

**PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM  
BÖLCSÉSZETTUDOMÁNYI KAR**

**PSZICHOLÓGIA DOKTORI ISKOLA  
FEJLŐDÉS- ÉS KLINIKAI PSZICHOLÓGIA PROGRAM**

**VANKÓ TÜNDE**

**KÖTŐDÉS ÉS KORAI MALADAPTÍV SÉMÁK VIZSGÁLATA  
EGYES PSZICHÉS ZAVAROKBAN**

**Doktori (Ph.D.) értekezés**

**Témavezető: Dr. Nagy László  
egyetemi adjunktus**

**Pécs**

**2012**

# Tartalomjegyzék

<b>I. KÖTŐDÉSELMÉLET.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Bowlby Kötődéselmélete.....</b>	<b>1</b>
1.1 A kötődéselmélet megszületése.....	1
1.2 Kötődés, mint viselkedérendszer.....	2
1.3 Kötődés a reprezentációk szintjén: belső munkamodellek.....	4
<i>1.3.a A belső munkamodellek általános jellemzői</i>	
<i>1.3.b A belső munkamodellek stabilitása</i>	
1.4 A kötődés mérése gyermekkorban.....	7
<b>2. Felnőtt Kötődés.....</b>	<b>10</b>
2.1 A felnőtt kötődés kérdései.....	10
2.2 A felnőtt kötődés mérése.....	11
<i>2.2.a Interjúmódszerek a felnőtt kötődés mérésére</i>	
<i>2.2.b Önjellemző kérdőívek a felnőtt kötődés mérésére</i>	
<b>3. Mentalizáció, Reflektív Funkció és Kötődés.....</b>	<b>17</b>
3.1 A reflektív funkció fogalma és fejlődése.....	17
3.2 A mentalizáció és kötődés kapcsolata.....	20
3.3 Dezorganizált kötődés és reflektív funkció.....	21
3.4 A mentalizáció klinikai vonatkozásai.....	23
<b>II. SÉMAELMÉLET.....</b>	<b>24</b>
<b>1. A Séma Fogalom Története és Fejlődése.....</b>	<b>24</b>
<b>2. Jeffrey Young Sémaelmélete.....</b>	<b>27</b>
2.1 Korai maladaptív sémák.....	27
2.2 A sémához való viszonyulás, sémaoperációk.....	37
2.3 Sémamódok.....	39
2.4 Sématerápia.....	41
<b>3. Hasonlóságok és Különbségek Young Elmélete és más Elméletek Között... 45</b>	<b>45</b>
3.1 Párhuzamok Young sémaelmélete és Bowlby kötődéselmélete között.....	45
3.2 Párhuzamok Young sémaelmélete és Stern szelfelmélete között.....	49
3.3 Fő különbségek a sématerápia és kognitív terápia között.....	52

<b>III. KÖTÖDÉSI STÍLUSOK ÉS SÉMÁK PSZICHIÁTRIAI.....</b>	<b>56</b>
<b>ZAVAROKBAN</b>	
<b>1. Kötődés és Pszichopatológia .....</b>	<b>56</b>
1.1 A kötődés mint érzelemszabályozó rendszer felnőttkorban.....	56
1.2 A bizonytalan kötődés szerepe mentális zavarokban: empirikus kutatások.....	57
1.2.a I. Tengelyen kódolt zavarok: depresszió és szorongás	
1.2.b II. Tengelyen kódolt zavarok: Borderline személyiségzavar	
1.3 Internalizálás és Externalizálás.....	61
<b>2. Sémák és Pszichopatológia .....</b>	<b>62</b>
2.1 A sémák szerepe mentális zavarokban: empirikus kutatások.....	63
2.2.a I. Tengelyen kódolt zavarok: depresszió és szorongás	
2.2.b II. Tengelyen kódolt zavarok: Borderline személyiségzavar	
<b>3. A Bizonytalan Kötődés és Korai Maladaptív Sémák Szerepe Pszichiátriai Zavarokban.....</b>	<b>65</b>
3.1 Empirikus kutatások.....	66
<b>IV. AZ EMPIRIKUS KUTATÁS.....</b>	<b>69</b>
<b>1. A Kutatás Hipotézisei.....</b>	<b>70</b>
1.1 Kötődés.....	70
1.2 Sémák.....	70
1.3 Pszichopatológiai tünetek.....	71
<b>2. A Minta.....</b>	<b>72</b>
<b>3. A Vizsgálatban Használt Kérdőívek Bemutatása.....</b>	<b>72</b>
3.1 Kötődés kérdőívek.....	73
3.1.a A Közvetlen Kapcsolatok Kérdőív (ECR)	
3.1.b A Kötődési Stílus Kérdőív (ASQ)	
3.2 Sémák.....	75
A Young Sémakérdőív (YSQ- S3)	
3.3 Pszichopatológiai tünetek.....	76
Az SCL-90 tünetlista	
<b>V. EREDMÉNYEK.....</b>	<b>78</b>
<b>1. Leíró Analízis.....</b>	<b>78</b>
<b>2. Kérdőívekkel Kapcsolatos Mérések és Eredmények.....</b>	<b>79</b>

2.1 A kérdőívek megbízhatóságának vizsgálata .....	79
2.2 Korrelációs mérések a kötődés kérdőívvel (ECR és ASQ) .....	81
<b>3. A Kutatás Hipotéziseinek Vizsgálatával Kapcsolatos Eredmények .....</b>	<b>82</b>
3.1 Kötődéssel kapcsolatos eredmények.....	82
3.1.a A vizsgált minták összehasonlítása kötődési stílusok mentén	
3.1.b A vizsgált minták összehasonlítása a kapcsolati szorongás és elkerülés dimenziók mentén	
3.2 Sémákkal kapcsolatos eredmények.....	90
3.2.a Sémák, mint közvetítők a bizonytalan kötődés és pszichopatológia között	
3.3 Pszichopatológiai tünetekkel kapcsolatos eredmények.....	95
3.3.a Internalizáció és Externalizáció	
<b>VI. MEGBESZÉLÉS.....</b>	<b>106</b>
<b>VII. KITEKINTÉS.....</b>	<b>.114</b>
<b>VIII. IRODALOMJEGYZÉK.....</b>	<b>117</b>
<b>IX. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....</b>	<b>129</b>
<b>X. MELLÉKLETEK .....</b>	<b>130</b>
I. Statisztikai táblázatok	
II. Kérdőívek	

# I. KÖTŐDÉSELMÉLET

## 1. Bowlby Kötődésemélete és Klinikai Vonatkozásai

### 1.1 A kötődésemélet megszületése

Joggal mondhatjuk, hogy a kötődésemélet megalkotója az 1940 és 1990 között munkálkodó angol pszichoanalitikus, John Bowlby. A gondozó és a gyermek közötti különleges kapcsolat, a kötődés, leírására egy evolúciós-etológiai modellt dolgozott ki, amelyben ötvözte a korabeli divatos pszichoanalitikus elméletet az etológiával, az evolúciós elmélettel, Piaget kognitív pszichológiájával és a rendszerszemlélettel (Ainsworth & Bowlby, 1991). Elméleti és gyakorlati tapasztalatait a kötődésről *Kötődés és Veszteség (Attachment and Loss)* trilógiájában foglalta össze. (Bowlby, 1969/1982; 1973; 1980). Bowlby kötődéseméletének megszületéséig és szakmai elismeréséig azonban hosszú út vezetett.

Még sokkal azelőtt hogy az orvosá avatták volna, már érdekelte a személyiségfejlődés és hogy abban milyen szerepet játszik a korai szülő gyermek kapcsolat. Ez idő alatt önkéntesként dolgozott egy iskolában ahová alkalmazkodási zavarral küzdő gyerekek jártak. Az itt szerzett tapasztalatai miatt gyermekpszichiátriára szakosodott az egyetemen és elkezdte pszichoanalitikus tanulmányait. (Ainsworth & Bowlby, 1991). 1944-ben jelent meg az első témába vágó publikációja, amelyben 44 fiatal korú tolvajt vizsgálva felismerte, hogy összefüggés van a fiatal korú bűnözés és az anyától való szeparáció között, ugyanis a deviánsok családi hátterét vizsgálva azt találta, hogy a tolvaj gyerekek több mint fele 5 éves kora előtt szeparálva volt az anyától (Bowlby, 1944).

Bowlby tehát egyre inkább meg volt győződve az anya gyermek kapcsolat fontosságáról a személyiségfejlődésben, de ekkor még hiányoztak az empirikus adatai amik alátámasztották volna elképzeléseit. Ekkor kezdett el együtt dolgozni James Robertson szociális munkással a Tavistock Klinikán. Robertson és Bowlby éveken át dokumentálták családjuktól elszeparált gyerekek viselkedését, ezzel gyűjtve adatokat elméletük alátámasztásához (Robertson, 1962, idézi Kobak, 1999). Ezzel a kutatással párhuzamosan Bowlby egy publikáción is dolgozott ugyanis 1950-ben a WHO (World Health Organization) felkérte, hogy írjon egy riportot a második világháború alatt elárvult gyerekek sorsáról és mentális állapotáról. Ebben a tanulmányban Bowlby (1951) rámutat az anya- gyermek kapcsolat fontosságára, és számos bizonyítékot szolgáltat arra, hogy a gyermeknek szüksége van egy meleg, gondoskodó és állandó, hosszabb megszakítások nélküli kapcsolatra az anyával az egészséges fejlődéshez.

Bowlby ekkora felismerte, hogy egy új elméletet kell kidolgoznia az anya és gyermek közötti speciális kapcsolat és a gyermek szeparációra adott reakcióinak magyarázatára, mivel a korszak pszichológiai elméletei nem voltak képesek azokat kielégítően magyarázni. Ekkor fordult az etológia tanulmányozása felé.

Konrad Lorenz (1935) és Harry Harlow (1958) kislibákkal és rhesus majmokkal végzett megfigyeléseinek eredményei egy új világot tártak fel Bowlby előtt, ugyanis azok a kötődés táplálkozásra túlmutató szerepére mutattak rá és az érzelmi kötődést hangsúlyozták. A kis majmok megkapaszkodási ösztönének megfigyelése (Harlow) és a kislibák követési reakciója az étel közvetítő szerepe nélkül is (Lorenz) támogatták Bowlby azon elképzelését, hogy a kötődés egy elsődleges drive, egy önálló motivációs bázissal rendelkező rendszer. A két évtized olvasmányai és kutatási eredményei alapján 1958-ban összefoglalta kötődéselméletét a *“The Nature of the Child's Tie to His Mother”* tanulmányban (Bowlby, 1958).

Ebben a publikációban Bowlby javasolja, hogy a kötődésre úgy tekintsünk, mint aminek evolúciós jelentősége van. Természetes szelekcióval jött létre, megtalálható más fajok újszülötteinél is, nemcsak az embernél, és segíti a túlélést. Új elmélete radikálisnak számított mivel szembeállt a korabeli két divatos szemlélettel, a behaviorista és pszichoanalitikus elméletekkel. Ez utóbbiak szerint ahhoz kötődik a csecsemő aki eteti őt, azaz a kötődés másodlagos jellegű. Bowlby az érdekszeretet kapcsolattól teljesen elhatárolta magát és a kötődés elsődlegessége mellett érvelt.

Ez a paradigmaváltás a kötődéselmélet további finomítását tette szükségessé és elvezetett az olyan fogalmak megalkotásához, mint a kötődési viselkedés és a kötődési rendszer. A következő fejezetben ezeket fogom tárgyalni.

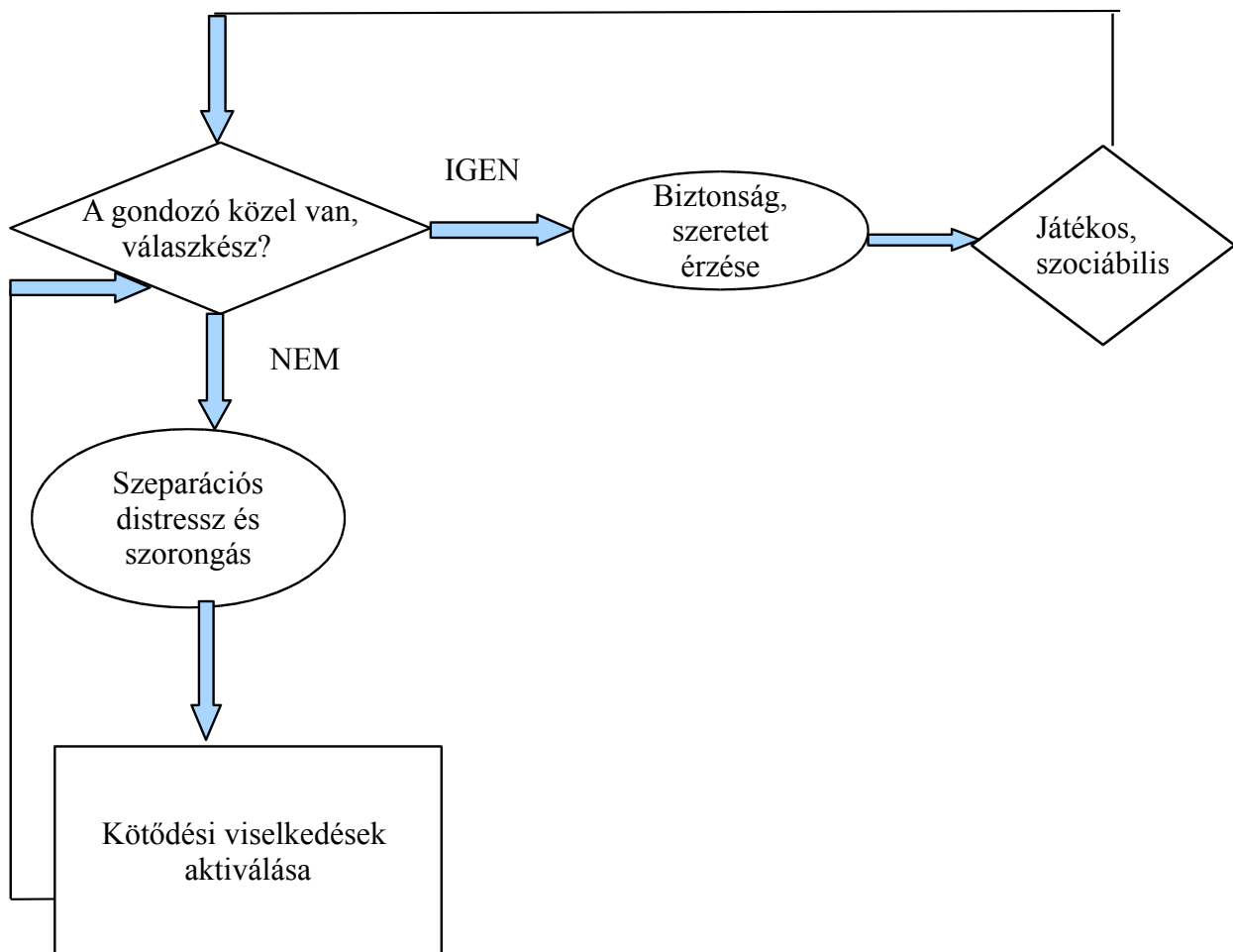
## 1.2 Kötődés, mint viselkedérendszer

Bowlby (1969) elképzelése szerint a kötődés egy önálló motivációs bázissal rendelkező rendszer, amelynek a védelem és a biztonság biztosítása a funkciója. Bowlby úgy vélte, hogy a **kötődési viselkedés** veleszületett ösztönalapú viselkedés. A csecsemő születésétől fogva rendelkezik olyan viselkedéses repertoárral, amely elősegíti a közelséget az anyával. Mivel a csecsemők nem tudnak magukról gondoskodni, ezért szükségük van egy gondozóra a túléléshez. A gondozótól való szeparáció fenyegetné a túlélést, így azt mondhatjuk, hogy a kötődési viselkedés adaptív válasz a kötődés személytől való szeparációra, a kötődés pedig egy önálló motivációs bázissal rendelkező rendszer, ami a csecsemő túlélését szolgálja, azaz evolúciós jelentősége van.

