A vizsgálatból kiderült, hogy bár az Áttétes csoport Szorongás faktorértéke magasabb volt mint a Primer csoporté, mégis a Szorongás alszkálával az Áttétes csoportnál kevesebb korreláció található, mint a Primer csoportnál. Az Áttétes csoport erős, pozitív irányú korrelációt mutatott az *Érzelmi gátoltság érzése* sémával, illetve közepes, pozitív kapcsolatot az *Érzelmi depriváció*, a *Csökkentértékűség, szégyen*, a *Társas elutasítottság*, az *Elismerés hajszolás* és a *Negativizmus-pesszimizmus* sémával.

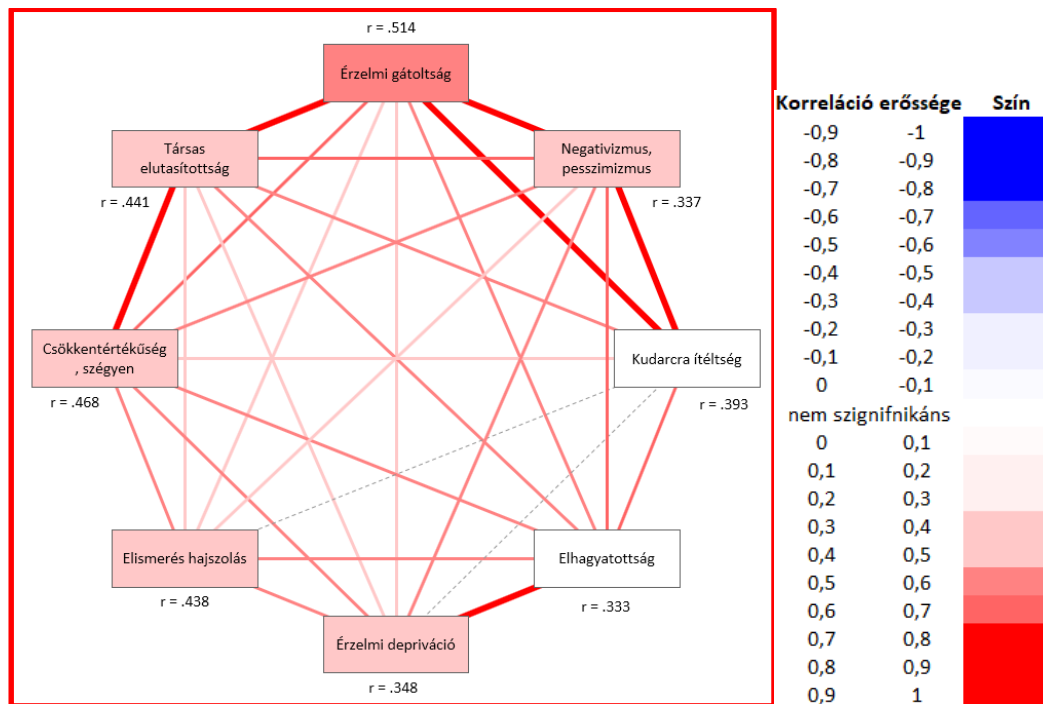
A Primer csoportnál több pozitív erős és közepes pozitív korrelációt találtam a Szorongás faktorról. Erős korreláció mutatkozott például az *Érzelmi depriváció*, a *Csökkentértékűség, szégyen*, a *Társas elutasítottság*, a *Bizmatlanság-abúzus*, a *Kudarca ítéltéség*, a *Behódolás* sémákkal.

Az alábbiakban részletesen bemutatom a korrelációs hálón a Szorongás és a vele korreláló maladaptív sémák egymással való kapcsolatát, amelyek a 32. és 33. ábrán tekinthetők meg. A korrelációs háló a nyolc, a Szorongás alszkálával legerősebben korreláló sémát tartalmazza. A megjelenített korrelációk mindegyike $p < 0,05$ szinten szignifikáns. a fehér téglalappal, illetve szürke szaggatott vonallal megjelenített korrelációk nem szignifikánsak.



32. ábra: Korrelációs háló: A Szorongás és a maladaptív sémák kapcsolata, illetve a sémák egymással való kapcsolata a Primer csoportban

(Az ábra Várhelyi, K. – CORNET (2019) stathelp.hu programmal készült.)



33. ábra: Korrelációs háló: A Szorongás és a maladaptív sémák kapcsolata, illetve a sémák egymással való kapcsolata az Áttétes csoportban

(Az ábra Várhelyi, K. – CORNET (2019) stathelp.hu programmal készült.)

A Sémák és a Szorongás korrelációinak erőssége a Primer csoport esetében a közepesen erős, az Áttétesek esetében a közepes tartományban vannak, tehát látható, hogy a Szorongás a Primer csoportban erőteljesebben jár együtt a sémákkal, míg az Áttétesek esetében nem látható ez az erős összefüggés. A korrelációs hálón jól látható, hogy a Primer csoportban a Szorongással legerősebben korreláló Csökkentértékűség, szegénység séma került a fókuszba a többi sémával való kapcsolat vizsgálatakor, amelynek legerősebb kapcsolata a Társas elutasítottság érzése, az Érzelmű depriváció, a Kudarca ítéltés, és a Behódolás sémákkal mutatkozik.

Az Áttétes csoportban a fókuszban az Érzelmű gátoltság séma található és gyengébb korrelációkkal a Csökkentértékűség, szegénység, a Társas elutasítottság érzése és a Negatívizmus-pesszimizmus sémákkal van kapcsolatban.

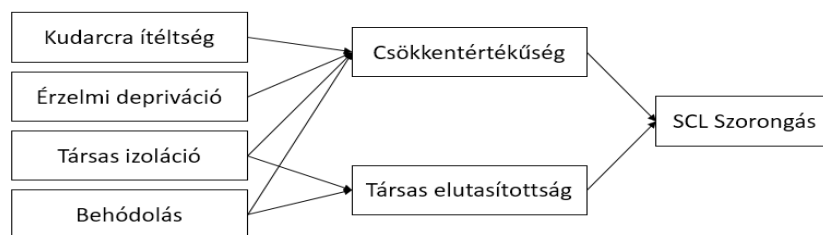
Bár a maladaptív sémák és a Szorongás faktor összefüggéseit bemutató korrelációs hálók eltérőnek tűnnek a Primer és Áttétes mellrákos csoportra felrajzolva, található számos olyan pont, melyben relációikat tekintve hasonló a két háló. Ezen pontokban a sémák mediáló összefüggései a teljes mintán elemezhetők.

A maladaptív sémák Szorongásra gyakorolt, a Csökkentértékűségeen keresztül megvalósuló hatása

A Szorongással a legerősebb korrelációs kapcsolatot a Csökkentértékűség mutatja a Primer csoportban. A Csökkentértékűség az Áttétes csoportban is második legerősebb korrelációként jelenik meg az Érzelmi gátoltság séma mögött. A Csökkentértékűség sémával több maladaptív séma is korrelál, ez a Primer csoportban látványosan megmutatkozik, az Áttétes csoportban mérsékeltebben jelenik meg. Mediáló elemzések sorozatával ellenőriztem, hogy azok a sémák, amelyek erős korrelációs kapcsolatban vannak mind a Szorongás faktorra, mind a Csökkentértékűség sémával (ezek a Kudarcra ítélttség, Társas elutasítottság érzése, Társas izoláció, Érzelmi depriváció, Behódolás sémák), vajon a Szorongás faktorra kifejtett hatásukat a Csökkentértékűség séma mediáló útján keresztül valósítják-e meg.

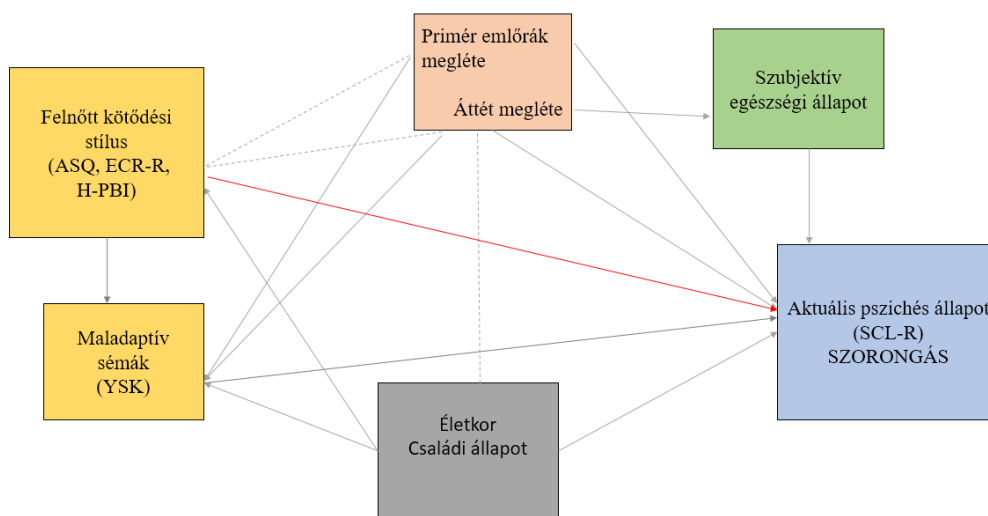
Az eredmények alapján a Csökkentértékűség séma mediálja a Kudarcra ítélttség, Társas izoláció, Érzelmi depriváció, Behódolás maladaptív sémák Szorongás faktorra gyakorolt hatását. Nem mediálja viszont a Társas elutasítottság érzése séma hatását.

A Primer csoport korrelációs hálóján látható, hogy a Csökkentértékűség mellett a Társas elutasítottság séma is egyfajta csomópontként jelenik meg, erős összefüggésben van a Csökkentértékűség mellett a Társas izoláció, Érzelmi depriváció, Behódolás maladaptív sémákkal. így ellenőriztem azt is, hogy vajon ez utóbbi sémák hatását a Társas elutasítottság érzése séma szintén mediálja-e. Az eredmények alapján a Társas izoláció és a Behódolás sémák Szorongás faktorra gyakorolt hatását mediálja, az Érzelmi depriváció séma hatását nem mediálja a Társas elutasítottság séma (lásd 34. ábra. A mediáló elemzések részleteit a 30. Melléklet tartalmazza.)



34. ábra: Csökkentértékűség, szégyen, Társas elutasítottság sémák mediáló szerepe a Szorongás faktor összefüggései

6.5.3.2 A kötődési dimenziók összefüggései a Szorongással faktorrally



35. ábra: A kötődési jellemzők és az aktuális pszichés állapot - Szorongás- összefüggései

A következőkben a Szorongás alszála és a Kötődési dimenziók összefüggéseinek bemutatásához első lépésben korrelációs vizsgálatot végeztem. Az eredmények a 42. táblázatban láthatók:

42. táblázat: A Kötődést mérő skálák és a Szorongás alszála (SCL-90-R) korrelációi

| | r | p |
|--|--------|--------|
| ASQ-H - KFÉ - Kapcsolatok fontossága az én szempontjából | 0,424 | 0,003 |
| ASQ-H - ATÖ - Ambivalencia, távolítás, önleértékelés | 0,560 | <0,001 |
| ASQ-H - BK - Biztonság a kapcsolatokban | -0,348 | 0,017 |
| ASQ-H - ÖV - Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben | 0,017 | 0,909 |
| ASQ-H - FF - Függés, függetlenség | 0,007 | 0,961 |
| ECR - Elkerülés | 0,371 | 0,010 |
| ECR - szorongás | 0,512 | <0,001 |
| HPBIM - Anyai szeretet, törődés | -0,355 | 0,014 |
| HPBIF - Apai szeretet, törődés | -0,508 | <0,001 |
| HPBIM - Anyai túlvédés | 0,438 | 0,002 |
| HPBIF - Apai túlvédés | 0,029 | 0,848 |
| HPBIM - Anyai korlátozás | 0,616 | <0,001 |
| HPBIF - Apai korlátozás | 0,254 | 0,085 |

N = 71 (A szignifikáns eredményeket vastagítva emeltem ki)

A vizsgálatból eredményeinek alapján elmondható, hogy ugyanúgy, mint a aktuális pszichés állapot korábbi alszálaínál (*Depresszió és Szomatizáció*) a Szorongás alszálaával is több kötődési alszála mutat erős korrelációt. Az ASQ-H skálái közül pozitív irányban a *Kapcsolatok*

fontossága az én szempontjából (KFÉ, például: „Néha azt gondolom, semmit sem érek”), az *Ambivalencia, távolítás, önleértékelés* (ATÖ, például: „Nem értem, miért akarna bárki kapcsolatba lépni velem”), negatív irányban a *Biztonság a kapcsolatokban* (BK, például: „Egészében véve, én egy értékes ember vagyok”) jár együtt. Az ECR-R mindkét faktora, az *Elkerülés és Szorongás*, valamint a H-PBI anyai *Korlátozás és Túlvéde*s alszkálái pozitív irányú kapcsolatot, míg mind az Anyai, mind az *Apai Szeretet-törődés* negatív irányú kapcsolatot mutatott az SCL-90-R Szorongás faktorával. Ez magyarázható úgy, hogy a személy minél inkább úgy érzi, hogy értéktelen a kapcsolatában, vagy minél inkább leértékeli önmagát, illetve minél inkább szorongó- vagy elkerülő kötődési mintázatot mutat a kapcsolataiban, annál inkább jelez szorongó tüneteket (SCL-90-R). Ez az összefüggés azonban fordítva is igaz lehet, vagyis minél inkább jelez szorongó tüneteket a személy, annál inkább érzi, hogy leértékeli önmagát, és annál inkább érzi úgy, hogy kapcsolataiban értéktelen. A szülői bánásmód alszkáláira elmondhatjuk, hogy minél inkább úgy emlékszik, hogy nélkülözte az anyai és apai szeretetet, illetve minél inkább emlékezik úgy, hogy korlátozta és túlvédte az anyja, annál inkább ad magasabb értékeket a szorongás skálán.

6.5.4 Kényszer

A korábbi vizsgálat eredményeiből látható volt (lásd 6.2.1 fejezet), hogy a *Kényszer* alszkála átlagértéke az Áttétes csoportnál magasabb volt ($M=0,94$; $SD=0,62$), mint az *Primer* csoport ($M=0,61$; $SD=0,52$) és a *Normatíva* ($M=0,69$; $SD=0,62$) átlagértékei. Viszont a *Primer* csoport és *Normatíva* értékei között nem találtam különbséget.

6.5.3.1 Maladaptív sémák összefüggései a Kényszer alszkálával

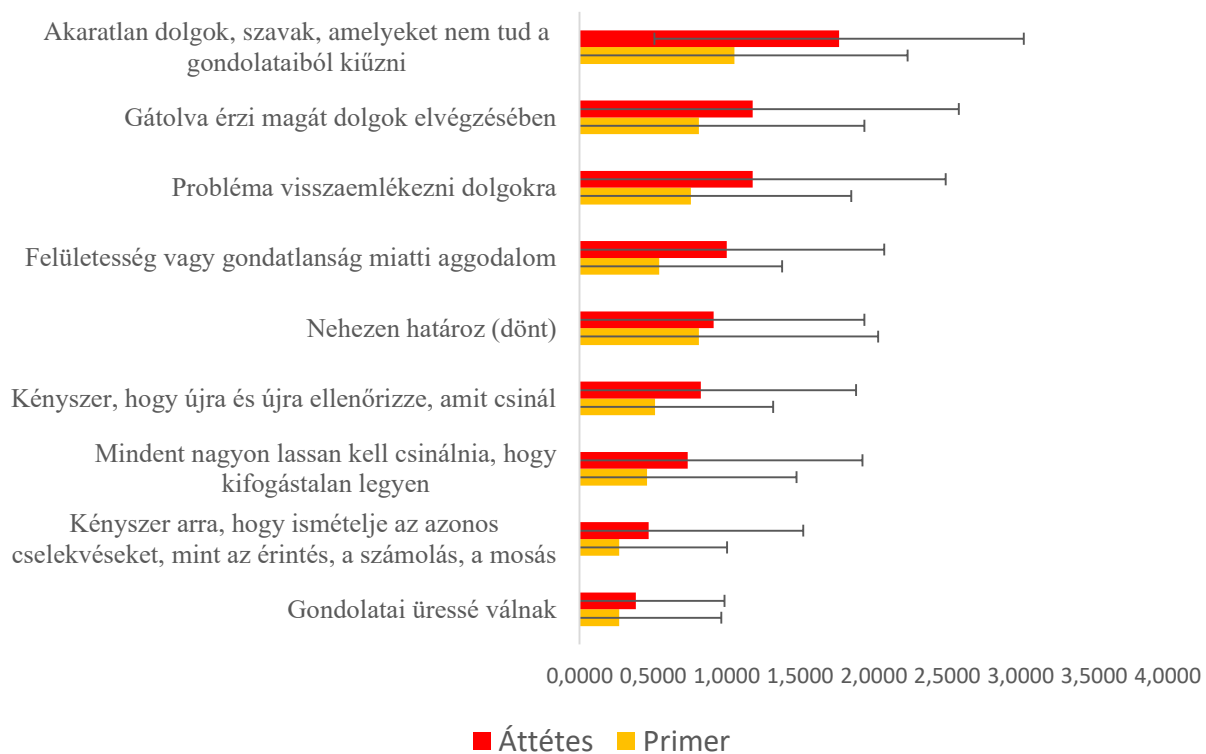
A *Kényszer* alszkála és a *Maladaptív sémák* összefüggéseinek bemutatásához korrelációs vizsgálatot végeztem., amelynek eredményei a 43. táblázatban láthatók:

43. táblázat: A Maladaptív sémák és a Kényszer alskála (SCL-90-R) korrelációi

| | Primer | | Áttétes | |
|--|--------------|------------------|--------------|--------------|
| | r | p | r | p |
| YSK - Elszakítottság - Érzelmi depriváció | 0,549 | <0,001 | 0,237 | 0,178 |
| YSK - Elszakítottság - Elhagyatottság | 0,404 | 0,013 | 0,358 | 0,037 |
| YSK - Elszakítottság - Bizalmatlanság | 0,382 | 0,020 | 0,214 | 0,224 |
| YSK - Elszakítottság - Társas izoláció | 0,504 | 0,001 | 0,259 | 0,139 |
| YSK - Elszakítottság - Csökkentértékűség, szégyen | 0,700 | <0,001 | 0,322 | 0,063 |
| YSK - Elszakítottság - Társas elutasítottság | 0,697 | <0,001 | 0,226 | 0,199 |
| YSK - Károsodott autonómia - Kudarca ítéltés | 0,497 | 0,002 | 0,226 | 0,198 |
| YSK - Károsodott autonómia - Dependencia | 0,409 | 0,012 | 0,344 | 0,047 |
| YSK - Károsodott autonómia - Sérülékenység | 0,481 | 0,003 | 0,155 | 0,381 |
| YSK - Károsodott autonómia - Összeolvadság | 0,324 | 0,051 | 0,129 | 0,469 |
| YSK - Kóros másokra irányultság - Behódolás | 0,688 | 0,000 | 0,325 | 0,061 |
| YSK - Kóros másokra irányultság - Önfeláldozás | 0,523 | 0,001 | 0,200 | 0,257 |
| YSK - Kóros másokra irányultság - Elismerés hajszolás | 0,418 | 0,010 | 0,286 | 0,102 |
| YSK - Határok károsodott volta - Feljogosítottság, grandiozitás | 0,240 | 0,153 | 0,229 | 0,192 |
| YSK - Határok károsodott volta - Elégtelen önkontrol, önfegyelem | 0,216 | 0,199 | 0,299 | 0,086 |
| YSK - Aggályosság, gátoltság - Negativizmus, pesszimizmus | 0,588 | <0,001 | 0,216 | 0,220 |
| YSK - Aggályosság, gátoltság - Érzelmi gátoltság | 0,355 | 0,031 | 0,323 | 0,062 |
| YSK - Aggályosság, gátoltság - Könyörtelen mércék | -0,009 | 0,960 | 0,085 | 0,635 |
| YSK - Aggályosság, gátoltság - Büntető készenlét | 0,167 | 0,322 | 0,151 | 0,393 |

N(primer) = 37; N(áttétes) = 34 (A szignifikáns eredmények vastagítva szedve.)

A fenti táblázatban a *Primer* csoport esetében tíz szignifikáns, erős korrelációt találtam. Viszont a 6.2.1-es fejezetben láthattuk, hogy míg a *Primer* csoport és Normatíva átlaga a *Kényszer* alskálában nem tért el egymástól, addig az *Áttétes* csoport átlaga ennél az alskálánál szignifikánsan magasabb volt. Az *Áttétes* csoportmintában két szignifikáns, közepes erősségű korrelációt találunk. Az elemszám alacsony volta miatt e korrelációk további elemzése már nem lehetséges. A *Kényszer* alskála tételeire adott válaszok átlagértékeinek különbségeit a *Primer* és *Áttétes* csoport válaszainak bontásában a 36. ábra szemlélteti.



36. ábra: A Kényszer alskála tételeire adott válaszok átlagértékei a Primer és az Áttétes csoportban

A 36. ábrából jól kitűnik, hogy az Áttétes csoport a *Kényszer* faktor első négy tételére magasabb pontszámot adott, így átlagértékei magasabbak, mint a Primer csoport átlagértékei. A tételek ismeretében az Áttétes csoport magasabb pontértékei a minden bizonnyal a betegséggel hozhatók összefüggésbe és nem magyarázhatók klinikai értelemben.

6.6 Az eredmények összefoglalása

A vizsgálat eredményei közül a következőket szeretném kiemelni:

az emlődaganatos nők két betegcsoportja (Primer és Áttétes) sem korban, sem családi állapotban nem különböztek egymástól szignifikánsan. Ez nem várt eredménynek számít a vizsgálatomban. A pszichoszociális jellemzőik összehasonlításakor viszont kitűnt a két csoport közötti hasonlóság és különbség: a Primer és Áttétes csoport együttesen magasabb pontszámot adott a Szomatizáció alskálán, mint a Normatíva minta, amely eredmény megegyezik a szakirodalomban is leírtakkal (lás Cserhádi és Staudler, 2008). Az Áttétes csoport viszont mind a Primer, mind pedig a Normatíva átlagainál ért el magasabb átlagot a szorongás, a depresszió és a kényszer alskálákon. Ez az eredmény összecseng elvárásommal és a szakirodalomban leírtakkal (pl. Hjerl és mtsai, 2003; Butow és mtsai, 2002). Nem várt eredménynek számít az, hogy a Primer csoport viszont az Interperszonális érzékenység alskálán ért el az Áttétes és

Normatíva átlagánál alacsonyabb pontszámot, ami minden bizonnyal a betegséggel és annak megküzdésével hozható összefüggésbe (vö. Segerstrom és Miller, 2004). Nem lehet elégszer hangsúlyozni, hogy azok a konstruktumok, amelyeket vizsgálatban pszichés tünetek elemzésére használtam (szorongás, depresszió, kényszer, szomatizáció, interperszonális érzékenység stb.) vizsgálatomban, egyike sem ad lehetőséget klinikai szintű becslésre.

Várakozásomnak megfelelően az áttét megléte hatással volt a szubjektív egészségi állapotra és mediáló hatással bírt a pszichés tünetekre, amely hatásokat például a szomatizációs, vagy depresszív tünetekre, mediációs elemzésekkel tudtam tetten érni. Ilyen eredmény például, hogy az Áttétes csoport az áttét meglétének hatására alacsonyabbra értékelte egészségi állapotát, amely a depresszív tünetekre adott magasabb pontszámot eredményezte.

A betegcsoportok kötődési stílusának és korai maladaptív sémáinak feltérképezésekor olyan eredményekre jutottam – mint például az életkor és a családi állapot összefüggései – amelyek összhangban vannak a szakirodalomban leírtakkal (lásd, Désfalvi és mtsai, 2017; Montazeri, 2008; Dégi, 2010). Elemeztem a betegcsoportokra jellemző kötődési stílus és a maladaptív sémák közötti összefüggéseket, és azokat a hatásokat, amelyek a pszichés tünetekre (pl. depresszió vagy szorongás) adott pontszámot befolyásolhatja az áttét megléte vagy nem léte mellett. A két csoport sok esetben mutatott eltérő, ugyanakkor hasonló képet is. Ennek jól tetten érhető abban az esetben például, ahogyan a kapcsolatok erősségében más mutatkozott a Primer és Áttétes csoportnál a sémák és a *szorongás* alszkálával való összefüggésében. A Primer csoportnál a *Csökkentértékűség, szégyen sémával* (miközben további kapcsolat mutatkozott a *Társas elutasítottság érzése, az Érzemi depriváció, a Kudarcra ítélttség és a Behódolás* sémákkal is) mutatkozott erős kapcsolat, míg az Áttétes csoport az *Érzemi gátoltság* sémával, (miközben további kapcsolat mutatkozott a *Csökkentértékűség, szégyen, a Társas elutasítottság érzése* és a *Negatívizmus-pesszimizmus* sémákkal is) található erős kapcsolat a Szorongás alszkálával összefüggésben. A hasonlóságot a mindkét csoportnál megjelenő *Csökkentértékűség, szégyen* és a *Társas elutasítottság érzése* sémák mutathatják.

A kutatás újszerűsége abban mutatkozik, hogy az emlőrákos nők jobb megismerését célzó hasonló elemzésekkel (az áttét, és a szubjektív egészségi állapot, a kötődési stílusok és maladaptív sémák összefüggéseinek mediáló, vagy moderáló vizsgálatával) úgy tűnik, hogy a szakirodalomban található vizsgálatokban eddig nem foglalkoztak, így megállapításaim új eredménynek mondhatók és fontos információt nyújthatnak az intervenciók kialakításában.

DISZKUSSZIÓ

7.1 A keresztmetszeti vizsgálat eredményeinek összefoglalása

Keresztmetszeti kutatásom elvégzett vizsgálatainak rövid összefoglalása: 91 emlőrákkal diagnosztizált nőt vizsgáltam a különböző demográfiai változók (életkor, családi állapot, iskolai végzettség, kockázati tényezők), valamint a betegségben való előrehaladottság mentén (van-e áttét, vagy nincs). A teljes mintát két csoportra bontva – Primer és Áttétes csoport – korrelációs és többváltozós statisztikai elemzésekkel összehasonlításokat végeztem a különbségek vagy párhuzamok feltárához, amelyhez segítségül a szakirodalomban bemutatott magyar egészséges női minták – Normatíva – átlagait használtam fel. A pszichés tünetek, a szubjektíven megélt egészségi állapot, a kapcsolati kötődési stílusok, valamint a korai maladaptív sémák csoportokon belüli összehasonlításán túl, e változókat közös modellbe emelésével vizsgáltam azok együttjárását. A mediációk alkalmazásával kimutattam az egyes csoportokra jellemző kötődési mintázatokat és sémaprofilokat, illetve azoknak egymásra való hatását.

Demográfiai elemzések összegzése

A kutatási eredmények szempontjából fontos információ, hogy sem a teljes mintában, sem a két betegcsoport (Primer és Áttétes) között nem találtam szignifikáns különbséget sem korban, sem családi állapotban, és bár ez nem várt eredménye vizsgálatomnak, azt jelenti, hogy jelen mintában sem a kor, sem pedig a családi állapot nincs kapcsolatban azzal, hogy valaki primer vagy áttétes emlőrákos. Bár a szakirodalomban leírtak alapján a közép- és időskorban emelkedik a daganatos megbetegedés kockázati tényezője és a megbetegedettek száma is a középkorúak körében magasabb (Mátrai és mtsai, 2018) a fiatalabb korúakhoz képest (Dégi, 2010), vizsgálatomban ez a megállapítás nem igazolódott, mivel egyforma volt a három korcsoport aránya. Minden bizonnyal nagyobb elemszám esetén a saját vizsgálatomban is jobban differenciálódhattak volna a betegek.

A teljes mintára a nagyobb arányú főiskolai és egyetemi végzettség jellemző – ami magyarázhatja azt, hogy a vizsgálati személyek végig bent maradtak a kutatásban, és nem álltak el a részvételtől kezeléseik alatt sem, ez pedig egybevág a szakirodalom által leírtakkal, miszerint a magasabb iskolai végzettség együtt jár a magasabb az adherenciával, az onkológiai betegek között protektív hatása van, jobban megismerik a betegség mibenlétét, míg az alacsonyabb iskolázottságú személyek ismeretei a betegséggel kapcsolatban hiányosabbak, gyakrabban kihagynak kezeléseket is (vö. Dégi, 2010; Riskó, 2015). A kockázati tényezők

vizsgálatakor három életkori csoportban szignifikáns eltérés mutatkozott: az *idősebb* korosztály szignifikánsan veszélyeztetettebb, mint a fiatalabb. Ez az eredmény megegyezik a szakirodalomban leírtakkal, mind onkológiai veszélyeztetettségi okokból, mind pedig az életvitel szempontjából is: az *idősebb* korosztályra (házánkban) gyakran jellemző a helytelen életmód, a kevés fizikai aktivitás és a túlsúly (lásd Riskó, 2006; Kásler és mtsai, 2017).

Életkor, családi állapot és kötődés

A kötődést mérő eszközök a kapcsolati mintázatok jól magyarázható jellegzetességeire mutattak rá az életkor és a családi állapot összefüggésében, és a vizsgálatom szempontjából fontos eltérésekre mutattak rá az eredmények: minél fiatalabb az egyén, annál magasabb eredményt ért el a *Kapcsolatok Fontossága az én szempontjából* faktoron (ASQ). A faktor tételei pl.: „Fontos számomra, hogy mások kedveljenek” vagy „Néha azt gondolom, hogy semmit sem érek”. Minél fiatalabb életkorú az egyén, a *Szorongás* dimenzióban (ECR-R) is annál magasabb értékeket adott. Az alskála tételei pl.: „Félek attól, hogy elveszítem partnerem szerelmét” vagy „Gyakran aggódom amiatt, hogy a párom nem akar majd velem maradni”. Az eredmény azt jelzi, hogy minél fiatalabbak az emlődaganatos nők, annál fokozottabban vágyhatnak az elfogadásra, a szeretetre és jobban tarthatnak attól, hogy elveszíthetik kapcsolataikat az idősebbekhez képest (vö. Hámori és mtsai, 2016a, 2016b; Dészfalvi és mtsai, 2017). Ez az eredmény egybecseng a szakirodalomban Dank (2017) és Riskó (1999 és 2015) azon megállapításával is, hogy a betegség és a vele járó félelem kihathat a párkapcsolat működésére érzelmi és szexuális téren egyaránt, kapcsolatai miatt szorongóvá válhat, ami a kor előrehaladtával változhat. Minél idősebb a személy, annál kevésbé szoronghat és félhet attól, hogy elhagyja a párja.

A kötődési stílussal összefüggésben az idősebbeknél változott a mintázat: minél idősebbek a személyek, annál magasabb értéket adtak a kötődési stílus *Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben* (ÖV) faktorban, (a faktor tétele pl.: „Az emberek értékességét az eredményeik alapján kellene megítélni”), és a *Függés, függetlenség* (FF) faktorban (a faktor tétele pl.: „Nehéz számomra másoktól függeni”). Az ÖV faktor tételei nem annyira a kötődés, hanem inkább a teljesítmény és a társas megítélés összefüggéseiben hívhatja elő a kapcsolati élményeket, míg az FF faktor magasabb értékei a függetlenség merev megélését jelentheti, ami magában hordozhatja az elszigetelődést és a bizalmatlanságot (Hámori és mtsai, 2016a, 2016b). Az ÖV faktoron elért magasabb eredmény összhangban lehet azzal, hogy minél idősebbek a személyek, annál inkább emlékeznek úgy a szülői bánásmódra (H-PBI), hogy az apa korlátozta őket, ezért ezen az alskálán magasabb eredményt értek el. Ez a skála az önérvényesítés szülő

általi akadályoztatás tapasztalatát írja le, így megérthető, hogy az ÖV faktor nem annyira a kapcsolat, mint inkább a teljesítmény minősége szerinti megítélés fontosságát mutatja (Hámori és mtsai, 2016b). Az eredmény összhangban van Schmidt és munkatársainak (2012) megállapításával, miszerint minél idősebb az emlődaganatos nő, annál inkább jellemzőbb lehet rá a bizalmatlanság és az elszigetelődés, akár saját családtagjaival szemben is, hiszen akiknek eddig ő segített (például az unokák körül), most azoktól kellene segítséget kérni, és ezt nehéz pozitívan megélnie (Schmidt és mtsai, 2012). A megállapítás fontossága abban rejlik, amint azt a szakirodalomban is leírták, hogy félő, hogy az idősebb személyek bizalmatlansága, zárkózottsága az orvossal való kommunikációt is megromthatja, valamint a szociális támogatás lehetősége is a fellépő gyanakvás miatt akadályokba ütközhet (Schmidt és mtsai, 2012)

A *családi állapot* a teljes mintán végzett vizsgálattal igazolta, hogy a párkapcsolati kötődésre specifikusan jellemző a *Kapcsolati elkerülés* dimenzió (ECR-R) amely az intimitás háritását és a közelséggel kapcsolatos diszkomfortérzést méri (Nagy, 2005). Legmagasabb dimenzióértéket a *családban élők* elvált, de családban él; özvegy, de családban él) mutatták. A *Kapcsolati elkerülés* dimenzió tétele pl.: „Inkább nem mutatom ki a partneremnek, hogy mit érzek mélyen a szívemben.” Az eredmény egybehangzik a szakirodalomban megfogalmazottakkal, mivel az elkerülő kötődésű személy a kapcsolataiban a másikat negatívan ítéli meg és azért, hogy ne érhesse csalódás, nem is akar érzelmileg túl közel kerülni hozzájuk (Bartholomew és Shaver, 1998), esetleg azért, mert nehezebb esik segítséget kérni a másiktól (Riskó, 1999).

Összegzés: kötődés, életkor és családi állapot

Láthatjuk, hogy a fiatalabbak és az idősebbek kötődési stílusa miként különül el: a fiatalabban inkább szoronganak partnerkapcsolataikban, negatív énképük összefüggésben lehet azzal, hogy arra vágnak, hogy a fontos másik elfogadja őket, miközben félnek a másik elvesztésétől. Az idősebbek viszont a kiszolgáltatottságtól tarthatnak, és inkább az elkerülés jellemző rájuk. Ezek az eredmények amellet, hogy számos szakirodalmi véleménnyel van összhangban (lásd például: Fobair és mtsai, 2006; Schmidt és mtsai, 2012), újszerűek is az életkor szempontjából. A szakirodalomban ugyanis kevésbé jelenik a kapcsolati mintázatok életkori és családi állapotbeli változásainak, jellegzetességeinek kutatása az emlődaganatos nők esetén (Désfalvi és mtsai, 2017). Ugyanakkor fontosságát nem lehet eléggé hangsúlyozni (Ávila és mtsai, 2016, 2017; Schmidt és mtsai, 2012) Eredményeim az intervenció fókuszának szempontjából is kiemelkedőek, mivel rámutatnak az egyes életkori sajátosságokra (Erikson, 1980; Dank, 2017) és a kapcsolati kötődési fontosságára (Tacón, 2001).

Szubjektív egészségi állapot és pszichés tünetek

Klinikai tapasztalataim szerint az emlőrák diagnózisa, függetlenül attól, hogy a betegséghez társul-e testi tünet (pl. fájdalom), az egészségi állapot leértékelésével járhat. Attól függően, hogy a személy milyen súlyosnak ítéli a betegségét, annál rosszabbnak értékelheti egészségét (vö. Lekunder és mtsai, 2004; Atroszko és mtsai, 2015). Jelen kutatásban az Áttétes csoportban lévő személyek az önbecslés során alacsonyabb pontszámokkal, közepesnek/rosszabbnak értékelték egészségi állapotukat, mint a Primer csoportban lévők, akik inkább közepesnél jobbnak ítélték egészségi állapotukat. Ez az eredmény egybevág Heady és munkatársainak (2005) vagy Lekander és munkatársainak (2004) megfigyelésével, miszerint azok ítélik egészségi állapotukat rosszabbnak, akik súlyosnak gondolják betegségüket, félnek attól, hogy elveszítik a betegségük feletti kontrollt, és nem lesznek képesek befolyásolni a betegség kimenetelét.

A Primer és Áttétes csoportok aktuális pszichés állapotát felmérve elmondható, hogy az eredmények várakozásomnak megfelelőek, a Normatíva adatainál a szomatizáció, a depresszió, a szorongás és a kényszer értéke magasabb volt az emlőrákkal küzdőknél, ami összhangban van korábbi vizsgálatommal és több szakirodalomban megjelent eredménnyel (lásd Nicholls és mtsai, 2014; Andreotti és mtsai, 2015; Dészfalvi és mtsai, 2017). (lásd a 45. táblázat).

45. táblázat: Az aktuális pszichés tünetek (SCL-90-R alszkálái) értékeinek összegző bemutatása

| Ellenségesség Pszichoticizmus | <i>Nincs különbség</i> a három csoport között |
|--|---|
| Szomatizáció | A Normatívánál <i>mind a Primer, mind az Áttétes csoport értéke magasabb</i> , de a két utóbbi csoport között nincs különbség |
| Kényszer Depresszió Szorongás | A Primer csoport nem különbözik a Normatívától, az <i>Áttétes csoport értéke magasabb, mint a Primer és Normatíva csoport</i> |
| Interperszonális érzékenység | <i>A Primer csoport értéke alacsonyabb</i> mind a Normatívánál, <i>mind az Áttétes csoportnál</i> , a Normatíva és Áttétes csoport között nincs különbség |

A *szomatizáció* faktor értékei mind a Primer, mind az Áttétes csoportnál magasabbak voltak, mint a Normatíva értéke. Ez az eredmény összhangban van a várakozással, amelyet Cserháti és Staudler (2008), Riskó (2006), Dészfalvi és munkatársainak (2017) valamint Andreotti és munkatársainak (2015) tanulmányára alapoztam, miszerint a testi tünetek fokozott figyelme a betegség mentén kialakult szorongással lehet szoros összefüggésben. A

szomatizáció megjelenése minden bizonnyal független attól, hogy a betegség mely stádiumában van épp a személy (azaz áttétes vagy primér daganatos).

Az Áttétes csoport aktuális pszichés állapot SCL-90-R kérdőívben elért átlagai magasabbak voltak három faktorban (*depresszió, szorongás, kényszer*) a Normatívához és a Primér csoporthoz képest. Ez részben összhangban áll azzal a várakozással, miszerint azoknál a személyeknél, akiknél a betegség kiújul (áttét jelenik meg) a szorongás és a depresszió gyakorisága nő (Rohánszky és mtsai, 2014), megerősítve azt, hogy az áttét megjelenése, illetve megléte fontos lelki tényező az emlődaganattal küzdő nők életében. Miller és munkatársai (2010), Ahn és munkatársai (2009) és Riskó (1999, 2006) tanulmányára alapoztam azt a feltevésemet, miszerint a depresszió, a szorongás, a distresszel járó félelem szinte végigkíséri a személyt az egész betegségen át, bár ebben a vizsgálati mintában a Primer csoportnál nem volt tetten érhető a Normatíva átlagához képest emelkedett szorongás és depresszió szint.

A Primer csoport viszont az *Interperszonális érzékenység* skálán az egészséges mintához viszonyítva kiemelkedően alacsonyabb értékeket ért el, amely nem várt eredmény volt a vizsgálatomban. Feltételezésem szerint a normatív minta és az Áttétes csoporthoz képest kiemelkedően alacsony értékek - a skálákban szereplő tételek tartalma alapján - arra utalhatnak, hogy a Primer csoportba tartozók akár a betegség okán is fokozottan háríthatják vagy tagadják az egyedüllétől való félelmet, illetve az érzelmeik kezelésének képtelenségét, vagy ezen érzéseknek a jelenlétét és jelentőségét (vö. Unoka és mtsai, 2004b). Ez utóbbi magyarázat összhangban lehet a kapcsolati mintázatokra kapott több eredményemmel is.

Az interperszonális érzékenység mediáló kapcsolata

Mivel a Primer csoport alacsonyabb értéket mutatott az *Interperszonális érzékenység* faktorban, mint a Normatíva vagy az Áttétes csoport, ezért megvizsgáltam, hogy az ez a különbség milyen tényezőkkel állhat összefüggésben. A mediációs modellben igazolódott, hogy az áttét megléte a *Szubjektív egészségi állapot* negatív értékelésén keresztül befolyásolja az *Interperszonális érzékenység* alskála értékeit. Az alskála itemeinek ismeretében (pl.: fontos mások kritikája; féltékenység; a személyt sértődékenység jellemzi; úgy érzi, hogy mások nem értik meg; alárendeltnak érzi magát másokkal szemben; bántja, ha nézik; az emberek barátságtalanok vele, vagy nem szeretik) feltételezem, hogy a személy alárendelődhet a kapcsolataiban, attól való félelmében, hogy barátságtalanok lesznek vele, vagy nem fogják szeretni. Ez a tendencia megmutatkozik a betegek egyéb interperszonális kapcsolataiban is. A Normatívával történő összehasonlítás során láthattuk, hogy a Primer csoport *Interperszonális érzékenység* értéke a

Normatívához viszonyítva alacsonyabb mértékű, melyet a Primer csoport fokozott háritásával vagy tagadásával magyarázható. Feltételezhető, hogy az Áttétes csoportban a *Szubjektív egészségi állapot* romlásával ezen háritás vagy tagadás mérséklődik.

Az áttét megléte erős differenciáló hatásnak bizonyult a teljes mintában. A korábbi eredmények ismeretében azt feltételeztem, hogy a pszichés tünetek részben vagy egészben az áttét kialakulásának ismerete miatt is alacsonyabbra értékelt egészségi állapoton keresztül valósulnak meg. Ez a szempont a betegség szubjektív megélésének fontosságára hívja fel a figyelmet, s mint ilyen, a prevenció és intervenció szempontjából kiemelt jelentőségű.

Szeretném felhívni a figyelmet azonban arra, hogy e pszichés meghatározások nem klinikai kórképet, illetve klinikai szintű zavarokat jelölnek, hanem csupán tünetlistákat, amelyek nem teszik lehetővé a klinikai diagnózist.

A kötődési stílus vizsgálata

A teljes minta, valamint a Primer és Áttétes csoportok kapcsolati mintázatainak sajátosságaira jól értelmezhetően mutattak rá a kötődést mérő eszközök (ASQ-H, ECR-R, H-PBI). Az emlődagatanos minta kötődési stílusát illetően összességében egy jellegzetes, szorongó, ambivalens kötődés mintázat bontakozott ki.

A kötődési stílus vizsgálatában a Primer és Áttétes csoport eredményeit Hámori és munkatársai (2016) egészséges mintán kapott eredményeinek tükrében értelmeztem. A kötődési stílust mérő ASQ-H kérdőív KFÉ, ATÖ, ÖV és FF faktorai a Szorongás, illetve az Elkerülés fő dimenziói alá tartoznak, Ezeknek a faktoroknak az átlagai a vizsgált minta eredményei szerint eltértek a Normatívától. A *Kapcsolat fontossága az én szempontjából* (KFÉ) faktorában a Primer és az Áttétes csoport értéke a Normatíva eredményénél alacsonyabb volt. A KFÉ faktorában olyan állításokat értékelhettek a személyek, mint pl.: „Fontos számomra, hogy mások kedveljenek.” vagy „Sokat aggódom a kapcsolataim miatt” vagy „Aggaszt, hogy nem érek föl másokkal”. A KFÉ a szorongó kötődési stílus egyik dimenziója, és ez az eredmény feltételezésem szerint a Primer és Áttétes csoportba tartozó személyek énvédő megküzdési módjára utalhat. Nevezetesen, a személyek feltehetőleg tagadják a személyes kapcsolataik miatti aggodalmukat, és azt, hogy a kapcsolataik viszonylatában mennyire gondolják magukat értékesnek, vagy értéktelennek). Arról csak spekulálhatunk, hogy a betegség mely tényezőjével állhat összefüggésben ez az eredmény, de mindenetre igazolja, hogy függetlenül az áttét meglététől, vagy annak hiányától a kapcsolati szorongás alacsonyabb a betegcsoportban.

Az Ambivalencia, távolítás, önleértékelés (ATÖ) faktornál a Primer és Áttétes csoport szintén alacsonyabb eredményt ért el a Normatíva értékeinél. Az ATÖ faktornál olyan állításokat értékelhettek a személyek, mint pl.: „Aggaszt, ha mások túl közel kerülnek hozzám” vagy „Nem értem, hogy miért akarna bárki kapcsolatba lépni velem”. Az ATÖ tételeinek többsége az Elkerülés fő kötődési dimenzióhoz tartozik, ugyanakkor a KFÉ-hez hasonlóan az ATÖ is magába foglal olyan tételeket is, amik a sz önértékelést minőségét fogalmazzák meg. Az ATÖ alacsony átlagértéke jelezheti, hogy a betegcsoportnak a normatív adatokhoz képest magasabb lehet a közelségigénye, nem élnek át ambivalenciát a kapcsolataikban és bíznak abban, hogy mások is fontosnak tartják a velük való kapcsolatot. Feltételezésem szerint az eredmény szintén egyfajta megküzdési stratégiaként fogható fel, amely az emlődaganatos nőt hozzásegítheti annak megerősítéséhez, hogy ő ugyan olyan, mint a többi egészséges személy, és jobban elfogadja mások segítségét . Ez az eredményem összhangban lehet Cicero és munkatársai (2012) kutatásának eredményével, aki mindamelllett megállapította azt is, hogy a társas támogatás elfogadása jobb adherenciához, a betegséggel való jobb megküzdést hozza magával.

Az Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben faktornál a Primer és Áttétes csoport magasabb értéket ért el, mint a Normatíva. Az ÖV skálákban olyan állításokat értékelhettek a személyek, mint pl.: „Segítséget kérni annyi, mint beismerni, hogy sikertelen vagyok” vagy „Fontosabb, hogy eredményeket érjünk el, mint hogy kapcsolatokat építsünk”. Az ÖV a kötődési stíluson belül egy úgynevezett kilógó faktor (Hámori és mtsai, 2016a, 2016b), amely a teljesítmény fontosságát hangsúlyozza, akár a kapcsolatok rovására is. Eredményem szerint a Primer és az Áttétes csoportba tartozó személyek számára kiemelten fontos a teljesítmény általában, ami szintén utalhat egyfajta megküzdési mechanizmusra is az önértékelés és az önbecsülés fenntartásának érdekében (vö. Schmidt és mtsai, 2012),

A Függés-függetlenség faktorban az Áttétes csoport ért el magasabb eredményt a Primer csoporthoz és a normatív mintához képest. Azaz, az áttétes csoport sokkal inkább élheti meg úgy, hogy szüksége van a függetlenségre. Az FF faktorban olyan állításokat értékelhettek a személyek, mint pl.: „Inkább magamra szeretek számítani, mintsem másoktól függeni” vagy „Nehéz számomra másoktól függeni”. A FF az ASQ-H magyar változatában sajátos faktor, mivel szerepe változatos a kötődési stílusok alakításában: jelzője lehet a Biztonság függőségigénnyel kötődési stílusnak is, ugyanakkor magas értéke az Ambivalens-félelemteli stílust is jellemezheti annak függvényében, hogy az adott kötődési stílusban szerepet játszó többi diemnzio értéke milyen (Hámori és mtsai, 2016a). Jelen eredményem mindesetre alátámasztja, hogy az Áttétes csoport nagyobb függetlenségigényről számol be a Primér

csoporthoz képest. Hogy a betegség súlyosságával ez hogyan lehet kapcsolatban, arról szintén csak feltételezéseink lehetnek. Eszerint, összhangban a szakirodalommal (lásd pl. Tacón, 2003) az Áttétes csoport tagjait feltételezésem szerint a betegség előrehaladtával jobban zavarhatja a másoktól való függés, félve a kiszolgáltatottság érzésétől. Félelmük tárgya az lehet, hogy végleg elveszíthetik önállóságukat, függetlenségüket, hogyha másra kell számítaniuk sérülékeny érzelmi helyzetükben. Ez az eredmény abból a szempontból fontos, hogy csak az Áttétes csoport ért el magasabb eredményt, a Primer csoport eredménye a Normatívához hasonló, közöttük nem volt különbség. Feltételezem, hogy a válaszadók értékeléseit a betegség súlyossága, az áttét megléte befolyásolhatta. A Primer csoport tagjai talán még nem tartanak annyira jelentős mértékben a teljes kiszolgáltatottságtól.

A Közvetlen Kapcsolatok Élménye (ECR-R) kérdőív vizsgálatokor Primer és Áttétes csoport eredményeit Nagy László (2005) egészséges mintán kapott eredményeinek tükrében értelmeztem. Az eredményekből kiderült, hogy a Primer és Áttétes csoport elért értéke mind az *elkerülő*, mint a *szorongó* kötődési dimenzióban magasabb volt az egészséges normatív minta átlagánál. Ezt az eredményt alátámasztja Cicero és munkatársainak (2009) vizsgálati eredménye is, akik azt is megállapították, hogy az áttétes elkerülő-szorongó emlődagyanatos betegekre jellemzőbb volt a nagyfokú aggodás.

Az Szülői Bánásmód (H-PBI) kérdőív vizsgálatokor a Primer és Áttétes csoport eredményeit Tóth és Gervai (1999) egészséges mintán kapott eredményeinek tükrében értelmeztem. Az elemzés során kiderült, hogy az Áttétes csoport alacsonyabb értéket ért el az *anyai Szeretet, törődés* és magasabbat az *anyai és apai korlátozás* alszkálában, mint a Primer és a Normatív minta. Az eredmény szerint az Áttétes csoport inkább emlékszik úgy, hogy számára nem volt megfelelő/elégséges az anyai szeretetet és törődést, illetve, hogy az anyja és apja korlátozta őt gyerekkorában. Tacón és munkatársai (2003) hasonló eredményekről számolt be emlőrákosok körében végzett munkájukban.

Összegzés: a kötődési mintázatok és betegség

A fenti eredmények látszólag sok ellentmondást hordoznak, azonban a szorongó és ambivalens kötődési stílus meghatározásakor jól értelmezhetőek. Feltehetően mindkét csoport megküzdési módjára utalhat a tagadása az aggodalomnak amelyet kapcsolataik vagy értéketlenségük miatt érezhetnek, ugyanakkor jól láthatóan elkülönül a Primer és az Áttétes csoport függőség iránti igénye. Mindez megerősíti azt a szakirodalommal megegyező feltételezésemet, hogy a kötődési jellemzők megismerése rendkívül fontos előrejelzője lehet a betegséghez való pszichés

alkalmazkodásnak (Naaman és mtsai, 2009; Nicholls és mtsai, 2014), és felhívja a figyelmet arra is, hogy a személy nem csak a daganatos betegséggel, hanem saját késztetéseivel, kapcsolati igényeivel és önértékelésével is küzdhet. Mindezek felismerése elengedhetetlenül fontos tényező az intervenció kialakításában.

A korai maladaptív sémák többszempontról való vizsgálatai

A korai maladaptív sémák eredményeit Unoka és munkatársai (2004a) egészséges mintán (*Normatíva*) kapott eredményeinek tükrében értelmeztem. Vizsgálatomban a Primer és Áttétes csoportban megközelítőleg hasonló sémaprofil rajzolódott ki. Ezen belül bizonyos sémák mindkét csoportnál kiemelkedtek a többi közül, mint például az Elszakítottság- és elutasítottság sémateremtőből a *Csökkentéértékűség-szegény* séma, a Kóros másokra irányultság sémateremtő *Önfeláldozás* sémája, ami megegyezik Ferrei és munkatársai (2009), és korábbi vizsgálatom (Désfalvi és mtsai, 2017) emlődaganatos nőkre vonatkozó eredményeivel. Az *Önfeláldozás* séma itemeinek értelmezése szerint a személyek kapcsolataikban saját szükségleteiket háttérbe szorítják és feladják érzelmeiket a másik személy kedvéért. A betegség szempontjából fontos felismerni a személy háttérben lévő félelmet attól, hogy a másik elhagyja, s hogy ez ne történjék meg, inkább feláldozza önmagát.

A két betegcsoport több maladaptív séma tekintetében is mutatott különbséget: az *Áttétes csoport* magas értéket adott a Károsodott autonómia sémateremtőből a *Sérülékenység* és az *Összeolvadtság-éretlenség* sémákban, ami azt jelzi, hogy személy úgy érezheti, hogy bármelyik percben bekövetkezhet egy olyan negatív esemény, amelyet nem lesz képes megelőzni, (amely összefügghet a betegséggel), és azt gondolhatja, hogy a számára fontos másik folyamatos támogatása nélkül nem tudna létezni, képtelen lenne a túlélésre vagy céltalan lenne az élete (vö. Unoka, 2007).

Az életkor és a maladaptív sémák

Az életkor vizsgálatokor, azt találtam, hogy minél fiatalabb az egyén a teljes minta életkorát tekintve, annál inkább jellemző rá, hogy magasabb pontszámot ad a Határok károsodott volta sémateremtőből az *Elégtelen önkontrol, önfegyelem* és a *Feljogosítottság, grandiozitás* sémáknál, amelyek szerint az egyén túlzott hangsúlyt helyez a betegség okozta konfliktus vagy fájdalom kimutatásának elkerülésére, s mindezt az elköteleződés rovására teszi, gyakran követelőzővé, vagy túlzóan ragaszkodóvá válik (Unoka, 2007). Minél fiatalabb életkorú a személy, annál inkább jellemző rá az Elszakítottság sémateremtőből a *Társas izoláció* séma, amely azt jelezheti, hogy az egyén úgy érezheti, hogy negatív módon különbözik

embertársaitól. A betegséggel összefüggésben feltételezhető, hogy a betegsége miatt (kopaszság, paróka viselés, emlőműtét, áttétek a távoli szervekben stb.), emiatt a világtól elszigetelődve él, nem része sem közösségeknek, sem csoportoknak. Szintén a fiatalabb életkorral korrelál a Károsodott autonómia sématarományból az *Összeolvadtság* séma, amelynél szintén jellemző az, hogy minél fiatalabb a személy, annál inkább ér el magasabb eredményt. Ez a séma azt jelzi, hogy az egyén túlzó érzelmi közelséget és bevonódást kíván a másik személytől. A betegséggel összefüggésben és a szakirodalmi adatokkal összhangban (lásd pl.: Désfalvi és mtsai, 2017; Molnár és mtsai, 2013) feltételezhető, hogy mivel súlyos beteg, nincs elég önfegyelme, függ a másiktól (hiszen tőle várja a támogatást, az ápolást) és a másik elvesztésétől tartva (amiatt, hogy elveszti nőiességét), alárendeli magát a másik akaratának (vö. Unoka, 2007). Ez az eredmény eltér Unoka és munkatársainak (2004a) azon megállapításától, miszerint az egészséges mintában (Normatíva) az életkorral egyenes arányban növekszik a *Károsodott autonómia és teljesítőképeség* sémataromány átlagának értéke. Ahogy egy korábbi elemzésben (Désfalvi és mtsai, 2017), úgy jelen vizsgálatomban is a fiatalabb korosztályt jellemzi ezen sémataromány értéke (vagyis minél fiatalabb, annál inkább jellemző rájuk), így ezeket az eredményeket nem lehet a normatív életkori sajátosságokkal magyarázni, sokkal inkább azzal, hogy a betegség negatív élménye kapcsolódhat az emelkedett sémaértékhez.

Az életkor előrehaladtával összefüggésben azt találtam, hogy minél idősebb a mintában lévő személy, annál inkább jellemző lesz rá a Kóros másokra irányultság sématarományból az *Önfeláldozás* séma magasabb pontértéke. E séma szerint az egyén úgy gondolja, hogy a vélt önzőségével fájdalmat okoz másoknak, amit csak úgy kerülhet el, ha megfelel a fontos másik vágyainak, miközben úgy éli meg kapcsolatait, hogy saját szükségleteit háttérbe szorítva, feláldozza önmagát (nem kér segítséget) a másik személy kedvéért. Az önfeláldozás érzése azonban örökös rosszallást, haragot vált ki belőle, ám e miatt fokozott büntudatot érez (vö. Unoka, 2007). Ez az eredmény összhangban van Ferrei és munkatársai (2009) emlőrákos nőkre vonatkozó eredményeivel és egyben saját klinikai tapasztalataimmal.

A családi állapot és a maladaptív sémák összefüggéseinek vizsgálatakor az eredmény rámutatott arra, hogy a személyek között differenciáló hatással bír a sémák megjelenésében is az, hogy ki milyen családi kapcsolatban él. Az Elszakítottság sémataromány *Elhagyatottság-Instabilitás* sémában a legmagasabb sémaértéket pedig az *egyedül élő* (hajadon, egyedül élő elvált és özvegy, valamint megszakadt kapcsolatú) személyek mutatták. Ez a séma azt jelzi, hogy az egyén úgy érzi, hogy a fontos másik, akitől támogatást, segítséget vár, megbízhatatlan

és kiszámíthatatlan vagy nem képes érzelmi, fizikai támogatást nyújtani számára, ezért a kapcsolatot instabilnak ítéli. Feltételezi és attól fél, hogyha kiszolgáltatottan súlyos beteg lenne, akkor elhagyná valaki másért, aki jobb vagy egészségesebb nála (vö. Unoka, 2007.) Feltételezhető, hogy ez a séma a betegség folyamán aktiválódhat, s a beteg önmagát és a másikat is negatívan ítéli meg.

Összegzés: maladaptív sémák, életkor, családi állapot és a betegség

Az eredmények alapján elmondható, hogy a betegség folyamatában több séma is aktiválódhat a személyeknél. Nagyon fontos eredménynek találok azonban azt, hogy bizonyos sémák mindkét betegcsoportnál (Primer és Áttétes) megjelennek, mint a Csökkentértékűség vagy az Önfeláldozás séma, viszont inkább csak az Áttétes csoport különül el azzal, hogy magasabb értéket adott a Sérülékenység és az Összeolvadottság-éretlenség sémákra. Ez újból azt mutatja számomra, hogy áttét megléte jobban differenciál, mint az, amikor nincs áttét. Mivel a szakirodalomban eddig nem találkoztam olyan eredménnyel, amely a maladaptív sémák és az áttéte beteg ilyen kapcsolatát leírták volna, azt gondolom, hogy ez az eredményem új eredménynek mondható az emlőrákos betegek körében. Az életkor hatása viszont a szakirodalommal megegyezően mutatkozik a sémák megjelenésében: a fiatalabbak az *Elégtelen önkontrol, önfegyelem* és a *Feljegósítottság, grandiozitás* sémánál adtak magasabb pontszámot, ami a szakirodalomban megjelentek szerint az idősebb korosztályra is jellemző volt (Désfalvi és mtsai, 2017) addig az idősebbekre inkább az volt jellemző, hogy az *Önfeláldozás* sémára adtak magasabb pontot. Ez az eredmény a szakirodalomban leírtakkal (vö. Ferrei és mtsai, 2009; Désfalvi és mtsai, 2017) összecseng. A családi állapot státusza is fontos hatásnak bizonyult, amikor az igazolódott, hogy az egyedülállók magasabb pontszámot adtak a *Elhagyatottság-Instabilitás* sémára, Úgy vélem, hogy ezek az eredmények fontos információt jelenhetnek az intervenció egyénre való fókuszálásakor.