A kötődési viselkedésnek négy olyan jellegzetes összetevője van, amelyek jól alátámasztják a kötődés evolúciós funkcióját: a közelségkeresés, a biztonságos bázis és a biztonságos menedék fogalma, illetve a szeparációra mutatott tiltakozás. A közelségkeresés a gyermeknek az az igénye,

hogy fizikailag a gondozó közelében legyen. A biztonságos bázis egy biztonságos hátteret ad a babának a környezet felfedezésére, míg a biztonságos menedék az a tudat hogy van valaki akire számíthat a gyermek. Ha valamilyen veszély lép fel, például a gondozó magára hagyja a gyermeket, akkor abbamarad a felfedező viselkedés és a baba megpróbálja visszaállítani az optimális közelséget a gondozóval. Például elkezd sírni, ezzel jelezve hogy fel akarja venni a kapcsolatot vagy ha a gondozó még fizikailag elérhető belekapaszkodik és nem engedi el. Bowlby ezt a motivációs rendszert **kötődési viselkedésrendszernek** nevezte. Ez szabályozza a gondozóhoz való közelséget ezzel segítve a túlélést. Ha túl nagy a távolság a csecsemő és gondozója között aktiválódik a kötődési viselkedésrendszer, ha optimális a távolság, csökken ez az aktivitás. Ha nem következik be az optimális közelség visszaállítása, a gyermek stresszt és kétségbeesést él át.

1-es ábra: A Kötődési viselkedéses rendszer működése



(Fraley, 2010, 2. old alapján)

A kapcsolat fenntartásáért felelős motivációs rendszer tehát folyamatosan monitorozza a környezetet és a gondozó elérhetőségét. A rendszer folyamatosan aktiválódik és deaktiválódik annak függvényében, hogy a csecsemő biztonságban érzi e magát, amely nagy mértékben függ a szülő válaszkészségétől. Bowlby nagy jelentőséget tulajdonított a szülői válaszkészségnek és ez

alapján különbséget tett szeparáció és veszteség között. Előbbi átmeneti, rövidtávú hozzáférhetetlenségre utal, míg utóbbi esetében a szülő hozzáférhetősége hosszútávon megszűnik (Kobak, 1999).

Az aktuális válaszkészség (gyermekeknél) vagy felnőttek esetében a másik válaszkészségének internalizálása a biztonságérzés alapköveit teszi le az egyénben. Ennek konzisztens megtapasztalása hozzájárul az egészséges önbizalom kialakulásához illetve aktivizálni fog más viselkedés rendszereket, mint például az explorációs viselkedést. Ha azonban a baba többszöri próbálkozása a kapcsolatfelvételre is kudarcba fullad és a szülő nem elérhető, intenzív stresszt fog átélni a csecsemő és az elhagyatottságtól kezd el rettegni, fellép a szeparációs szorongás.

A kötődési személy elérhetetlenségének több következménye is lehet: egyrészt a kialakulhat a babában egy tehetetlenségérzés ami arra fogja ösztönözni hogy folyamatosan aktivizálja a kötődési rendszert, ami a rendszer hiperaktivitását fogja eredményezni. Másrészt, a gyermek megtapasztalhatja, hogy képtelen pozitív eredményeket előidézni a viselkedésével illetve esetleg büntetésben is részesül ha azt megpróbálja, amely arra fogja ösztönözni hogy deaktiválja a kötődési rendszert (Mikuliner & Shaver, 2007). Ezek a tapasztalatok különféle belső munkamodelleket alakítanak ki, amelyek alapját képezhetik a felnőttkori pszichopatológiáknak.

### 1.3 Kötődés a reprezentációk szintjén: belső munkamodellek

#### *1.3.a A belső munkamodellek általános jellemzői*

Idővel a kötődési rendszer működése alapján szerzett tapasztalatok **internalizált belső munkamodelleket** alakítanak ki (Bowlby, 1973). A belső munkamodellek sémák, amelyek elvárásokat és hiedelmeket tartalmaznak és a gyermek korai tapasztalatai határozzák meg a tartalmukat. Korai tapasztalatai arra vonatkozóan hogy ki tudta e másokból váltani a kötődési viselkedést és arra vonatkozóan hogy a gondozó általában fogékony volt e a közelség visszaállítására és a gyermek jelzőviselkedéseire. Minden egyén tehát a világról és önmagáról alkotott belső munkamodelleket alakít ki, amelyek befolyásolni fogják hogyan észleli a világot és elvárásait mások viselkedéséről. Előbbit az önmagunkról kialakított modellnek (model of self), utóbbit a másokról kialakított modellnek (model of others) nevezte el Bowlby. Az önmagunkról kialakított modell reprezentációkat tartalmaz arra vonatkozóan, hogy a személy mennyire elfogadható a kötődési személyek számára, azaz azokból mennyire tudja előhívni a gondoskodást. A világról kialakított modell a másokról kialakított elvárásokat tartalmazza, azaz mennyire lesz válaszkész a másik. A két modelltől függ a személy abba vetett bizalma, hogy úgy érzi-e, hogy a kötődési személyek elérhetőek lesznek vagy sem amikor az egyénnek szüksége lesz rájuk.

A születéstől körülbelül a harmadik életévig a kötődési személy tényleges jelenléte vagy hiánya a



meghatározó, míg a későbbi életévek során a személy abba vetett bizalma hogy a kötődő személy elérhető lesz vagy sem válik dominánssá.

Collins és Read (1994) tovább fejlesztette Bowlby elképzelését a BMM-ek tartalmáról és struktúrájáról. A BMM-ek tartalmára vonatkozólag négy összetevőt javasoltak:

1. a kötődéssel kapcsolatos tapasztalatok emlékei, amelyek a gondozóval való élmények reprezentációi illetve tartalmazza azt is hogy az egyén hogyan értelmezte azokat.
2. hiedelmek, attitűdök és elvárások másokról és önmagunkról a kötődéssel kapcsolatban. Ezek az attitűdök és elvárások lehetnek általánosak vagy konkrétak, csak egy-egy személyre vonatkozóak. Az elkerülő kötődési orientációval rendelkező egyének arra számíthat -például- hogy vissza fogják utasítani vagy elfogadhatatlannak találják mások, míg egy szorongóan kötődő egyén hiedelme teljesen más tartalmú. Azt hiszi, -például-hogy csak akkor értékes ember, ha mások elhalmozzák dicséretekkel.
3. kötődési célok és szükségletek. A kötődési rendszer elsődleges célja a biztonságérzet fenntartása, de a kötődési stílustól függően sokkal árnyaltabbak, specifikusabbak a célok. Például az elkerülő kötődési stílussal rendelkező egyén célja a visszautasítás elkerülése lehet, amely cél a biztonságosan kötődő egyénnél nem található meg.
4. tervek és viselkedéses stratégiák a kötődési célok elérésére. Ezek olyan viselkedéses stratégiák, amelyek segítik az egyén kötődést érintő érzelmi szabályozását. Ezek a szervezett viselkedéses stratégiák a biztonságosan kötődő egyéneknél a legrugalmasabbak és leghatékonyabbak.

A munkamodellek struktúráját illetően, Bowlby (1969/ 1982) eredetileg úgy képzelte, hogy számos munkamodellt alakítunk ki a gyerekkori tapasztalatok alapján, amelyben egyetértenek mai kötődés kutatók is (pl. Mikulincer & Shaver, 2004, Overall, Fletcher, & Friesen, 2003). A multiple munkamodelleket egy hierarchikus hálózat részeként kell elképzelnünk, ahol vannak fő- és alkategóriák. A kapcsolat specifikus belső munkamodellek (anyáról, apáról, szerelmünkről) például olyan főkategórián belül vannak, mint család és romantikus kapcsolatok és ezek együtt alkotnak egy mindent átfogó általános belső munkamodellt (Cobb, R. J. & Davila, J., 2009).

### *1.3.b A belső munkamodellek stabilitása*

Bowlby (1973) elképzelése szerint a belső munkamodellek (BMM) konzisztenciára törekednek, automatikusan aktivizálódnak, tudattalanul működnek és ellenállnak a változásnak. Collins és Read (1994) hangsúlyozza, hogy ez a kötődési viselkedés időbeli stabilitását fogja eredményezni befolyásolva későbbi szociális tapasztalatainkat és felnőtt kötődéseinket.

Main és kollegái (1985, idézi Kobak & Sceery, 1988) longitudinális vizsgálata úttörő vizsgálatnak számít a BMM stabilitásának vizsgálatában. Ők a csecsemőkori Idegenhelyzetben azonosított kötődési stílust a gyermek 6 éves korában mérték újra. Azt találták, hogy 12 hónapos kortól egészen 6 éves korig a kötődési mintázatokra a folyamatosság jellemző. Azok a gyerekek, akiket 12 hónaposan az Idegenhelyzetben elkerülőnek kategorizáltak, 6 évesen is elkerülő viselkedést mutattak. Ezek a 6 éves gyerekek az újraegyesülési fázisban inkább fordultak a játékaikhoz, mint a szülőhöz. Amikor képeket mutattak nekik szeparációról, nehezen fejezték ki az érzelmeiket és nem tudtak megküzdési stratégiákat megnevezni szemben a biztonságosan kötődő gyerekekkel.

Mások szintén magas konzisztenciáról számolnak be a serdülőkori kötődési stílus és az Idegenhelyzetben mért mintázat között (pl. Waters, Merrick, Albersheim & Treboux (2000a). Más kutatók azonban nem találtak szignifikáns megegyezést (pl. Zimmermann és mtsai., 1997) a kamaszkori kötődési stílus és a csecsemőkori között.

Mivel magyarázhatóak ezek az inkonzisztens kutatási eredmények? Úgy tűnik az életkörülményekben bekövetkező változások hatására a kötődési orientáció változhat. Ezt az elméletet *Élet Stressz Modell-nek* hívják (Cobb & Davila, 2009) és konzisztens Bolwby (1988) azon elképzelésével, hogy a korai kapcsolati élmények meghatároznak egy fejlődési vonalat és az egyén ezen a fejlődési útvonalon halad, hacsak nem következik be valamilyen szignifikáns változás a körülményekben.

Waters és mtsai. (2000b) bizonyították, hogy ha negatív életesemények léptek fel az egyén életében, akkor a kötődési mintázat változott a vizsgálatban résztvevőknél. A vsz.-eket 12 hónapos korukban sorolták be az Idegenhelyzetben mutatott viselkedéses reakciójuk alapján a kötődési minták egyikébe, majd 20 évvel később a Felnőtt Kötődési Interjúval mérték kötődési stílusukat. A vszek 72%-ánál nem változott a kötődési stílus, akiknél viszont igen, ott a változás nem random módon történt, hanem egyenes összefüggésben állt azokkal a negatív életeseményekkel aminek a személy ki volt téve. Hamilton (2000) szintén kimutatta, hogy ha a kötődési minta változott az évek során, azt egyértelműen negatív életesemények jelenlétéhez lehetett kötni. Például azok a serdülők akik bizonytalan kötődése fennmaradt csecsemőkorból, több negatív életeseményeknek voltak kitéve, mint biztonságosan kötődő társaik. Tehát a stresszes események a bizonytalan kötődésnek kedveztek. Néhány biztonságosan kötődő gyermeknél is előfordultak stresszes életesemények, mint például a szülők válása vagy halála, ez mégsem változtatta biztonságos kötődésüket bizonytalanra. Ez azt bizonyítja hogy biztonságos kötődés védelmet nyújt a stressz ellen.<sup>1</sup>

A negatív életesemények közül leginkább negatív hatást gyakorol a kötődésre a szülő elvesztése, a szülők válása, életveszélyes betegség és abúzus a családon belül. Ennek oka az, hogy a stresszes

---

<sup>1</sup> A kötődés érzelmszabályozó szerepét részletesen tárgyalom a **Kötődési mintázatok és sémák pszichiátriai zavarokban** fejezetben.

élethelyzetek negatívan hatnak a gondozó válaszkészségére és fenyegetik a biztonságos háttért. Azok a babák akik az Idegenhelyzetben biztonságosan kötődőek voltak 12 - 18 hónaposan, de a 6 hónapos stabilitást vizsgáló kísérlet alatt bizonytalan kötődésre váltottak, édesanyjaik stresszes életeseményeken mentek át a vizsgált 6 hónap alatt. Ezek a kutatások arra is rámutattak, hogy a babák ismét biztonságosan kötődőek lettek, ha az anyjuk tudta csökkenteni a stressz forrásokat és ismét csecsemője felé tudott fordulni (Egeland & Farber, 1984 ).

Az Élet Stressz Modellel kapcsolatban azonban ellentétes eredmények is születtek, számos vizsgálat azt az eredményt kapta, hogy a negatív életesemények nem feltétlenül változtatják meg a kötődési biztonságot (pl. Davila & Cobb, 2003, 2004). Úgy tűnik, hogy inkább attól függ a kötődési stílusban bekövetkező változás, hogy a személy hogyan interpretálja az eseményeket és nem maguktól az eseményektől. (Cobb & Davila, 2009). Azaz a kötődésben bekövetkező változások és a negatív életesemények között a kognitív és emocionális folyamatok mediálják a kapcsolatot (Davila és Sargent, 2003 idézi Cobb & Davila, 2009)

Összefoglalva, a kötődési orientáció stabil lehet egy életen át, de a belső munkamodellek nyitottak a változásra és a változás annak függvénye, hogy milyen élethelyzetbeli változások lépnek fel az egyén életében illetve függvénye az információfeldolgozási folyamatoknak is.

#### 1.4 A kötődés mérése gyermekkorban

Mivel a korai kapcsolatok alapján szerzett tapasztalatok mindenki számára egyediek, ezért eltérő belső munkamodellek fognak kialakulni egyénenként, azaz egyéni különbségeket fogunk találni a kötődés minőségében.

Az egyéni különbségeket a gyermek kötődési mintázatokban Mary Ainsworth (1978) és munkatársai írták le először laboratóriumi vizsgálataik alapján. Ainsworth a 70-es években kidolgozott egy módszert, ami lehetővé tette a kötődési stílus mérését 12-14 hónapos babák és gondozójuk között: **az idegenhelyzetet**. Az idegenhelyzet egy laboratóriumban végzett megfigyelés, amely a következő hét epizódból áll:

1. Az anyát és a gyermeket bevezetik egy játékokkal teli szobába, ahol az anya és gyermek egyedül marad.
2. Ezt követően bejön egy idegen személy, aki beszélget az anyával és próbál bekapcsolódni a gyermek játékába.
3. Az anya kimegy a szobából, és az idegennel hagyja a gyermeket. Ez az első szeparáció.
4. Majd az anya visszatér, az idegen csendben távozik. Ez az első újraegyesülés.

5. Az anya egyedül hagyja a gyerekeket a szobában, tehát sem az anya sem az idegen nincs a gyermekkel. Ez a második szeparáció.
6. Az idegen visszatér a szobába, megpróbálja megvigasztalni a gyermeket ha szükséges.
7. Az anya visszatér, az idegen csendben távozik. Ez a második újraegyesülés.

A különböző epizódokban szisztematikusan kódolják a gyermek viselkedéses válaszát, legfőképp koncentrálna az anyától való szeparációra és az újraegyesülés fázisaira.