A pszichés tünetek és kapcsolati mintázatok összefüggései

Maladaptív sémák és szomatizáció

A pszichés tünetek közül elsőnek a Szomatizáció alsóskálát vizsgáltam, a *Csökkentértékűség-szégyen*, a *Társas izoláció-elidegenedettséggel* és *Társas elutasítottság érzése* és *Bizalmatlanság-abúzus* sémákkal összefüggésben. A moderációs vizsgálatok eredményeképp azt találtam, hogy a szomatizáció a *Csökkentértékűség-szégyen* sémán keresztül valósul meg. A *Társas izoláció-elidegenedettséggel* sémába tartozó itemek pl.: „*Nem illek sehova*” vagy „*Senki nem ért engem igazán*” vagy „*Ha holnap eltűnnék, senki nem venné észre*”. A *Csökkentértékűség-szégyen*

sémába tartozó állítás pl.: „*Alapvetően hibás és tökéletlen vagyok*” vagy „*Úgy érzem, nem vagyok szeretetre méltó*”, vagy „*Egyik legnagyobb félelmem, hogy felfedezik a hibáimat*”. A sématételeket megismerve feltételezhető, hogy minél inkább úgy érzi a személy, hogy őt nem érti meg senki és ettől minél inkább izolálódik másoktól, miközben csökkent értékűnek képzei magát, annál inkább fog magasabb értéket adni a szomatizáció alskálára.

A *Társas elutasítottság érzése* séma a *Csökkentértékűség-szégyen* sémán keresztül megvalósuló indirekt hatása viszont nem szignifikáns, vagyis a személy direkt úton, a *Társas elutasítottság érzése* sémán (amelynek tételei például: „*Csúnya vagyok*” vagy „*Nem tudok normálisan lefolytatni egy beszélgetést*”) keresztül jut a Szomatizációhoz. Feltételezhető, hogy a személy önmagáról kialakított képe a betegségtől függetlenül is negatív, és e negatív kép miatt úgy érzi, hogy mások elutasítóak vele szemben, így megérthető a direkt útvonal amely Szomatizációhoz, testi fájdalmakhoz vezethet a.

A *Bizalmatlanság-abúzus* séma a *Csökkentértékűség-szégyen* sémával gyenge kapcsolatot mutatott, így előbb azt vizsgáltam, hogy miként kapcsolódhat a Szomatizáció alskálához. Mivel a *Bizalmatlanság-abúzus* séma (tételei például: „*Úgy érzem, ki akarnak használni*” vagy „*Nehezemre esik, hogy megbízam másokban*” vagy „*Csak idő kérdése, és valaki elárul*”) egy korábban szoros összefüggést mutatott a *Szorongás* alskálával, így a mediációs modellt erre a faktorra állítottam föl. A *Bizalmatlanság-abúzus* séma a *Szorongás* alskálán keresztül gyakorol hatást a *Szomatizáció* alskálára. Ez az eredmény azt jelentheti, hogy az egyén minél bizalmatlanabb a körülötte lévő másokkal, annál jobban szorong majd attól, hogy nem tudja kiben bízhat és ennek eredményeképp annál inkább szomatizál, azaz testi tüneteket mutat (lásd, Dégi, 2010; Riskó, 2006).

Kötődés, maladaptív sémák és szomatizáció

A *Szomatizáció* alskálával több kötődési stílust leíró faktor is korrelált: a Kötődési stílus kérdőív (ASQ) faktorai közül a *Biztonság a kapcsolatokban*, az *Ambivalencia, távolítás, önleértékelés*, a Közvetlen kapcsolatok (ECR-R) kérdőívől az *Elkerülés* dimenzió, illetve a Szülői bánásmód (H-PBI) alskálái közül az *Apai szeretet, törődés* item. Mind közül a legerősebb korrelációt a Kötődési stílus kérdőív (ASQ) faktorai közül a *Biztonság a kapcsolatokban* mutatja, amely ebben a konstellációban úgy értelmezhető, hogy a személy minél kevésbé érzi magát biztonságban a kapcsolatban, annál inkább szomatizál, amely természetesen fordítva is igaz lehet: minél inkább érzi magát biztonságban a személy a kapcsolataiban, annál kevésbé ad magasabb pontértéket a szomatizáció alskálán.

Az Eredmények fejezetben láthattuk, hogy a *Szomatizáció* alszála és a *Csökkentértékűség-szégyen* séma között összefüggés mutatkozott. A következőkben e két változónak a kötődéssel kapcsolatos összefüggéseit tárgyalom.

A Kötődési stílus kérdőív faktorai közül a *Kapcsolatok fontossága az én szempontjából (KFÉ)* mutatta, amely a kapcsolatok érzelmi fontosságát méri az önértékelés szempontjából és olyan tételeket tartalmaz, mint például: „*Fontos számomra, hogy mások kedveljenek*” vagy „*Néha azt gondolom, hogy semmit nem érek*”. Az *Ambivalencia, távolítás, önleértékelés (ATÖ)* faktor olyan tételek tartalmaz, mint például: „*Kapcsolataim általában felszínesek*” vagy „*Másoknak megvannak a maguk problémái, úgyhogy én nem terhelem őket az enyéimmel*”. A tételek ismeretében a skálák közötti összefüggés akként értelmezhető, hogy a személy minél inkább érzi azt, hogy a kapcsolataiban nem ér semmit (hiszen értéktelennek érzi magát), és minél inkább leértékeli önmagát, annál inkább érzi magát csökkentértékűnek. Ugyanakkor minél inkább biztonságban érzi magát a kapcsolatában, annál kevésbé érzi csökkentértékűnek magát. Emellett minél inkább jellemző a személyre az *Elkerülő* vagy a *Szorongó* kötődés a kapcsolataiban, annál inkább érzi magát csökkentértékűnek. Ugyanígy jellemző a Szülői bánásmódra, hogy minél inkább hiányolta az anyai vagy apai szeretetet a személy, annál inkább érzi magát csökkentértékűnek.

Az eredmény alapján a személy kötődési stílusa inkább szorongó, leginkább attól tart, hogy leértékelődik, önmagát negatívnak látja, fél az elhagyatástól, és leginkább úgy tudja feloldani ezt az érzést, ha eltávolodik, elkerüli azt, akitől leginkább várhatná a támogatást, mert azt gondolja, úgy kevésbé sérül. Mindez összecseng Tacón (2003) és Ciceró munkatársainak (2009) eredményével.

Kötődés és depresszió

A teljes mintán a *Depresszió* alszálaival az ASQ skálái közül a *Kapcsolatok fontossága az én szempontjából (KFÉ)* (melynek állítása például: „*Néha azt gondolom, semmit sem érek*”), az *Ambivalencia, távolítás, önleértékelés (ATÖ)*, (melynek állítása például: „*Nem értem, miért akarna bárki kapcsolatba lépni velem*”), a *Biztonság a kapcsolatokban (BK)* (melynek állítása például: „*Egészében véve, én egy értékes ember vagyok*”). Az ECR-R mindkét dimenziója, az *Elkerülés* és *Szorongás* dimenziók, valamint az észlelt Szülői bánásmód (H-PBI) közül mind az *anyai*, mind az *apai Szeretet-törődés* faktorok, valamint mind az *anyai*, mind az *apai Korlátozás* alszálaik korreláltak a *Depresszió* faktoral. A vizsgálat láthatóvá tette azokat az útvonalakat, amelyek a személyt a kötődés bizonyos faktorai mentén leginkább elvezethetik a depresszió tüneteinek megjelenítéséhez. Vagyis a depresszív tünetek megjelenése összefüggést

mutat azzal, hogy mennyire aggódig a személy, a kapcsolatai miatt, mennyire szorongva éli meg kapcsolataiban az elhagyatástól való félelmet, mennyire értékeli le önmagát. A depresszív tünetek jelzése és a kapcsolatokban az elhagyatás miatti félelem, illetve az önleértékelés egymással kölcsönösen összefüggő jelenség. Ez az összefüggés azt jelzi, hogy az elhagyatástól való félelem és a depresszív tünetek a betegek esetében kiemelt jelentőségű összefüggés bír.

Maladaptív sémák és depresszió

Amikor a maladaptív sémák összefüggésében vizsgáltam a depresszió alskálához vezető útvonalat a *teljes mintára* jellemzően azt találtam, hogy részben az *Érzelmi depriváció* sémán át és közvetett módon a *Társas elutasítottság érzése* sémán keresztül valósul meg. Vagyis akár azért, mert a személy negatív képet alakít ki önmagáról, akár mert úgy érzi, hogy nem kap elég szeretetet, több depresszív jelet mutathat az alskálán.

A *Primer csoport* ettől eltérő útvonalat mutatott, mivel a betegcsoportnál az *Érzelmi depriváció* séma hatása a *Behódolás* sémán keresztül hatott a depresszió alskálára. Vagyis, a modell úgy értelmezhető, a személy akkor is több depresszív jelet mutathat, ha úgy érzi, hogy nem fordulnak felé elég szeretettel, de akkor is, ha úgy érzi, hogy a szerető érzelm hiányzik számára a másiktól, ezért inkább megtesz mindent, hogy ezt elérje, és mindinkább alárendelődik a másiknak, ettől fog mutatni több depressziós jelet az alskálán, vagyis a depresszió tünetek a szeretet vélt hiányától, a kiszolgáltatottság érzésétől is kialakulhatnak.

A *Primer csoportra* jellemzően egy másik jellegzetes útvonal is kirajzolódott a depresszió és a sémák összefüggésének vizsgálata mentén. A *Csökkentértékűség-szégyen* sémának a *Depresszióra* gyakorolt hatása a *Behódolás* sémán keresztül, közvetetten valósult meg. Vagyis a *Primer csoportban* lévő személy minél inkább úgy érzi, hogy csökkentértékű, tökéletlen, és megpróbál megfelelni másoknak, hogy elfogadják, amitől védtelenné lesz, és minél inkább érzi magát védtelennek és kiszolgáltatottnak, annál több depresszív jelet fog mutatni. Azonban itt is kétoldalú lehet az összefüggés: minél több depresszív tünetről számol be, és az minél súlyosabbnak érzi, annál inkább emelkedik ki ez a sajátos kapcsolati útvonal a betegség mentén a *Primer csoportban*.

Megfigyelhető, hogy mindkét modellben azok a sémák kerülnek a középpontba, amelyek jellemzően a személyek negatív önképe miatt, (amely történhetett a betegség okán, illetve már azt megelőzően is) az önleértékelésből fakadóan aktiválódhatnak, és úgy próbálnak a személyek szeretetet kapni a másoktól, hogy megfelelni próbálnak a mások akaratának, azon az áron is, ha az számukra előnytelenné válik.

Maladaptív sémák, kötődés és depresszió

A teljes mintában a depresszióval való összefüggés vizsgálatok a modellbe a mintára jellemző a *Társas elutasítottság érzése* séma (például: „Túl kövér vagyok”), a *Negativizmus, pesszimizmus* séma (melynek állítása például: „Többet foglalkozom az élet, és a velem történt dolgok negatív oldalával, mint a pozitívval”), és az *Érzelmi depriváció* séma (melynek állítása például: „Nem kaptam szeretetet és figyelmet”) sémák kerültek, a kötődési jellemzők közül *Kapcsolatok fontossága az én szempontjából* (KFÉ, melynek állítása például: „Fontos számomra, hogy mások kedveljenek”) az *Ambivalencia-távolítás, önleértékelés* (ATÖ, melynek állításai például: „Kapcsolataim általában felszínesek”) kötődés faktorok, valamint a kapcsolati *Szorongó* és *Elkerülő* dimenziók.

Az Áttétes csoport a depresszióhoz vezető útvonala az *Érzemi gátoltság* sémán át (melynek állításai például: „Sok harag és neheztelés gyűlt össze bennem, amit nem fejezek ki”) az *Ambivalencia-távolítás, önleértékelés* (ATÖ), és a *Kapcsolatok fontossága az én szempontjából* (KFÉ) faktorokon keresztül mutatkozik a modellben. Vagyis az Áttétes csoportbeli személy az érzelmek kifejezésének nehézségtől, a kapcsolati bizonytalanságában, az önleértékelés érzése következtében is jelezhet több depressziós tünetet, amely azonban a fordított irányban is igaz lehet. és e két jelenség kapcsolata kiemelten jellemezheti a Áttétes betegcsoportot.

Moderáló hatás-vizsgálat

Kutatásom arra is kitértem, hogy a sémák moderáló hatásait vizsgáljam. A modellbe az *Érzemi depriváció* séma moderáló hatását vizsgáltam az egészségi állapot és a Depresszió megjelenésével összefüggésben. Azt találtam, hogy a magasabbra értékelt, vagyis a jobbnak ítélt *Szubjektív egészségi állapottal* alacsonyabb *Depresszió* jár együtt. Közös modellbe helyezve a *Szubjektív egészségi állapotot* és az *Érzemi deprivációt* és a *Depressziót* akkor abban az esetben, ha alacsony az *Érzemi depriváció* értéke, akkor a magasabbra értékelt *Szubjektív egészségi állapot* hatékonyan csökkenti a *Depresszió* mértékét. Viszont magas *Érzemi depriváció* mellett ez a magasabbra értékelt egészségi állapot protektív hatása eltűnik, és nem fog csökkenni a *Depresszió* mértéke.

Az eredmény az intervenció megtervezése szempontjából fontos, mivel a fenti modell bemutatása által belátható, hogy a személyt a saját elvárásaival szemben nem minden esetben tudja megóvni a pozitívnak ítélt egészségi állapot sem a különböző pszichés tünetek megjelenésétől.

A kutatásba a kötődést mérő faktorokkal is végeztem moderáló vizsgálatot az egészségi állapot és a depresszió alszála összefüggéseinek feltárására. A modellbe helyezett faktorok közül erőteljes eredményt az *Biztonság a kapcsolatokban* (BK) faktor moderáló hatása mutatta az egészségi állapot és a Depresszió megjelenésével összefüggésben. A *Szubjektív egészségi állapot* hatása a Depresszióra szignifikáns és negatív, azaz a magasabbra becsült egészségi állapottal alacsony depresszió jár együtt. Közös modellbe helyezve a *Szubjektív egészségi állapot* és a *Biztonság a kapcsolatban* faktor hatását moderálja, míg alacsony *Biztonság a kapcsolatban* faktorérték esetén a *Szubjektív egészségi állapot* magas értéke sem csökkenti a depresszió mértékét. Viszont a magas *Biztonság a kapcsolatban* esetén a magas értékű *Szubjektív egészségi állapot* mellett hatékonyan csökken a depresszió mértéke.

Ez az eredmény, épp úgy, mint az előző (lásd 7.1.6.4), szintén fontos a beteget segítő intervenció kialakítása szempontjából, mivel a fenti modell bemutatásával igazolható a személy kötődése, sémakészlete feltérképezésének fontossága.

Depresszió és mediáló kapcsolatai

A korábbi eredményekből beigazolódott, hogy az aktuális *pszichés állapot tünetei* jelentősen befolyásolja a *Szubjektív egészségi állapot*. Az is beigazolódott, hogy az *áttét megléte* jelentősen befolyásolja az aktuális pszichés állapot tüneteit a *Szubjektív egészségi állapot* változásán keresztül, amely hatás Depresszió alszála emelkedett értékéhez vezethet. A *Szubjektív egészségi állapotnak* az áttét meglététől függetlenül is lehetnek olyan komponensei, amelyek befolyásolhatják a *Depresszió* alszála pontértékét, ami azt jelenti, hogy ez az eredmény a teljes mintára érvényes. Ez az eredmény összecseng Horváth és Telekes (2006) és Dégi (2010) megállapításával, miszerint a negatívnak ítélt egészségi állapot már a betegség korai szakaszában is megjelenhet és akkor is depressziós tüneteket válthat ki, amikor áttét mentes a beteg. Megjegyzendő, hogy ezek a tünetek minden bizonnyal különböznek a major depresszió tünetegyüttesétől, nem értelmezhetőek kliniai tünetként.

Kötődés és a szorongás

Az ASQ skálái közül a *Kapcsolatok fontossága az én szempontjából* (KFÉ, melynek állításai például: „Néha azt gondolom, semmit sem érek”), az *Ambivalencia, távolyítás, önleértékelés* (ATÖ, melynek állításai például: „Nem értem, miért akarna bárki kapcsolatba lépni velem”), a *Biztonság a kapcsolatokban* (BK, melynek állításai például: „Egészében véve, én egy értékes ember vagyok”), az ECR-R mindkét faktora pozitív irányban, az *Elkerülés és Szorongás* faktorok, valamint az észlelt szülői bánásmód (H-PBI) közül mind az anyai, mind az apai

Szeretet-törődés az anyai *Korlátozás* és *Túlvédés* alskálákkal vizsgáltam az összefüggést, vagyis a szorongáshoz vezető útvonalak. A teljes mintán a személy minél inkább úgy érzi, hogy értéktelen a kapcsolatában és minél inkább leértékeli önmagát és kapcsolataiban inkább szorongó- vagy elkerülő kötődési mintázatot mutat, több szorongó tünetet jelöl majd. A teljes mintán a több szorongási tünet jelüléséhez vezethet az is, ha úgy emlékszik, hogy nélkülözötte az anyai és/vagy apai szeretetet, illetve emlékei szerint minél inkább korlátozta és/vagy túlvédte az anyja,

Maladaptív sémák és a szorongás

A Primér csoportban a *Szorongással* a *Csökkentértékűség, szégyen* séma (itemei például: „Alapvetően hibás, és tökéletlen vagyok”) a *Társas elutasítottság érzése* (itemei például: „Nem vagyok szexuálisan vonzó”), az *Érzemi depriváció* (itemei például: „Nem kaptam szeretete és figyelmet”), a *Kudarca ítéltés* (itemei például: „Mindig kudarcot vallok”), és a *Behódolás* sémák (itemei például: „Nagyon odafigyelek, hogy eleget tegyek mások kívánságának, hogy ne utasítsanak el”) kerültek elemzésre.

A Primer csoportban lévő személy a útvonala úgy mutatkozik meg, hogy úgy érezheti, csökkentértékű, negatív az önképe, ezért elutasítottnak érzi magát, azt gondolhatja, kevesebb figyelmet és szeretetet kaphat, fél attól, hogy kudarcok érik, miközben behódol a másoknak, és ez vezethet a több szorongásos tünet jelüléséhez.

Az Áttétes csoportban a *Szorongás* alskálával az *Érzemi gátoltság* séma (itemei például: „Szégyellem kifejezni az érzelmeimet mások előtt”), a *Csökkentértékűség, szégyen* (itemei például: „Nem érdemlem meg mások szeretetét, figyelmét és megbecsülését”), a *Társas elutasítottság érzése* (itemei például: „Csúnya vagyok”) és a *Negatívizmus-pesszimizmus* (itemei például: „Aggódok, hogy egy rossz döntés katasztrófához vezethet”) sémák kerültek elemzésre.

Az Áttétes csoportban lévő személy úgy érezheti, hogy érzelmeit sem tudja másokkal megosztani, miközben csökkentértékűnek gondolja magát, hogy értéktelensége miatt nem érdemli meg mások figyelmét és szeretetét, élethelyzetein n negatívan látja, folyton aggódik, és emiatt több szorongásos tünetet fog jelölni.

Igazolódott, hogy a *Szubjektív egészségi állapotnak* nincs olyan más, az áttét meglététől független komponense, amely jelentősen befolyásolni tudná a személyek *Szorongás* alskálaértékeit. Ez az eredmény összecseng Stark és House (2000) megállapításával, miszerint a páciens az attól való félelmében, hogy a kezeléseket nem megfelelően hatnak majd vagy újabb

áttét jelenik meg a testében, és a bekövetkező legrosszabbtól tarthat (a halálfélelem felerősödésik), ami előcítálhatja a szorongás emelkedett értékeit.

A kényszer és mediáló kapcsolatai

Az Áttét meglétének hatása ebben a modellben teljes egészében a *Szubjektív egészségi állapot*on keresztül valósul meg. Csupán az áttét megléte nem okoz emelkedett eredményt a Kényszer alszállapában. Feltételezésem az, hogy az áttét megléte eleve olyan mentális megterhelést, nehéz pszichés állapotot, eredményezhet, amelyben az egyén folyamatosan figyelve testi érzéseit (fájdalom, diszkomfort érzetek, stb.), tudata beszűkülhet, visszatérő gondolatai a betegség és annak kimenetele körül foroghatnak. A gyógyszerek pontos szedésének fontossága és betartása is arra „kényszerítheti”, hogy folyamatosan kontrollálja önmagát. A beteget az állandó distressz kimerüléshez vezetheti, amitől szubjektív egészségi állapotát negatívan ítéli meg, és ezen az útvonalon keresztül jut el a Kényszer emelkedett eredményéhez.

A fenti pszichés tünetekkel összefüggésben végzett elemzések során kialakult a Primer és Áttétes csoport egy-egy elkülönülő mintázata. A teljes mintán pedig egy közös jellemzőket tartalmazó mintázat mutatkozott meg.

A teljes mintát az *Érzelmi depriváció* és *Társas elutasítottság* sémaprofit, a kötődési jellemzők közül a *Kapcsolatok fontossága az én szempontjából* (KFÉ), *Ambivalencia-távolítás, önleértékelés* (ATÖ) és *Biztonság a kapcsolatok* (BK) mintázat jellemzi. A teljes mintában úgy emlékeznek, hogy szüleik korlátozták őket.

A Primer csoportot a *Behódoltság* és *Csökkentértékűség, szégyen és Érzelmi depriváció* sémaprofil, valamint az *Ambivalencia-távolítás, önleértékelés* (ATÖ), a *Kapcsolatok fontossága az én szempontjából* (KFÉ) és a *Biztonság a kapcsolatok* (BK), a Szorongó illetve Elkerülő kapcsolati mintázat jellemzi. Ők a úgy emlékeznek, hogy kevesebb szeretete és törődést kaptak szüleiktől, és anyuk túlvédte és korlátozta.

Az Áttétes csoportot a *Érzelmi gátoltság*, a *Csökkentértékűség és szégyen*, illetve a *Negatívizmus-pesszimizmus* sémaprofil, és a *Ambivalencia-távolítás, önleértékelés* (ATÖ) és *Kapcsolatok fontossága az én szempontjából* (KFÉ) mintázat jellemzi. Szüleikre úgy emlékeznek, hogy nem megfelelően törődtek velük és apjuk korlátozta őket.

A mintázatokból kitűnik, hogy vannak mintázatok, amelyek mindkét csoportban megjelennek, de vannak olyanok, amelyek a csoportokat sajátosan jellemzik,

Kutatásom jelentős abból a szempontból, hogy láthatóvá tette azt, hogy a kérdőívekkel felmért tényezők közül melyik jelzi a személyek érintettségét, amelyekkel kedvezőtlenebb útvonalat jósolhat be a betegséggel való megküzdésben, és melyik az, amelyik a védőtényezőket mutatja be, és a személy számára a kedvezőbb útvonalat jósolhat be a megküzdésben.

7.2 A klinikai tapasztalatok és betegségélmény emlődagatanos nők narratíváiban

Amikor a kutató olyan célt tűz ki maga elé, hogy egy bizonyos nőbeteg populációt (jelen esetben az emlőrákosok), azok vágyait, félelmeit vagy örömeit megismerje és megértse, hogy hogyan, miként és miért cselekszik, akkor bizonyára az egyénen keresztül tudja a legjobban megragadni. Fontosnak tartom, hogy a kvantitatív vizsgálatok mellett a személyes tapasztalatok is napvilágra kerülhessenek, hiszen az egyén bemutatása közelebb hozhatja számunkra ezeknek a nőknek személyes viszonyulását a betegségükhöz, kapcsolataikhoz azzal, ahogyan saját szavaikkal megfogalmazzák. Jelen értekezés végét szeretném egy korábbi kvalitatív kutatásunk (Désfalvi és mtsai, 2016, 2017) rövid bemutatásával zárni, mivel úgy gondolom, hogy a jelen kutatás eredményeivel összhangban lehetnek a korábbi következtetéseink.

A kvalitatív vizsgálatban a szubjektív betegségélmény, a betegséggel való megküzdés, a testi változások megélésének megismeréséhez mélyinterjúkat alkalmaztam, majd azokat az interpretatív fenomenológiai analízis, azaz IPA értelmező, hermeneutikai kvalitatív módszer (továbbiakban IPA) segítségével elemeztük (Désfalvi és mtsai, 2016, 2017). Az IPA módszert ma már egyre inkább alkalmazzák pszichológiai kutatásokban (Smith és mtsai, 2009), mivel alkalmas arra, hogy az egyén saját szubjektív élményeit értelmezze (Ráczi és mtsai, 2016). A félig strukturált interjúkérdéseket úgy állítottuk össze, hogy minél jobban felszínre kerülhessen a betegséggel való megküzdés a mindennapokban. A fókuszban a családdal, környezettel való kommunikáció állt, vagyis hogyan képesek tudatni, amikor szükségük van a támogatásra, miként élik meg a betegség rosszabbodását, milyen hatással van rájuk, ha negatív a lelet, és hogyan birkóznak meg a legrosszabb prognózis lehetőségével, a halállal (vö. Riskó, 1999, 2017).

A vizsgálatban 18 emlőrákos nő vett részt. A résztvevők életkora a vizsgálat időpontjában 25 és 68 év között volt. 7 főnek volt középszintű, 11 főnek felsőfokú végzettsége. Alapfokú végzettségű személy nem volt a vizsgálatban. 12 fő élt házasságban, 4 fő elvált, 2 fő egyedülálló volt. 12 fő aktív dolgozó volt, 6 fő nem volt aktív munkavállaló (néhányan a betegség alatt leszázalékolt nyugdíjban vettek részt a betegség és az időigényes kezelések miatt). 10 főnek

volt a vizsgálat időpontjában primer emlődaganata, 8 főnek volt valamilyen távoli, igazolt áttéte (Désfalvi és mtsai, 2017).

A témának megfelelő strukturált kérdések arra fókuszáltak, hogy milyen gondolatok jártak elsőként a kérdezett fejében a diagnózis ismertetésének perceiben, miként gondolt önmagára a betegségre, hogyan élte meg azt a pillanatnyi helyzetet, a rosszindulatú emlődaganat diagnózisát. A második téma a személy környezetére, kapcsolataira fókuszált, és a strukturált kérdés is a életében szereplő emberekre vonatkozott – ki jutott eszébe először, gondolt-e egyáltalán valakire? A harmadik téma már a kuratív terápia elkezde során – azaz a jelenben – informálódik a személyről, hogy most hogyan vélekedik a betegségről, hogyan önmagáról, és mivel foglalkozik mindennapjaiban.

Az elemzés az IPA-módszernek megfelelően többlépcsős: az első fordulójában az élettörténetek mentén több altéma bontakozott ki – a trauma megélése, félelem, diagnózis elfogadása vagy tagadása, változás lehetősége vagy kívánása, a család pozitív vagy negatív fogadása, amelyek a következő válaszokat értelmeztük:

„kattogott az agyam” „azt gondoltam, hogy végem van” először nem értettem, mit mondtak” „sokkoló, váratlan, felfoghatatlan” „anyámra gondoltam, mit fog szólni hozzá?” „változtatnom kell (...) úgy értem mindenben”

A második és harmadik elemzési fázisban kialakult a fordulópont, vagyis, hogy van-e lehetőség a változásra:

„olyan volt, mintha filmben lennék (...) és jó vége lesz a filmnek” „sírtam, és most is sokat sírok (...) mintha kívül lennék magamon” „eszköztelen vagyok” „igyekszem arra gondolni, hogy nem vagyok beteg” „legyen már vége” „minden elvész, a nőiességem is” „már nem gondoltam semmire, beletörődtem” „a kemók alatt már majdnem jókedvű vagyok, tudok nevetni” „győzni fogok” „nem tudok lépni (...) majd csak történik valami”

„majd lesz valahogy” „azt vizionáltam, hogy egy sötét alagútban vagyok (...) de a végén látok fényt” „háborúba indulok” „nincs visszafordulási lehetőségem, csak előre haladhatok”

Az interjúk értelmezése során három fő téma emelkedett ki: 1. a *diagnózis, mint fordulópont*, 2. a *lehorgonyzás, mint biztos pont*, 3. a *fejlődés, mint új ágencia*. A további értelmezések során a betegséggel való megküzdés három élménytípusát azonosítottuk:

(1) *Konstruktív és progresszív megküzdési modell: az ide tartozó személyek vágynak a változtatásra és tudnak is változtatni konstruktív tettekkel, belső elszántsággal. Az élethez való*

hozzállásuk asszertív és rugalmas: képesek változtatni életmódjukon és kapcsolataikon is, amennyiben szükségét érzik.

(2) *Regresszív megküzdési modell*: az ide tartozó személyek vágnak a változtatásra, de regresszív módon élik meg kompetenciájukat és önmagukat. Gyakran érzik magukat kiszolgáltatottnak betegségükben és kapcsolataikban is. Független helyzetben próbálkoznak a megküzdéssel, kapcsolataiktól teszik függővé saját megküzdési potenciáljukat.

(3) *Destruktív megküzdési modell*: az ide tartozó személyek beszámolnak változtatási igényükről és megfogalmazzák vágyaikat. Ugyanakkor azt élik meg, hogy nem képesek azokat felszínre hozni amiatt, mert másoknak vannak kiszolgáltatva. Kapcsolataikat ellenségesnek élik meg és nem érzik támogatóknak. Képtelenek megküzdni konfliktusos kapcsolatukkal és úgy érzik, magukra maradtak a betegségben annak ellenére, hogy kapcsolatban élnek (Désfalvi és mtsai, 2017).

Példák az interjúkból a megküzdési modellekre

(1) Konstruktív és progresszív megküzdési modell

„...ennek egyszerűen így kellett történnie... azt hittem, mindent kibírok, hogy nekem semmi nem árt, pedig nem vagyok már mai csirke... Az én életerőm végtelen, és szerencsés vagyok! ... szóval: vegyem vissza. Az ember sáfárkodik az erejével, most jobban vigyázok magamra, még életemben nem pihentem annyit, mint most! Olyan vagyok most, mint egy császárnő!”

„... a lányom azt mondta, hogy ne vegyem fel a kemot, mert az mérgező, és az fog megölni, nem a rák (...) ők tudják, mi kell nekem (...) ha felveszem, ő bizony nem ápol (...). Na, én meg azt mondom, ne ápoljon. Én meg fogok gyógyulni nélküle is”

(2) Regresszív megküzdési modell

„...nagyon érdekes ez, igazából kívántam, hogy beteg lehessenek, elsőre hagytam, hogy az orvosok tegyenek velem, amit akarnak. Én, csak mint egy kívülálló, részt vettem a dolgokban... aztán jött egy kósza gondolat, hogy mi lenne, ha mégiscsak meggyógyulnék?”

„...Most attól estem kétségbe, hogy amikor megtudtam az áttétet, akkor nem estem kétségbe (...) egyszer már meggyógyultam, most is megfogok (...) nem gond, hogy én ezt ilyen könnyen veszem?”

(3) Destruktív megküzdési modell

„...azt hittem, meghalok (...) megijedtem, mert engem aztán nem támogat senki (...) a lányom szóba sem áll velem, ha meg igen, legfeljebb csak követel... a munkahelyemen is kicsesztek velem... nem változik semmi sem... én tuti, hogy áttétet fogok kapni, csak várom majd, hogy hová...”

„... nem merem elmondani anyámnak azt, hogy már máshol is megjelent a betegség, belehalna szegény (...) aztán úgyis csak a saját bajával foglalkozik, hogy mi lesz vele, ha meghalok (...) azt észre sem vette, hogy parókám van.”

„(...) ülök a villamoson, és azon kapom magam, hogy nézem a többieket, és irigykedem, hogy ők egészségesek. (...) gyűlölöm magam, mert gyűlölöm őket, ha néznek és látják a parókámat (...) utálok mikor mosolyogva jön, én meg azt feltételezem, hogy neki nincs rákja (...)”

A kvalitatív kutatás tapasztalatainak összefoglalása

A kvalitatív kutatás során a Konstruktív, a Destruktív, vagy a Regresszív csoportba tartozás függvényében megvizsgáltuk az iskolai végzettséget, az áttét jelenlétét, a családi állapotot és azt, hogy beteg aktívan dolgozik-e (Désfalvi és mtsai, 2017). A csoportok kis elemszáma miatt a statisztikai próba egyetlen várt változó mentén sem mutatott szignifikáns eltérést. Az adatok leíró vizsgálata azonban jelezheti, hogy mely változókra nézve alkothatunk feltevéseket a különbségekre egy nagyobb mintán végzett elemzéskor. Eszerint a Konstruktív csoportban inkább azok a személyek fordultak elő, akik az idősebb korosztályba tartoznak (50 év feletti), felsőfokú végzettséggel rendelkeznek, aktívan dolgoznak és nincs áttétük. A Regresszív, illetve a Destruktív megküzdési csoportokban inkább a fiatalabb korosztályba tartozók (40 és 50 év közöttiek) fordultak elő, többnyire középfokú végzettséggel bírtak és több személynek volt áttétje. Ezek az eredmények egybecsengenek és jól összeegyeztethetők a jelen kutatás, valamint a szakirodalom korábban ismertetett eredményeivel (vö. Dégi, 2010; Désfalvi és mtsai, 2016; Riskó, 2015).

ÖSSZEFOGLALÁS

Az emlődaganattal küzdők száma hazai és világviszonylatban is lassan ugyan, de évről évre emelkedő tendenciát mutat. Magyarországon megfigyelhető ez a növekedés, a Rákregiszter összesítése szerint 2015-ben az összes új megbetegedés száma 8.375 volt, ez a szám 2016-ban már 8.632-re nőtt. A betegség évről évre egyre több nőt, családot és társadalmi szinten, ha közvetve is, szinte mindenkit érint. Világszerte a hangsúlyt a prevencióra – önvizsgálat, rendszeres mammográfiai szűrés – helyezik, de rendkívül fontossá vált a betegeket támogató-segítő, vizsgálati eredményekkel megalapozott pszichoszociális intervenciók kialakítása is. Egyre több tanulmány elemzi a pszichoszociális vagy kapcsolati tényezők közötti együttjárásokat, amelyek összefügghetnek a betegség kimenetelével, mindezt azzal a szándékkal, hogy az eredmények segítségével legyenek a terápiák kialakításában (Aizer és mtsai, 2013; Balog és Dégi, 2005; Dészfalvi és mtsai, 2017). A legújabb kutatások bizonyították (Ávila és mtsai, 2016; Nicholls és mtsai, 2014; Dészfalvi és mtsai, 2017), hogy a stresszel is összefüggő daganatos betegséggel való megküzdésben a kötődési mintázatoknak kiemelt szerepe lehet.

Vizsgálati eredményeim alátámasztják azt a megfigyelést, amelyet Susan Krigel és munkatársai (2014) kvalitatív vizsgálatuk eredményeként tettek közzé, hogy az emlődaganatos nőknek nem csupán a betegséggel kell megküzdeniük, hanem a betegség miatt átalakult életükkel is, amelynek egyik kritikus pontja a megváltozott énkép és a kapcsolati változások. Sok esetben az önmaguk leértékelése együtt jár a folytonos bizonytalansággal és szorongással, amely mind negatívan befolyásolhatja a betegség prognózisát (Dészfalvi és mtsai, 2017). Mivel munkám során szinte naponta felteszem magamnak a kérdést, hogy hasonló daganattípusú, betegség-stádiumú, és ugyanolyan kuratív kezeléssel gyógyuló nőkre vajon miért hat másképp a kemoterápia, miért viseli az egyik könnyebben, a másik extrém nehezen a mellékhatásokat, és hogyan lehetne még jobban a rászorulóknak segítségére lenni. Számomra fontos volt, hogy az eddig esetleg rejtett különbségekre magyarázatot találjak. A kötődésvizsgálatok jó része azt feltételezi, hogy a betegség idején mért kötődési stílus, illetve a maladaptív sémák, a kapcsolati zavarok korai gyökereire mutathatnak, amelyek aztán bejósolhatják a pszichopatológiai sajátosságokat, illetve a betegség kimenetelét (Dészfalvi és mtsai, 2017). Jelen keresztmetszeti kutatásomban a kérdésfeltevés irányát megfordítva arra voltam kíváncsi, hogy a demográfiai változók, a beteg által becsült szubjektív egészségi állapot, a betegség élménye vagy a betegség előrehaladása (pl. metasztázis távoli szerveken) mutat-e kapcsolatot a kötődési stílus, valamint a korai maladaptív sémák mintázatának alakulásával az emlőrákkal küzdő nőknél, miközben igyekeztem az oksági összefüggéseket óvatosan megfogalmazni.

Eredményeim arra hívják fel a figyelmet, hogy az áttét megléte nagyban befolyásolja a személy szubjektíven megítélt egészségi állapotát, illetve a megélt pszichés tünetek megjelenését. Ezen eredmények a legtöbb esetben egybeesnek a szakirodalomban bemutatott következtetésekkel (pl. Ahn és mtsai, 2007; Cserhádi és Staudler, 2008; Miller és mtsai, 2010; Désfalvi és mtsai, 2017). Feltevésem beigazolódott, azaz az *Áttétes* csoport rosszabbnak ítéli egészségi állapotát, és pszichés tünetekre, mint a *szorongás* és *depresszió*, az *Áttétes* személyek magasabb értéket mutattak, mint a *Primer* és az egészséges, normatív minta. A *szomatizáció* tekintetében azonban nem találtam eltérést a *Primer* és *Áttétes* csoport között, vagyis a két csoport elért értéke hasonló mértékben volt magasabb a normatív adatokhoz képest, ami azt mutatta meg, hogy a két betegcsoportra inkább jellemző a szomatizáció. Szeretném hangsúlyozni, hogy vizsgálatomban a Derogatis-féle tünetlista alapján feltérképezett pszichés tünetek egyikét sem értelmezhetjük klinikai szinten (mint pl. depresszió vagy szomatizáció stb.), mivel jelen elemzés a klinikai meghatározásra nem ad lehetőséget.

Kutatásom egyik erősségének tartom, hogy a moderációs és mediációs vizsgálatok lehetővé tették azoknak az útvonalaknak a megismerését, amelyek a pácienseket a pszichés tünetek magasabb értékeihez vezethetik. Az *áttét*, a *szubjektív egészségi állapot* és a *depresszió* kapcsolatát vizsgálva világossá vált, hogy az *áttét* meglététől függetlenül is lehetnek az szubjektíven megítélt egészségi állapotnak olyan egyéb komponensei amelyek befolyásolhatják például a *depresszió* alszála pontértékét. Az *áttét*, a *szubjektív egészségi állapot* és a *szorongás* mediáló kapcsolatának vizsgálatából kiderült, hogy a *szubjektív egészségi állapotnak* nincs olyan más, az *áttét* meglététől független komponense, amely jelentősen befolyásolni tudná a személyek a *szorongás* alszálaiban mért értékeit. Mindkét eredményt rendkívül fontosnak tartom mint iránymutatót a személyre szabható intervenció kialakításában.

A primer daganattal küzdő és a már áttétes beteg mentálisan és szomatikusan is elkülönül egymástól. Legtöbbször az gondolhatjuk, hogy akinek nincs áttéte, tehát primer daganatos beteg, kedvezőbb kilátásokkal bír, és ezért talán kisebb a ránehezítő pszichés nyomás, míg az áttétes beteg inkább negatív prognózissal, kétségek között él, és súlyosabb pszichés terhet hordoz. Jelen kutatásomban sikerült feltárnom olyan hasonlóságokat és különbségeket, amelyek rámutatnak azokra a nehéz pszichés helyzetekre, amelyek jellemezhetik a *Primer* vagy az *Áttétes* csoportban lévő egyéneket, akár a kötődés, akár a sémák vagy azok egymásra való hatása mentén. Ilyen például az a sajátos kapcsolati (kötődési) mintázatbeli hasonlóság az *Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben* (ÖV; ASQ-H) faktornál, amelynél az *Áttétes* és *Primer* csoport magasabb pontszámot ért el, mint a normatív minta. A faktorban lévő állítások,

amelyekre mindkét betegcsoport magasabb pontszámot adott, egyrészt *elkerülő kötődési* stílust mutatnak, másrészt láthatjuk, hogy ezen egyének számára a negatív társadalmi megítéltség ellenére is fontos a feladatok elvégzése, a teljesítmény és a kötelességtudat (Hámori és mtsai, 2016c). Mint ahogy azt korábban már említettem, ez utalhat egyfajta személyes copingra is, amely ily módon támogathatja az önértékelés fennmaradását is. Ugyanakkor látható a hasonlóság az *Elkerülő és Szorongó* kötődési dimenzióknál is (ECR-H), amelyre mindkét betegcsoport magasabb pontértéket adott, mint az egészséges normatív minta értékei. Az észlelt *Szülői korlátozás* faktornál (H-PBI) az *Áttétes* személyek szignifikánsan magasabb szülői korlátozásról (mind az anyai, mind az apai) számoltak be, mint a normatíva adatok és a *Primer* csoport. Az *Áttétes* csoportnak a kapcsolati elkerülés dimenzióban is magasabb volt az átlaga, mint az egészséges normatív minta adatai. A fenti eredmény alapján megállapítható, hogy teljesült az a hipotézisem, miszerint az *Áttétes* csoportban lévő személyek jelen vizsgálati helyzetben, vagyis a daganatos betegség lefolyása alatt nagyobb mértékű elkerülő kötődést mutatnak kapcsolataikban. Az *Áttétes* csoport egy másik, a kötődési stílusban sajátos szerepet játszó faktorban, a *Függés-függetlenségben* (FF; ASQ-H) is magasabb pontszámot adott, ez a fentiekkel egybehangzóan azt mutatja, hogy az *Áttétes* csoport nagyobb függetlenségigényről adott számot, mint a *Primer* csoport.

Különbséget találtam a két csoport között a sémaprofil vizsgálatokor is. Az *Áttétes* csoport magasabb értéket adott a Károsodott autonómia sématerületében a *Sérülékenység* sémánál, amely sémának a definíciója a következő: „az egyén olyan, bármikor bekövetkezhető tragédiától tart, amelyet nem képes kontrollálni” és magasabb értéket adott az ugyanebbe a sématerületbe tartozó *Összeolvadtság-éretlenség* sémán is, amelynek definíciója a következő: „a másik folyamatos támogatása nélkül nem tud létezni, vagy nem képes túlélni, és céltalan az élete” (vö. Unoka, 2007). Ezen definíciók alapján is látható, hogy az *Áttétes* személy tarthat attól, hogy olyan esemény történik vele, amelyet nem képes önmaga kontroll alatt tartani, a túlzott aggodalmaskodás, az egészségben bekövetkező problémáktól való félelem jellemezi. Kapcsolataiba túlzó, mind az érzelmi bevonódás, mind a közelségre való törekvés szintjén, s úgy érezheti, hogy a másik támogatása nélkül nem is tudna létezni, nem lenne képes a boldogságra. Amennyiben a H-PBI-ben elért eredményekre visszatekintünk, (*Szülői korlátozás* faktornál magasabb pontszámot adott az *Áttétes* csoport), látható, hogy a két eredmény együttesen összecseng Young (1994, 2003) megállapításával.

A *Primer* csoport ezekre a sémákra a normatív adatokhoz hasonló értékeket mutatott.

Annak megértéséhez, hogy a különböző pszichés tünetek (pl. szorongás, vagy szomatizáció) milyen „útvonalakon” kerülnek a felszínre az emlődaganatos nőknél, mediációs vizsgálatok sorozata volt a legalkalmasabb. Így például a *szomatizáció* és a *sémák* összefüggésében láthatóvá vált, hogy amennyiben az egyén elszigetelődik másoktól, mert csökkentértékűnek ítéli önmagát és úgy véli, hogy emiatt nem kap kellő megértést, így a csökkentértékűség érzete szomatizációhoz vezethet, amely útvonal fordítva is igaz lehet. Fontos észrevenni, hogy az egyénnek a társas kapcsolataiban a betegségtől függetlenül is lehet az önmagáról kialakított képe negatív, így megérthetővé válik, hogy a társas elutasítottság érzése önmagában is vezethet szomatizációhoz.

Az a hipotézis, miszerint az életkor és a családi állapot hatással lesz a mintában mindkét csoportnál a betegséggel való megküzdésre, és befolyásolja majd a pszichés állapotot, illetve a kötődést és a sémaprofílt, ebben a kutatásban csak részben teljesült. A vizsgálat eredményei azonban így is felhívják a figyelmet arra, hogy az életkor és a családi állapot fontos tényező lehet a betegséggel való megküzdésben.

Jelen dolgozatomban arra vállalkoztam, hogy az emlőrákos nők pszichés tüneteit, kötődési mintázatát, valamint a betegséggel való megküzdésük módját vizsgáljam a demográfiai változók és a betegség súlyossága (primer és áttétes betegcsoportok) függvényében. Az eredményeim alátámasztják, hogy a maladaptív sémák, a kötődési mintázatok és a szubjektív betegségélmény együttes elemzése hozzájárulhat az emlőrákos nők betegséggel terhelt élmény- és kapcsolati világának jobb megértéséhez. Reményeim szerint az itt bemutatott munkám új irányokat mutat a rákbetegeket segítő, pszichoszociális tényezőkre alapozott, komplex, egyénre szabott intervenció tervezésében, ami szerepet játszik az betegek életminőségének javításában és megtartásában, a beteg-együttműködés javításában, a compliance megtartásában, a perzisztencia és adherencia fennmaradásában és nem utolsósorban a páciens betegségének pozitív lefolyása érdekében.

KORLÁTOK ÉS KITEKINTÉS

8.1 A kutatás korlátai

Bármennyire próbáltam a legnagyobb körültekintéssel megvalósítani a kutatást, a vizsgálatomnak akadtak korlátai.

Az egyik korlátozó tényező a vizsgált minta elemszáma volt. Feltételezem, hogy nagyobb elemszám esetén a vizsgált csoportok (Primer és Áttétes) életkori és családi állapot különbözősége jobban megmutatkozott volna. Egyben feltételezem, hogy egykövetkező vizsgálatba való beválogatás véletlenszerűségén változtatni szükséges, amennyiben életkori hatásokat kívánunk mérni. A különböző életkorú személyekkel érdemes lenne célzottan felvenni a kapcsolatot.

A vizsgálat korlátja volt, hogy az egészséges kontroll csupán normatív adatok halmazából állt, így nem tudtam úgy illeszteni a vizsgálati mintához, ahogyan azt szükséges lett volna, mint pl. családi állapot, vagy iskolai végzettség stb. mentén. A normatív mintáról csupán annyi ismeretem volt, hogy valamennyien nők voltak, és korban illeszkedtem valamelyest a a kutatásban résztvevő vizsgálati mintához.

Korlátozó tényező volt az is, hogy a vizsgált személyek iskolai végzettsége jelentős hányadban volt magasabb, vagyis főiskolai és egyetemi szintű. Feltételezem, hogy szükséges lenne alacsonyabb végzettségű egyéneket is bevenni a vizsgálatba. Fontosnak tartom, hogy szélesebb körben is megismerjük az emlőrákos populációt, amire jelen vizsgálatban korlátozott módon volt lehetőség.

Korlátozó tényező volt, hogy a kutatásomban keresztmetszeti vizsgálatot végeztem, amely módszer alkalmazása a változók közötti szoros együttjárások és összefüggések bemutatására ad lehetőséget. Mivel a vizsgálat egy bizonyos időpontra (a felvétel időpontja) korlátozódik, nem tudjuk megállapítani azt, hogy a feltárt tényező oka, vagy következménye lehet-e bizonyos eredménynek. A vizsgálatom korlátja, hogy nem volt lehetőség ok-okozati összefüggések feltárására.

A vizsgálat korlátjának tekintem, hogy minden egyes beteggel csak és kizárólag egymagam foglalkoztam, a kérdőíveket személyesen adtam át számukra és mindvégig jelen voltam a kitöltések során, ami jelentős idővesztést okozott így a hatékonyság kárára. Egy következő vizsgálatba javasolt bevonni akár egyetemi hallgatókat, és az online kérdőívek szétküldése is megfelelő módszer lehet.

8.2 Kitekintés, további kutatások

Jövőbeni kutatási terveim között egy olyan hosszmetzeti kutatás, az emlőrákos nők longitudinális követése szerepel, amely a beteg személyt az első onkoteam-megbeszéléstől egy éven át kíséri végig a különféle terápiák mentén, egészen a gyógyulásig vagy betegségromlásig – vagyis amikor a személy „visszagógyul” a hétköznapi életbe, illetve progrediál a betegsége. A kutatás menete terveim szerint négyfordulós lenne, háromhavonta kísérve és kérdezve a beteget egy éven keresztül. A longitudinális vizsgálat egy része továbbra is önkitöltős kérdőívek alkalmazásával történik, amelyek közé többek között be kívánom emelni kiegészítésként a WHO jól-lét és SWLS étellel való elégedettség kérdőíveket. Céлом, hogy jelen vizsgálat kiegészítéseként, felfedhetőek legyenek azok az ok-okozati összefüggések, amelyek jelenleg rejtve vannak a segítők előtt.

Terveim között szerepel a kutatás kvalitatív vizsgálatának bővítése, az IPA (Interpretatív Fenomenológiai Analízis) segítségével, több fókuszot vizsgálva, mint például a betegség negatív prognózisa esetén a halál kérdése, vagy a betegségből való felépülés utáni lét problematikája.

Az is terveim között szerepel, hogy olyan mintát szervezzek, amely alkalmas arra, hogy személyeket korcsoportonként tudja differenciálni.

Terveim között szerepel az is, hogy a magyarországi etnikai kisebbség körébe tartozókat is bevonnám egy kvalitatív vizsgálatba. Tapasztalataim szerint a kulturális különbségek okán legtöbbször kirekesztődnek a roma betegeket az edukációs vagy betegsegítő programokból, ami nehezítheti akár a betegség korai felismerését és a gyógyulási esélyeket is. Vizsgálatom célja, hogy feltárva a kommunikációs nehézségek okait, megismerve a félelmeiket, megismerhessük azokat a közös pontokat, amelyeken keresztül feléjük is elindulhatna személyre, kultúrára szabott intervenciós program.

SUMMARY

The number of people suffering from breast cancer is slowly increasing, both nationally and globally. A growing number of studies are analyzing the relationships between psychosocial or relationship factors that may be associated with disease outcome, with the intention of helping to develop therapies (Aizer et al., 2013; Balog and Dégi, 2005; Désfalvi et al., 2017). Recent research (Ávila et al., 2016; Nicholls et al., 2014; Désfalvi et al., 2017) has shown that attachment patterns may play a major role in coping with stress-related cancer.

In this dissertation, I have undertaken to investigate the psychological symptoms, attachment patterns, and coping patterns of women with breast cancer in relation to demographic variables and disease severity (primary and metastatic patient populations). My results support that a combined analysis of maladaptive patterns, attachment patterns, and subjective disease experience can contribute to a better understanding of the disease-laden world of women battling breast cancer.

My research results support the observation by Susan Krigel et al. (2014) that women with breast cancer not only have to deal with the disease, but also the changes that occur in their lives due to the disease; which may negatively influence the prognosis of the disease (Désfalvi et al., 2017).

The results of my research draw attention to the fact that the presence of metastasis greatly influences the perceived health of a person and the appearance of psychological symptoms. There were no significant differences between the two patient groups (Primary and Metastasis) in the 91 women with breast cancer in the study, either in age or in marital status. However, when comparing their psychosocial characteristics, the two groups showed similarities and differences: the Primary and Metastasis groups combined scored higher on the Somatization subscale than the Control sample, which is similar to that reported in the literature (see Cserhádi and Staudler, 2008). The Metastasis group, on the other hand, outperformed both the Primary and Control averages on the Anxiety, Depression, and Obsession subscales. This result is consistent with my expectations and those described in the literature (e.g., Hjerl et al., 2003; Butow et al., 2002). An unexpected result, however, is that the Primary group scored lower on the Interpersonal Sensitivity subscale than the Median and Control, which is certainly related to the disease and its management (cf. Segerstrom and Miller, 2004). It cannot be emphasized enough that none of the constructs I used in my study to analyze psychiatric symptoms (anxiety, depression, obsession, somatization, interpersonal sensitivity, etc.) allow for clinical evaluation.

As expected, the presence of metastasis had an effect on perceived health and had a mediating effect on psychiatric symptoms, which I could exert on somatic or depressive symptoms through mediation analyses. For example, as a result of the presence of metastasis, the Metastatic group lowered their health status, which resulted in a higher score on depressive symptoms.

In mapping patient attachment styles and early maladaptive patterns, I have found results, such as the relationship between age and marital status, that are consistent with those reported in the literature (see Désfalvi et al., 2017; Montazeri, 2008; Dégi, 2008). I analyzed the relationships between patient-specific attachment style and maladaptive patterns, and the effects they may have on psychiatric symptoms (such as depression or anxiety) with or without metastasis. In many cases, the two groups showed a different but similar picture.

The novelty of this research is that compared to similar analyses (mediating or moderating the relationship between metastatic and subjective health status, attachment styles, and maladaptive patterns) it provides better understanding of women with breast cancer. Thus, my findings can be considered a new result and can provide important information in the design of interventions.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Legelőször köszönetet szeretnék mondani a két témavezetőmnek.

Legnagyobb köszönet dr. Hámori Esztert illeti, aki végig figyelemmel kísérte utamat, amikor kellett végtelen türelemmel és szeretettel, amikor meg szükségem volt rá, akkor építő kritikával irányította munkámat. Tisztelettel adózom érte és köszönöm, hogy azt a hatalmas szakmai tudást, amely a birtokában van, megpróbálta átadni nekem.

Köszönöm dr. Nagy Lászlónak, aki mindvégig bátorított és mellettem állt, és köszönöm azt a könnyedséget, amelytől elszállt belőlem a páni félelem, és kisimultak a gubancok.

Köszönetet szeretnék mondani prof. dr. Kiss Enikő Csillának, aki a Pécsi Egyetemen a Doktori program keretében egyengette utamat, és igen hasznos szakmai tanácsokkal látott el, és mindig elérhető volt számomra.

Köszönetet szeretnék mondani prof. dr. Dank Magdolnának a Semmelweis Egyetem Onkológiai Központ igazgatójának, a sok segítségért és a lehetőségért, hogy a Központban végezhettem a kutatáshoz szükséges vizsgálatokat. Köszönetet szeretnék mondani kollégáimnak, akik megértően fogadták, ha épp dolgozatom körül jártak a gondolataim.

Köszönetet szeretnék mondani dr. Kerék Barbarának és dr. Tőkés Tímeának, dr. Bensó Beátának, hogy időt és energiát nem sajnálva, szakmai tapasztalatukkal segítették munkámat.

Köszönöm Horváth Juliának és köszönöm Soltész-Várhelyi Klárának, hogy nagy türelemmel végig együtt dolgozott velem.

Köszönöm barátaimnak, kiemelten Pataki Arankának, mint érintettnek, és még sorolhatnám, hogy ők akkor is odafigyeltek rám, amikor nekem egy fél percem sem volt rájuk.

Köszönöm családomnak és főként fiamnak, Jólesz Dávidnak azt a végtelen szeretetet, türelmet és odafigyelést, amit tőle kaptam – és persze azt is, hogy a többiek elviseltek akkor is, amikor talán már alig lehetett.

Köszönöm Apukámnak azt, hogy hitt bennem, és bátorított, hiszen az ő (utolsó) javaslatára utaztam a felvételi napján Pécsre és azóta odafentről figyeli minden lépésemet ...

IRODALOMJEGYZÉK

- Abdel-Khalek, A. M. (2006). Measuring happiness with a single-item scale. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 34(2), 139-150.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2016). Developmental issues in assessment, taxonomy, and diagnosis of psychopathology: life span and multicultural perspectives. *Developmental psychopathology*, 1-48.
- Ádám, S., & Salavecz, G. (2010). Theoretical background and assessment of stress: review of the test battery utilized in the János Selye Mental Health Programme. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11(1), 53-80.
- Ahn, S. H., Park, B. W., Noh, D. Y., Nam, S. J., Lee, E. S., Lee, M. K., ... & Yun, Y. H. (2009). Health-related quality of life in disease-free survivors of breast cancer with the general population. *Annals of oncology*, 20(10), 1753-1754.
- Aizer, A. A., Chen, M. H., McCarthy, E. P., Mendu, M. L., Koo, S., Wilhite, T. J., ... & Hu, J. C. (2013). Marital status and survival in patients with cancer. *Journal of clinical oncology*, 31(31), 3869.
- Ainsworth, M. D. S. (1978). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and brain sciences*, 1(3), 436-438.
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5 referencia-kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz. *Oriold és Társai Kft., Budapest*.
- Andreotti, C., Root, J. C., Ahles, T. A., McEwen, B. S., & Compas, B. E. (2015). Cancer, coping, and cognition: a model for the role of stress reactivity in cancer-related cognitive decline. *Psycho-Oncology*, 24(6), 617-623.
- Andersen, S. M., Glassman, N. S., & Gold, D. A. (1998). Mental representations of the self, significant others, and nonsignificant others: structure and processing of private and public aspects. *Journal of personality and social psychology*, 75(4), 845.

- Atroszko, P., Bagińska, P., Mokosińska, M., & Atroszko, B. (2015). Validity and reliability of single-item self-report measures of general quality of life, general health and sleep quality.
- Ávila, M., Brandão, T., Coimbra, J. L., Lopez, F., & Matos, P. M. (2016). Experiencing an intimate partner's breast cancer: Attachment, caregiving, and burden in men. *Psychiatry*, 79(3), 236-248.
- Ávila, M., Coimbra, J. L., Park, C. L., & Matos, P. M. (2017). Attachment and posttraumatic growth after breast cancer: A dyadic approach. *Psycho-oncology*, 26(11), 1929-1935.
- Baddeley, A. (2013). *Essentials of human memory (classic edition)*. Psychology Press.
- Bagdy, E. (2017). *Hogyan lehetnénk boldogabbak?* Globe Edit.
- Balog, P., & Dégi L, C. (2005). Családi támogatottság szerepe a daganatos nők pszichoszociális sérülékenységének csökkentésében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6(1), 17-34.
- Baltrusch, H. J. F., Seidel, J., Stangel, W., & Waltz, M. E. (1988). Psychosocial stress, aging and cancer. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 521(1), 1-15.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & human development*, 11(3), 223-263.
- Barótfi, Sz., Novák, M., Mucsi, I. (2004) Egészséggel kapcsolatos életminőség és krónikus veseelégtelenség. *Hypertonia és Nephrológia*; 8 (1),20–29.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of general psychiatry*, 10(6), 561-571.
- Berkman, L. F. (2000). Social support, social networks, social cohesion and health. *Social work in health care*, 31(2), 3-14.

- Boesen, E. H., Karlsen, R., Christensen, J., Paaschburg, B., Nielsen, D., Bloch, I. S., ... & Johansen, C. (2011). Psychosocial group intervention for patients with primary breast cancer: a randomised trial. *European Journal of Cancer*, *47*(9), 1363-1372.
- Bosmans, G. (2010). Attachment and early maladaptive schemas. Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: volume I: attachment. In *Attachment and Loss: Volume I: Attachment* (pp. 1-401). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss v. 3 (Vol. 1). *Random House*. Furman, W., & Buhrmester, D. (2009). Methods and measures: The network of relationships inventory: Behavioral systems version. *International Journal of Behavioral Development*, *33*, 470-478.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss, vol. 3: Loss, sadness and depression. Nueva York.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory* (Vol. 393, 2005). Taylor & Francis.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, *68*(6), 394-424.
- Brassard, A., Shaver, P. R., & Lussier, Y. (2007). Attachment, sexual experience, and sexual pressure in romantic relationships: A dyadic approach. *Personal Relationships*, *14*(3), 475-493.
- Brassard, A., Dupuy, E., Bergeron, S., & Shaver, P. R. (2015). Attachment insecurities and women's sexual function and satisfaction: The mediating roles of sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness. *The Journal of Sex Research*, *52*(1), 110-119.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview.
- Butow, P. N., Brown, R. F., Cogar, S., Tattersall, M. H. N., & Dunn, S. M. (2002). Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *11*(1), 47-58.