Ainsworth és munkatársai a kódolt viselkedéses válaszok alapján **3 kötődési stílust** különböztetett meg:

1. biztonságosan kötődő
2. bizonytalan - elkerülő
3. bizonytalan - ambivalens/ ellenálló

Ainsworth és munkatársai megfigyelték, hogy a gyermekek kb. 60%- a nyugtalan lesz ha az anya elhagyja a szobát, az idegen nem tudja megvigasztalni őket és az anya visszatértekor örülnek anyjuknak és rögtön felveszik vele a kontaktust. Őket **biztonságosan kötődőnek** nevezték el.

A babák kb. 20%-a nem lesz túlságosan nyugtalan ha az anyjuk elhagyja a szobát, annak visszatértekor nem keresik a kontaktust, játszanak tovább a játékokkal. Esetleg az idegen is meg tudja őket nyugtatni. Ezt a csoportot Ainsworthék **bizonytalanul kötődő, elkerülőnek** hívták, hiszen az újraegyesüléskor sem keresi a baba a kapcsolatot a mamával.

A gyermekek maradék 20%-a pedig a **bizonytalanul kötődő, ambivalens** csoportba sorolható. Ez utóbbi csoportba tartozó gyermekek az anya jelenlétében is szorongnak, nem fedezik fel a játékokat. Az anya visszatértekor keresik vele a kapcsolatot, de ha az anya felveszi, akkor eltolják maguktól az anyát, nem nyugszanak meg.

Ainsworth munkája mérföldkönek számít a kötődés kutatásában mivel felállította az első empirikus taxonómiát a kötődési stílusokról. De abból a szempontból talán még fontosabbak ezek az eredmények, hogy kimutatták, hogy a kötődésben mutatott egyéni különbségek korrelálnak a baba-mama közötti interakciók minőségével. Hogyan lehetséges ez? Úgy tűnik, hogy a biztonságosan kötődő babák viselkedése jól koordinált érzelmi interakciók élményén alapul, ahol a mama ritkán van csak túlzott arousal állapotban és ezért képes újrstabilizálni a baba dezorganizáló érzelmi állapotait (Fonagy & Target, 2005).

A bizonytalanul kötődő, elkerülő csecsemőkről feltételezhető, hogy túlszabályozzák érzelmeiket és elkerülik azokat a helyzeteket amelyek szorongást váltanak ki bennük. Ennek oka, hogy a baba érzelmi izgalom állapotát a gondozó nem hozta egyensúlyba, kevésbé vagy egyáltalán nem reagál a kétségbeesett csecsemőre. A gondozó válaszkészségének hiánya arra készíti a gyermeket, hogy - a

nyelv vagy komplex gondolkodás hiányában – elnyomja a kötődési jelzéseket, mint például a sírás (Mikulincer & Shaver, 2009).

A bizonytalanul kötődő, ambivalens csecsemők pedig a elkerülővel ellentétben alulszabályoznak, erőteljesen fejezik ki szenvedésüket. A babát teljesen leköti, hogy a gondozóból választ váltson ki, ám amikor az bekövetkezik, akkor is frusztrált marad (Sroufe, 1996).

Összefoglalva tehát: a biztonságosan kötődő csecsemő szülei reagálnak a gyermek igényeire és jelzéseire, nem utasítják el a baba kapcsolatfelvételi kezdeményezését, ezzel egy kiszámítható és biztonságos háttérrel biztosítva a babának. A bizonytalanul kötődő babák gondozói kevésbé válaszreaktívok mint a biztonságosan kötődő gyerekek szülei. Gyakran kiszámíthatatlanok vagy kifejezetten ridegek, elutasítók.

Amikor majdnem egy évtizeddel később Main és Solomon (1986) kiegészítette a három kötődési stílust egy negyedikkel, a **dezorganizált**-tal, a fentiekhez hasonló összefüggéseket találtak a dezorganizált stílus és a szülő - gyermek interakció között. A dezorganizált kötődési stílussal rendelkező babák nem voltak besorolhatók az ainsworthi három kategória egyikébe sem, mert azok a szeparációra adott koherens válaszmintázatok, amelyek jól körülhatárolhatóak voltak a másik három csoportnál, hiányoztak ezeknél a babáknál.

Ezek a gyerekek egyszerre mutatkoztak zavartnak és szorongónak a szülő jelenlétében, esetleg verdesték a fejüket vagy tapsoltak, vagy élettelennek tűntek (van Ijzendoorn és mtsai., 1999).

Main & Solomon (1986) szerint a következetlen szülői válaszreakció eredményezi a dezorganizált kötődési stílust. Később Main és Hesse (1990) pontosították ezt az összefüggést és kimutatták, hogy azok a szülők akik egyszerre megerősítik a gyereket de meg is félemlítik, dezorganizált kötődési stílust alakítanak ki viselkedésükkel. Ugyanis a baba egyszerre fél a szülőtől és érzi magát biztonságban, ami zavarodottságot eredményez benne. A gondozó egyszerre a félelem és a biztonság forrása is, ezért a kötődési viselkedéses rendszer készenléti állapota konfliktusos motivációkat eredményez (Fonagy & Target, 2005).

## **2. A Felnőtt Kötődés**

### **2.1 A felnőtt kötődés kérdései**

A kötődés kontinuitása tárgyalásakor már szó volt róla, hogy Bowlby (1973) szerint bár a belső munkamodell rugalmasak és nyitottak a változásra, a gyermekkorban kialakult kötődési stílus nagy valószínűséggel egy életen át megmarad a belső munkamodelleknek köszönhetően. Az

internalizált munkamodellek meghatározzák a viselkedést, a kogníciókat és az érzelmeket és befolyásolni fogják, hogyan raktározódnak el a későbbi intim kapcsolatokban szerzett tapasztalatok.

A fenti érveléseket elfogadva új lehetőségek nyíltak a kötődés vizsgálatában, hiszen értelmet nyert a felnőtt kötődés vizsgálata, ami az 1980-as években lendült fel. Hazan és Shaver (1987) voltak az elsők, akik a felnőtt romantikus kapcsolatokat kötődési folyamatként írták le. Azt feltételezték, hogy a felnőtt kötődés ugyanannak a motivációs rendszernek köszönhető, mint a csecsemő és gondozója között kialakult kötődés, ugyanis hasonlóságokat figyeltek meg a felnőtt partnerek és gyermek és gondozója közötti kapcsolatokban. Például, mind a szülő - gyermek és a romantikus felnőtt kapcsolatokban is akkor érzik magukat biztonságban a személyek ha a másik közelében vannak és mindkét esetben negatív érzelmeket élnek át a másiktól való szeparációkor.

Ha a felnőtt kapcsolatok is kötődésként írhatóak le, akkor minimum három kérdéskört érdemes vizsgálni ezzel kapcsolatban:

(1.) Először is, hogy vajon ugyanazok a kötődési mintázatok találhatóak e meg a felnőtteknél, mint Ainsworth babáinál. Feltételezhetjük -e, hogy egyes felnőttek biztonságosan kötődnek, míg mások aggódnak amiatt hogy elhagyják őket vagy esetleg egészében elkerülik a romantikus kapcsolatokat (azaz ez utóbbiak bizonytalanul kötődnek).

(2.) Másodsor, ha a szerelem kötődési folyamat, akkor a kötődési viselkedérendszer ugyanúgy kell hogy működjön, mint a csecsemő-gondozó között. Azaz ugyanazok a kötődési viselkedések figyelhetőek-e meg felnőtteknél, mint gyerekeknél: közelségkeresés és szeparációra mutatott tiltakozás ?

(3.) És végül, mégis mennyire stabilak a Bowlby által leírt munkamodellek? Ugyanazok a kötődési mintázatok valóban fenn maradnak e felnőttkorban, stabil marad e az a kötődési stílus, amelyet a gyermek elsődleges gondozója válaszkészsége alapján alakított ki? (Fraley, 2010)

## 2.2 A felnőtt kötődés mérése

A fenti kérdésekre való válaszkeresés egy új kutatási területet nyitott meg: a felnőtt kötődés kutatását. A felnőttkötődés vizsgálatának lehetősége új kutatási módszerek kidolgozását is szükségesszerűvé tette: a baba kötődési viselkedése ugyanis könnyen megfigyelhető laboratóriumi és/vagy természetes környezetben azáltal, hogy szeparáljuk a babát édesanyjától. Nem ilyen egyszerű azonban a helyzet a felnőttek kötődés vizsgálatakor. Hogyan lehetne kutatni a szerelmi kapcsolatokban kialakult kötődési stílusokat vagy esetleg előrejelezni az anya és gyermeke közötti kötődés minőségét az anya belső reprezentációi alapján már a baba megszületése előtt?

A felnőtt kötődéssel kapcsolatos kérdések vizsgálatára két kutatásiterület fejlődött ki az 1980-as

években. A kutatók egyik csoportja a korai gyermek- szülő kapcsolatra koncentráltak és **interjúmódszert** alkalmaztak, amellyel a gyermekkori kötődési kapcsolatok narratív történetét hívják elő. A másik terület a szociál és személyiségpszichológiából fejlődött ki és elsősorban a felnőtt romantikus kapcsolatokban megjelenő kötődési mintázatok érdekelték őket. Ezek a kutatók az **önkitöltő kérdőíveket** részesítették előnyben (Platts, Tyson és Mason, 2002). Manapság a kérdőívek a népszerűbbek egyszerű használhatóságuk miatt.

A következő fejezetekben mindkét vizsgálati módszer részletes bemutatásra kerül.

### *2.2.a. Interjúmódszerek a felnőtt kötődés mérésére*

A **Felnőtt Kötődés Interjú** (AAI) (Adult Attachment Interview) Mary Main dolgozta ki majd kollegáival tovább finomították azt a 80-as években (George, Kaplan & Main, 1985). Az AAI egy egyórás, félig strukturált interjú, amelyben felnőtteket kérdeznek gyermekkori kötődési élményeikről. 18 kérdésfeltevésből áll az interjú, a kérdések olyan témakörök köré csoportosulnak, mint a felnőtt személyek kapcsolata a gondozóikhoz gyerekkorban, mostani kapcsolat minősége a szülőkkel és korai traumatikus élmények. A vizsgálati személyek válaszait felveszik majd kódolják a hallottakat egy bonyolult kódolási rendszerben. A tartalom kívül figyelembe veszik a válaszok koherenciáját és konzisztenciáját is, azaz mennyire koherens a személy amikor a gondozóról és élményeiről beszél. Illetve fontos szempont még hogy az interjúalany mennyire együttműködő (Hesse, 1999). Az AAI értékelőrendszere (Main & Goldwyn, 1994) a következő négy kategóriába sorolja be a vizsgálati személyeket a veszteség és a trauma átélésének narratívája alapján:

1. biztonságos- autonóm
2. bizonytalan – elkerülő (dismissing)
3. bizonytalan – elárasztott (preoccupied)
4. megoldatlan gyász vagy trauma

A biztonságos- autonóm csoportba tartozó egyének sokra értékelik korai kötődés kapcsolataikat és elbeszélésükben koherensek. Ezzel szemben a bizonytalanul kötődők a korai élményeket hiányosan integrálják. A bizonytalan-elkerülő kötődésűek vagy idealizálják vagy teljesen leértékelik a korai kapcsolatokat, az elárasztott kötődésűek a korai sérelmeket felemlgetik, ami vagy haragot vagy passzivitást vált ki belőlük. Beszámolójuk inkohereus, a korai feldolgozatlan élmények elárasztják őket. A megoldatlan kötődésűek a traumák és veszteségélmények felidézésekor korai kötődési kapcsolatuk reprezentációjának súlyos dezorganizációját mutatják, narratívájuk összezavarodott (Fonagy, 2003). Az AAI használata leginkább azokban a vizsgálatokban terjedt el, ahol a baba adott szülővel való kötődési mintázatát akarják előrejelteni a szülő Felnőtt Kötődési Interjúja alapján. Több AAI-vel végzett vizsgálat azt mutatja, hogy az anyák kötődési reprezentációjának jellege előrejelzi babájuk kötődési stílusát (van Ijzendoorn, 1995).

Manapság az AAI kevésbé használt módszer időigényessége és bonyolultsága miatt (hosszas

kiképzés szükséges a kódolási rendszer elsajátításához).

Az utóbbi évtizedekben több interjú került még kidolgozásra a felnőtt kötődés vizsgálatára: például a *Current Relationship Interview* (Jelenlegi Kapcsolat Interjú, CRI, Cromwell & Owens, 1996), a *Couple Attachment Interview* (Pár Kötődési Interjú, CAI, Alexandrov, Cowan & Cowan, 2005), az *Attachment Style Interview* (Kötődési Stílus Interjú, ASI, Bifulco, Lille, Ball & Moran, 1998). Ezek mind a *Felnőtt Kötődés Interjút* vették alapul és három vagy négy kategóriába sorolják be a személyt jelenlegi romantikus kapcsolatában mutatott kötődési mintázata alapján. Jelen disszertációban csak megemlítésre kerülnek, mivel nem kapcsolódnak szervesen a saját kutatásomhoz.

### 2.2.b. Önjellemző kérdőívek a felnőtt kötődés mérésére

Párhuzamosan az interjúmódszerrel a 1980-as évek vége felé elkezdődött az önkitöltő kérdőívek kidolgozása is a felnőtt kötődés mérésére. Hazan és Shaver (1987) nevéhez fűződik az első önjellemző vignetták megteremtése, amelyek az önjellemző kérdőívek előfutárai lettek. Ők az eredeti három, csecsemőkre leírt, kötődési mintázatokat átvezették felnőtt romantikus kapcsolatokra. Három egyszerű vignettát állítottak össze, amelyek rövid kijelentéseket tartalmaztak a három különböző kötődési stílust jellemezve. A módszer oly egyszerű volt, hogy a vizsgálati személyeket mindössze arra kérték, hogy értékeljék a három állítás közül melyik írja le legpontosabban ahogy általánosságban érznek romantikus kapcsolataikkal kapcsolatban. A biztonságos kötődést jellemző vignetta például a következő állításokat tartalmazta:

*“Relatíve könnyen közel kerülök másokhoz és nem okoz gondot, hogy másokra támaszkodjam vagy ők rám. Nem aggódom amiatt, hogy elhagynak vagy hogy valakit túl közel engedek magamhoz.”*

(Fraley, 2010, 4.old. saját fordítás)

Az eredmények azt mutatták, hogy a felnőtt kötődési stílusok eloszlása ugyanaz mint a csecsemők kötődési stílusának eloszlása: 60%- a a felnőtteknek biztonságosan kötődő, 20% - 20% pedig bizonytalan elkerülő illetve ambivalens.

Hazan és Shaver azt a következtetést vonta le kutatásából, hogy a felnőtt kötődés részben ugyanannak a kötődési viselkedéses motivációs rendszernek tulajdonítható, mint a gyermek és gondozója közötti kötődés kialakulása, azaz a szerelem egy kötődési folyamat.

Bár Hazan és Shaver kutatása mérföldkő a felnőtt kötődés témakörében, mint első önjellemző állításokat használó kutatás, de módszertanilag igencsak megkérdőjelezhető. Először is eleve



feltételezték, hogy ugyanaz a három kötődési stílus található meg a felnőtteknél mint Ainsworth babáknál (Fraley, 2010). Másodszor, vizsgálati módszerük nem méri a másokról kialakított modellt, a saját magunkról kialakított modellt is kevésbé, hiszen az állítások a személy általános kapcsolati érzéseire és tendenciáira vonatkoznak. Nem ahhoz próbál meg hozzáférni, hogy mi lehet a tudatos vagy tudattalan elmében ami ezeket az érzéseket megmagyarázná. Így vizsgálati módszerüknek nem sok köze van ahhoz, ami alatt Bowlby belső munkamodellek alatt értett (Mikulincer és Shaver, 2007).