- Carver, C.S. és Scheier, M.F. (2006). A kötődélmélet és a személyiség. In.: Személyiségpszichológia (290-297). Osiris Kiadó, Budapest
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *American journal of epidemiology*, 104(2), 107-123.
- Carlson, R. W. (2005). The history and mechanism of action of fulvestrant. *Clinical breast cancer*, 6, S5-S8.
- Cockram, D. M., Drummond, P. D., & Lee, C. W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 17(3), 165-182.
- Colditz, G. A. (Ed.). (2007). *Encyclopedia of cancer and society*. Sage Publications.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*, 58(4), 644. Cicero, V., Lo Coco, G.,
- Gullo, S., & Lo Verso, G. (2009). The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(10), 1045-1052.
- Comer, J. Ronald (2005). A lélek betegségei, Pszichopatológia. Osiris Kiadó, Budapest.
- Csabai, M. (2007). Tünetvándorlás. *Jószöveg Műhely Kiadó, Budapest*, 89, 95.
- Cserháti, Z., & Stauder, A. (2008). Szubjektív testi tünetek és szomatizáció. *Kopp M (szerk.). Magyar lelkiállapot. Semmelweis Kiadó, Budapest*, 592-598.
- Dank, M. (2017). Fáradtság. *Onkopszichológia a gyakorlatban II. kötet*, pp. 317–327. Szerk: Horti J., Riskó Á. Budapest.
- Derogatis, L. R. (1977). SCL-90-R (revised) version administration, scoring and procedures, manual 1. *Psychometric research. John Hopkins University School of Medicine, Baltimore*.
- Dégi, Cs., L. (2010). *A daganatos betegségek pszichoszociális elemzése: elméleti bevezető segítőknak*. Presa Universitara Clujeana.

- De Luca, R., Dorangricchia, P., Salerno, L., Coco, G. L., & Cicero, G. (2017). The role of couples' attachment styles in patients' adjustment to cancer. *Oncology*, 92(6), 325-334.
- Désfalvi, J., Hámori, E., Dank, M., & Nagy, L. (2016). Early maladaptive patterns and attachment in regards of age and experienced illness in patients with breast tumors. Poster presented at the 18th International Psycho-Oncology Society Congress, Dublin, 2016.
- Désfalvi, J., Hámori, E., Horváth, J., Dank, M., & Nagy, L. (2017). Kötődés, korai maladaptív sémák és szubjektív betegségélmény emlőrákkal küzdő nőknél. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 72(1), 127-145.
- Désfalvi, J., Lakatos, Cs., Csuka, S. I., Filep, O., Dank, M., Sallai V., Martos, T. (2020) Kötődési stílus, kapcsolati és szexuális elégedettség: emlőrákos és egészséges nők összehasonlító vizsgálata. *ORVOSI HETILAP 2020 161. évfolyam, 13. szám, 518–526.*
- Désfalvi, J., Sallay, V., & Martos, T. (2016). Relationship experiences and motivational patterns of woman battling breast cancer – an Interpretative Phenomenological Analysis. Poster presented at the 18th International Psycho-Oncology Society Congress, Dublin, 2016.
- Donovan, K. (1993). Breaking bad news. *Division of Mental Health, World Health Organization. Communicating Bad News. Geneva: Division of Mental Health, World Health Organization*, 3-14.
- DSM-5 (2015). *DSM-5 Referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz*. Oriold és Társai, Budapest
- Ell, K., Sanchez, K., Vourlekis, B., Lee, P. J., Dwight-Johnson, M., Lagomasino, I., ... & Russell, C. (2005). Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecological cancer. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 23(13), 3052.
- Erikson, E., H. (1963). *Gyermekkor és társadalom*. Osiris Kiadó, Budapest, 2002.
- Erikson, E. H. (1980). Az emberi fejlődés nyolc szakasza. *Személyiséglélektani szöveggyűjtemény. II. Elméleti irányzatok. Szerk: Szakács Ferenc és Kulcsár Zsuzsanna. Bp., Tankönyvkiadó.*

- Evans, E. (1926). *A psychological study of cancer*. Oxford, Anglia: Dodd. Mead.
- Eysenck, H. J. (1994). Cancer, personality and stress: Prediction and prevention. *Advances in behaviour research and therapy*, 16(3), 167-215.
- Fallowfield, L. (1995). Can we improve the professional and personal fulfillment of doctors in cancer medicine?. *British Journal of Cancer*, 71(6), 1132.
- Fallowfield, L., Cella, D., Cuzick, J., Francis, S., Locker, G., & Howell, A. (2004). Quality of life of postmenopausal women in the Arimidex, Tamoxifen, Alone or in Combination (ATAC) Adjuvant Breast Cancer Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 22(21), 4261-4271.
- Farmosi, I. (1995). *Mozgásfejlődés: Az alapvető mozgásformák és képességek fejlődése*. Magyar Testnevelési Egyetem.
- Feeney, J. A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment.. In Sperling M. B. & Berman, W.H. (eds). *Attachment in adults. Clinical and developmental perspectives* (pp. 128–155). New York: Guilford Press.
- Ferreí, R., Peña, A., Gómez, N., & Pérez, K. (2009). Early maladaptive schemas in patients diagnosed with cancer, assisted in three oncological centres from the city of Santa Marta (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, (24), 180-204.
- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7), 579-594.
- Fonagy, P. (1999). *Psychoanalytic theory from the viewpoint of attachment theory and research*. Guilford Publications, 595-625.
- Fonagy, P. (2018). *Attachment theory and psychoanalysis*. Routledge.
- Forgas, J. P., & Jones, R. (1985). *Interpersonal behaviour: The psychology of social interaction*. Pergamon Press.

- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of personality and social psychology*, 78(2), 350.
- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & treatment*, 3(1), 1a.
- Gaál, Cs. (2012). Magyar sebészet. *Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.*
- Garssen, B. (2004). Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. *Clinical psychology review*, 24(3), 315-338.
- Gehl, J. (2003). *Az emlőrákról személyesen.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Gilman, A. (1963). The initial clinical trial of nitrogen mustard. *The American Journal of Surgery*, 105(5), 574-578.
- Grabsch, B., Clarke, D. M., Love, A., McKenzie, D. P., Snyder, R. D., Bloch, S., ... & Kissane, D. W. (2006). Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: a cross-sectional survey. *Palliative & supportive care*, 4(1), 47-56.
- Gundy, S. (2006). Kémiai és fizikai tényezők szerepe a daganatok kialakulásában. *Magyar Onkológia*, 50(1), 5-18.
- Hanahan, D., & Weinberg, R. A. (2000). The hallmarks of cancer. *cell*, 100(1), 57-70.
- Hámori, E. (2005). Koraszülöttség és az anya-gyerek kapcsolat kezdete. *PPKE BTK, Piliscsaba.*
- Hámori, E., Dankháziné Hajtman, E., Horváth-Szabó, K., Martos, T., Kézdy, A., & Urbán, S. (2016a). A felnőtt kötődés mérése: a Kötődési Stílus Kérdőív (ASQ-H) magyar változata. *Alkalmazott Pszichológia*, 16(3), 119-144.
- Hámori, E. (2016b). *A korai kapcsolat zavarai: pszichoanalízis, kötődélmélet és csecsemőkutatás a korai kapcsolati patológiák megértésében.* Oriold és Társai.

- Hámori, E., Dankháziné Hajtman, E., Urbán, S., Martos, T., Kézdy, A., & Horváth-Szabó, K. (2016c). A felnőtt kötődés új típusai? Eredmények a Kötődési Stílus Kérdőív (ASQ-H) magyar változatával. *Alkalmazott Pszichológia, 16*(3), 57-77.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology, 52*(3), 511.
- Headey, B., Veenhoven, R., & Wearing, A. (2005). Top-down versus bottom-up theories of subjective well-being. In *Citation Classics from Social Indicators Research* (pp. 401-420). Springer, Dordrecht.
- Heath, A., & Heath, L. E. (1976). *Rational choice and social exchange: A critique of exchange theory*. CUP Archive.
- Hesse, E. (1999). The adult attachment interview. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, 236*.
- Hinde, R. A. (1997). *Relationships: A dialectical perspective*. Psychology Press.
- Hjerl, K., Andersen, E. W., Keiding, N., Mouridsen, H. T., Mortensen, P. B., & Jørgensen, T. (2003). Depression as a prognostic factor for breast cancer mortality. *Psychosomatics, 44*(1), 24-30.
- Holland, J. C., & Rowland, J. H. (1989). *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. Oxford University Press.
- Holland, J. C. (1992). Psycho-oncology: overview, obstacles and opportunities. *Psycho-Oncology, 1*(1), 1-13.
- Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic medicine, 64*(2), 206-221.
- Horowitz, M. J. (Ed.). (1991). *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*. University of Chicago Press.
- Horváth, Zs. (2012). Anasztrozol-kezelésben részesülő, posztmenopauzális emlőrákos betegek életminőségi vizsgálatának összefoglalása. *Magyar Onkológia, 56*, 242-246.

- Horváth, Z., & Telekes, A. (2006). A daganatos betegek tüneteinek és azok kezelésének pszichoszociális vonatkozásai: a hányás és a hányinger. *Onkopszichológia a gyakorlatban*, 203-209.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior*, 21-37.
- Ittész, A., Martos, T., Bóné, V., & Dávid, B. (2014). Elégedettséget és hangulatot mérő egytényezős skálák használhatósága jóllétre vonatkozó vizsgálatokban= Applicability of one-item scales for measuring satisfaction and mood in well-being research. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(3), 171-186.
- Jacobsen, P. B., Holland, J. C., & Steensma, D. P. (2012). Caring for the whole patient: the science of psychosocial care. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1151-1153.
- Jantek, G., & Vargha, A. (2016). A felnőtt kötődés korszerű mérési lehetősége: A közvetlen kapcsolatok élményei—kapcsolati struktúrák (ECR-RS) kötődési kérdőív magyar adaptációja párok kapcsolatban élő felnőtt személyeknél. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 71(3), 447-470.
- Johansen, C. (2010). *Psychosocial factors* (pp. 57-61). New York: Oxford University Press.
- Johnson, S. M. (2004). Basic Principles Into Practice Series: The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection. *Brunner-Routledge, New York, NY*.
- Józan, P. (2005). Rákepidemiológiai viszonyok Magyarországon. *Magyar Tudomány*, 8, 931.
- Juhos, É. (2006). A legjellemzőbb daganatos betegségek onkopszichológiai sajátosságai: emlőrák. Hort, J. Riskó, Á. (szerk.): *Onkopszichológia a gyakorlatban. Medicina, Budapest*, 134-139.
- Justenhoven, C., Winter, S., Dünnebier, T., Hamann, U., Baisch, C., Rabstein, S., ... & Ko, Y. D. (2010). Combined UGT1A1 and UGT1A6 genotypes together with a stressful life event increase breast cancer risk. *Breast cancer research and treatment*, 124(1), 289-292.
- Kahán, Z., & Kovács, Z. (2006). A daganatos betegek életminősége. *Onkopszichológia a gyakorlatban. Medicina, Budapest*, 309-320.

- Kahán, Z., Szántó, I., Molnár, M., Rohánszky, M., Koncz, Z., Mailáth, M., ... & Dudás, R. (2016). Emlőrák: gondozás, rehabilitáció, pszichoonkológia. *Magyar onkológia*, 60(3), 258-268.
- Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., Everson, S. A., Cohen, R. D., Salonen, R., Tuomilehto, J., & Salonen, J. (1996). Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study. *International journal of epidemiology*, 25(2), 259-265.
- Katona, F., Murnyák, B., Marko-Varga, G., & Hortobágyi, T. (2017). A melanóma és az agyi áttétképződés molekuláris háttere. *Orvosi hetilap*, 158(28), 1083-1091.
- Kásler, M., & Ottó, S. (2008). Európai és hazai kihívások az onkológiában. *Magyar Onkológia*, 52(1), 21-33.
- Kásler, M., Ottó, S., & Kenessey, I. (2017). A rákmorbiditás és-mortalitás jelenlegi helyzete a Nemzeti Rákregiszter tükrében. *Orvosi Hetilap*, 158(3), 84-89.
- Kiscsatári, L., Végváry, Z., Nagy, N., Széll, M., Haracska, L., & Kahán, Z. (2015). Kifejezett sugárkárosodás régiós emlőbesugárzás után. *MAGYAR BELORVOSI ARCHIVUM*, 68(3), 184-188.
- Kissane, D. W., Clarke, D. M., Ikin, J., Bloch, S., Smith, G. C., Vitetta, L., & McKenzie, D. P. (1999). Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early-stage breast cancer: a cross-sectional survey. *Medical Journal of Australia*, 170, 240-240.
- Koolae, A., Motlagh, T., Esmaili, A., & Rahmatizadeh, M. (2014). The comparison of early maladaptive schema and intimacy in married infidelity and non-infidelity men. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 2(3), 12-23.
- Kopp, M. (2006). A pszichoszociális tényezők jelentősége, különös tekintettel a megelőzésre. *Onkopszichológia a gyakorlatban. Medicina, Budapest, 2006a*, 42-50.

- Kopp, M., Balog, P., & Konkoly Thege, B. (2009). Epidemiological and psychophysiological examination of the mental health, and opportunities of the mental health promotion.[A lelki egészség epidemiológiai, pszichofiziológiai vizsgálata és a lelki egészségmegőrzés lehetőségei.]. *Népegészségügy*, 87, 52-58.
- Kopp, M., & Kovács, M. E. (2006). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis.
- Kosack, W. (2011). *Der medizinische Papyrus Edwin Smith: the New York Academy of Medicine, Inv. 217: Neu in Hieroglyphen übertragen, übersetzt und bearbeitet*. Christopher Brunner.
- Kovács, É., Balog, P., & Mészáros, E. (2013). A házastársi, élettársi és elvált családi állapot összefüggései a mentális egészséggel - Married, cohabiting, and divorced marital status and mental health. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 14(3), 205-230.
- Kovácsné, C. (2016). Le psychanalyste de Nyugat, ses émules hongrois et les contes cruels français. *Revue de littérature comparée*, (3), 307-317.
- Kököneyi, Gy. (2005). Személyiségpatológiák. Kézirat. ELTE, Egészség- és Személyiség pszichológiai Tanszék, Budapest.
- Kőműves, S. (2017). Az engeli biopszichoszociális modell. *Művészetek-Társadalomtudományi folyóirat*, 6(2), 98-123
- Kricker, A., Price, M., Butow, P., Goumas, C., Armes, J. E., & Armstrong, B. K. (2009). Effects of life event stress and social support on the odds of ≥ 2 cm breast cancer. *Cancer Causes & Control*, 20(4), 437-447.
- Krigel, S., Myers, J., Befort, C., Krebill, H., & Klemp, J. (2014). 'Cancer changes everything!- Exploring the lived experiences of women with metastatic breast cancer. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(7), 334-342
- KSH (2017). Mikrokoncenzus, 2016. 4. Iskolázottsági adatok. (letöltve: 2019. szept. 25.) https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mikrocenzus2016/mikrocenzus_2016_4.pdf
- Kulcsár, Zs. (1993). *Pszichoszomatika*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

- Kulcsár, Z. (2005). Teher alatt. *Pozitív traumafeldolgozás és személyiségfejlődés*, Trefort Kiadó Budapest. 315-393.
- Kulka, J. (2017). *Prediktív és prognosztikai vizsgálatok emlőkarcinómában* (Doctoral dissertation, SE).
- Lapis, K. (2001). A rákról őszintén férfiaknak és nőknek. *Medicina Könyvkiadó, Budapest*.
- Lai, B. P., Tang, C. S. K., & Chung, T. K. (2009). Age-specific correlates of quality of life in Chinese women with cervical cancer. *Supportive Care in Cancer*, 17(3), 271-278.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. *New York: Springer*
- Láng, A. (2011). A páciens-terapeuta kötődés mérése és hatása a páciens terápiás attitűdjére. PTE. Doktori disszertáció, Pécs
- Láng, A., & Nagy, L. (2013). Kötődésemélet és fejlődési pszichopatológia-szemlélet, modellek, közvetítő mechanizmusok= Attachment theory and developmental psychopathology: Perspectives, models, mediating mechanisms. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68(1), 23-37.
- Lázár, G., Besznyák, I., Boross, G., Farsang, Z., Gulyás, G., Jakab, F., ... & Tóth, L. (2010). Az emlőrák korszerű sebészi kezelése. *Magyar Onkológia*, 54(3), 227-234.
- Lekander, M., Elofsson, S., Neve, M., Hansson, L. O., & Undén, A. L. (2004). Self-rated health is related to levels of circulating cytokines. *Psychosomatic medicine*, 66(4), 559-563.
- LeShan, L. (1994). *Cancer as a turning point: A handbook for people with cancer, their families, and health professionals*. Penguin.
- Li, T., & Chan, D. K. S. (2012). How anxious and avoidant attachment affect romantic relationship quality differently: A meta-analytic review. *European Journal of Social Psychology*, 42(4), 406-419.
- Maccoby, E. E. (1994). The role of parents in the socialization of children: An historical overview.

- Mailáth, M., Laczkóné Majer, R., Horváth, Z., & Szabó, G. S. (2017). A pszichés morbiditások korai felismerése a pszichoonkológiai ellátás során. *MAGYAR ONKOLÓGIA*, 61, 276-283.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern.
- Maróti-Nagy, Á., Paulik, E., & Thurzó, L. (2010). Az egészségügyi személyzet életmódtanácsadó tevékenységének szerepe daganatos betegséggel kezelt nők táplálkozási szokásainak megváltoztatásában. *Magyar Onkológia*, 54(1), 41-45.
- Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic medicine*, 63(4), 556-567.
- Mátrai, Z., Láng, I., Polgár, Cs., Kahán, Zs., Fodor, J. (2018). Emlőrák. *Kásler Miklós (szerk.): Az onkológia alapjai. Medicina*, 42/979-989.
- Miller, K., & Massie, M. J. (2010). Depressive disorders. *Psycho-oncology*, 2, 311-318.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Mitchell, S. A., Black, M., J. (2000): *A modern pszichoanalitikus gondolkodás története*. Animula Kiadó, Budapest. 2000.
- Mohammadi, S. D., Nouruzinejad, G. H., Rahmatinejad, P., & Akbari, V. (2017). Correlation between Attachment Styles and Early Maladaptive Schemas in Students. *Qom University of Medical Sciences Journal*, 11(9), 52-60.
- Molnár, E., Feldmann, Á., Nagy, L., Szűcs, R., Tiringner, I., Unoka, Z., ... & Kállai, J. (2013). A kognitív sémák és a társkapcsolatok fejlődésének különböző útjai gyermekkori daganatos betegségből felgyógyult felnőtteknél. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 14(3), 231-257.
- Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of experimental & clinical cancer research*, 27(1), 32.

- Muszbek, K., Szekely, A., Balogh, É. M., Molnár, M., Rohánszky, M., Ruzsa, Á., ... & Vadász, P. (2006). Validation of the hungarian translation of hospital anxiety and depression scale. *Quality of Life Research*, 15(4), 761-766.
- Naaman, S., Radwan, K., & Johnson, S. (2009). Coping with early breast cancer: Couple adjustment processes and couple-based intervention. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 72(4), 321-345.
- Nagy, L. (2005). A felnőtt kötődés mérésének új lehetősége: a közvetlen kapcsolatok élményei kérdőív. *Pszichológia*, 3, 223-245.
- Nicholls, W., Hulbert-Williams, N., & Bramwell, R. (2014). The role of relationship attachment in psychological adjustment to cancer in patients and caregivers: a systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*, 23(10), 1083-1095.
- Nissen, K. G. (2016). Correlates of self-rated attachment in patients with cancer and their caregivers: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 25(9), 1017-1027.
- Nuttall, F. Q. (2015). Body mass index: obesity, BMI, and health: a critical review. *Nutrition today*, 50(3), 117.
- Oláh, E. Gundy, S., Minárovits, J. (2018). A rosszindulatú daganatok etiológiája. *Kásler Miklós (szerk.): Az onkológia alapjai. Medicina*, 27-4.
- Onishi, M., Gjerde, P. F., & Block, J. (2001). Personality implications of romantic attachment patterns in young adults: A multi-method, multi-informant study. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(9), 1097-1110.
- Özcan, Ö., ELBOZAN CUMURCU, B., KARLIDAĞ, R., Ünal, S., Aktan Mutlu, E., & KARTALCI, Ş. (2015). Attachment styles in women with vaginismus. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(1).
- Péley, B. (2010). Fejlődés és evolúció: evolúciós szemlélet a fejlődésben, a pszichopatológiában és a pszichoterápiákban= Development and evolution: Evolutionary approach in psychopathology and psychotherapy. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65(1), 65-83.

- Pittman, J. F., Keiley, M. K., Kerpelman, J. L., & Vaughn, B. E. (2011). Attachment, identity, and intimacy: Parallels between Bowlby's and Erikson's paradigms. *Journal of Family Theory & Review*, 3(1), 32-46.
- Polgár, C., Major, T., & Fodor, J. (2012). Korszerű sugárkezelés emlőmegtartó műtét után. *Orvosi Hetilap*, 153(2), 45-55.
- Pusztai, L., Ladányi, A., Székely, B., & Dank, M. (2016). Új immunterápiás lehetőségek az emlőrák kezelésében. *Magyar onkológia*, 60, 34-40.
- Rácz, J., Pintér, J. N., & Kassai, S. (2016). *Az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) elmélete, módszertana és alkalmazási területei*. L'Harmattan.
- Rákregiszter (2018). Országos Onkológiai Intézet, Budapest
- Reich, M., Lesur, A., & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast cancer research and treatment*, 110(1), 9-17.
- Riskó, Á. (1998). Az onkopszichológia szakmai irányelvei. Egy szakmai protokolltervezete. *Pszichiátria Hungarica*. 13:455-468.
- Riskó, Á. (1999). *A test, a lélek és a daganat: bevezetés az onkopszichológiába*. Animula Kiadó, Budapest.
- Riskó, Á. (2006). A sikeresen túlélő daganatos betegek lelki és társadalmi alkalmazkodása, életminősége. *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Szerk. Horti J, Riskó Á. *Medicina, Budapest*, 92-94.
- Riskó Á. (2015). Az onkopszichológia első 25 éve az Országos Onkológiai Intézetben: előzmények és események (1988–2013). *Magyar Onkológia* 59:241–250.
- Riskó, Á. (2017). A rosszindulatú daganatos betegségek megelőzése, a pszichoszociális kockázati tényezők. *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Szerk. Horti J, Riskó Á. 2. *Online kiadás*, I-II. kötet: 26-98.
- Riso, L. P., Froman, S. E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N., ... & Cherry, M. (2006). The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 515-529.

- Rohánszky, M., Katonai, R. E., & Konkoly Thege, B. (2014a). Magyar daganatos betegek pszichoszociális állapota. *Orvosi hetilap*, 155(26), 1024-1032.
- Rohánszky, M., Kegye, A., Molnár, M., Boda, É., & Kapitány, Zs. (2014b). Pszichoszociális onkológia. Gyakorlati útmutató a teljes körű betegellátáshoz. *Zafir Press. Orvosi Szakkönyvkiadó*.
- Ross, L., Boesen, E. H., Dalton, S. O., & Johansen, C. (2002). Mind and cancer: does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being?. *European journal of cancer*, 38(11), 1447-1457.
- Rozema, H., Völlink, T., & Lechner, L. (2009). The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(8), 849-857.
- Ryan, H., Schofield, P., Cockburn, J., Butow, P., Tattersall, M., Turner, J., ... & Bowman, D. (2005). How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *European journal of cancer care*, 14(1), 7-15.
- Saariaho, T. H., Saariaho, A. S., Karila, I. A., & Joukamaa, M. I. (2010). Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic male and female pain patients. *Scandinavian journal of pain*, 1(4), 196-202.
- Sárai, T., & Bagdy, E. (2002). Alkoholisták és partnereik párkapcsolati kommunikációs jellegzetességei. *Bagdy E.(szerk.) Párkapcsolatok dinamikája, Animula Kiadó, Budapest*, 361-370.
- Schmidt, S. D., Blank, T. O., Bellizzi, K. M., & Park, C. L. (2012). The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors. *Journal of Health Psychology*, 17(7), 1033-1040.
- Schmitz, N., Kruse, J., Heckrath, C., Alberti, L., & Tress, W. (1999). Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 34(7), 360-366.

- Segal, Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological bulletin*, 103(2), 147.
- Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological bulletin*, 130(4), 601.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2007). Pain as an assault on the self: An interpretative phenomenological analysis of the psychological impact of chronic benign low back pain. *Psychology and health*, 22(5), 517-534.
- Smith, D. J., & George, C. (2012). Therapeutic Assessment Case Study: Treatment of a Woman Diagnosed With Metastatic Cancer and Attachment Trauma. *Journal of Personality Assessment*, 94(4), 331–344.
- Solomon, J., & George, C. (2011). Disorganization of maternal caregiving across two generations. *Disorganized attachment & caregiving*, 25-51.
- Somerset, W., Stout, S. C., Miller, A. H., & Musselman, D. (2004). Breast cancer and depression. *Oncology (Williston Park, NY)*, 18(8), 1021-34.
- Sontag, S (1983): A betegség, mint metafora. *Európa Könyvkiadó, Budapest*, 1983.
- Stark, D. P. H., & House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British journal of cancer*, 83(10), 1261.
- Stauder, A., Eörsi, D., & Pilling, J. (2016). Az orvos–beteg kommunikáció jelentősége a szomatizáló páciensek ellátásában. *Orvosi Hetilap*, 157(17), 664-668.
- Stern, D. N. (1995). Az anyaság állapota. Animula, Budapest.
- Sudhakar, A. (2009). History of cancer, ancient and modern treatment methods. *Journal of cancer science & therapy*, 1(2), 1.
- Szalai, M. (2016). *A felnőtt onkológiai szakápolás alapjai*. SpringMed Kiadó, Budapest.
- Szentirmai, E., Ferguson, D., Ely, K., Coogan, A., & Weiss, V. (2018). Immunologic Markers of Thyroid Cancer. *Journal of the American Society of Cytopathology*, 7(5), S29-S30.
- Szokolszky, Á. (2004). Kutatómunka a pszichológiában. *Osiris Kiadó, Budapest*, 81-86.

- Tacón, A. M., Caldera, Y. M., & Bell, N. J. (2001). Attachment style, emotional control, and breast cancer. *Families, Systems, & Health, 19*(3), 319.
- Tacón, A. M. (2002). Attachment and cancer: a conceptual integration. *Integrative cancer therapies, 1*(4), 371-381.
- Tacón, A. M. (2003). Attachment experiences in women with breast cancer. *Family & community health, 26*(2), 147-156.
- Tahin, T., Jeges, S., & Lampek, K. (2000). Az iskolai végzettség és az egészségi állapot változása követéses vizsgálat alapján. A longitudinal study of education and health. *Demográfia, (43)*, 305-334.
- Telekes, A., & Horváth Zs. (2002). *A daganatos fájdalom csillapítása. Korán és Eredményesen a Daganat Ellen Alapítvány.*
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer surveys, 6*(3), 545-567.
- Temoshok, L. R. (2000). Psychological response and survival in breast cancer. *The Lancet, 355*(9201), 404-405.
- Tiringer, I. (2007). Pszichológiai szempontok az onkológiai betegek ellátásában. *Egészségpszichológia a gyakorlatban, 383-409.*
- Tompa, A. (2011). A daganatos betegségek előfordulása—A hazai és a nemzetközi helyzet ismertetése. *Magyar Tudomány, 172*(11), 1333-1345.
- Tóth, I., & Gervai, J. (1999). Szülői Bánásmód Kérdőív (H-PBI): A Parental Bonding Instrument (PBI) magyar változata. *Magyar Pszichológiai Szemle, 54*(4), 551-566.
- Tringer, L. (2005). A pszichiátria tankönyve. *Semmelweis Kiadó, Budapest, 152-1167.*
- Tulassay, Zs. (2007). A belgyógyászat alapjai 1. *Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest, 2007. ISBN: 9789632260723, 8.*

- Unoka, Z. S. (2007). *Személyiségvonások, tünetdimenziók, rossz szülői bánásmód vizsgálata és látens sérülékenység-dimenziók azonosítása egyes pszichés zavarokban* (Doctoral dissertation, Doktori értekezés. Budapest: Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola).
- Unoka, Zs., Rózsa, S., Fábrián, Á., Mervó, B., & Simon, L. (2004a). A Young-féle Séma Kérdőív: a korai maladaptív sémák jelenlétét mérő eszköz pszichometriai jellemzőinek vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, *19*(3), 244-256.
- Unoka, Zs., Rózsa, S., Kő, N., Kállai, J., Fábrián, Á F., & Simon, L. (2004b). A Derogatis-féle Tünetlista hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok. *Psychiatria Hungarica*, *19*, 28-35.
- Urbán, R. (1995). A felnőtt kötődés és intim kapcsolatok. *Magyar Pszichológiai Szemle*, *36*(4-6). 347-361.
- Várhelyi, K. (2019) CORNET 2019 stathelp.hu program
- Walshe, W. H. (1846). *The nature and treatment of cancer*. Taylor and Walton.
- Watson, M., Haviland, J. S., Greer, S., Davidson, J., & Bliss, J. M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *The Lancet*, *354*(9187), 1331-1336.
- Young, J. E. (1990). Practitioner's resource series. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, FL, England: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., & Brown, G. (1994). Young schema questionnaire. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, 63-76.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

SAJÁT PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK

A disszertáció témájához kötődő – írott és szóbeli – publikációk

2020

1. **Désfalvi, Judit**; Lakatos, Csilla; Csuka, Sára Imola; Filep, Orsolya; Dank, Magdolna; Sallai Viola, Martos, Tamás
Kötődési stílus, kapcsolati és szexuális elégedettség: emlőrákos és egészséges nők összehasonlító vizsgálata.
ORVOSI HETILAP (Szakcikk) 2020. 161. évfolyam, 13. szám, 518–526.