Hazan és Shaver önjellemző vignettái után két fejlődés következett be a felnőtt kötődés önjellemzésen alapuló vizsgálatában: bevezettek egy negyedik kötődési stílust illetve a vignettákat felváltották a skálák, amelyek a kategórikus mérés helyett a kötődés dimenzionális mérését tették lehetővé.

A legnagyobb fejlődést Bartholomew és munkatársai munkája jelentette, akik (Bartholomew 1990, Bartholomew & Horowitz, 1991) a fent említett két kutatási irányzatot (interjú és önbeszámoló kérdőívek) megpróbálták egyesíteni és egy olyan felnőtt kötődési modellel álltak elő ami mind a mentálisan betegek mind az egészségesek kötődési stílusát képes mérni (Platts, Tyson és Mason, 2002). Kidolgozták a felnőtt kötődés négy dimenziós modelljét, amiben a kötődési stílusok két dimenzió mentén helyezhetőek el: a személy önmagáról alkotott modellje (model of self) és a személy partnerrel kapcsolatos elvárásai, azaz másokról kialakított modellje (model of others) alapján és mindkét model lehet negatív vagy pozitív.<sup>2</sup> Visszanyúltak tehát Bowlby kognitív munkamodelljeihez.

Bartholomew négy felnőtt kötődési stílusának mérésére a *Kapcsolati Kérdőív* (Relationship Questionnaire, RQ -ként rövidítve a továbbiakban) született meg. A RQ a fenti dimenziós modellt vette alapul és annak mentén tartalmaz állításokat. Ezeket az állításokat egy 7 fokú skálán kell értékelni a kérdőívet kitöltő személyeknek. (Bartholomew & Horowitz, 1991).

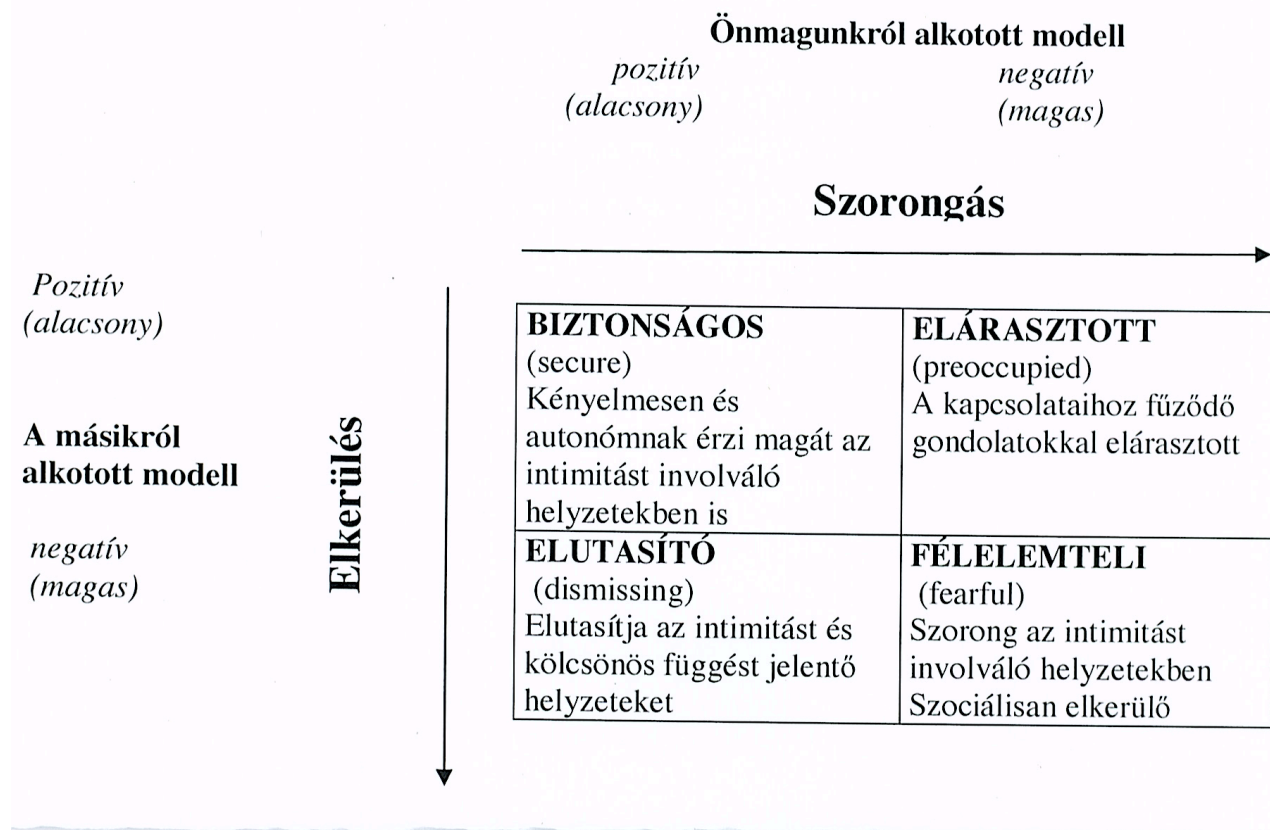
Brennan és mtsai. (1998) Bartholomew munkáját vizsgálva további módosításokat vezettek be és megalkottak egy újabb mérőeszközt, az ECR-t (*Experience in Close Relationships*, Közvetlen Kapcsolatok Kérdőív). Ők azt javasolták, hogy az önmagunkról alkotott belső modell könnyebben mérhető annak a szorongás mértékével, amit a személy a partnerral kapcsolatban él át. A kötődési biztonságot két dimenzió mentén kívánták mérni: a **szorongás és elkerülés** dimenziókon. Így ők visszatértek a már Ainsworth (1978) által is beazonosított két dimenzióhoz: a kapcsolati szorongáshoz és az elkerülő viselkedéshez.

Mind Bartholomew és Brennan tehát két dimenzió mentén képzelel el a kötődési stílusokat,

---

<sup>2</sup> Main és Solomon (1986) is beazonosított négy kötődési stílust. Azonban az általuk meghatározott dezorganizált típus nem szerepel a kötődés kérdőíveken ezért nem mérhető a felnőtt kötődés mérésekor.

különbség elméletükben abban áll, hogy mi az a két dimenzió. Bartholomew a kognitív konstruktumokat helyezi előtérbe (önmagunkról és másokról kialakított munkamodellek), Brennan pedig az érzelmi és viselkedéses dimenziókra (kapcsolati szorongás és elkerülés) koncentrálnak.



A fenti kategóriák a következőképp jellemezhetőek:

**1. Biztonságosan kötődő (secure):**

A biztonságosan kötődő felnőtteknek jó az önbizalmuk, pozitívan értékelik önmagukat és kapcsolataikat. Képesek hosszan tartó kapcsolatok kialakítására és fenntartására. Autonómok, értékelik a függetlenséget, alacsony a dependenciájuk, de emellett az intimitás sem riasztja vissza őket, kifejezetten keresik azt. Viselkedésükre nem jellemző a kapcsolatok elkerülése. Általában pozitívabban értékelik kapcsolataikat és önmagukat mint a más kötődési mintázatba sorolható egyének. Nem aggódnak attól hogy elhagyják őket vagy szerethetetlenek lennének.

**2. Elárasztott (preoccupied):**

Az elárasztott kötődési stílussal rendelkező egyéneket magas kapcsolati szorongás jellemzi, másokat pozitívan értékelnek míg saját magukról kialakított önképük negatív. A kapcsolataik miatt sokat aggódnak. Az intimitás és a partnerrel való kapcsolat mindenképp felett áll, ami gyakran

dependenciát eredményezhet. Gyakran érzik úgy hogy sokkal nagyobb fokú intimitásra vágnak, mint partnerük, ami szorongásukat tovább fokozza. Impulzívak és aggódnak kapcsolataikkal miatt. Korábban ezt a csoportot ambivalensnek nevezték.

### 3. Szorongó elkerülő / Félelemteli (fearful – avoidant):

Ebbe a kategóriába tartozó személyek mind a szorongás és elkerülés skálán magas értéket érnek el. Önmagukról kialakított képük negatív. Félnek a visszautasítástól és inkább kerülik az intim kapcsolatokat, hogy sérülékeny önképüket megóvják. Ambivalens érzéseik vannak a kapcsolatokkal kapcsolatban: egyszerre szeretnék az intimitást de szoronganak is tőle, hiszen nem bíznak szerethetőségükben és partnerük válaszkészségében. Az elutasító elkerülőhöz hasonlóan nem mutatják ki érzéseiket és kerülik az intimitást. Korábban ezt a csoportot elutasító ambivalensnek nevezték.

### 4. Elutasító / Elkerülő (dismissing avoidant):

Az utolsó kategóriába sorolható személyek önmagukat pozitívan értékelik, mégis elkerülő tendenciát mutatnak a másokba vetett bizalmatlanságuk miatt. Függetlenségre törekszenek és állítják, hogy nincs szükségük az intimitásra. Kapcsolataikban kevésbé keresik az intimitást.

Brennan és mtsai két dimenziós modellje megalapozta a jelenkori felnőtt kötődés dimenziális mérését. Másrészt lehetővé tette a legelterjedtebben használt felnőtt kötődés önkitöltő kérdőív kidolgozását, az ECR-t (Experience in Close Relationships, magyarul Közvetlen Kapcsolatok Kérdőív-et). Az ECR egy 36 tételes kérdőív, ami a kapcsolati szorongást és elkerülést méri.

Egy másik igen fontos dimenziális önjellemző kérdőív a felnőtt kötődés mérésére Judith Feeney Kötődési Stílus Kérdőív-e, eredetiben *Attachment Style Questionnaire* (ASQ) (Feeney és mtsai. 1994). Feeney kérdőíve megszerkesztésékor visszatért az eredeti kötődés irodalomhoz Bowlby és Ainsworth munkáit tanulmányozva. Az volt a szándéka, hogy az alapokból kiindulva alkot egy mérőeszközt, figyelve arra hogy semmilyen fontos aspektust ne hagyjon figyelmen kívül. Így született meg az ASQ, ami általánosságban véve kapcsolatokra, nemcsak szerelmi kapcsolatokra, koncentrál. Előnye, hogy serdülőkkel is fel lehet venni illetve olyan személyekkel, akiknek sosem volt romantikus kapcsolatuk. Különlegessége még, hogy az elkerülés és szorongás mellett öt alskálát is mér:

#### 1. Biztonság/Bizalom a kapcsolatban (Confidence)

2. A partner közelsége által érzett diszkomfort érzés (Discomfort with Closeness)
3. A kapcsolatok másodlagossága (Relationships as Secondary)
4. Az elismerés iránti szükséglet (Need for Approval)
5. A kapcsolatokkal való túlzott foglalkozás (Preoccupation with Relationships)

Több friss kutatás használja előszeretettel az ASQ-t pszichiátriai zavarok feltárására (pl. Troisi, Massaroni, Cuzzolaro, 2005, Fossati, Fenney és mtsai., 2003).<sup>3</sup>

### 3. Mentalizáció, Reflektív Funkció és Kötődés

A mentalizációs elmélet új távlatokat nyitott meg a klinikai pszichológiában, mivel egy új, fejlődéslélektani szemszögből képes magyarázni a pszichopatológiai rendellenességeket pszichoanalitikus és kötődés elméleti fogalmakat integrálva (Jurist & Meehan, 2009). A mentalizáció kapcsolatban lehet olyan más konstruktumokkal, mint a kötődési stílus vagy személyiségjegyek, ezért a kötődés és patológia összefüggéseinek vizsgálatakor elengedhetetlen, hogy beszéljünk róla. A következő fejezetekben meghatározom a mentalizáció fogalmát és részletesen tárgyalom a mentalizáció és kötődés kapcsolatát.

#### 3.1 A reflektív funkció fogalma és fejlődése

A **mentalizáció** alatt azt a mentális funkciót értjük, amikor a gyermek megérti hogy mások cselekedeteit a sajátjától eltérő motivációk és vágyak vezérelhetik. Fonagy a **reflektív funkciót** (amely szinonimája a mentalizációnak) a következőképpen definiálja:

*“A reflektív funkció egy olyan mentális funkció, amely az egyén saját és mások viselkedésére vonatkozó élményeit mentális állapotok konstrumaiba szervezi “* (Fonagy és Target, 1998, 7.old.)

Ez lehetővé teszi a gyermek számára, hogy a másik vágyaira és szándékaira következtessen és később ki tudja választani azokat a szelf-másik reprezentációkat, amelyek a legadaptívabb választ képviselik adott helyzetben. A tizennégy hónapos gyermek erre még képtelen, de tizennyolc hónapos korukra a babák képesek megérteni, hogy a másik viselkedését a saját vágyaitól és szándékaitól eltérő vágyak vezérelhetik. Normális fejlődés esetén kb. 4-5 éves kor körül jut el a gyermek a teljesen kibontakozott **mentalizációhoz** vagy reflektív működéséhez. Ekkorra sajátítja el

---

<sup>3</sup> Az ECR-t és az ASQ-t részletesen tárgyalom a Módszertan részben, mivel saját kutatásomban ezt a két kérdőívet választottam a kötődés mérésére.

az intencionális hozzáállást, azaz a másik tudatállapotából indul ki és nem a saját valóságára alapozza a várakozását illetve képessé válik a hamis vélekedés tulajdonítására (Fonagy, 2003).

Három fontos összetevője van annak a folyamatnak, amíg a baba eljut a teljesen kibontakozott mentalizációig:

- ♣ a teleologikus hozzáállástól a gyermeknek el kell mozdulni az intencionalitás felé
- ♣ a “mintha játék”
- ♣ legfontosabb szerepe azonban a szülői érzelemtükrözésnek van

A **teleologikus** hozzáállásban a gyermek még nem érti, hogy saját vélekedéseitől és szándékaitól eltérhetnek a másik szándékai, ekkor még a fizikai valóság határozza meg a gyermek értelmezéseit. Pszichopatológiai szempontból ennek azért van nagy jelentősége, mert ha a gyermek nem képes arra hogy a gondozó elutasító viselkedését önmagától függetlennek élje meg, akkor önmagát szerethetetlennek fogja megélni, negatív belső munkamodelleket alakít ki magáról. A teleológiai hozzáállás kb. 3 éves kor körül mozdul el az intencionalitás felé, amikor a gyermek elkezdti megérteni mások mentális állapotait és tud következtetni a másik cselekedeteire. Fonagy (1998) szerint ez a folyamat egyenlő a gondozó tudatállapotainak felfedezésével, amelyet csak a biztonságos kötődés kontextusában lehet biztonságosan elsajátítani.

A mentalizáció kibontakozásában a szülő a “**mintha**” **játékkal** is elősegíti a reflektív funkció fejlődését. A *mintha* játékban a gyermek és a szülő ketten osztanak meg egy valóságot egy harmadik nézőpontot is figyelembe véve, és kialakul benne egy a fizikaitól eltérő valóság. Ha a *mintha* játékra a szülő képtelen, mert például az a saját traumáját idézi fel benne, akkor ez szintén hátráltathatja a magas szintű reflektív működés elsajátítását.

A mentalizáció kibontakozásában azonban kétségkívül legfontosabb szerepet a **szülői érzelemtükrözés** játszik. Ez azt jelenti, ha például a csecsemő fokozott izgalmi állapotot él át, arra a mama reagál, ideális esetben a baba saját belső állapotait visszatükrözi, így a gyermek reprezentálni tudja a saját belső állapotait.

Gergely és Watson (1998) a **szülői érzelemtükrözés szociális biofeedback modellje** az érzelmi tükrözés fejlődési funkcióját hangsúlyozza. A modell szerint az empátikus és szenzitív tükrözés segít a csecsemő érzelmi szabályozásában ezzel a biztonságos kötődést elősegítve illetve reprezentációs funkciót is betölt, mert a jelölt szülői tükrözés alapján jönnek létre a gyermek belső érzelmi állapotainak a másodlagos reprezentációi. Egyetértenek tehát abban más csecsemőkutatókkal (pl. Stern, 1985), hogy az érzelmek tükrözésének kimagasló szerepe van a

szülői szabályozó interakcióban az első életévben. Ennek alátámasztására számos kísérletet végeztek (pl. Tronick, 1989) depressziós anyákkal és babáikkal. Azt figyelték meg, hogy a depressziós anyák esetében több a negatív érzelmek kifejezése és intruzivitás és ezeknek a babáknak az érzelemszabályozása és kötődési stílusa összefüggést mutat a depressziós anya érzelmi állapotával. Gergely és Watson (1998) rámutat, hogy ezek az eredmények támogatják a korábbi teóriákat, miszerint a korai anyai tükörfunkció fontos szerepet játszik a személyiségfejlődésben (pl. Kohut, 1971, Kernberg, 1984, idézi Gergely és Watson, 1998), de elméletük abban egyedi és új, hogy ők az oksági mechanizmusokat is magyarázzák **kontingenciadetekciós modul**-jukkal. Szerintük a szülői érzelmtükrözés egy természetes biofeedback tréningként funkcionál a csecsemő érzelmi fejlődésében, aminek hatásáért felelős mechanizmus a kontingenciadetekciós modul. Ez egy veleszületett komplex tanulási és perceptuális modul, amely analizálja a válaszok és ingerek kontingens kapcsolatát. Ha kontingens kapcsolat van a csecsemő saját válasza és külső ingeresemények között, akkor pozitív arousalt él át a baba. A korai anya-gyermek kapcsolatra vetítve ezt, ez azt jelenti, hogy a kontingens érzelmreflektív szülői reakciók segítik a csecsemő érzelemszabályozását és a biztonságos kötődés kialakulását illetve szenzitivizálják a babát saját érzelmi állapotaira is. Kialakulnak az érzelmek másodlagos reprezentációi, amik az érzelmi tudatosság és az önkontroll alapjait fogják képezni.

A megfelelő szülői érzelmtükrözés hiányában a fent említett mechanizmusok sérülnek. Gergely és Watson (1998) meghatározzák a deviáns szülői érzelmtükrözési stílusokat is és hogy ezek dominanciája esetén milyen patológiák alakulhatnak ki. Két fajta deviáns érzelmtükrözési stílust különböztetnek meg, ami a patológiás állapotok kialakulásához hozzájárul: a **jelöltség** és **kategóriakongruencia** hiányát.

A **jelöltség** alatt azt értjük, hogy a szenzitíven tükröző szülő megjelöli megnyilvánulásait, így az perceptuálisan elkülöníthetővé válik az anya érzelmeitől, azaz az érzelmet a baba saját magának tulajdonítja, nem a szülőnek. Ezáltal kialakul az elsődleges érzelmi állapotok másodlagos reprezentációi, ami az érzelmi tudatosság alapját fogja képezni. A jelöltség hiányában a gondozó képtelen perceptuális jelöltséggel rendelkező érzelmiválaszt adni babája negatív érzelmek kifejezésére saját megoldatlan intrapszichés konfliktusai miatt. A jelöltség hiánya következtében a baba negatív affektusa növekszik, ahelyett hogy csökkenne.

Kiváló példa a jelöltség hiányára a borderline személyiségzavarban oly fontos elhárító mechanizmus, a projektív identifikáció. A személy saját magáévá teszi a másokban róla kialakult negatív képet. Azonban ez túl fájdalmas, így törekszik arra, hogy megszabaduljon a negatív szelf reprezentációktól, amire csak úgy képes ha a másokba kivetíti azt és megpróbálja kontroll alatt tartani (Pohárnok, 2003).

A deviáns szülői érzelmtükrözés másik fajtája a **kategórikongruencia hiánya**. Ez azt jelenti, hogy a gondozó félreértelmezi a csecsemő affektusát. A tükrözés bár jelölt lesz, de eltorzított. Így a baba torzított, téves kategóriájú másodlagos reprezentációt fog kialakítani saját érzelmi állapotáról, azaz saját érzelmi állapotait tévesen fogja észlelni. Ez állhat például egyes szexuális devianciák hátterében.

A deviáns szülői érzelmtükrözés eredménye a Winnicott-i hamis szelf lesz (Winnicott, 1967) aki képtelen mentalizációs működésre a kötődési kontextusban.

### 3.2 A mentalizáció és kötődés kapcsolata

Hogyan kapcsolódik a mentalizáció és a kötődés? Fonagy (2003) szerint a két konstruktum közötti kapcsolat két szempontból is jelentős:

- ♣ először is, a reflektív funkció támogatja a biztonságos kötődés kialakulását, illetve fordítva is igaz, a biztonságos kötődés elősegíti a mentalizáció létrejöttét. A biztonságos kötődés az amelyben a baba leginkább el tudja sajátítani a reflektív működést, a reflektív funkció szilárd létrejötté pedig védelmező hatású, hiánya a későbbi patológiás állapotokra való sérülékenységet hordozhatja.
- ♣ másodsor, a biztonságos kötődés generációs átvitelét a mentalizációs képességgel magyarázhatjuk. Fonagy szerint a kötődési stílus átörökítésében a mentalizáció a mediáló tényező.

Fonagy londoni vizsgálata empirikus adatokkal is alátámasztja a reflektív funkció és a kötődés kapcsolatát. Vizsgálatában, abban a csoportban ahol a gyerekek jól oldották meg a hamis vélekedés tesztet (a reflektív képesség mértékét vizsgáló tesztet), kétszer annyi biztonságosan kötődő gyermek volt, mint abban a csoportban ahol megbuktak a teszten. Továbbá ha az anya reflektív funkciója magas volt, akkor a gyermeke nagyobb valószínűséggel oldotta meg a feladatot, mintha nem. Azaz az anya reflektív képessége elősegítette a biztonságos kötődést, a biztonságos kötődésben pedig egy olyan kontextust teremtett a gyermek számára, amelyben nyugodtan felfedezhette saját és gondozója tudatát (Fonagy & Target, 1998).

A gondozóval való szeretetteljes kapcsolat úgy tűnik kulcsfontosságú a kötődési stílus generációs átvitelében is. Van Ijzendoorn (1995) például kimutatta, hogy a biztonságosan kötődő szülők gyermekei 3-4x nagyobb valószínűséggel lesznek maguk is biztonságosan kötődők, még abban az esetben is ha a szülő kötődési stílusát jóval a baba születése előtt mérték. Ilyen vizsgálatot végzett Fonagy és Target (1998) a londoni Szülő-Gyermek vizsgálatukban. A Felnőtt Kötődési Interjú száz, első gyermekes szülővel vették fel még a baba születése előtt. A vizsgálat célkitűzése az volt, hogy



az anya kötődési interjúja alapján mennyire jósolható előre a baba egy éves korra kialakult kötődési stílusa. Az eredmények azt mutatták, hogy a csecsemő az Idegen Helyzetben mutatott adott szülővel való kötődési mintázata erősen megjósolható volt a szülő AAI-ja alapján.

Fonagy (2003) egy másik kutatásában deprivált (gyerekkorban szeparációt megtapasztaló) és nem deprivált anyákat vizsgált. Eredményei szerint azoknak az anyáknak akik pontosabban tudták visszajelezni a babák érzelmi állapotát nagyobb valószínűséggel lett biztonságosan kötődő a csecsemőjük, még akkor is ha a deprivált csoportba tartoztak. Más kutatása (Fonagy és mtsai., 1994) bizonyította, ha az anyák reflektív működése magas szintű volt, nagyobb valószínűséggel biztonságosan kötődő volt a baba még akkor is ha magas stressznek voltak kitéve, mert például kriminalitás vagy pszichiátriai betegség volt a családban.

Összefoglalva tehát Fonagy úgy gondolkodik a reflektív képességünkről, mint amit az előző generációktól öröklünk. Mások vágyairól és vélekedéseiről oly mértékben tudunk csak gondolkodni, amennyire minket is intencionális lénynek tekintettek. A szülő intencionális beállítódása a még intencionalitással nem rendelkező baba irányába, hogy úgy gondolkodjon róla mint akinek saját érzései és vágyai vannak, és hogy a babával és annak mentális állapotaival kapcsolatos megfelelőit saját lelkében is fellelje, a kötődés átvitelének kulcsfontosságú tényezői (Fonagy és mtsai., 1991a). Ha ez nem történt meg, valószínű hogy a bizonytalan kötődést fogjuk átörökíteni a következő generációra. Ez a feltevés azonban azt is implicálja, hogy ha valaki kedvezőtlen körülmények között nő fel, de gondozója elsajátította azt a képességet hogy hatékonyan vissza tudja tükrözni a mentális élményeket, akkor a korai kedvezőtlen hatások korrigálhatóak (Fonagy, Steele, Steele, Higgitt & Target, 1994).

### 3. 3. Dezorganizált kötődés és reflektív funkció

A szülői érzelmtükrözésnél láttuk, hogy ha a szülő érzelemreflektív, akkor a baba aktuális érzelmi állapotát úgy képes visszatükrözni, hogy az se nem túl nyomasztó, se nem eltúlzott. A gyermek így megtapasztalja, hogy belső mentális állapotait visszatükrözi a szülő, például a mintha játék során. Ezenkívül a baba egyre inkább elmozdul az intencionális hozzáállás felé fejlődése során, ami lehetővé teszi számára, hogy a gondozó vágyaira és érzéseire következtetni tudjon. Ezt természetesen a biztonságos kötődés kontextusában lehet a leginkább megvalósítani.

De mi történik ha nem adott a biztonságos háttér? Ha a szülő bántalmazza a gyermeket? Rossz bánásmódban nevelkedő gyerekek esetében a gyermek belső állapotait a szülő nem képes

megfelelően visszatükrözni azok ugyanis elfogadhatatlanok számára is, így a mentalizációs folyamat sérülni fog. Ebben az esetben a gyermek nem fogja tudni felfedezni saját érzelmi állapotait a másik személy tudatában, így nem alakulnak ki ezen érzelmi állapotok másodlagos reprezentációi, ami a kötődés **dezorganizált mintájához** vezethet (Fonagy, 2003).

Korábban fejezetekben említettem, hogy a dezorganizált kötődés háttérében bizonyítottan a szülő bejósolhatatlansága áll. A szülő egyszerre jelenti a védelmet és a félelem forrását a gyermek számára. A gyermek így nem tudja feloldani azt a belső konfliktust, hogy ugyanattól a személytől retteg akitől a védelmet is várja. Ez a paradox helyzet összezavarja, ami hátráltatja a kötődés biztonságos szerveződését. (Main & Hesse, 1990). Így bár a dezorganizált kötődési stílusú gyerekeknek lehet mentalizációs képessége, de a másik pszichikumában nem a saját mentális állapotainak reprezentációit próbálják megtalálni, hanem azokat amelyek saját szelfjét fenyegethetik. Ezek a gyerekek túlzottan koncentrálnak a gondozó viselkedésére, hogy annak szándékaira következtetni tudjanak, saját belső állapotukat viszont alig értik. A bizonytalan, dezorganizált kötődést így felfoghatjuk, mint védekező mechanizmust, hiszen a korlátozott reflektív funkció segít a gyermeknek abban hogy ne azonosuljon a szülővel (Fonagy és Target, 2005)

Bizonyított az is, hogy a baba dezorganizált kötődése és az anya múltbeli traumája - még inkább ha az az anya 17 éves kora előtt történt – között egyértelmű összefüggés van (van Ijzendoorn, 1995). A dezorganizált kötődés szoros kapcsolatban áll az olyan rizikó tényezőkkel is, mint a gyerekkori bántalmazás (Carlson, Cicchetti, Barnett és Braunwald, 1989) és pszichiátriai betegségek a családon belül, mint például az anya major depressziója (Teti és mtsai., 1995).

A legbiztosabban a mama disszociatív magatartása jelzi előre a baba dezorganizált kötődését. Az anya rémületet tükröző magatartása jól előrejelezte a baba dezorganizált kötődését, főként akkor, ha az anya teljesen félreértelmezte a baba kötődési jelzéseit. A félreértés egyszerre hívta elő a baba kötődését és utasította azt el (Lyons -Ruth, Bronfman és Parsons, 1999) ezzel zavart okozva a babában.

### 3.4 A mentalizáció klinikai vonatkozásai

A mentalizációs elmélet segít a borderline patológia megértésében is. Pohárnok (2003) szerint a borderline személyiségzavar értelmezhető a mentalizáció zavaraként. Borderline (BPD) páciensek élettörténetében csaknem mindig szerepel a gyerekkorban elszenvedett rossz bánásmód, szexuális abúzus vagy fizikai és/vagy érzelmi elhanyagolás. A gyermek így elfordul a szülő gondolataitól, mert ha odafordulna azt mint bántalmazót élné meg. A gyermek tehát *“nem mentalizáló módban”* van. Így a nem mentalizáló működés védelemet biztosít a gyermek számára. Pohárnok szerint nem

arról van szó, hogy a borderline páciensek képtelenek a mentalizációra, inkább arról, hogy a mentalizációs készségüket egyenlőtlenül osztják meg. Míg saját belső állapotaikat kevésbé értik, nagyon érzékenyek mások belső állapotaira.

Pohárnok szerint a borderline páciens mentalizáción alapuló pszichoterápiájának célja a biztonságos kötődés kialakítása az interszubjektív térben ahol a másik mentális állapotai biztonsággal felfedezhetőek.

Bateman és Fonagy (2004) mentalizáció alapú kezelést javasolnak BPD páciensek számára. MBT-nek (*mentalization based treatment*) nevezték el ezt a terápiát, amelynek elsődleges célja, hogy a páciensek egy stabilabb énképet és biztonságosabb kötődéseket legyenek képesek kialakítani. MBT hatékonyságát mérő kutatásuk bizonyította: 18 hónapos MBT kezelés alatt a borderline páciensek tünetei (öngyilkossági kísérletek, falcolás előfordulása) szignifikánsan redukálódtak összehasonlítva a kontroll csoporttal, akik nem részesültek MBT kezelésben.

Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy az egészséges személyiségfejlődéshez nélkülözhetetlen a reflektív működésmód elsajátítása. A mentalizációs működés a biztonságos kötődés hátterében lehet leginkább elsajátítani, amiben a szülő nem kerüli el a csecsemő izgalmi állapotait, hanem azokat visszatükrözi például a mintha játék során. Ez az affektus reprezentációját fogja eredményezni. A kötődés biztonsága és a reflektív működés védelmet fog nyújtani a későbbi pszichopatológiák ellen és elősegíti az egészséges és rugalmas személyiségfejlődést. Tehát mind a reflektív funkciónak és a biztonságos kötődésnek védelmező funkciója van a baba számára. Bizonytalan kötődés esetén az anya vagy elkerüli a csecsemő feszült állapotait vagy moduláció nélkül tükrözi azokat vissza. Így a babának nem lesz lehetősége arra, hogy belső állapotait reprezentálja. Ez kockázati tényező lesz a mentális betegségek megjelenésében, mivel a mentális állapot megértésének hiánya hátráltatja az érzelmszabályozást, a viselkedés szabályozást és a intim kapcsolatok szabályozását.