2019

2. Csuka, Sára; **Désfalvi, Judit**; Sallay, Viola; Martos, Tamás
A partnertől kapott támogatás szerepe emlődaganattal diagnosztizált nők személyes terveiben: egy öndetermináció-elméleten alapuló pilot-kutatás eredménye.
In: Lippai, Edit (szerk.) Összetart a sokszínűség: A Magyar Pszichológiai Társaság XXVIII. Országos Tudományos Nagygyűlése kivonatkötet Debrecen, Magyarország: Debreceni Egyetem Bölcsészettudományi Kar Pszichológiai Intézet, (2019) p. Sz39 P4
3. **Désfalvi, Judit**; Lakatos, Csilla; Csuka, Sára; Sallay, Viola; Dank, Magdolna; Martos, Tamás
Emlőrákos és egészséges nők kötődési stílusának, kapcsolati- és szexuális elégedettségének összehasonlítása.
In: Lippai, Edit (szerk.) Összetart a sokszínűség: A Magyar Pszichológiai Társaság XXVIII. Országos Tudományos Nagygyűlése kivonatkötet Debrecen, Magyarország: Debreceni Egyetem Bölcsészettudományi Kar Pszichológiai Intézet, (2019) p. Sz39 P4
4. **Désfalvi, Judit** (szerk.); Újháziné, Kerék Barbara; Bálintné, Pataki Aranka; Brjeska, Dóra; Dank, Magdolna; Dvorákné, Borda Judit; Hajdú, Anett; Horváth, Katalin Beatrix; Juhász, Ágnes; Kleiner, Dénes et al.
Gyógyulásom Könyve
Budapest, Magyarország: Pink Bolero Önségítő Egyesület a Mellrák Ellen (2019)

2017

5. **Désfalvi, Judit**; Hátori, Eszter; Horváth, Júlia; Dank, Magdolna; Nagy, László
Kötődés, korai maladaptív sémák és szubjektív betegségélmény emlőrákkal küzdő nőknél
MAGYAR PSZICHOLOGIAI SZEMLE 72: 1 pp. 127-145., 19 p. (2017)

6. **Desfalvi, J;** Sallay, V; Martos, T
Relationship experiences and motivational patterns of women battling breast cancer - an interpretative phenomenological analysis
PSYCHO-ONCOLOGY 25: SP. S3 pp. 72-72., 1 p. (2016)
7. **Désfalvi, Judit;** Hámori, Eszter; Dank, Magdolna; Nagy, László
„A kötődés a korai maladaptív sémák emlőrákos nőknél az életkor és a betegségélmény függvényében”
In: Céltudatosan a gyógyítás útján: Magyar Klinikai Onkológiai Társaság IX. Kongresszusa 2016. november 17-19. (2016) pp. 18-18. Paper: P87, 1 p.
8. **Désfalvi, Judit;** Sallay, Viola; Martos, Tamás
„Relationship experiences and motivational patterns of women battling breast cancer - an interpretative phenomenological analysis”
PhD Scientific DAY - Semmelweis University, 2016. április 8-10. (2016)
9. **Désfalvi, Judit;** Hámori, Eszter; Dank, Magdolna; Nagy, László
A kötődés és a korai maladaptív sémák emlőrákos nőknél az életkor és betegségélmény függvényében In: CÉLTUDATOSAN A GYÓGYÍTÁS ÚTJÁN (2016) Paper: P87
10. **Désfalvi, Judit;** Hámori, Eszter; Dank, Magdolna; Nagy, László
Early maladaptive patterns and attachment in regards of age and experienced illness in patients with breast tumours
PSYCHO-ONCOLOGY 25: S3 pp. 22-22., 1 p. (2016)
11. **Désfalvi, Judit;** Hámori, Eszter; Dank, Magdolna; Nagy, László
Korai maladaptív sémák és kötődés mellnagyobbított betegeknél az életkor és a betegségélmény függvényében.
In: Vargha, András (szerk.) Múlt és jelen összeér: A Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Jubileumi Országos Tudományos Nagygyűlése Kivonatkiötet Budapest, Magyarország: Magyar Pszichológiai Társaság, (2016) pp. 171-172., 2 p.
12. **Désfalvi, Judit;** Sallay, Viola; Martos, Tamás
Mellrákkal küzdő nők párkapcsolati tapasztalatai és céljainak mintázatai – interpretatív fenomenológiai elemzés.
In: Vargha, András (szerk.) Múlt és jelen összeér: A Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Jubileumi Országos Tudományos Nagygyűlése Kivonatkiötet Budapest, Magyarország: Magyar Pszichológiai Társaság, (2016) pp. 338-339., 2 p.

2015

13. Désfalvi, Judit; Martos, Tamás

„The experiences of Breast Cancer Patients and the role of purpose in coping - a Qualitative Analysis „

PHD SCIENTIFIC DAY - Semmelweis University, 2015. April 9-10. (2015)

14. Désfalvi, Judit; Hámori, Eszter

A kötődési mintázatok vizsgálata mellodaganatos betegek körében

In: Vargha, A (szerk.) Lélek-net a léleknek: Az ember a változó technikai közegek világában: A Magyar Pszichológiai Társaság XXIV. Országos Tudományos

Nagygyűlése: Kivonatkötet Budapest, Magyarország: Magyar Pszichológiai Társaság, (2015) pp. 136-136., 1 p.

15. Désfalvi, Judit; Martos, Tamás; Faragó, Renáta

Emlőrákban szenvedők párkapcsolati tapasztalatai és céljainak szerepe a megküzdésben – kvalitatív elemzés

In: Vargha, A (szerk.) Lélek-net a léleknek: Az ember a változó technikai közegek világában: A Magyar Pszichológiai Társaság XXIV. Országos Tudományos

Nagygyűlése: Kivonatkötet Budapest, Magyarország: Magyar Pszichológiai Társaság, (2015) pp. 145-145., 1 p.

2014

16. Martos, Tamás; Sallay, Viola; Désfalvi, Judit; Szabó, Tünde; Ittész, András

Az Élettel való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői

MENTÁLHIGIÉNÉ ÉS PSZICHOSZOMATIKA 15: 3 pp. 289-303., 15 p. (2014)

A disszertáció témájához nem kötődő – írott és szóbeli – publikációk

17. Gyetvai, Gellért László; Désfalvy, Judit

Changing Roma Identity: A New Kind of Double Identity and How to Model It

EUROPEAN JOURNAL OF MENTAL HEALTH 11: EJM 11 (2016) 1–2 pp. 36-59. Paper: EJM 11 (2016) 1–2, 24 p. (2016)

18. Martos, Tamás; Garay, Magdolna; Désfalvi, Judit

A Hála Kérdőív magyar változatának (GQ-6-H) bemutatása és pszichometriai elemzése

MENTÁLHIGIÉNÉ ÉS PSZICHOSZOMATIKA 15: 3 pp. 203-214., 12 p. (2014)

19. Dészfalvi, Judit

„A felnőtt kötődés vizsgálata a hetero- és homoszexuális felnőttek körében”

In: A Magyar Pszichiátriai Társaság XVIII. Vándorgyűlése: Absztrakt kötet (2013) pp. 19-19., 1 p.

20. Dészfalvi, Judit; Petke, Zsolt; Nagy, István Miklós

„Csoporterápiás lehetőségek Addiktológia osztályon”

In: Demetrovics, Zs; Eisinger, A; Kassai-Farkas, Á; Rácz, J; Varga, G (szerk.) A Magyar Addiktológiai Társaság IX. Országos Kongresszusa: Az Addictologia Hungarica Supplementuma

21. Dészfalvi, Judit

„Időskorúak vizsgálata egy idősotthonban”

PEME – Poszter szekció - Budapest, 2013. szeptember 14. (2013)

22. Dészfalvi, Judit

„Idősotthonban élők kötődésének vizsgálata”

OTDK – XXXI. Konferencia - Eger, 2013. április 4-6. (2013)

Doktori értekezés benyújtása és nyilatkozat a dolgozat eredetiségéről

Alulírott

név: Dészfalvi Judit

születési név: Dészfalvi Judit

anyja neve: Rácz Julianna

születési hely, idő: Budapest, 1955. november 21

A kötődés, a korai maladaptív sémák és a szubjektív betegségélmény emlőrákkal küzdő nők körében

című doktori értekezésemet a mai napon benyújtom a(z)

Pécsi Tudományegyetem Pszichológia Doktori Iskolája Személyiség- és Egészségpszichológia Programjához.

Témavezető neve: Dr. Hámori Eszter és Dr. Nagy László

Egyúttal nyilatkozom, hogy jelen eljárás során benyújtott doktori értekezésemet

- korábban más doktori iskolába (sem hazai, sem külföldi egyetemen) nem nyújtottam be,
- fokozatszerzési eljárásra jelentkezésemet két éven belül nem utasították el,
- az elmúlt két esztendőben nem volt sikertelen doktori eljárásom,
- öt éven belül doktori fokozatom visszavonására nem került sor,
- értekezésem önálló munka, más szellemi alkotását sajátomként nem mutattam be, az irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljesek, az értekezés elkészítésénél hamis vagy hamisított adatokat nem használtam.

Dátum: Pécs, 2020. június 16.

.....

doktorjelölt aláírása

MELLÉKLETEK

1. MELLÉKLET

KÉRDŐÍV-CSOMAG A

„KÖTÖDÉSI STÍLUS, ÉS FEJLŐDÉSI PSZICHO PATOLÓGIA VIZSGÁLATA EMLŐRÁKOS NŐK KÖRÉBEN” CÍMŰ KUTATÁSHOZ

A KÉRDŐÍV BIZALMASAN KEZELENDŐ!

A. DEMOGRÁFIAI KÉRDÉSEK

A.1 AZ ÖN NEME: NŐ 2

A.2 MELYIK ÉVBEN SZÜLETETT ÖN?

A.3 MI AZ ÖN LEGMAGASABB ISKOLAI VÉGZETTSÉGE?

..... 8 általános, vagy kevesebb szakiskola, szakmunkásképző, vagy szakisola
..... érettségi felsőfokú szakképzés egyetemi, főiskolai diploma

A.4 MI AZ ÖN FOGLALKOZÁSA?

.....
Dolgozik-e jelenleg?.....

A.5 MI AZ ÖN CSALÁDI ÁLLAPOTA?

1 – nőtlen/hajadon 2 – házastársi kapcsolatban él 3 – élettársi kapcsolatban él

4 – elvált, de családban él 5- elvált és egyedül él 6- özvegy, de családban él 7 - özvegy és egyedül él

A.6 GYERMEKEINEK SZÁMA:

A.7. ELETMÓDBELI KÉRDÉSEK

a. Szokott-e alkoholt fogyasztani?

régen, de már nem, alkalmanként..... hetente..... naponta

b. Dohányzik-e ön?

c. régen, de már nem, alkalmanként..... naponta ...

d. Sportol-e ön?

régen, de már nem, alkalmanként..... hetente..... hetente többször.....

Milyen magas ön?cm

Milyen súlyú ön?Kg.

A.8. MOST A BETEGSÉGÉVEL KAPCSOLATBAN KÉRDEZZÜK ÖNT

Mikor diagnosztizálták a betegséget?év/hónap

Diagnosztizáltak-e önnél áttétet? igen.....nem.....Ammennyibe igen, annak dátuma:.....év/hó

Milyen kezeléseken van túl, illetve milyen kezelése van folyamatban?

.....

műtét ideje, jellege:

típusú:.....

Családjában, hozzátartozójánál volt-e emlődaganatos, vagy egyéb daganatos betegség, és kinél?

.....

.....

(SRH) - ÖSSZESEN HOGYAN MINŐSÍTENÉ A SAJÁT EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁT?

1 – nagyon rossz 2 – rossz 3 – közepes 4 – jó 5 – kiváló

2. MELLÉKLET

SCL-90-R Derogatis féle tünetlista

AZ ALÁBBIKBAN EGY LISTÁT KÖZLÜNK OLYAN PROBLÉMÁKRÓL ÉS PANASZOKRÓL, AMELYEK IDŐNKÉNT ELŐFORDULNAK AZ EMBEREKNÉL. KÉRJÜK, GONDOSAN OLVASSA EL AZ EGYES ÁLLÍTÁSOKAT ÉS JELÖLJE BE AZT A VÁLASZLEHETŐSÉGET, AMELYNEK MÉRTÉKE A LEGJOBBAN MEGFELEL AZ UTÓBBI EGY HÉT PANASZAINAK.

| Mennyire zavarták Önt az alábbi problémák az elmúlt egy hétben? | Egyáltalán nem | Kissé | Mérsékelt | Közepesen | Nagyon |
|---|----------------|-------|-----------|-----------|--------|
| 1. Fejfájás | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Idegesség, belső bizonytalanság érzés | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Akaratlan dolgok, szavak, amelyeket nem tud a gondolataiból kiűzni | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Gyengeség vagy szédülés | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Szexuális érdektelenség, örömtelenség | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Mások kritikája | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Olyan érzés, hogy valaki más ellenőrzi a gondolatait | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Az az érzés, hogy leginkább mások felelősek az Ön problémáiért | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Probléma visszaemlékezni dolgokra | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Felületesség vagy gondatlanság miatti aggodalom | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Könnyen bosszúsna vagy felingereltnek érzi magát | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Mellkasi vagy szívűtűji fájdalom | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Nyílt téren vagy az utcán érzett félelem | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Csökkenő energia vagy lelassultság érzése | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Az elműlás vagy a halál gondolata | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Olyan hangok hallása, amelyet mások nem hallanak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Reszketés, remegés | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. A legtöbb emberrel szemben érzett bizalmatlanság | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Étvágyatlanság | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|--|----------------|-------|-----------|-----------|--------|
| 20. Könnyen sírva fakad | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Félénkség, nehéz kapcsolatteremtés a másik nemmel | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Csapdában érzi magát | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Hirtelen ok nélkül pánikba esik | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Olyan hangulatkitörés, amit nem tud kontrollálni. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Fél egyedül elmenni otthonról (kimenni a saját házából, lakásából egyedül) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Önvédelem különböző dolgok miatt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Derékfájdalom | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Gátolva érzi magát dolgok elvégzésében | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Magányosság érzése | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Szomorúság érzése | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Túlzott aggodalom dolgok miatt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Érdektelenség a dolgok iránt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Félénkség | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Sértődékenység | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Mások ismerik a gondolatait | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Úgy érzi, hogy mások nem értik meg őnt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Az emberek barátságtalanok, vagy nem szeretik Önt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Mindent nagyon lassan kell csinálnia, hogy kifogástalan legyen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Szívdobogás érzése, szapora szív működés | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Hányinger, könnyen felfordul a gyomra | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. Alárendeltnek érzi magát másokkal szemben | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Mennyire zavarták Önt az alábbi problémák az elmúlt egy hétben? | Egyáltalán nem | Kissé | Mérsékelt | Közepesen | Nagyon |
| 42. Izomfájdalom, érzékenység | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Úgy érzi, figyelik, beszélnek Önről | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. Elalvása nehéz | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. Kényszer, hogy újra és újra ellenőrizze, amit csinál | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. Nehezen határoz (dönt) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. Buszon, metrón vagy vonaton utazástól való félelem | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 48. Nehezen vesz levegőt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. Hideg, vagy meleg hullámok | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. El kell kerülnie bizonyos dolgokat, helyeket vagy tevékenységeket, mert azok zavaróak Önnek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. Gondolatai üressé válnak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. Érzéketlenség vagy bizsergés különböző testrészekben | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. Gombócérzés a torokban | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54. Reménytelenség a jövőre nézve | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55. Nehezen koncentrálni | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56. Gyengeségérzés testének különböző részeiben | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57. Feszültség, felhangoltság érzése | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58. Nehéznek érzi a kezét vagy a lábát | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 59. Halálra gondol vagy meghalásra | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60. Túl sokat eszik | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 61. Bántja, ha az emberek nézik, vagy beszélnek Önről | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 62. Olyan gondolatok, amelyeket nem érez sajátjának | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 63. Leküzdhetetlen vágy, hogy megüssön, bántson valakit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 64. Hajnali ébredés | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 65. Kényszer arra, hogy ismétlje az azonos cselekvéseket, mint az érintés, a számolás, a mosás | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 66. Az alvás nem pihentető, vagy zavart | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 67. Leküzdhetetlen vágy, hogy szétzúzzon és összetörjön dolgokat | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 68. Olyan elképzelései vannak, amelyekkel mások nem értenek egyet | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 69. Zavarban érzi magát mások társaságában | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 70. Nehezen viseli el a tömeget, ha pl. vásárol vagy moziban van | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 71. Úgy érzi, külön erőfeszítésbe kerül csinálni bármit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 72. Rettetéssel, pánikkal járó időszak | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 73. Kényelmetlenül érzi magát, ha társaságban eszik, vagy iszik | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 74. Gyakran vitába keveredik | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 75. Idegessé válik, ha egyedül hagyják | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 76. Mások nem ismerik el eredményességét | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 77. Társaságban is magányosnak érzi magát | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 78. Állandóan nyugtalan, képtelen ülni maradni | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 79. Értéktelennek érzi magát | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 80. A mindennapi dolgokat idegennek, irreálisnak érzi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 81. Kiabálás, a tárgyak földhöz vágása | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 82. Félelem attól, hogy nyilvánosság előtt elájul | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 83. Az az érzés, hogy ha hagyja, az emberek kihasználják | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 84. Zavaró szexuális gondolatok | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 85. Az a gondolat, hogy Önt meg kellene büntetni a bűneiért | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 86. Úgy érzi, belekényszerítik dolgok elvégzésébe | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 87. A gondolat, hogy valami komoly testi baja van | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 88. Sohasem tud közel kerülni más személyhez | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 89. Bűnösnek érzi magát | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 90. A gondolat, hogy valami baj van az elméműködésével | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

3. MELLÉKLET

KAPCSOLATOK KÉRDŐÍV 1 – (ECR-R)

Az alábbi állítások arra vonatkoznak, hogyan érzi Ön magát az intim kapcsolataiban. Azt szeretnénk megtudni, hogy milyen érzéseket él át **általában** ezekben a viszonyokban, nem pedig azt, hogy mi történik a jelenlegi kapcsolatában. Kérjük, minden egyes állításnál mérlegelje és értékelje az alábbi hét-fokozatú skála segítségével, hogy az adott állítás mennyire jellemző Önre **általában a kapcsolataiban**, majd az értéket írja az állítás mellé az üres helyre. A befejezés előtt szíveskedjen még egyszer ellenőrizni, hogy egyetlen kérdés se maradjon megválaszolatlanul!

| 1. Egyáltalán nem jellemző rám | 2. Nem jellemző rám | 3. Inkább nem jellemző rám | 4. Jellemző is rám és nem is | 5. Inkább jellemző rám | 6. Jellemző rám | 7. Teljesen jellemző rám |
|--------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|-----------------------------|
|--------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------|-----------------------------|

| | | |
|----|---|--|
| 1 | Inkább nem mutatom ki a párom előtt azt, hogy mit érzek legbelül. | |
| 2 | Félek attól, hogy elveszítem a partnerem szerelmét. | |
| 3 | Jó érzés megosztani a párommal a legbensőbb érzéseimet és gondolataimat. | |
| 4 | Gyakran aggódom amiatt, hogy a párom nem akar majd velem maradni. | |
| 5 | Nehezen engedem meg magamnak azt, hogy a partneremre támaszkodjak. | |
| 6 | Gyakran aggódom amiatt, hogy a partnerem nem szeret igazán engem. | |
| 7 | Jó érzés közel lenni a páromhoz. | |
| 8 | Aggódom amiatt, hogy én nem vagyok annyira fontos a szerelmeim számára, mint amennyire ők fontosak a számomra. | |
| 9 | Kényelmetlen számomra megnyílni egy párkapcsolatban. | |
| 10 | Gyakran vágyom arra, hogy bárcsak a párom érzései ugyanolyan erősek legyenek irántam, mint az én érzéseim iránta. | |
| 11 | Jobban kedvelem azt, ha nem túl szoros a kapcsolatom a párommal. | |
| 12 | Sokat aggódom a kapcsolataim miatt. | |
| 13 | Többnyire kényelmetlenül érzem magam, ha a párom túlságosan közel akar kerülni hozzám. | |
| 14 | Amikor a párom nincs velem, aggódom, hogy valaki más iránt kezd el érdeklődni. | |
| 15 | Viszonylag könnyen közel tudok kerülni a partnereimhez. | |
| 16 | Amikor kimutatom az érzéseimet a partnerem felé, félek, hogy ő nem érzi ugyanazt irántam. | |
| 17 | Nem esik nehezemre közel kerülni a páromhoz. | |
| 18 | Ritkán aggódom amiatt, hogy a párom elhagy engem. | |
| 19 | Általában megbeszélem a problémáimat és a gondjaimat a párommal. | |
| 20 | A párom elbizonytalanít engem önmagammal kapcsolatban. | |
| 21 | Nehéz időkből segítséget jelent számomra az, ha a páromra támaszkodom. | |
| 22 | Ritkán aggódom amiatt, hogy magamra maradok. | |
| 23 | Szinte mindent megbeszélék a partneremmel. | |
| 24 | Úgy érzem, a partnere(i)m nem akarnak olyan szoros kapcsolatba kerülni velem, mint amelyet én szeretnék. | |
| 25 | Megbeszélem a párommal a dolgokat. | |
| 26 | Partnereim hozzám fűződő érzései időnként számomra érthetetlen okból megváltoznak. | |
| 27 | Ideges leszek, amikor a partnereim nagyon közel akarnak kerülni hozzám. | |
| 28 | A nagyon szoros kapcsolat iránti vágyam néha elriasztja az embereket. | |
| 29 | Jó érzés a páromra támaszkodni. | |
| 30 | Félek, hogyha a párom igazán megismerne, nem szeretné azt, aki én valójában vagyok. | |
| 31 | Nem okoz problémát az, hogy a páromra támaszkodjak. | |
| 32 | Teljesen kiborulok, amikor nem kapom meg azt a gyöngédséget és támogatást a partneremtől, amire szükségem lenne. | |
| 33 | Nem okoz nehézséget számomra az, hogy a párommal gyengéd legyek. | |
| 34 | Aggódom amiatt, hogy nem tudok megfelelni más emberek elvárásainak. | |
| 35 | A párom igazán megért engem és az igényeimet. | |
| 36 | Úgy tűnik, a párom akkor figyel csak rám, amikor dühös vagyok. | |

4. MELLÉKLET

5. KAPCSOLATOK KÉRDŐÍV 2 – (ASQ-H)

Kérem, jelölje be, hogy mennyire ért egyet az alábbi állításokkal! Az egyes állításokat hatféle módon értékelheti:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|----------------------------|-----------------|-------------------------|--------------------|------------|-------------------------|
| Egyáltalán nem értek egyet | Nem értek egyet | Kevésbé nem értek egyet | Kevésbé egyetértek | Egyetértek | Határozottan egyetértek |

| | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Egészsében véve én egy értékes ember vagyok | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2 | Könnyebben meg lehet engem ismerni, mint másokat | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3 | Biztos vagyok benne, hogy mások ott lesznek nekem, amikor szükségem lesz rájuk | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4 | Inkább magamra szeretek számítani, mintsem másoktól függeni | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5 | Szívesebben vagyok magamban | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6 | Segítséget kérni annyi, mint beismerni, hogy sikertelen vagyok | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | Az emberek értékességét az eredményeik alapján kellene megítélni | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8 | Fontosabb, hogy eredményeket érjünk el, mint hogy kapcsolatokat építsünk | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9 | Fontosabb az, hogy megtegyük a kötelességünket, mint az hogy jól kijöjjünk másokkal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10 | Ha van egy feladatod, azt meg kell tenned, függetlenül attól, hogy valaki megbántódik-e | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11 | Fontos számomra, hogy mások kedveljenek | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12 | Fontos számomra, hogy elkerüljem, hogy olyan dolgokat tegyek, ami másoknak nem tetszene | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13 | Nehezen hozok döntést, ha nem tudom, hogy mások mit gondolnak | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14 | Kapcsolataim általában felszínesek | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15 | Néha azt gondolom, hogy semmit sem érek | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16 | Nehezen bízom meg másokban | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17 | Nehéz számomra másoktól függeni | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18 | Úgy találok, hogy mások vonakodnak olyan közel kerülni hozzám, mint amennyire én szeretném | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19 | Viszonylag könnyen kerülök közel másokhoz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20 | Könnyen bízom meg másokban | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21 | Nem okoz kellemetlen érzést másoktól függenem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|---|
| 22 | Aggaszt, hogy mások számára nem vagyok annyira fontos, mint amennyire ők fontosak az én számomra | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23 | Aggaszt, ha mások túl közel kerülnek hozzám | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24 | Aggaszt, hogy nem érek fel másokkal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25 | Vegyes érzéseim vannak azzal kapcsolatban, ha túl közel kerülök másokhoz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26 | Bár szeretnék közel kerülni másokhoz, kényelmetlenül érzem magam ezzel kapcsolatban | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27 | Nem értem, miért akarna bárki kapcsolatba lépni velem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28 | Nagyon fontos számomra, hogy legyen egy szoros kapcsolatom | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29 | Sokat aggódom a kapcsolataim miatt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30 | Nem tudom, hogyan birkóznék meg az élettel úgy, ha nem lenne valakim, aki szeret | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31 | Biztos vagyok a kapcsolataimban | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32 | Gyakran érzem úgy, hogy kihagytak valamiből, vagy, hogy magányos vagyok | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33 | Gyakran aggódom amiatt, hogy nem igazán illek az emberek közé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34 | Másoknak megvannak a maguk problémái, úgyhogy én nem terhelem őket az enyéimmel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 35 | Ha másokkal átbeszélem a problémáimat, általában szégyellem, vagy nevetségesnek érzem magam | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 36 | Egyéb teendőim túlságosan lefoglalnak ahhoz, hogy sok időt fektessek kapcsolataimba | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 37 | Ha valami bánt, mások általában tudnak erről, és törődnek velem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 38 | Biztos vagyok abban, hogy mások szeretni és tisztelni fognak engem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 39 | Felbosszant, ha másokat nem lehet elérni, amikor szükségem van rájuk | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 40 | Az emberek gyakran okoznak nekem csalódást | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

5 MELLÉKLET

SZÜLŐI BÁNÁSMÓD KÉRDŐÍVE - Édesanya (H-PBI)

Az alábbi állítások különféle szülői nézeteket és viselkedési formákat sorolnak fel. Kérem, hogy gyermekkori emlékei (első 16 év) alapján minden egyes sorban jelölje be, hogyan jellemezhető az Ön **édesanyja**. Az állításokat négyféle módon értékelheti:

| 1. Egyáltalán nem igaz/ egyáltalán nem illik rá | 2 Alig igaz/ kevésbé illik rá | 3. Általában igaz/ nagyjából helytálló | 4. Nagyon jellemző rá/az állítás pontosan illik rá |
|--|-------------------------------|---|---|
|--|-------------------------------|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Meleg, barátságos hangon beszélt hozzám. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Kevesebbet segített, mint amire szükségem lett volna. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Engedte, hogy azt tegyem, amihez kedvem volt. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Érzelmileg hideg volt hozzám. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Úgy éreztem, hogy megérti a problémáimat, gondjaimat. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Gyengéd volt velem. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Szerette, ha én döntöttem a dolgaiban. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Nem akarta, hogy felnőtte váljak. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Igyekezett mindenben irányítani. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Mindent tudni akart a magánügyeimről. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Szerette megbeszélni velem a dolgokat. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Gyakran mosolygott rám. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Úgy bánt velem, mintha egészen kis gyerek volnék. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Nem értette, hogy mit szeretnék, vagy mire van szükségem. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Engedte, hogy döntsek a saját dolgaiban. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Érezte, hogy a terhére vagyok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Meg tudott vigasztalni, ha valami bántott. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Nem sokat beszélgetett velem. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Igyekezett függő, önállóan helyzetben tartani. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Úgy érezte, hogy nélküle nem tudnék gondoskodni magamról. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Annyira engedett szabadjára, amennyire akartam. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Annyit engedett eljárni otthonról, amennyit akartam. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Túlzottan óvott mindentől. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Nem dicsért meg. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Hagyta, hogy úgy öltözködjem, ahogy nekem tetszik. | 1 | 2 | 3 | 4 |

SZÜLŐI BÁNÁSMÓD KÉRDŐÍVE - Édesapa (H-PBI)

Az alábbi állítások különféle szülői nézeteket és viselkedési formákat sorolnak fel. Kérem, hogy gyermekkori emlékei (első 16 év) alapján minden egyes sorban jelölje be, hogyan jellemezhető az Ön **édesapja**. Az állításokat négyféle módon értékelheti:

| 1. Egyáltalán nem igaz/ egyáltalán nem illik rá | 2. Alig igaz/ kevésbé illik rá | 3. Általában igaz/ nagyjából helytálló | 4. Nagyon jellemző rá/az állítás pontosan illik rá |
|--|--------------------------------|---|---|
|--|--------------------------------|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Meleg, barátságos hangon beszélt hozzám. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Kevesebbet segített, mint amire szükségem lett volna. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Engedte, hogy azt tegyem, amihez kedvem volt. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Érzelmileg hideg volt hozzám. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Úgy éreztem, hogy megérti a problémáimat, gondjaimat. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Gyengéd volt velem. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Szerette, ha én döntöttem a dolgaimban. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Nem akarta, hogy felnőtté váljak. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Igyekezett mindenben irányítani. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Mindent tudni akart a magánügyeimről. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Szerette megbeszélni velem a dolgokat. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Gyakran mosolygott rám. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Úgy bánt velem, mintha egészen kis gyerek volnék. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Nem értette, hogy mit szeretnék, vagy mire van szükségem. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Engedte, hogy döntsek a saját dolgaimban. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Érezte, hogy a terhére vagyok. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Meg tudott vigasztalni, ha valami bántott. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Nem sokat beszélgetett velem. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Igyekezett függő, önállótlan helyzetben tartani. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Úgy érezte, hogy nélküle nem tudnék gondoskodni magamról. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Annyira engedett szabadjára, amennyire akartam. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Annyit engedett eljárni otthonról, amennyit akartam. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Túlzottan óvott mindentől. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Nem dicsért meg. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Hagyta, hogy úgy öltözködjem, ahogy nekem tetszik. | 1 | 2 | 3 | 4 |