## II. SÉMAELMÉLET

### 1. A Séma Fogalom Története és Fejlődése

A séma terminológia igen széles körben használt és elterjedt a pszichológiában. A séma kifejezés utalhat a belső munkamodellekre (Bowlby, 1969), személy sémákra (Horowitz, 1991) alaphiedelmekre (Beck & Freeman, 1990) és korai maladaptív sémákra (Young, 1990). Ebben a fejezetben a séma konstruktum fejlődésének történetét tekintem át, a teljesség igénye nélkül, az általam legfontosabbnak ítélt irodalmakat felhasználva.

A **séma** egy olyan struktúra, amely magába foglalja a korábbi tapasztalatainkat és a világgal kapcsolatos elvárásainkat, absztrakt reprezentációja egy eseménynek, tárgynak, személynek. Sémáink befolyásolják percepcióinkat, érzelmeinket és viselkedésünket. A pszichológiába Bartlett, angol pszichológus, vezette be a séma fogalmát 1932-ben (Wikipedia, 2011). Bartlett emlékezés kísérletében kimutatta, hogy ha egy új információ nem illik be a régi sémába, torzítások keletkeznek. Az emberek az új információt figyelmen kívül hagyják vagy megváltoztatják akképpen hogy az illeszkedjen a régi sémához.

A pszichoanalízis és fejlődéslélektan az élmények leképzésének módjaira megkülönböztet **perceptuális** és **konceptuális sémákat**, előbbi lehet például képek, utóbbi például szavak (Stern, 1995).

Piaget hozzájárulása a séma koncepció fejlődéséhez tagadhatatlan, mivel az ő fogalmai terjedtek el széleskörűen a pszichológiában. A perceptuális és konceptuális sémák fogalmát Piaget kiegészítette a **szenzomotoros sémával**, amely a reprezentációk egy harmadik, alapvető formája lett. Asszimilációnak nevezte el azt a folyamatot, amikor a gyermekek új információkat meglévő sémáikba illesztik. Ha az asszimilációra nincs lehetőség, mert még nem alakult ki séma arra az eseményre, akkor akkomodáció fog bekövetkezni, azaz a sémák módosulnak (Cole & Cole, 1998).

A fent említett három séma mellett még egy reprezentációs forma hozzáférhető a gyermek számára: a **forгатókönyvek** vagy események reprezentációi. Bizonyos eseménysorok forгатókönyvként reprezentálódnak. A forгатókönyv a filmszerűen lefutó, elővételezett, sematikus interakcióláncokra utal (Stern, 1995).

A perceptuális, konceptuális és szenzomotoros sémák olyan cselekvésekre és tárgyakra vonatkoznak amiket konkrétan végre lehet hajtani. Hasonlóképpen a forгатókönyvek objektív események képzetei. Mind a négy séma érzelmileg semleges és izomorfak a valóságos történésekkel, azaz a személy egyszerűen lejátssza őket mentálisan (Stern, 1995).

Stern (1995) szerint ezek a sémák nem elegendőek ahhoz, hogy magyarázzák a csecsemő szubjektív élményeit a kapcsolatban való létről. Úgy érvel, hogy még két séma megkülönböztetése szükséges, ha a tárgykapcsolati szubjektív élményeket akarjuk vizsgálni: az érzelmeket és motívumokat reprezentáló és az egész élményanyagot reprezentáló sémák. Stern szerint az érzelmeket többféle módon reprezentálódhatnak, öt leginkább az **időbeli érzésalakok** (temporal feeling shape) érdeklik. Ez a kontúrja egy olyan érzelemnek, amely egy adott pillanatban bontakozik ki, ha egy motivált viselkedés van jelen. Ez a motivált viselkedés bármi lehet, például, hogy a csecsemő megpróbálja magára irányítani a mama figyelmét. Ez lesz az ötödik sémánk.

Eddig tehát öt sémát különböztettünk meg a baba élményvilágának leképzésére: a perceptuális, a konceptuális, a szenzomotoros, a forgatókönyvek és az érzelmeket (időbeli érzésalakok) sémáit. Stern (1995) hangsúlyozza, hogy mindegyik külön, önállóan létezik, de kölcsönhatásban vannak egymással. Kell lennie egy hatodik sémának, ami "összefogja" ezt az öt reprezentációs formát. Ez elvezet minket az élmény hatodik sémájához, amit Stern **protonarratív borítéknak** nevezett el. Ez egy olyan reprezentációs forma, amely koordinálja az alap sémákat és egy szubjektív, teljes élménnyé rendezi őket. Azaz, ahogy fent már említettük, ez az egész élményanyagot összefogó séma.

Stern szerint az összes séma oly módon alakul ki, hogy a gyermek megtapasztalja többször és ismételten a valakivel való együttlétet valamely módját. A hat alapséma így egy sémahálózatot alkot, amit a **másikkal való együttlét sémájának** nevezhetünk vagy **RIG-nek: generalizálódott interakciók reprezentációjának**. A sémahálózatban az átélt élmények és tapasztalatok elemeit az alapsémák alkotják (Urnes, 1999).<sup>4</sup>

A pszichoanalitikus nézőponton belül Stern mellett Horowitz nevének említése elengedhetetlen a séma fogalom tárgyalásakor. Horowitz (1997) szerint egy séma egy tudatalatti konstruktum ami az önmagunkról és másokról kialakított vélekedéseket tartalmaz és a gyerekkori élmények hatására jön létre. A sémák személysémákba (person schemas) vagy szerep kapcsolat sémákba (role relationship schema) illeszthetőek. Minden szerep kapcsolat sémában van egy vágy vagy szükséglet, egy félelem és egy megküzdési mechanizmus. Azaz a vágyott szerep kapcsolat, a rettegett szerep kapcsolat és a rettegett szerep kapcsolat elleni védekezőmechanizmusok. Ha a bejövő információt a személy úgy fogja értelmezni, hogy az a rettegett szerepkapcsolatra utal, akkor az szorongást fog kiváltani, ami védekezőmechanizmusokat indíthat be. Horowitz védekező kontrollfolyamatokként definiálja a megküzdési módokat.

A fejlődés- és analitikuspszichológiától elmozdulva a kognitív elmélet felé, több definícióját találjuk a kognitív sémáknak (pl. Segal, 1988, Young és mtsai., 2003). A definíciók leginkább abban térnek el, hogy a séma implicit vagy explicit kognitív struktúra. Például Segal (1988) szerint a sémák

---

<sup>4</sup> Stern elméletére később visszatérünk, amikor is összehasonlításra kerül Young sémaelméletével.

impliciten férhetők csak hozzá a kutató számára, információfeldolgozó feladatokkal. Beck és Young szerint a sémák, explicitek, azaz a személy tudatban vannak, hozzáférhetőek például kérdőívvel.

Beck (1967, idézi Riso és mtsai., 2006, 515. old. ) a következőképpen definiálja a a kognitív séma fogalmát: *“olyan kognitív struktúrák, amelyek megszűrrik, kódolják és értékelik az ingereket amelyek az organizmust érik”*. A negatív kognitív sémák kockázati tényezői a depresszióknak, szorongásnak és személyiségzavaroknak (Beck és mtsai. 1979, Beck és Freeman 1990).

A kognitív sémák tehát megszűrrik az információt és a torzítják a valóságot, és ezáltal befolyásolják a hangulatot és az egyén működését, ami patológiákat eredményez súlyosabb esetekben.

Beck szerint a kogníciók 3 szinten helyezkednek el. Az automatikus gondolatok helyezkednek el a legfelső szinten, ez a leginkább hozzáférhető szint. Ahogy a neve is mutatja, automatikusan jelennek meg egy szituációra való reakcióként. Általában beilleszthetőek valamelyik kognitív torzításba. Például ha egy partin egy egyén nem jól érzi magát, mert nem tud hozzászólni az elhangzottakhoz, egy lehetséges automatikus gondolata az lehet, hogy *“Bizonyára unalmasnak találunk”*, ami a *gondolatolvasás* kognitív torzítás kategóriába illik. Az automatikus gondolatok jelentősége abban áll, hogy meghatározzák a személy hangulatát. A kogníció középső szintjén foglalnak helyet a közbülső hiedelmek. Ezek gyakran “ha” szócskával kezdődnek és szabályokat tartalmaznak. A fenti példát folytatva, pl. *“Ha mindenben egyetértek a többiekkel a beszélgetés folyamán kedvelni fognak és nem fognak unalmasnak találni.”* A legmélyebb, nem tudatos szinten, találhatóak az alaphiedelmek vagy sémák. Ezek befolyásolják a közbülső hiedelmek és automatikus negatív gondolatok tartalmát. Gyerekkorunktól fogva folyamatosan építjük ki az **alaphiedelmeinket** önmagunkról, másokról és a világról. Ezek a sémák rigidek, túláltalánosítottak lesznek és a személy abszolút igazságként fog rájuk tekinteni pl: *”Inkompetens vagyok. Engem nem lehet szeretni stb.”*

Young (1994a) kiegészítette a becki séma fogalmat és bevezette a **korai maladaptív séma (KMS)** fogalmat. Míg az alaphiedelmek Becknél csak kogníciókat tartalmaznak, addig a KMS-ek testi érzéketeket, emlékképeket és érzelmeket is, illetve nagyban befolyásolják a viselkedést. A KMS-ek pervazív mintázatok, amik gyerekkorban alakulnak ki ha a gyermek valamely érzelmi szükséglete nincs megfelelően kielégítve. A kielégítetlen szükségletek alapján 5 sématarományt és 18 sémát különböztet meg (Young, Klosko, Weishaar, 2003).

Young tehát megtartotta a becki séma fogalom információfeldolgozó szerepét, de nagyobb hangsúlyt fektetett a séma tartalmára és a korai gyerekkori kötődési kapcsolatok jelentőségére a sémák kialakulásában.

Young sémaelméletét részletesen tárgyalom a következő fejezetben mivel a saját kutatásom alapját

képezi elmélete és kérdőíve.

## 2. Jeffrey Young Sémaelmélete

### 2.1 Korai maladaptív sémák

A pszichoterápiában általában véve, a séma egy olyan struktúra amely a tapasztalatok alapján alakul ki és befolyásolja a későbbi események és kapcsolatok megélését. Ebben a tág értelemben vett definícióban a séma lehet pozitív vagy negatív, adaptív vagy maladaptív.

Jeffrey E. Young (1990) sémakoncepciója a **korai maladaptív sémákra** helyezi a hangsúlyt. Ezek a korai maladaptív sémák (továbbiakban KMS) érzelmi és kognitív minták, amelyek végig követnek minket egész életünkön át.

A Korai Maladaptív Séma Young-i definíciója:

- ♣ kiterjedt, pervazív mintázat
- ♣ emlékekből, érzelmekből, kogníciókból és testi érzésekből áll
- ♣ az egyénre magára és másokkal való kapcsolataira vonatkozik
- ♣ gyermekkorban vagy serdülőkorban alakult ki
- ♣ az egész életen át finomodik
- ♣ jelentős mértékben diszfunkcionális

(Young 2003, 7. old. )

Young (2003) szerint a KMS-ek akkor alakulnak, ki ha a gyermek elsődleges szükségletei nincsenek kielégítve. Young öt elsődleges szükségletet ír le, amelyek kielégítése alapvető, ahhoz hogy egy egészséges, adaptív személyiséggé fejlődjön az egyén. Ez az öt alapvető szükséglet a következő:

1. biztonságos kötődés, amely magába foglalja a biztonságra, törődésre, elfogadásra való igényt és az intim és szociális integráció igényét
2. autonómia, kompetencia és identitás
3. szükségletek és érzelmek szabad kifejezése
4. spontaneitás és játékra való igény
5. realisztikus korlátok szabása és önkontroll

Ezek a szükségletek univerzálisak, minden kultúrában és minden személyben megtalálhatóak. Ha ez az öt fejlődési feladat közül valamelyik sikertelenül lesz kielégítve kialakulnak a korai maladaptív

sémák. A KMS-ek kialakulásban a legnagyobb szerepe a toxikus gyerekkori környezetnek van. A legkorábban kialakuló és legsúlyosabb sémák általában kora gyermekkorban és a szűk családban gyökereznek. Young (2003) három olyan jellegzetes kora gyerekkori élményt különböztet meg, ami hozzájárul a KMS-k kialakulásához. Ilyen például, amikor krónikusan hiányzik valami a gyermek környezetéből és ennek következményeként alapszükségletei nem elégülnek ki. Ilyen lehet például a fizikai biztonság és stabilitás hiánya vagy a szeretet megvonása. Ezekben az esetekben például *Érzelmi depriváció séma* vagy *Elhagyatottság séma* alakulhat ki. A második gyerekkori élmény, ami a maladaptív sémák kialakulását elősegíti a traumatizáció és a viktimizáció: korai trauma éri a gyermeket, szexuális vagy fizikai abúzus áldozata lesz, bántják, megalázzák. Ezek következményeként kialakulhat például a *Bizalmatlanság- Abúzus séma*, a *Csökkentértékűség séma* és/vagy a *Sérülékenység séma*.

Harmadszor, elősegíti a KMS-k kialakulását ha a gyerek valamiből túl sokat kap, nincsenek korlátok szabva a gyereknek. Ez esetekben gyakori hogy a *Feljogosítottság séma* vagy *Dependencia séma* alakul ki. Ilyenkor nincs trauma vagy abúzus a gyerekkori élményekben, inkább elkényeztetés, mértéktelenség, ami ugyanúgy káros a gyermek számára, mint a szeretet és biztonság hiánya.

A korai élményeken kívül a gyermek temperamentuma is nagy szerepet játszik a KMS-k kifejlődésében. Az érzelmi temperamentum és a korai traumatikus élmények kölcsönhatásából születnek meg a korai maladaptív sémák, mivel a veleszületett temperamentum szelektíven teszi ki a csecsemőt bizonyos környezeti hatásoknak, körülményeknek. Az összes KMS, kivéve a *Feljogosítottságot* és az *Önfeláldozást*, szignifikánsan korrelál a *negatív affektus* temperamentum dimenzióval és a *neuroticizmussal* gyermek, serdülő és felnőtt mintákon is (Rijkeboer és de Boo, 2010). Ezek a vonások pedig azt fogják eredményezni, hogy az ilyen csecsemő jobban rászorul a szülői gondoskodásra. Illetve egy nehezen kezelhető baba nagyobb valószínűséggel vált ki szorongást vagy elutasítást a gondozóból, mint egy könnyű csecsemő.

A fenti paragrafusokban már említésre került néhány séma, amelyek a különböző gyerekkori tapasztalatok hatására alakulhatnak ki. Most nézzük meg az összes, Young által beazonosított sémát:

Young (2003) 18 korai maladaptív sémát különböztet meg - 5 nagyobb sématartományba sorolva azokat - amelyek a személyiségpatológia hátterében meghúzódhatnak.

**Az Elszakítottság és Elutasítás sématartomány** az intim kapcsolatok és kötődés sérülésének eredményeképpen alakul ki. Ebbe a sématartományba tartozó sémák a *Elhagyatottság/Instabilitás*, *Bizalmatlanság és Abúzus*, *Érzelmi depriváció*, *Csökkentértékűség/Szégyen* és végül a *Társas izoláció/Elidegenedettség*. Ezeknek a sémáknak a kialakulásában szerepet játszó családi háttér



általában rideg, szeretetmentes, abuzív, labilis. Azok akiknek ebbe a sémartományba tartozó sémájuk van képtelenek biztonságos kötődéseket kialakítani, úgy érzik szerethetetlenek és hogy a biztonságra, szeretetre való igényük sosem lesz kielégítve.

Az *Elhagyatottság/Instabilitás* séma az az érzés, hogy az egyén kapcsolatai nem stabilak, fontos mások elfogják hagyni vagy azok érzelmileg kiszámíthatatlanok.

A *Bizalmatlanság/Abúzus* sémával rendelkező páciensek meg vannak róla győződve, hogy mások ki fogják használni, pl. abuzálják, bántalmazzák, megalázzák, hazudnak neki, megcsalják vagy manipulálják. Úgy érzik nem bízhatnak senkiben.

Az *Érzelmi Depriváció /Érzelemmegvonás* az hiedelem, hogy az illető érzelmi kötődéssel kapcsolatos vágyai sosem teljesülnek. Azok a páciensek akik ezzel a sémával rendelkeznek úgy érzik, hogy nem kapnak elég szeretet, empátiát, odafigyelést és gondoskodást.

A *Csökkentértékűség/Szégyen* séma az az érzés, hogy az egyén szerethetetlen, hogy alapvetően valami rossz van benne, értéktelen és ha valaki megismeri, képtelen lesz szeretni. A séma általában nagyon intenzív szégyen érzéssel jár együtt.

A *Társas izoláció/Elidegenedetség* sémával rendelkező páciensek általában úgy érzik, nem tartoznak egyetlen közösséghez sem. A beilleszkedésre való képtelenséget, másság megélését jelenti.

**Az Autonómia vagy Teljesítőképeség zavara séma tartományba** azok a sémák tartoznak, amelyek akkor jönnek létre ha a gyermek nem képes az autonómia elérésére, azaz nem tud leválni a családról és egy független életet kialakítani. Tipikus családi háttér, hogy a szülők túlzottan óvták a gyereket vagy épp ellenkezőleg, nem fordítottak elegendő figyelmet rá, amelynek eredményeként ezeknek a személyeknek nem alakult ki az identitásuk, nem képesek önálló életvitelre.

Ebbe a sémartományba tartozik a *Dependencia/Inkompetencia* séma, amely elsősorban a mindennapi életben való boldogulásra és feladatok ellátásának képtelenségére vonatkozik.

A *Sérülékenység séma* túlzott aggodalmaskodás hogy valami baj vagy szerencsétlenség fog történni: például az egyén megbetegszik, elveszti az összes pénzt, de vonatkozhat ez a séma akár a külső világban lévő katasztrófákra, mint például természeti katasztrófák bekövetkezése.

Az *Összeolvadás/Összegabalyodás séma* túlzott érzelmi és/ vagy fizikai bevonódást jelöl, általában a szülőkkel vagy más fontos kötődés személyekkel. Ezzel a sémával rendelkező egyének úgy érzik, hogy a jelentős másik nélkül nem boldogulnának vagy az nem boldogulna nélkülük.

A *Kudarca ítéltés* séma az utolsó, amely ebbe a sémartományba tartozik. Ez a séma azt a hiedelmet foglalja magába, hogy az egyén kudarcot fog vallani és kevésbé kompetens mint kortársai. Abban különbözik ez a séma a *Csökkentértékűség* sémától, hogy míg ez utóbbi kiterjed az egész személyre és annak szerethetőségére, addig a *Kudarca ítéltés* mindössze teljesítményekre

korlátozódik (iskola, sport, karrier). Nem foglalja magába az *“alapvetően rossz vagyok vagy szeretethetetlen vagyok”* érzést, mint a *Csökkentértékűség*.

**A Nem megfelelő határok/ a határok károsodott volta** a harmadik sématartomány, amely a korlátok helytelen megszabásakor alakul ki. Azok a személyek akiknek ebbe a sématartományba tartozó sémáik vannak nem veszik figyelembe mások igényeit, általában önzőnek és elkényeztetettnek tűnnek. Gyermekkorban nem fejlődött ki bennük a kölcsönösség elve, mert el voltak kényeztetve és a szülő túl megengedő volt. Két séma tartozik ebbe a sématartományba: a *Feljogosítottság /Grandiozítás* és az *Elégtelen Önkontroll* sémák.

A *Feljogosítottság* azt a feltételezést foglalja magába, hogy az egyén felsőbbrendű mint mások, hogy nem vonatkoznak rá ugyanazok a szabályok mint a többi emberre és hogy különleges bánásmódban kell részesülnie az egyénnek. Azok az emberek akik ezzel a sémával rendelkeznek általában képtelenek a másokkal való empátiára és arrogánsnak tűnnek. Ők a nárcisztikus páciensek.

Az *Elégtelen önkontroll* sémával rendelkező egyének képtelenek vagy nem akarják impulzusaikat szabályozni, gyakoriak az impulzus kontroll zavarok és addikciók ezzel a sémával.

**A Kóros másokra való irányultság sématartományba** tartozó egyének túlzott hangsúlyt fektetnek arra, hogy mások igényeit kielégítsék gyakran a saját szükségleteik kárára. Ezt azért teszik, hogy elkerüljék a büntetést (pl. hogy mások megharagudjanak rájuk) vagy a büntudat érzését. Tipikus családi háttér a feltételhez kötött elfogadás és szeretet. A gyermeknek nincs rá módja hogy saját szükségleteit kövesse és azokat szabadon kifejezze.

Az első séma - ami ebbe a csoportba tartozik- a *Behódolás*, amely a kontroll és döntés túlzott másoknak való átadását jelenti, annak érdekében hogy elkerülje a haragot vagy a büntetést a személy. Ezek a személyek úgy érzik hogy saját igényeik nem olyan fontosak mint másoké.

Az *Elégtétel/Elismerés hajszolás* sémával rendelkező egyének önértékelése attól függ, hogy milyen visszajelzést kapnak a környezetükből, ezért túlzott hangsúlyt fektetnek az elismerésre és mások visszajelzésére. Általában ez a séma azt is magával vonja, hogy az egyénnek nagyon fontos a státusz, a pénz és a fizikai szépség. Minél többet birtokol ezekből, annál stabilabb az önbizalma.

Az *Önfeláldozás* sémával rendelkező páciensek önként áldozzák fel saját szükségleteiket és igényeiket annak érdekében hogy ne legyen büntudatuk illetve hogy másoknak ne okozzanak lelki fájdalmat. A hangsúly itt az önkéntességen van, míg a *Behódolás* sémánál úgy érzi az egyén hogy nincs más választása, hogy be kell hódolnia annak érdekében, hogy a büntetés valamely formáját elkerülje.

Az ötödik és utolsó sémartomány a **Fokozott Éberség és Gátlás**. Az ebbe a séma csoportba tartozó sémák létrejöttéért a spontaneitás és az önálló kezdeményezőképeség hiánya a felelős. Az ide tartozó páciensek rigid internalizált szabályokat követnek, képtelenek a spontaneitásra, még akkor is ha ennek a saját boldogságuk, testi és lelki jólétük az ára. A tipikus gyermekkori háttérre jellemző, hogy ezeknek a személyeknek gyerekként el kellett nyomniuk természetes szükségleteiket és spontaneitásukat. Szigorú szabályokat kellett követniük. Ezek a páciensek általában aggodalmaskodóak és pesszimisták, mint ahogy az ide tartozó első séma a *Negativitás és Pesszimizmus* neve is utal rá. A *Negativitás/Pesszimizmus* séma egy egész életen át tartó negatívumokra való fókuszálást jelent. Ez a séma általában magába foglalja azt a feltételezést, hogy veszélyes boldognak lenni, mert végül a dolgok úgyis rosszra fordulnak.

Az *Érzelmi gátoltság* séma azt jelenti, hogy az egyén elnyomja érzelmeit és képtelen azok természetes, spontán kifejezésére azért hogy nehegy elveszítse a kontrollt.

Ebbe a sémartományba tartozó harmadik séma a *Könyörtelen mércék és Hiperkritikusság*. Ez a séma azt az érzést foglalja magába, hogy az egyénnek nagyon magas standardeknek kell megfelelnie. Ha nem tud ezeknek megfelelni az intenzív szégyenérzetet vált ki. Ezek a páciensek állandóan nyomás alatt élnek, túlvállalják magukat és mindent tökéletesen szeretnének csinálni. Ha eredményeket érnek el, hajlamosak külső okoknak betudni azt. Tehát sosem elég amit elértek.

Az utolsó séma az ötödik sémacsoportban a *Büntető készenlét* ami arra az érzésre utal, hogy ha valaki hibát követ el azt meg kell büntetni. Ez nemcsak másokra, de a személyre saját magára is vonatkozik. Ezek az emberek általában nagyon szigorúak és intoleránsak önmagukkal és másokkal szemben.

**3-as ábra: Korai maladaptív sémák és sémartományok. Young, (2003), 14-17. old. alapján**

## **I. Elszakítottság és elutasítás**

Az a hiedelem, hogy az illető biztonság, stabilitás, gondoskodás, empátia, érzések megosztása, elfogadás és tisztelet iránti igénye nem fog kiszámítható módon teljesülni. Jellegzetes családi eredet: közönyös, rideg, elutasító, visszafogott, magányos, robbanékony, kiszámíthatatlan vagy bántalmazó családi légkör.

### *1. Elhagyatottság/Instabilitás*

Azokat, akiktől az egyén támogatást vagy kötődést kaphatna, instabilnak vagy megbízhatatlannak érzi. Benne van az az érzés is, hogy a jelentős személyek nem lesznek képesek hosszabb távon

érzelmi támogatást, kötődést, erőt vagy védelmet biztosítani számára, mert érzelmileg labilisak és kiszámíthatatlanok; mert a közeljövőben meghalhatnak; vagy mert valaki jobb miatt ott fogják hagyni a személyt.

## *2. Bizalmatlanság/Abúzus*

Annak megelőzése, hogy a többiek bántják, abuzálják, megalázzák, megcsalják, hazudnak neki, manipulálják vagy kihasználják. Többnyire ez együtt jár azzal az érzéssel, hogy a sérelem szándékos volt, vagy igazságtalan és szélsőséges közönyösség következménye. Azt az érzést is magába foglalhatja, hogy másokhoz képest úgyis mindig átverik, vagy „a rövidebbet húzza”.

## *3. Érzelmi depriváció/érzelemmegvonás*

Annak megelőzése, hogy az egyén normális mértékű érzelmi támogatás utáni vágyát a többiek nem fogják kielégíteni. A nélkülözés három fő formája:

- ♣ Gondoskodás nélkülözése: a figyelem, az érzelmek, a melegség vagy a baráti kapcsolat hiánya.
- ♣ Empátia nélkülözése: a megértés, az odafigyelés, a kitárulkozás vagy az érzelmek másokkal való kölcsönös megosztásának a hiánya.
- ♣ Védelem nélkülözése: az erő, az irányítás, a másoktól kapott tanács hiánya.

## *4. Csökkentértékűség/Szégyen*

Az az érzés, hogy az egyén egy lényeges szempontból tökéletlen, rossz, nemkívánatos, alsóbbrendű, értéktelen; vagy hogy a jelentős másik nem lenne képes őt szeretni, ha igazán megismerné. Járhat kritikával, elutasítással, szemrehányással szembeni fokozott érzékenységgel; féltékenységgel, összehasonlítgatással, bizonytalansággal mások társaságában; ill. saját hibái miatti szégyenérzéssel. A hibák lehetnek “belső” (pl. önzés, agresszív késztetések, elfogadhatatlan szexuális vágyak) vagy nyilvánosak (pl. csúnyaság, szociális ügyetlenség).

## *5. Társas izoláció/ Elidegenedettség*

Az az érzés, hogy valaki a világtól elszigetelődött, különbözik a többi embertől, és/vagy nem része semmilyen csoportnak vagy közösségnek.

## **II. Károsodott autonómia és teljesítőképesség**

Olyan az adott személyre és környezetére vonatkozó előrejelzések tartoznak ide, amelyek zavarják a leválásra, a túlélésre, a független működésre, vagy a sikeres teljesítményre való képességet. Jellegzetes családi eredete; nincsenek világos határok az egyes családtagok között, aláássák a

gyermek önbizalmát, túlvédők, nem jutalmazták megfelelően a családon kívül kompetens teljesítményt.

#### *6. Dependencia/inkompetencia*

Az a hiedelem, hogy valaki képtelen kompetensen ellátni a mindennapi kötelezettségeit mások jelentős segítségével nélkül (pl. gondoskodni magáról, mindennapi problémákat megoldani, megfelelően megítélni dolgokat, új feladatokkal megbirkózni, megfelelő döntéseket hozni). Gyakran gyámoltalanságként jelentkezik.

#### *7. Sérülékenység/veszélyeztetettség*

Túlzott félelem attól, hogy egy katasztrófa bármelyik pillanatban bekövetkezhet és hogy az adott személy képtelen lesz azt megelőzni. A félelmek tárgya egy vagy több a következőkből: a) Orvosi katasztrófák (pl. szívroham, AIDS); b) Érzelmi katasztrófa (pl. megőrülés); c) Külső katasztrófa (pl. leszakad a lift, bűnözők áldozatául esik, légi szerencsétlenség, földrengés).

#### *8. Összegabalyodottság/éretlenség*

Túlzott érzelmi bevonódás és közelség egy vagy több jelentős személlyel (gyakran szülőkkel), ami a teljes individuálódás vagy a normál szociális fejlődés rovására megy. Gyakran együtt jár azzal a hiedelemmel, hogy legalább az egyik a vele összefonódott egyének közül nem bírná ki vagy nem lenne boldog a másik folyamatos támogatása nélkül. Jelentkezhet az az érzés is, hogy a másik szinte megfojtja, vagy hogy teljesen eggyé vált a másikkal, vagy hogy nincs saját identitása. A sémát az adott személy gyakran ürességként éli át, vagy azt érzi, hogy megfeneklett, elakadt, vagy hogy céltalan az élete, extrém esetben saját létét kérdőjelezi meg.

#### *9. Kudarcra ítélttség*

Az a hiedelem, hogy kudarcot vallott, elkerülhetetlenül kudarcot fog vallani, vagy alapvetően csökkent képességű kortársaihoz képest a teljesítmények különféle területein (iskola, karrier, sport stb.). Gyakran azzal a hiedelemmel jár, hogy az illető buta, alkalmatlan, tehetségtelen, tudatlan, alacsonyabb rangú, kevésbé sikeres, mint mások és így tovább.

### **III. Nem megfelelő határok**

A belső korlátok, a másokkal szembeni felelősség vagy a hosszú távú célok elégtelensége. Ennek következtében nehezükre esik mások jogainak tiszteletben tartása, a másokkal való együttműködés, az elköteleződés, a reális személyes célok felállítása és azok elérése. Jellemzőes családi háttér:

engedékenység, kényeztetés, az iránymutatás hiánya vagy a felsőbbrendűség érzése – hiányzik viszont a szükséges konfrontáció, a fegyelem és a felelősségvállalást, a kölcsönös együttműködést és a célok kitűzését szabályozó keretek. Előfordul, hogy a gyermeknél nem erőltették, hogy a diszkomfort érzés normál szintjét megtanulja elviselni, vagy nem részesült megfelelő felügyeletben, irányításban vagy útmutatásban.

#### *10. Feljogosítottság/grandiozitás*

Az a hiedelem, hogy az illető a többiekhez képest felsőbbrendű; különleges jogokkal és privilégiumokkal van felruházva; vagy a normál szociális interakciókat szabályozó kölcsönösség szabályai nem vonatkoznak rá. Akinél ilyen séma előfordul, azok gyakran úgy érzik, hogy joguk van hozzá, hogy megtegyék vagy megkapják, amit éppen akarnak, tekintet nélkül arra, hogy mi lenne reális, hogy mások mit tartanak elfogadhatónak, vagy hogy mások ezért milyen árat fizetnek. Jelentkezhet a séma olyan formában is, hogy túlzott hangsúly kerül a felsőbbrendűsége (pl. a legsikeresebbek, leghíresebbek, leggazdagabbak társaságában lenni) azért, hogy hatalomra vagy kontrollra tegyen szert (nem pedig a figyelem vagy az elismerés számít). Néha jelentkezhet másokkal való túlzott versengésben, vagy a másik feletti uralkodásban: a hatalom kinyilvánításában, a saját nézőpontjának másokra való erőltetésében vagy mások viselkedésének saját vágyai szerinti irányításában – empátia, és a másik igényeinek vagy érzéseinek a figyelembevétel nélkül.