6.MELLÉKLET

Young-féle Séma Kérdőív

Név: _____

Dátum: _____

Az alábbi lista olyan állításokat tartalmaz, melyek segítségével bárki jellemezheti saját magát. Kérjük, olvassa el az egyes állításokat, és értékelje, hogy mennyire illenek Önre. Amennyiben bizonytalan, választát arra alapozza, amit igaznak érez, és ne mérlegelés alapján döntsön.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|----------------------------|--|--------------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Egyáltalán nem igaz rám | Többnyire nem igaz rám | Többször igaz rám, mint nem | Valamennyire igaz rám | Többnyire igaz rám | Tökéletesen igaz rám |
| 1. | Az emberek nem elérhetőek érzelmi szükségleteim kielégítésére. | | | | |
| 2. | Nem kaptam szeretet és figyelmet. | | | | |
| 3. | Többnyire nem volt senkim, akinek tanácsot vagy érzelmi támogatásért fordulhattam volna. | | | | |
| 4. | Többnyire nem volt senkim, aki gondoskodott volna rólam, megosztotta volna velem az életét, vagy igazán érdekelt volna minden, ami velem történik. | | | | |
| 5. | Életem során legtöbbször nem volt olyan személy, aki közeledni próbált volna hozzám, és sok időt szánt volna arra, hogy együtt legyünk. | | | | |
| 6. | Általában nem voltak olyan emberek, akik melegséget, biztonságot, és szeretetet adtak volna. | | | | |
| 7. | Életem során többnyire nem éreztem, hogy valaki számára különösen fontos vagyok. | | | | |
| 8. | Többnyire nem volt olyan személy, aki valóban meghallgatott és megértett volna, risztában lett volna valódi szükségleteimmel, érzelmeimmel. | | | | |
| 9. | Ritkán volt részem abban, hogy egy rátermett személy igaz tanácsot és útmutatást nyújtott volna, amikor nem tudtam, mihez kezdjek. | | | | |
| | | | | | Ed. |
| 10. | Aggódom, hogy azok, akiket szeretek hamarosan meghalnak, annak ellenére, hogy nincs olyan egészségügyi problémájuk, ami ezt indokolta tenné. | | | | |
| 11. | Azt veszem észre, hogy a hozzám közel állókhoz botgaszen ragaszkodom, mert attól félek, hogy el fognak hagyni. | | | | |
| 12. | Aggódom, hogy szeretteim elhagynak, vagy elhagyvaóknak. | | | | |
| 13. | Úgy érzem, nincsen stabil, érzelmi támaszom. | | | | |
| 14. | Nem hiszem, hogy a fontos kapcsolatok örökké tartanak, azt hiszem, előbb-utóbb véget érnek. | | | | |
| 15. | A függőségig ragaszkodom az olyan partnerkapcsolatokhoz, ahol a másik fél nem tudja elkötelezni magát irántam. | | | | |
| 16. | Végül, azt hiszem, egyedül maradok. | | | | |
| 17. | Késébe esek, mikor azt érzem, hogy egy szeretett személy kezd eltávolodni tőlem. | | | | |
| 18. | Néha annyira félek, hogy elhagynak, hogy inkább elüldözöm magamtól az embereket. | | | | |
| 19. | Nagyon felzaklat, ha valaki elhagy, akár csak rövid időre is. | | | | |
| 20. | Nem számíthatok arra, hogy azok, akik támogatnak, rendszerint velem lesznek, amikor erre szükségem van. | | | | |
| 21. | Nem engedhetem meg magamnak, hogy túl közel kerüljek másokhoz, mert soha sem lehetek biztos benne, hogy mindig mellettem lesznek, amikor kell. | | | | |
| 22. | Úgy tűnik, az életemben legfontosabb szerepet játszó személyek mindig jönnek és mennek. | | | | |
| 23. | Sokat aggódom amiatt, hogy az általam szeretett személyek találjanak valakit, akit nálam jobban szeretnek, és elhagynak. | | | | |
| 24. | A hozzám közel állók mindig nagyon kiszámíthatatlanok voltak. Egyik percben figyelmesek és kedvesek, a másikon haragosak, zaklatottak, magukba zárkóznak, veszekeszenek stb. | | | | |
| 25. | Annyira szükségem van másokra, hogy aggódom, mi lesz, ha elveszítem őket. | | | | |
| 26. | Annyira védtelennek érzem magam, ha nincs mellettem valaki, aki megvédjen, hogy sokszor aggódom, elveszíthetem támaszaimat. | | | | |
| 27. | Nem adhatom igazán önmagamot, és nem fejezhetem ki azt, aki valójában vagyok, mert akkor elhagynának. | | | | |
| | | | | | Ab. |

6. MELLÉKLET

SEMMELWEIS EGYETEM
REGIONÁLIS, INTÉZMÉNYI
TUDOMÁNYOS ÉS
KUTATÁSETIKAI BIZOTTSÁG
1091 Budapest, Üllői út 93.
Telefon: 215-5038 Fax: 215-6228
Levél cím: 1450 Budapest, Pf.: 9/41.
e-mail: sotonyi.peter@med.semmelweis-univ.hu
www.tukeb.sote.hu

SEMMELWEIS UNIVERSITY
REGIONAL AND INSTITUTIONAL
COMMITTEE OF SCIENCE
AND RESEARCH ETHICS
Üllői st. 93., Budapest, H-1091
Phone: (36-1) 215-5038 Fax: (36-1) 215-6228
Mailing address: H-1450 Budapest P.O.B. 9/41.

Elnök:

Dr. Sótónyi Péter
igazságügyi orvos

Titkár:

Dr. Dósa Agnes
orvos-jogász

Tegok:

Dr. Béres Tamás
teológus

Dr. Busch Béla
jogász

Dr. Fekete György
gyermekgyógyász

Hrehuss György
mérnök, laikus tag

Dr. Imrei László
fül-orr-gégész

Karcagné
Jászberényi Valéria
klinika vezető főnővér

Kelemen Lászlóné
közgazdász, laikus tag

Dr. Köles László
farmakológus

Dr. Madléná Melinda
fogorvos

Dr. Molvarec Attila
szülész-nőgyógyász

Dr. Pulay István
sebész

Dr. Sréter Lídia
belgyógyász, hematológus

Dr. Takács István
belgyógyász, endokrinológus,
farmakológus

Dr. Zana Agnes
orvos-etikus

TUKEB szám: 51/2014.

Protokoll: -

Désfalvi Judit
pszichológus, vizsgálatvezető
I. sz. Belgyógyászati Klinika
Onkológiai Részleg

Budapest

Tárgy: „Kötődési stílus, és fejlődési pszichopatológia vizsgálata rák-, és alkoholbeteg nők körében” című kutatás

Tisztelt Vizsgálatvezető!

A Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága a 2014. március 31-én megtartott ülésén az alábbi döntést hozta:

A bizottság a kutatási tervet szakmai és etikai szempontból megfelelőnek, valamint az intézmény tárgyi és személyi feltételeit a kutatás végzésére alkalmasnak találta.

A bizottság fenti döntését az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló 23/2002. (V.9.) és a 31/2009. (X.20.) EüM rendelet alapján hozta.

Felhívjuk figyelmét az adatvédelemmel kapcsolatos jogszabályok szigorú betartására. (1997. évi XLVII. törvény 21. §: az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről. 2011. évi CXII. törvény: az információk önrendelkezési jogról és az információszabadságról.)

Tájékoztatásul közöljük, az IKEB bármikor ellenőrizheti, hogy a kutatást, vizsgálatot a kutatási tervben és az engedélyben előírtaknak megfelelően végzik-e [23/2002. (V.9.) EüM rendelt 18. §].

Budapest, 2014. április 10.

Semmelweis Egyetem
Regionális, Intézményi
Tudományos és Kutatásetikai Bizottság

1091 Budapest, Üllői út 93.
Telefon: 215-5038 Fax: 215-6228
Levél cím: 1450 Budapest, Pf.: 9/41

Dr. Sótónyi Péter
egyetemi tanár

Kérem, a fenti TUKEB számra minden esetben hivatkozni szíveskedjék.

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

„Kötődés, kötődési stílus, kapcsolatok és megküzdési módok” kérdőív-batteria, valamint projektív tesztek (Madárfészekrajz-teszt) kitöltéséhez amelyek kapcsolódnak a

„Kötődési stílus, és fejlődési pszichopatológia vizsgálata emlőrákbeteg nők körében.” című vizsgálathoz.

Vizsgálóhely neve:

Vizsgálatvezető neve és beosztása: Désfalvi Judit pszichológus
(desfalvijudit@gmail.com)

Beteg bevonási száma (kérdőív száma): 9 kérdőív + 2 projektív (rajzos) teszt

Beteg nevének kezdőbetűi:

Születési hely, idő:

Én, _____ [1] (szül. hely, idő _____) szóbeli tájékoztatást kaptam a fenti vizsgálatról és elolvastam a mellékelt Betegtájékoztatót. Kellő és elegendő tájékoztatásban részesültem a vizsgálat kivitelezésének mikéntjéről, annak rám vonatkozó részeit megértettem. Lehetőségem volt a kapott információkat megbeszélni, kérdéseket feltenni. Ezen nyilatkozat aláírásával cselekvőképességem tudatában kijelentem, hogy részt kívánok venni a fent részletezett tudományos vizsgálatban. Beleegyezem a vizsgálatban való részvételbe és részvételem teljesen önkéntes. Megértettem, hogy beleegyezésemet bármikor, indoklás nélkül visszavonhatom, és ez nem befolyásolja orvosi ellátásomat.

Ezen Írásos Beleegyezési Nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy személyes adataimat, a Betegtájékoztatóban leírt módon használják fel, ezekből a kutatás szempontjából jelentős következtetéseket vonjanak le, így segítve a későbbiekben ezen betegség diagnosztikus és terápiás lehetőségeinek bővülését.

Megértettem, hogy a tudományos kutatás tárgyát képező vizsgálatok nem jelentenek veszélyt egészségi állapotomra, illetve nem befolyásolják folyamatban lévő kezeléseim eredményességét.

igen *nem*

.....
a beteg aláírása

.....
dátum a beteg kézírásával

.....
a tájékoztatást végző pszichológus aláírása

.....
dátum

.....
pszichológus aláírása nyomtatott nagybetűkkel

BETEGTÁJÉKOZTATÓ

„*Kötődési stílus, és fejlődési pszichopatológia vizsgálata mellrák beteg nők körében.*” c.
vizsgálathoz

Vizsgálóhely neve: Semmelweis Egyetem Onkológiai Központ

Vizsgálatvezető neve és beosztása: Dészfalvi Judit pszichológus (desfalvijudit@gmail.com)

Beteg bevonási száma (kérdőív száma): 9 kérdőív + 2 projektív (rajzos) tesztek

Beteg nevének kezdőbetűi:

Kedves Betegünk!

Arra kérjük Önt, hogy vegyen részt egy klinikai vizsgálatban. Mielőtt döntene részvételéről, fontos, hogy megértse, mi a vizsgálat célja, milyen velejárói vannak, hogyan használják fel az Öntől származó adatokat, melyek a lehetséges előnyök, kockázatok és kellemetlenségek. Kérjük, olvassa el figyelmesen az alábbi tájékoztatót, és ha óhajtja, beszélje meg a kezelő-, illetve házi orvosával is.

Mi a vizsgálat háttere és célja?

A modern pszichológiai megközelítés szoros kapcsolatot tételez fel a családi kommunikáció, az érzelmi-, a gyermek-gondozói kapcsolatok minősége és a fejlődés irányai között azt hangsúlyozva, hogy a viselkedésváltozása másokból új típusú reakciókat válthat ki.

Jelen kutatás célja, hogy a modern szemlélet tükrében vizsgálja meg, hogy mely kötődési mintázatok azok, amelyek azonosíthatóak, illetve elkülöníthetőek a rákbetegségben, illetve az alkoholbetegségben szenvedő nők körében, s olyan összefüggéseknek a keresése, amelyek előjelző erővel bírhatnak a rákbetegség illetve az alkoholbetegség kimenetelének szempontjából.

A vizsgálat részletes leírása

A vizsgálatban kérdőíveket és úgynevezett projektív teszteket alkalmazunk.

A kérdőív-csomag úgynevezett papír-ceruza tesztbattériából áll, Egy ilyen tesztcsomag 9 féle kérdőívet tartalmaz. A „projektív” tesztek – pontosan kettő ilyen teszt része a vizsgálatnak - képeket és rajzokat illetve a róluk való beszélgetéseket jelentik.

Egyéb beavatkozás nem történik.

Kötelező-e a részvétel?

Az Ön döntésén múlik, hogy részt vesz-e. Ha nem kíván részt venni a klinikai vizsgálatban, az *semmilyen hátrányt nem jelent* Önnek és továbbra is jogosult marad az Önt megillető gyógyszeres és orvosi kezelésre. Ha úgy határoz, hogy részt vesz a vizsgálatban, akkor alá kell írnia ezt a Betegtájékoztatót és a mellékelt írásos beleegyezési nyilatkozatokat” is.

Ha a részvétel mellett dönt, a későbbekben a beleegyezését szóban vagy írásban indoklás nélkül *bármikor visszavonhatja*. Ez nem befolyásolja további egészségügyi ellátásának színvonalát.

Fontos tudnia, hogy az Ön beleegyezése önkéntes és befolyástól mentes, azt akár szóban, akár írásban visszavonhatja anélkül, hogy az az Ön számára hátránnyal járna.

Mi történik, ha részt vesz a vizsgálatban?

A kérdőív-csomag úgynevezett „önkitöltős” tesztbattériából áll, amely azt jelenti, hogy Ön a tesztcsomagot a saját ütemében, akár bent a kórházban, de saját otthonában is kitöltheti. A csomag kitöltése egyéntől függően 25-40 perc lehet. A kérdéseken nem kell túl sokat gondolkodni, mindig az első gondolatot javasolt megjelölni. Nincsenek jó vagy rossz válaszok! A „projektív” tesztek – pontosan kettő ilyen teszt része a vizsgálatnak – Ön és a vizsgálat vezetője közösen végeznek el. Ezek kisebb kötetlen, vagy előre meghatározott kérdések alapján történő beszélgetések. Időtartamuk szintén személytől függő, átlagosan kb. 50-60 percet vesznek igénybe.

Jelent-e a részvétel plusz költséget?

A vizsgálattal kapcsolatban költségtérítést nem áll módunkban adni.

Hogyan kezelik személyes adataimat?

Az „Írásos Beleegyező Nyilatkozat” című dokumentum aláírásával Ön hozzájárul ahhoz, hogy kezelőorvosa és a vizsgálatához tartozó személyzet az alább felsorolt személyes adatait a vizsgálat során összegyűjtse és felhasználja:

születési dátuma,

neme,

testi és lelki egészségére, illetve betegségére vonatkozó adatai,

bármely más, olyan személyes adata, melyet a vizsgálatban való részvételkor vagy az után követés során nyertek.

Kezelőorvosa/pszichológusa személyes adatait a vizsgálat adminisztrációjához, lebonyolításához, tudományos és statisztikai elemzéshez fogja felhasználni az adatvédelmi törvény figyelembevételével. Felelősséget vállal továbbá azért, hogy adatai ne juthassanak illetéktelenek kezébe.

Kötelező jellegű-e a részvétel?

A vizsgálatban való részvétel nem kötelező. A részvétel visszautasítása nem befolyásolja további ellátását és kezelését. Amennyiben részt kíván venni a vizsgálatban, alá kell írnia a Beleegyező Nyilatkozatot. A vizsgálatról abban az esetben is bármikor szabadon visszaléphet, ha már beleegyezését adta; ez az Ön további ellátására és kezelésére semmilyen következménnyel nem fog járni.

Kihez fordulhatok, ha további információra vagy segítségre van szükségem?

Ha a vizsgálattal kapcsolatban bármilyen kérdése merül fel, kérjük, forduljon a Betegtájékoztató első oldalán feltüntetett vizsgálatvezetőhöz. A jelen betegtájékoztató aláírásával Ön kijelenti, hogy a tájékoztatót áttanulmányozta, kérdéseit feltehetően a tájékoztatót végző orvosnak/pszichológusnak, azokra kielégítő válaszokat kapott.

.....

Tájékoztatót végző orvos/pszichológus aláírása dátum

.....

Beteg aláírása dátum (a beteg saját kezével)

8. MELLÉKLET

A Szomatizáció alskála utóvizsgálati eredményének bemutatása

| Utóvizsgálat | t-teszt | | | | |
|--------------|---------|--------|-------|--------|------------------|
| | Átlag | Szórás | t | df | p |
| Normatíva | 0,530 | 0,530 | 4,683 | 82,107 | <0,001 |
| Emlőrákos | 0,919 | 0,672 | | | |
| Normatíva | 0,530 | 0,530 | 2,659 | 40,030 | 0,011 |
| Primer | 0,800 | 0,600 | | | |
| Normatíva | 0,530 | 0,530 | 4,079 | 35,278 | <0,001 |
| Áttétes | 1,049 | 0,730 | | | |
| Primer | 0,800 | 0,600 | 1,565 | 64,095 | 0,122 |
| Áttétes | 1,049 | 0,730 | | | |

9. MELLÉKLET

A Kényszer alskála utóvizsgálati eredményének bemutatása

| Utóvizsgálat | t-teszt | | | | |
|--------------|---------|--------|--------|--------|--------------|
| | Átlag | Szórás | t | df | p |
| Normatíva | 0,690 | 0,620 | 1,024 | 92,079 | 0,308 |
| Emlőrákos | 0,767 | 0,590 | | | |
| Normatíva | 0,690 | 0,620 | -0,896 | 43,493 | 0,375 |
| Primer | 0,610 | 0,520 | | | |
| Normatíva | 0,690 | 0,620 | 2,259 | 37,373 | 0,030 |
| Áttétes | 0,938 | 0,620 | | | |
| Primer | 0,610 | 0,520 | 2,405 | 64,680 | 0,019 |
| Áttétes | 0,938 | 0,620 | | | |

10. MELLÉKLET

Interperszonális alskála utóvizsgálati eredményének bemutatása

| Utóvizsgálat | Átlag | Szórás | t-teszt | | |
|--------------|-------|--------|---------|--------|--------------|
| | | | t | df | p |
| Normatíva | 0,700 | 0,650 | | | |
| Emlőrákos | 0,643 | 0,656 | -0,686 | 89,514 | 0,494 |
| Normatíva | 0,700 | 0,650 | | | |
| Primer | 0,465 | 0,490 | -2,748 | 45,385 | 0,009 |
| Normatíva | 0,700 | 0,650 | | | |
| Áttétes | 0,837 | 0,759 | 1,025 | 36,184 | 0,312 |
| Primer | 0,465 | 0,490 | | | |
| Áttétes | 0,837 | 0,759 | 2,424 | 55,619 | 0,019 |

11. MELLÉKLET

Depresszió alskála utóvizsgálati eredményének bemutatása

| Utóvizsgálat | Átlag | Szórás | t-teszt | | |
|--------------|-------|--------|---------|--------|--------------|
| | | | t | df | p |
| Normatíva | 0,830 | 0,730 | | | |
| Emlőrákos | 1,079 | 0,847 | 2,363 | 84,569 | 0,020 |
| Normatíva | 0,830 | 0,730 | | | |
| Primer | 0,881 | 0,788 | 0,386 | 40,446 | 0,702 |
| Normatíva | 0,830 | 0,730 | | | |
| Áttétes | 1,294 | 0,867 | 3,051 | 36,073 | 0,004 |
| Primer | 0,881 | 0,788 | | | |
| Áttétes | 1,294 | 0,867 | 2,091 | 66,818 | 0,040 |

12. MELLÉKLET

Szorongás alskála utóvizsgálati eredményének bemutatása

| Utóvizsgálat | Átlag | Szórás | t-teszt | | |
|--------------|-------|--------|---------|--------|--------------|
| | | | t | df | p |
| Normatíva | 0,660 | 0,620 | | | |
| Emlőrákos | 0,762 | 0,666 | 1,222 | 87,132 | 0,225 |
| Normatíva | 0,660 | 0,620 | | | |
| Primer | 0,570 | 0,593 | -0,886 | 41,702 | 0,381 |
| Normatíva | 0,660 | 0,620 | | | |
| Áttétes | 0,971 | 0,685 | 2,576 | 36,566 | 0,014 |
| Primer | 0,570 | 0,593 | | | |
| Áttétes | 0,971 | 0,685 | 2,621 | 65,603 | 0,011 |

13. MELLÉKLET

Fóbia alskála utóvizsgálati eredményének bemutatása

| Utóvizsgálat | Átlag | Szórás | t | t-teszt | |
|--------------|-------|--------|--------|---------|--------------|
| | | | | df | p |
| Normatíva | 0,470 | 0,520 | 0,360 | 84,630 | 0,720 |
| Emlőrákos | 0,497 | 0,602 | | | |
| Normatíva | 0,470 | 0,520 | -2,044 | 43,530 | 0,047 |
| Primer | 0,317 | 0,435 | | | |
| Normatíva | 0,470 | 0,520 | 1,834 | 35,403 | 0,075 |
| Áttétes | 0,693 | 0,697 | | | |
| Primer | 0,317 | 0,435 | 2,703 | 54,465 | 0,009 |
| Áttétes | 0,693 | 0,697 | | | |

14. MELLÉKLET

Paranoia alskála utóvizsgálati eredményének bemutatása

| Utóvizsgálat | Átlag | Szórás | t | t-teszt | |
|--------------|-------|--------|--------|---------|--------------|
| | | | | df | p |
| Normatíva | 0,620 | 0,670 | -1,221 | 96,553 | 0,225 |
| Emlőrákos | 0,528 | 0,584 | | | |
| Normatíva | 0,620 | 0,670 | -3,005 | 48,208 | 0,004 |
| Primer | 0,383 | 0,446 | | | |
| Normatíva | 0,620 | 0,670 | 0,554 | 37,292 | 0,583 |
| Áttétes | 0,686 | 0,676 | | | |
| Primer | 0,383 | 0,446 | 2,211 | 56,381 | 0,031 |
| Áttétes | 0,686 | 0,676 | | | |

15. MELLÉKLET

Az összefüggésekhez tartozó Pearson-korrelációs r és szignifikancia értékeket az alábbi táblázat tartalmazza.

| | Áttét | | Szubjektív egészségi állapot | |
|-------------------------------|--------------|--------------|------------------------------|--------------|
| | r | p | r | p |
| SCL - szomatizáció | 0,187 | 0,119 | -0,308 | 0,009 |
| SCL - kényszer | 0,280 | 0,018 | -0,289 | 0,014 |
| SCL – interpersz. érzékenység | 0,285 | 0,016 | -0,358 | 0,002 |
| SCL - depresszió | 0,245 | 0,039 | -0,344 | 0,003 |
| SCL - szorongás | 0,303 | 0,010 | -0,282 | 0,017 |
| SCL - ellenségesség | 0,145 | 0,228 | -0,204 | 0,087 |
| SCL - fóbia | 0,315 | 0,008 | -0,180 | 0,134 |
| SCL - paranoiditás | 0,261 | 0,028 | -0,267 | 0,024 |
| SCL - pszichoticizmus | 0,145 | 0,227 | -0,129 | 0,285 |

N = 71

16. MELLÉKLET

Áttét hatása a kényszerre: $F(1, 68) = 5.8721$ $p = .0180$ $R^2 = .0784$ $\beta_c = .2797$

Az áttét és a szubjektív egészségi állapot (SRH) együttes hatása a kényszerre: $F(2, 68) = 4.6662$ $p = .0126$ $R^2 = .1207$. $\beta_c = .2046$ $t(68) = 1.6913$ $p = .0954$; $\beta_b = -.2090$ $t(68) = -1.8076$ $p = .0751$

Áttét direkt hatása: $\beta_c = .2046$ $t(68) = 1.6913$ $p = .0954$
Áttét szubjektív egészségi állapoton keresztül megvalósuló indirekt hatása: $\beta_{ab} = .0752$ $CI_1 = .0057$ $CI_2 = .2110$

Áttét hatása a depresszióra: $F(1, 68) = 4.4092$ $p = .0394$ $R^2 = .0601$ $\beta_c = .2448$

Az áttét és a szubjektív egészségi állapot (SRH) együttes hatása a depresszióra: $F(2, 68) = 5.3698$ $p = .0068$ $R^2 = .1364$. $\beta_c = .1438$ $t(68) = 1.1994$ $p = .2345$; $\beta_b = -.2809$ $t(68) = -2.4516$ $p = .0168$

Áttét direkt hatása: $\beta_c = .1438$ $t(68) = 1.1994$ $p = .2345$
Áttét szubjektív egészségi állapoton keresztül megvalósuló indirekt hatása: $\beta_{ab} = .1010$ $CI_1 = .0174$ $CI_2 = .2597$

Áttét hatása a interperszonális érzékenységre: $F(1, 68) = 6.0890$ $p = .0161$ $R^2 = .0811$ $\beta_c = .2844$

Az áttét és a szubjektív egészségi állapot (SRH) együttes hatása az interperszonális érzékenységre: $F(2, 68) = 6.3735$ $p = .0029$ $R^2 = .1579$. $\beta_c = .1831$ $t(68) = 1.5470$ $p = .1265$; $\beta_b = -.2817$ $t(68) = -2.4898$ $p = .0152$

Áttét direkt hatása: $\beta_c = .1831$ $t(68) = 1.5470$ $p = .1265$
Áttét szubjektív egészségi állapoton keresztül megvalósuló indirekt hatása: $\beta_{ab} = .1013$ $CI_1 = .0163$ $CI_2 = .2167$

Áttét hatása a szorongásra: $F(1, 68) = 2.6373$ $p = .0103$ $R^2 = .0916$ $\beta_c = .3022$

Az áttét és a szubjektív egészségi állapot (SRH) együttes hatása a szorongásra: $F(2, 68) = 4.9725$ $p = .0096$ $R^2 = .1276$. $\beta_c = .2329$ $t(68) = 1.9329$ $p = .0504$; $\beta_b = -.1929$ $t(68) = -1.6755$ $p = .0984$

Áttét direkt hatása: $\beta_c = .2329$ $t(68) = 1.9329$ $p = .0504$

Áttét szubjektív egészségi állapoton keresztül megvalósuló indirekt hatása: $\beta_{ab} = .0694$ $CI_1 = .0026$ $CI_2 = .2061$

Áttét hatása a paranoiditásra: $F(1, 68) = 5.0560$ $p = .0277$ $R^2 = .0683$ $\beta_c = .2610$
 Az áttét és a szubjektív egészségi állapot (SRH) együttes hatása a paranoiditásra: $F(2, 68) = 3.9391$ $p = .0241$ $R^2 = .1038$. $\beta_{c'} = .1920$ $t(68) = 1.5727$ $p = .1204$; $\beta_b = -.1917$ $t(68) = -1.6425$ $p = .1051$

Áttét direkt hatása: $\beta_{c'} = .1920$ $t(68) = 1.5727$ $p = .1204$
Áttét szubjektív egészségi állapoton keresztül megvalósuló indirekt hatása: $\beta_{ab} = .0689$ $CI_1 = -.0168$ $CI_2 = .2099$

17. MELLÉKLET

KFE

Utóvizsgálat

Összehasonlított minták mutatói

t-teszt

| | Átlag | Szórás | t | df | p | r |
|---------------|--------------|---------------|----------|-----------|----------|----------|
| Normatíva | 3,556 | 0,725 | -3,939 | 145,201 | 0,000 | 0,181 |
| Emlőrákos | 3,239 | 0,677 | | | | |
| Normatíva | 3,556 | 0,725 | -3,898 | 60,407 | 0,000 | 0,188 |
| Áttét nélküli | 3,146 | 0,674 | | | | |
| Normatíva | 3,556 | 0,725 | -1,999 | 55,539 | 0,051 | 0,098 |
| Áttétes | 3,339 | 0,675 | | | | |
| Áttét nélküli | 3,146 | 0,674 | 1,368 | 88,591 | 0,175 | 0,144 |
| Áttétes | 3,339 | 0,675 | | | | |

ATO

Utóvizsgálat

Összehasonlított minták mutatói

t-teszt

| | Átlag | Szórás | t | df | p | r |
|---------------|--------------|---------------|----------|-----------|----------|----------|
| Normatíva | 3,435 | 0,777 | -8,071 | 124,005 | 0,000 | 0,353 |
| Emlőrákos | 2,596 | 0,914 | | | | |
| Normatíva | 3,435 | 0,777 | -6,689 | 54,710 | 0,000 | 0,312 |
| Áttét nélküli | 2,499 | 0,919 | | | | |
| Normatíva | 3,435 | 0,777 | -5,157 | 50,804 | 0,000 | 0,247 |
| Áttétes | 2,699 | 0,907 | | | | |
| Áttét nélküli | 2,499 | 0,919 | 1,048 | 88,738 | 0,297 | 0,110 |
| Áttétes | 2,699 | 0,907 | | | | |

ÖV

Utóvizsgálat

Összehasonlított minták mutatói

| | Átlag | Szórás | t | df | p | r |
|---------------|--------------|---------------|----------|-----------|----------|----------|
| Normatíva | 2,315 | 0,834 | 3,328 | 127,382 | 0,001 | 0,154 |
| Emlőrákos | 2,673 | 0,937 | | | | |
| Normatíva | 2,315 | 0,834 | 2,814 | 55,886 | 0,007 | 0,137 |
| Áttét nélküli | 2,715 | 0,928 | | | | |
| Normatíva | 2,315 | 0,834 | 2,074 | 51,103 | 0,043 | 0,102 |
| Áttétes | 2,627 | 0,956 | | | | |
| Áttét nélküli | 2,715 | 0,928 | -0,443 | 88,167 | 0,659 | 0,047 |
| Áttétes | 2,627 | 0,956 | | | | |

Elkerülés

Utóvizsgálat

Összehasonított minták mutatói

| | Átlag | Szórás | t | df | p |
|---------------|--------------|---------------|----------|-----------|----------|
| Normatíva | 1,847 | 0,914 | 7,492 | 148,120 | 0,000 |
| Emlőrákos | 2,849 | 1,114 | | | |
| Normatíva | 1,847 | 0,914 | 5,232 | 64,087 | 0,000 |
| Áttét nélküli | 2,709 | 1,038 | | | |
| Normatíva | 1,847 | 0,914 | 6,058 | 55,007 | 0,000 |
| Áttétes | 2,997 | 1,183 | | | |
| Áttét nélküli | 2,709 | 1,038 | 1,232 | 85,685 | 0,221 |
| Áttétes | 2,997 | 1,183 | | | |

Szorongás

Utóvizsgálat

Összehasonított minták mutatói

| | Átlag | Szórás | t | df | p |
|---------------|--------------|---------------|----------|-----------|----------|
| Normatíva | 1,875 | 0,950 | 8,936 | 161,775 | 0,000 |
| Emlőrákos | 3,021 | 1,040 | | | |
| Normatíva | 1,875 | 0,950 | 6,255 | 67,288 | 0,000 |
| Áttét nélküli | 2,879 | 0,998 | | | |
| Normatíva | 1,875 | 0,950 | 7,405 | 58,993 | 0,000 |
| Áttétes | 3,173 | 1,073 | | | |
| Áttét nélküli | 2,879 | 0,998 | 1,349 | 87,334 | 0,181 |
| Áttétes | 3,173 | 1,073 | | | |

18. MELLÉKLET

Anyai szeretet

Utóvizsgálat

Összehasonított minták mutatói

| | Átlag | Szórás | t | t-teszt df | p |
|---------------|--------------|---------------|----------|-----------------------|----------|
| Normatíva | 2,392 | 0,550 | -3,743 | 143,587 | 0,000 |
| Emlőrákos | 2,062 | 0,733 | | | |
| Normatíva | 2,392 | 0,550 | -1,880 | 61,125 | 0,065 |
| Áttét nélküli | 2,176 | 0,733 | | | |
| Normatíva | 2,392 | 0,550 | -3,854 | 55,081 | 0,000 |
| Áttétes | 1,938 | 0,720 | | | |
| Áttét nélküli | 2,176 | 0,733 | -1,550 | 87,538 | 0,125 |
| Áttétes | 1,938 | 0,720 | | | |

19. MELLÉKLET

Anyai korlátozás

Utóvizsgálat

Összehasonított minták mutatói

| | Átlag | Szórás | t | t-teszt df | p |
|---------------|--------------|---------------|----------|-----------------------|----------|
| Normatíva | 1,033 | 0,617 | 2,567 | 156,478 | 0,011 |
| Emlőrákos | 1,267 | 0,736 | | | |
| Normatíva | 1,033 | 0,617 | 1,253 | 61,931 | 0,215 |
| Áttét nélküli | 1,191 | 0,802 | | | |
| Normatíva | 1,033 | 0,617 | 2,852 | 62,258 | 0,006 |
| Áttétes | 1,349 | 0,655 | | | |
| Áttét nélküli | 1,191 | 0,802 | 1,023 | 86,946 | 0,309 |
| Áttétes | 1,349 | 0,655 | | | |

Apai korlátozás

Utóvizsgálat

Összehasonított minták mutatói

| | Átlag | Szórás | t | t-teszt df | p |
|---------------|--------------|---------------|----------|-----------------------|----------|
| Normatíva | 0,917 | 0,650 | 3,369 | 146,910 | 0,001 |
| Emlőrákos | 1,259 | 0,840 | | | |
| Normatíva | 0,917 | 0,650 | 1,819 | 62,952 | 0,074 |
| Áttét nélküli | 1,152 | 0,820 | | | |
| Normatíva | 0,917 | 0,650 | 3,288 | 54,953 | 0,002 |
| Áttétes | 1,376 | 0,855 | | | |
| Áttét nélküli | 1,152 | 0,820 | 1,263 | 86,494 | 0,210 |
| Áttétes | 1,376 | 0,855 | | | |

20. MELLÉKLET

Az ANOVA vizsgálatok eredményét az alábbi táblázat tartalmazza:

A YSK-sémák értékei

| | | F | df1 | df2 | p | R2 |
|---------------------------|---------------------------------|--------|-----|-----|------------------|-------|
| Elszakítotttság | Érzelmi depriváció | 2,026 | 2 | 245 | 0,134 | 0,016 |
| | Elhagyatottság | 1,175 | 2 | 245 | 0,310 | 0,010 |
| | Bizalmatlanság | 0,742 | 2 | 245 | 0,477 | 0,006 |
| | Társas izoláció | 0,544 | 2 | 245 | 0,581 | 0,004 |
| | Csökkentértékűség, szégyen | 0,716 | 2 | 245 | 0,490 | 0,006 |
| | Társas elutasítotttság | 0,207 | 2 | 245 | 0,813 | 0,002 |
| Károsodott autonómia | Kudarca ítéltés | 1,191 | 2 | 245 | 0,306 | 0,010 |
| | Dependencia | 2,310 | 2 | 245 | 0,101 | 0,019 |
| | Sérülékenység | 6,652 | 2 | 245 | 0,002 | 0,052 |
| | Összeolvadás | 5,135 | 2 | 245 | 0,007 | 0,040 |
| Kóros másokra irányultság | Behódolás | 2,208 | 2 | 245 | 0,112 | 0,018 |
| | Önfeláldozás | 11,163 | 2 | 245 | <0,001 | 0,084 |
| | Elismerés hajszolás | 0,299 | 2 | 245 | 0,742 | 0,002 |
| Aggályosság, gátoltság | Érzelmi gátoltság | 1,948 | 2 | 245 | 0,145 | 0,016 |
| | Könyörtelen mércék | 1,513 | 2 | 245 | 0,222 | 0,012 |
| | Negativizmus, pesszimizmus | 0,980 | 2 | 245 | 0,377 | 0,008 |
| | Büntető készenlét | 1,204 | 2 | 245 | 0,302 | 0,010 |
| Határok károsodott volta | Feljogosítotttság, grandiozitás | 0,291 | 2 | 245 | 0,747 | 0,002 |
| | Elégtelen önkontrol, önfegyelem | 1,503 | 2 | 245 | 0,225 | 0,012 |

21. MELLÉKLET

Normatíva, Primer és Áttétes csoportok YSK-sémák értékei

| | Átlag | Szórás | t | t-teszt df | p |
|-----------|-------|--------|-------|---------------|-------|
| Normatíva | 1,710 | 0,600 | 2,424 | 157,780 | 0,017 |
| Emlőrákos | 1,932 | 0,744 | | | |
| Normatíva | 1,710 | 0,600 | 0,526 | 74,934 | 0,601 |
| Primer | 1,763 | 0,607 | | | |
| Normatíva | 1,710 | 0,600 | 2,983 | 55,997 | 0,004 |
| Áttétes | 2,112 | 0,836 | | | |
| Primer | 1,763 | 0,607 | 2,267 | 78,158 | 0,026 |
| Áttétes | 2,112 | 0,836 | | | |

22. MELLÉKLET

A Normatíva, Primer és Áttétes csoportok YSK-sémák értékei

| | Átlag | Szórás | t | t-teszt df | p |
|-----------|-------|--------|-------|---------------|-------|
| Normatíva | 1,740 | 0,730 | 2,072 | 136,984 | 0,040 |
| Emlőrákos | 2,007 | 1,096 | | | |
| Normatíva | 1,740 | 0,730 | 0,468 | 63,018 | 0,642 |
| Primer | 1,810 | 0,953 | | | |
| Normatíva | 1,740 | 0,730 | 2,496 | 52,114 | 0,016 |
| Áttétes | 2,217 | 1,207 | | | |
| Primer | 1,810 | 0,953 | 1,775 | 81,773 | 0,080 |
| Áttétes | 2,217 | 1,207 | | | |

23. MELLÉKLET

A Normatíva, Primer és Áttétes csoportok YSK-sémák értékei

| | Átlag | Szórás | t | t-teszt df | p |
|-----------|-------|--------|--------|---------------|-------|
| Normatíva | 2,820 | 0,750 | 4,444 | 154,976 | 0,000 |
| Emlőrákos | 3,337 | 0,951 | | | |
| Normatíva | 2,820 | 0,750 | 3,563 | 64,523 | 0,001 |
| Primer | 3,353 | 0,940 | | | |
| Normatíva | 2,820 | 0,750 | 3,152 | 58,058 | 0,003 |
| Áttétes | 3,320 | 0,973 | | | |
| Primer | 3,353 | 0,940 | -0,166 | 88,088 | 0,868 |
| Áttétes | 3,320 | 0,973 | | | |

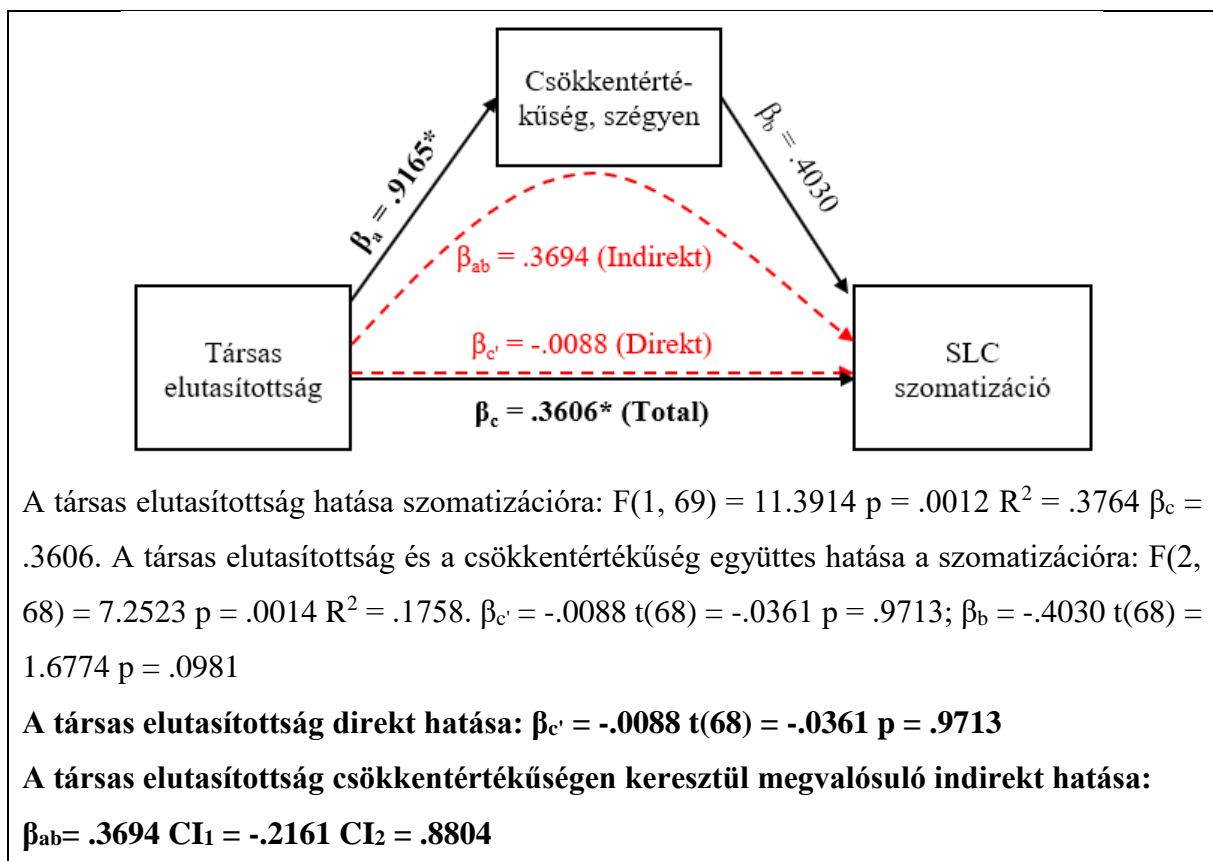
24. MELLÉKLET

A társas izoláció hatása a szomatizációra: $F(1, 69) = 6.0646$ $p = .0163$ $R^2 = .0808$ $\beta_c = .3075$. A társas izoláció és a csökkentértékűség együttes hatása a szomatizációra: $F(2, 68) = 7.4910$ $p = .0011$ $R^2 = .1805$. $\beta_{c'} = -.1194$ $t(68) = -.6283$ $p = .5319$; $\beta_b = .4764$ $t(68) = 2.8771$ $p = .0054$

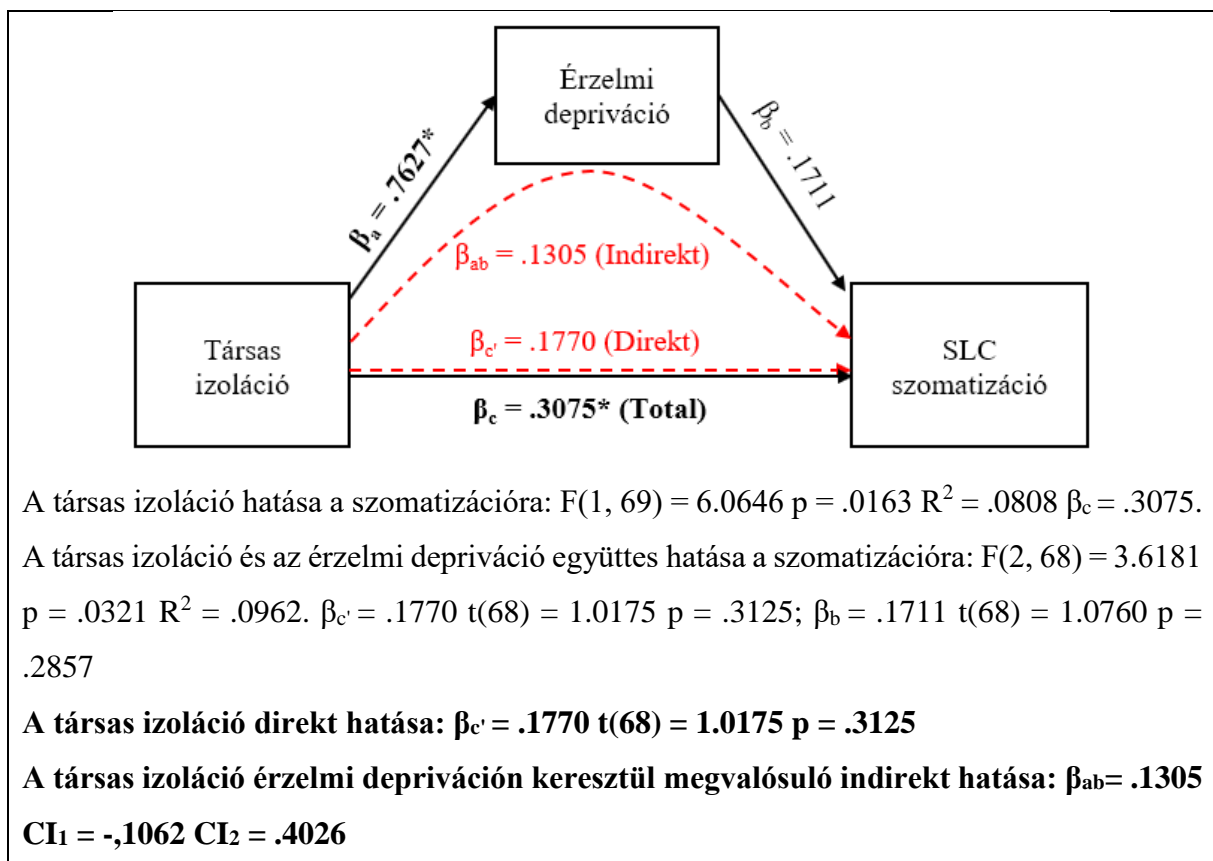
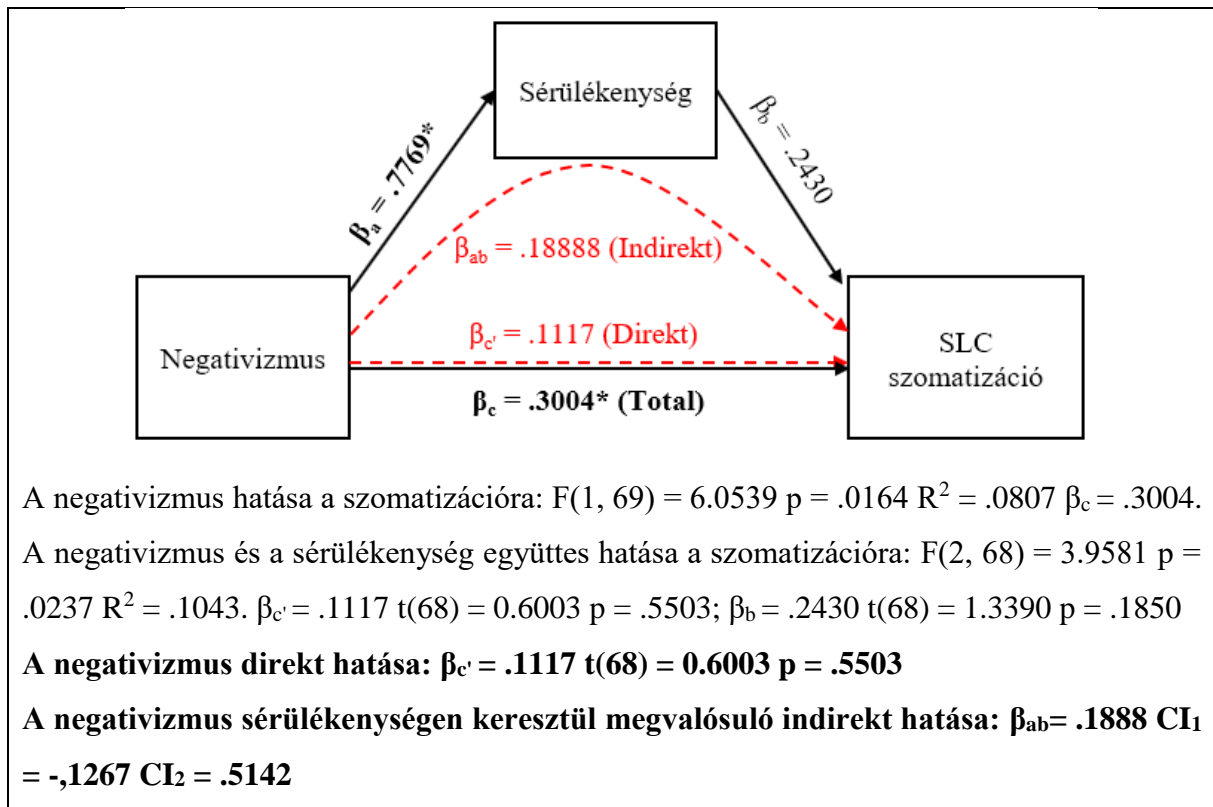
A társas izoláció direkt hatása: $\beta_{c'} = -.1194$ $t(68) = -.6283$ $p = .5319$

**A társas izoláció csökkentértékűségen keresztül megvalósuló indirekt hatása: $\beta_{ab} = .4269$
 $CI_1 = .0766$ $CI_2 = .7321$**

25. MELLÉKLET



26. MELLÉKLET



27. MELLÉKLET

A bizalmatlanság hatása a szomatizációra: $F(1, 69) = 9.1477$ $p = .0035$ $R^2 = .1171$ $\beta_c = .3298$.

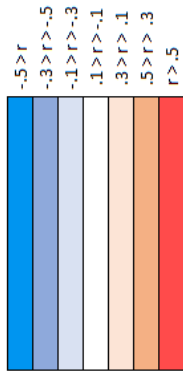
A bizalmatlanság és a szorongás együttes hatása a szomatizációra: $F(2, 68) = 39.1818$ $p < .0001$
 $R^2 = .5354$. $\beta_c = .0551$ $t(68) = 0.6324$ $p = .5292$; $\beta_b = .7068$ $t(68) = 7.8250$ $p < .0001$

A bizalmatlanság direkt hatása: $\beta_c = .0551$ $t(68) = 0.6324$ $p = .5292$

A bizalmatlanság szorongáson keresztül megvalósuló indirekt hatása: $\beta_{ab} = .2748$ $CI_1 = .0753$ $CI_2 = .5210$

28. MELLÉKLET

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Kóros másokra irányultság | | | Határok | | | Aggályosság, gátoltság | | |
|------------------------------------|-------|-------|-----------------|-------|-------|----------------------|-------|-------|------------------|-------|---------------------------|------------------|-------|---------|------------------------|-------|------------------------|-------|-------|
| | | | Elszakítotttság | | | Károsodott autonómia | | | Károsodott volta | | | Károsodott volta | | | Aggályosság, gátoltság | | | | |
| | | | | | | | | | | | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 1 Érzelmi depriváció | | 0,715 | 0,545 | 0,739 | 0,657 | 0,579 | 0,447 | | 0,432 | 0,328 | 0,578 | 0,415 | 0,442 | 0,295 | 0,370 | 0,551 | 0,551 | | 0,357 |
| 2 Elhagyatottság | 0,715 | | 0,675 | 0,599 | 0,552 | 0,527 | 0,543 | 0,470 | 0,625 | 0,532 | 0,559 | 0,451 | 0,514 | 0,433 | 0,528 | 0,655 | 0,655 | 0,293 | 0,484 |
| 3 Bizalmatlanság | | 0,675 | | 0,505 | 0,489 | 0,531 | 0,385 | | 0,443 | 0,430 | 0,506 | 0,371 | 0,379 | 0,468 | 0,450 | 0,502 | 0,502 | 0,400 | 0,472 |
| 4 Társas izoláció | 0,739 | 0,599 | 0,505 | | 0,789 | 0,577 | 0,463 | 0,281 | 0,542 | 0,473 | 0,656 | 0,316 | 0,454 | 0,331 | 0,430 | 0,601 | 0,601 | | 0,310 |
| 5 Csökkentérekéség, szegény | 0,657 | 0,552 | 0,489 | 0,789 | | 0,830 | 0,538 | 0,346 | 0,538 | 0,472 | 0,633 | 0,283 | 0,395 | 0,465 | 0,612 | 0,612 | | | 0,405 |
| 6 Társas elutasítotttság | 0,579 | 0,527 | 0,531 | 0,577 | 0,830 | | 0,561 | 0,371 | 0,556 | 0,446 | 0,586 | 0,410 | 0,470 | 0,366 | 0,468 | 0,623 | 0,623 | 0,259 | 0,505 |
| 7 Kudarcra ítéltség | 0,447 | 0,543 | 0,385 | 0,463 | 0,538 | 0,561 | | 0,702 | 0,605 | 0,272 | 0,440 | 0,450 | 0,315 | 0,369 | 0,575 | 0,685 | 0,685 | 0,260 | 0,536 |
| 8 Dependencia | | 0,470 | 0,281 | 0,281 | 0,346 | 0,371 | 0,702 | | 0,616 | 0,352 | 0,360 | 0,326 | 0,266 | 0,286 | 0,526 | 0,570 | 0,570 | 0,252 | 0,418 |
| 9 Sérülékenység | 0,432 | 0,625 | 0,443 | 0,542 | 0,538 | 0,556 | 0,605 | 0,616 | | 0,553 | 0,582 | 0,523 | 0,370 | 0,389 | 0,547 | 0,768 | 0,768 | 0,347 | 0,519 |
| 10 Összeolvadás | 0,328 | 0,532 | 0,430 | 0,473 | 0,472 | 0,446 | 0,272 | 0,352 | 0,553 | | 0,672 | 0,366 | 0,598 | 0,330 | 0,442 | 0,434 | 0,434 | 0,318 | 0,318 |
| 11 Behódolás | 0,578 | 0,559 | 0,506 | 0,656 | 0,633 | 0,586 | 0,440 | 0,360 | 0,592 | 0,672 | | 0,538 | 0,555 | 0,271 | 0,398 | 0,548 | 0,548 | 0,248 | 0,468 |
| 12 Önfelelőzés | 0,415 | 0,451 | 0,371 | 0,316 | 0,283 | 0,410 | 0,450 | 0,326 | 0,523 | 0,366 | 0,538 | | 0,355 | | | 0,564 | 0,564 | 0,458 | 0,546 |
| 13 Elismerés hajszolás | 0,442 | 0,514 | 0,379 | 0,454 | 0,510 | 0,470 | 0,315 | 0,266 | 0,370 | 0,598 | 0,555 | 0,355 | | 0,387 | 0,445 | 0,442 | 0,442 | 0,463 | 0,328 |
| 14 Feljogosítotttság, grandiozitás | 0,295 | 0,433 | 0,468 | 0,331 | 0,395 | 0,366 | 0,369 | 0,286 | 0,389 | 0,330 | 0,271 | | 0,387 | | 0,654 | 0,417 | 0,417 | 0,395 | 0,313 |
| 15 Elégtelen önkontrol, | 0,370 | 0,528 | 0,450 | 0,430 | 0,465 | 0,468 | 0,575 | 0,526 | 0,547 | 0,442 | 0,398 | | 0,445 | 0,654 | | 0,564 | 0,564 | | 0,452 |
| 16 Negatívizmus, pesszimizmus | 0,551 | 0,655 | 0,502 | 0,601 | 0,612 | 0,623 | 0,685 | 0,570 | 0,768 | 0,434 | 0,548 | 0,564 | 0,442 | 0,417 | 0,564 | 1,000 | 1,000 | 0,416 | 0,559 |
| 17 Érzelmi gátoltság | 0,551 | 0,655 | 0,502 | 0,601 | 0,612 | 0,623 | 0,685 | 0,570 | 0,768 | 0,434 | 0,548 | 0,564 | 0,442 | 0,417 | 0,564 | 1,000 | 1,000 | 0,416 | 0,559 |
| 18 Könyörtelen mércék | | 0,293 | 0,400 | | | 0,259 | 0,260 | 0,252 | 0,347 | 0,318 | 0,248 | 0,458 | 0,463 | 0,395 | | 0,416 | 0,416 | | 0,495 |
| 19 Büntető készenlét | 0,357 | 0,484 | 0,472 | 0,310 | 0,405 | 0,505 | 0,536 | 0,418 | 0,519 | 0,318 | 0,468 | 0,546 | 0,328 | 0,313 | 0,452 | 0,559 | 0,559 | 0,495 | |



29. MELLÉKLET

Az *Érzelmi depriváció* hatása a *Depresszióra*: $F(1, 69) = 29.573$ $p < .001$ $R^2 = .300$ $\beta_c = .5415$. Az *Érzelmi depriváció* és a *Társas elutasítottság* együttes hatása a *Depresszióra*: $F(2, 68) = 23.445$ $p < .001$ $R^2 = .4081$. $\beta_c = .2783$ $t(68) = 2.3453$ $p = .0219$; $\beta_b = .4052$ $t(68) = 3.5245$ $p = .0008$

Az *Érzelmi depriváció* direkt hatása: $\beta_c' = .2783$ $t(68) = 2.3453$ $p = .0219$

Az *Érzelmi depriváció* *Társas elutasítottságon* keresztül megvalósuló indirekt hatása: $\beta_{ab} = .2632$ $CI_1 = .0674$ $CI_2 = .4374$

Az *Érzelmi gátoltság* hatása a *Depresszióra*: $F(1, 69) = 24.8013$ $p < .001$ $R^2 = .2644$ $\beta_c = .5476$. Az *Érzelmi gátoltság* és a *Társas elutasítottság* együttes hatása a *Depresszióra*: $F(2, 68) = 21.5495$ $p < .001$ $R^2 = .3879$. $\beta_c = .2318$ $t(68) = 1.7536$ $p = .0840$; $\beta_b = .4405$ $t(68) = 3.7046$ $p = .0004$

Az *Érzelmi gátoltság* direkt hatása: $\beta_c' = .2318$ $t(68) = 1.7536$ $p = .0840$

Az *Érzelmi gátoltság* *Társas elutasítottságon* keresztül megvalósuló indirekt hatása: $\beta_{ab} = .3158$ $CI_1 = .0362$ $CI_2 = .5686$

Az *Érzelmi depriváció* hatása a *Depresszióra*: $F(1, 35) = 22.7642$ $p < .001$ $R^2 = .3941$ $\beta_c = .5869$. Az *Érzelmi depriváció* és a *Behódolás* együttes hatása a *Depresszióra*: $F(2, 34) = 17.8997$ $p < .001$ $R^2 = .5129$. $\beta_c = .3602$ $t(35) = 2.6324$ $p = .0127$; $\beta_b = .4208$ $t(35) = 2.8796$ $p = .0068$

Az *Érzelmi depriváció* direkt hatása: $\beta_c' = .3602$ $t(68) = 2.6324$ $p = .0127$

Az *Érzelmi depriváció* *Behódoláson* keresztül megvalósuló indirekt hatása: $\beta_{ab} = .2267$ $CI_1 = .0057$ $CI_2 = .3801$

A *Csökkentértékűség* hatása a *Depresszióra*: $F(1, 35) = 20.8080$ $p < .001$ $R^2 = .3728$ $\beta_c = .5334$. A *Csökkentértékűség* és a *Behódolás* együttes hatása a *Depresszióra*: $F(2, 34) = 13.7090$ $p < .001$ $R^2 = .4464$ $\beta_c = .2478$ $t(35) = 1.4195$ $p = .1649$; $\beta_b = .4242$ $t(35) = 2.1256$ $p = .0409$

A *Csökkentértékűség* direkt hatása: $\beta_c' = .2478$ $t(35) = 1.4195$ $p = .1649$

A *Csökkentértékűség* *Behódoláson* keresztül megvalósuló indirekt hatása: $\beta_{ab} = .2856$ $CI_1 = .0635$ $CI_2 = .7520$