#### *11. Elégtelen önkontroll/önfegyelem*

Az egyén számára rendkívül nehéz vagy nem hajlandó arra, hogy személyes céljai eléréséhez szükséges önkontrollt és frusztrációs toleranciát gyakoroljon, vagy érzelmeit és késztetéseit ne elégítse ki azonnal. Enyhébb formájában a páciens túlságosan igyekszik elkerülni a diszkomfort érzését: fájdalom, konfliktus, konfrontáció, felelősség vagy túlterhelés elkerülése formájában – ami a személyes kiteljesedés, elköteleződés vagy integritás rovására megy.

### **IV. Kóros másokra irányultság**

A saját igények rovására túlzottan a másik vágyaira, érzéseire és reakcióira fókuszál – abból a célból, hogy szeretetre, elismerésre tegyen szert, fenntartsa a valakihez kötődés érzését vagy elkerülje a bosszút. Többnyire saját haragjának és természetes késztetéseinek az elnyomását és tudatosításának a hiányát is magába foglalja. Jellegzetes családi eredete a feltételeken alapuló elfogadás: a gyermeknek lényeges aspektusait el kellett nyomnia azért, hogy szeretetet, figyelmet és elismerést kapjon. Sok ilyen családban a szülők saját érzelmi szükségleteiket és

vágyaikat – vagy a szociális elfogadottságot és státuszt – nagyobbra értékelték, mint a gyermek egyedi szükségleteit és érzéseit.

### *12. Behódolás*

A kontroll fokozott mértékű átadása másoknak – többnyire azért, hogy a haragot, bosszút vagy az elhagyatást elkerülje. Az alárendeltség két fő formája:

- ♣ Szükségletek alárendelése: saját preferenciáinak, döntéseinek és vágyainak elnyomása.
- ♣ Érzelmek alárendelése: az érzelmek, különösen a harag elnyomása.

Többnyire azzal az érzéssel jár, hogy az adott személy saját vágyai, véleménye és érzése nem értékesek vagy fontosak mások számára. Gyakran túlzott együttműködésként jelentkezik, ami együtt jár a mások általi „bezártság” érzésével. Általában a harag felgyülemeléséhez vezet, ami maladaptív tünetekben nyilvánul meg (pl. passzív-agresszív magatartás, kontrollálatlan dühkitörések, pszichoszomatikus tünetek, szeretetmegvonás, „acting out”, szerhasználat.)

### *13. Önfeláldozás*

Túlzott hangsúly azon, hogy a mindennapi szituációkban önként megfeleljen mások igényeinek, saját elégedettségének a rovására. Ennek legáltalánosabb okai: nehogy fájdalmat okozzon másoknak, elkerülje az önzés érzése miatt kialakuló büntudatot, és fenntartsa a rászorulónak ítélt másikkal a kapcsolatot. Gyakran mások fájdalmával szembeni fokozott érzékenységből ered. Néha oda vezet, hogy az egyén úgy érzi, saját szükségleteit nem elégítik ki megfelelően és megharagszik azokra, akikről gondoskodik.

### *14. Elismeréshajszolás*

Túlzott hangsúlyt fektet arra, hogy elnyerje mások jóváhagyását, elismerését vagy figyelmét, vagy beilleszkedjen mások közé, ami a biztonságos és igazi éntudat kialakulásának rovására megy. Önbecsülése elsősorban mások reakcióitól függ és nem saját természetes hajlamain alapul. Néha együtt jár a társadalmi státusz, a külső, a társadalmi elfogadottság, a pénz vagy az eredmények túlhangsúlyozásával - melyek az elismerés, a csodálat, vagy a figyelem elnyerésének eszközei (nem elsősorban a hatalom vagy kontroll megszerzése a cél). Gyakran azzal jár, hogy az élet meghatározó döntései nem lesznek autentikusak és kielégítőek; vagy azzal, hogy az elutasítással szemben túlérzékenyé válik.

## V. Fokozott éberség és gátlás

Túlzott hangsúlyt helyez saját spontán érzéseinek, késztetéseinek és döntéseinek elnyomására vagy a teljesítménnyel és etikai magatartással szembeni merev, internalizált szabályoknak és elvárásoknak való megfelelésre – ami gyakran a boldogság, az önkifejezés, az ellazulás, a közeli kapcsolatok vagy az egészség rovására megy. Jellegzetes családi eredet: zord, túlkövetelő, néha büntető légkör: a teljesítmény, a kötelesség, a perfekcionizmus, a szabályok követése, az érzelmek elrejtése és a hibák elkövetésének kerülése uralkodik, szemben az élvezettel, az örömmel és az ellazulással. Többnyire rejtve jelen van a pesszimizmus és az aggodalom, hogy a dolgok összeomlanak, ha az illető folyamatosan nem elég éber és körültekintő.

### 15. *Negativizmus/pesszimizmus*

Az egész életet átható fókuszálás az élet negatív aspektusaira (fájdalom, halál, veszteség, csalódottság, konfliktus, bűntudat, rosszállás, megoldatlan problémák, potenciális hibák, elhagyatás, dolgok, amelyek elromolhatnak, stb.) miközben minimalizálja, vagy figyelmen kívül hagyja az élet pozitív, vagy optimista aspektusait. Többnyire magába foglalja azt a túlzott várakozást, hogy munkahelyi, gazdasági és interperszonális téren a dolgok előbb-utóbb rosszra fordulnak, vagy hogy az életnek azon a területén is, amelyik látszólag éppen jól megy, a dolgoknak úgyis rossz vége lesz. Többnyire magába foglal egy irreális mértékű félelmet attól, hogy olyan hibát követ el, ami anyagi összeomláshoz, veszteséghez, megalázottsághoz vezet, vagy hogy beleragad egy rossz helyzetbe. Mivel a potenciálisan negatív következményeket eltúlozza, ezeket a személyeket gyakran jellemzi a krónikus aggodalmaskodás, éberség, panaszkodás vagy határozatlanság.

### 16. *Érzelmi gátoltság*

A spontán cselekedetek, érzelmek vagy a kommunikáció túlzott gátlása - többnyire abból a célból, hogy mások rosszállását, a szégyenérzetet, vagy saját késztetései feletti kontroll elvesztését elkerülje. A gátoltság legáltalánosabb területei:

- ♣ a harag és agresszió gátlása
- ♣ pozitív impulzusok (pl. öröm, gyengédség, szexuális izgalom, játék) gátlása
- ♣ nehézsége van saját sérülékenységének kifejezésével, vagy azzal, hogy szabadon közölje saját érzéseit, szükségleteit
- ♣ túlzott hangsúlyt helyez a racionalitásra, az érzelmek szerepének alulértékelése, semmibe vétele mellett



### 17. Könyörtelen mércék/hiperkritikusság

Itt az a hiedelem húzódik meg a háttérben, hogy az egyénnek törekednie kell arra, hogy a viselkedés és a teljesítmény nagyon magas, internalizált mércéinek megfeleljen, többnyire azért, hogy a kritikát el tudja kerülni. Jellemző következménye az, hogy az illető állandóan nyomás alatt érzi magát vagy nehezebbre esik lassítani, és túl kritikussá válik magával és másokkal szemben. Mindig együtt jár a következő területek jelentős károsodásával: gyönyör, lazítás, egészség, önbecsülés, eredményesség érzése, kielégítő kapcsolatok.

A könyörtelen mércék jellegzetes megjelenési formái:

- ♣ perfekcionizmus, túlzott figyelem a részletekre, vagy a normához viszonyított saját teljesítmény alábecsülése
- ♣ merev szabályok és „kell” állítások az élet számos területén, pl. irreálisan magas morális, kulturális vagy vallási szabályok
- ♣ az idővel és hatékonysággal való állandó foglalkozás, a teljesítmény fokozásának kényszere.

### 18. Büntető készenlét

Az a hiedelem, hogy az embereket keményen meg kell büntetni, ha hibát követnek el. A sémával rendelkező egyén általában haragos, intoleráns, büntető és türelmetlen olyan emberekkel (beleértve saját magát), akik nem felelnek meg elvárásainak és mércéinek. Többnyire nehezebbre esik saját vagy mások hibáit elnézni, mivel nem hajlandó figyelembe venni az enyhítő körülményeket, az emberi tökéletlenséget vagy átérezni a másik érzéseit.

## 2. 2 A sémákhoz való viszonyulás, sémaoperációk

Az emberek sémáikhoz különböző módon viszonyulhatnak. Ezeket a viszonyulási módokat **maladaptív megküzdési módoknak** hívjuk. Segítségükkel az egyén számára lehetővé válik, hogy elkerülje a séma aktiválódásával járó kellemetlen, intenzív érzelmi állapotokat. Fontos megjegyezni, hogy azáltal hogy az egyén megpróbálja elkerülni azokat a helyzeteket és embereket akik aktivizálják a sémákat, attól még a séma nem szűnik meg. Minden maladaptív megküzdési stílus, tehát még az elkerülés is a séma megerősítését szolgálja.

A három maladaptív megküzdési mód megfeleltethető a veszélyre adott *flight, fight és freeze* azaz az elmenekülés, megküzdés vagy lemerevedés reakcióknak. A sémákkal való maladaptív megküzdési módok a következők: **elkerülés, túlkompenzálás és megadás/elfogadás**. A sémát kiváltó helyzetek elkerülése a *flight* vagy elmenekülés megküzdési stílusnak feleltethető meg. A túlkompenzálás a *fight* megküzdési módnak a megfelelője, míg a *freeze* vagy lemerevedés, séma terminusban kifejezve, a megadás.

**Séma elkerüléskor** a páciensek megpróbálják úgy szervezni az életüket, hogy a séma sohasem

aktivizálódjon. Elkerülik azokat a gondolatokat, érzéseket, helyzeteket amelyek aktiválhatják a sémát. Ha mégis kapcsolatba kerülnek a sémához kapcsolódó érzésekkel, akkor mindent megtesznek hogy azokat az érzéseket elnyomják, például alkohollal tompítják érzéseiket, megpróbálják figyelmüket elterelni stb.

Ha a páciens fő megküzdési stílusa a **túlkompenzálás** akkor úgy viselkedik és gondolkodik mintha a séma ellentéte lenne igaz. Például ha gyerekként értéktelennek érezte magát akkor felnőttként bármikor kapcsolatba kerül a kisebbségiérzésével ezt úgy kompenzálhatja, hogy megpróbál tökéletes lenni vagy arrogáns lesz másokkal azt képzelve hogy mások rosszabbak.

És végül ha az ember **megadja magát** a sémáinak vagy lemerevedik amikor azok aktiválódnak akkor feltétel nélkül elfogadja azokat. Nem próbálja meg elkerülni vagy kompenzálni azt, mint az előző két megküzdés esetében. Anélkül hogy észrevenné, folyamatosan ugyanazokat a hibákat követi el, ezzel megerősítve a séma által kialakított egészségtelen mintázatokat.

Nézzük meg a fenti séma megküzdési módokat egy-egy példán keresztül, hogy érthetőbb legyenek a fent leírt folyamatok:

Tegyük fel, hogy egy női páciensnek *Elhagyatottság/Instabilitás* sémája van, azaz attól fél hogy kötődésre való igénye nem lesz kielégítve, a számára fontos személyek el fogják hagyni. Így ennek a páciensnek a párcapcsolatok séma aktiválódási helyzetek lesznek. A fentiek tükrében többféle módon viszonyulhat a séma aktiválódással kiváltódott kellemetlen érzésekhez. Megtanulhatja az intim kapcsolatok teljes elkerülését (séma elkerülés) ezáltal előre bebiztosítva magát hogy az elhagyatás ne következzen be. Ha nem teszi ezt, párcapcsolatában követelőzővé válhat ezzel megfullasztva partnerét (túlkompenzálás) míg rossz esetben a végén valóban elhagyja a partner, amely élmény csak megerősíti a sémát. *“Ismét elhagytak”* azaz a sémám igaz. Vagy, megadhatja magát a sémának, ami azt jelentené jelen példában, hogy eleve olyan partnereket választ, akik elérhetetlenek, például mindig nős férfiakkal randevúzik. Ez ismét a séma megszilárdulását fogja eredményezni hiszen ismét bebizonyosodik hogy az emberek, a partner, nem elérhető számára biztos kötődésként.

A **séma megszilárdítása** vagy megerősítése egy másik fontos fogalom Young sémaelméletében. Gyermekkorban a ki nem elégített szükségletek jelentik a veszélyt a gyermeknek és a séma aktiválódással járó kellemetlen érzések. Így a gyermek megtanulja hogy a fent említett három mód egyikét vagy többet közülük használjon megküzdésként. Ez egy adaptív válasz a gyermekkori toxikus környezetre. A probléma az, hogy annak ellenére hogy később a környezet megváltozhat és nem áll már fent az a veszély mint gyermekkorban, az egyén ugyanazokat a megküzdési módokat használja, amellyel csak még jobban megszilárdítja sémáit. Ez a fogalom megfeleltethető Bowlby (1973) azon elképzelésének, hogy az egyén önmagáról és másokról kialakított belső munkamodelljei stabilak maradnak.

## 2. 3 Sémamódok

McGinn és Young (1996) a későbbiekben kiegészítette elméletét a **sémamódok** fogalmával. Az új fogalom bevezetésére azért volt szükség, mert terápiás munkájuk során azt tapasztalták, hogy a személyiségzavarban szenvedő páciensek akár mind a 18 sémával rendelkezhetnek, ami ellehetetlenítette a terápia fókuszát. Másrészt, ezeknél a pácienseknél a terápiás órán kitűnően meg lehetett figyelni hogyan váltanak egyik sémamódból a másikba, így a terápiás közeget és kapcsolatot fel lehetett használni a gyógyulás folyamatához. Elsősorban nárcisztikus és borderline kliensek kezelésére fejlesztették ki a sémamódokat, de jól alkalmazható magasabban funkcionáló páciensek esetén is a módmodell.

Az éppen aktuálisan aktív sémák működését hívják sémamódnak, azokat az érzelmi állapotokat amik adott pillanatban jellemezznek minket.

A sémamódokra úgyis tekinthetünk mint disszociációra, azaz a séma mód az ének egy olyan aspektusa, amely nem integrálódott a személyiség többi aspektusával. Ha a disszociáció mértéke alacsony, akkor normális, egészséges működésként tekintünk rá, azt mondjuk hogy az egyénnek csak megváltozott a hangulata. A spektrum másik végléte a súlyos disszociáció, legsúlyosabb formájában például a multiplex személyiségzavar, amikor a sémamódok egymástól teljesen függetlenül működnek és egy mód "nem tud" a többiről.

A sémamódok és sémák közti különbség még könnyebben megérhető ha az állapot/vonás fogalmi keretekben tárgyaljuk őket. Ha azt mondjuk hogy egy egyénnek bizonyos sémái vannak, az nem azt jelenti hogy az élete minden percében azok aktívak, ez tehát a vonás. A séma módok az állapotok, azaz az az állapot vagy hangulat ami adott pillanatban jellemez minket, amelyben bizonyos sémák aktiválódnak.

Young (2003) tíz sémamódot különböztet meg 4 csoportba sorolva azokat:

- ♣ diszfunkcionális gyermek módok
- ♣ diszfunkcionális megküzdési módok
- ♣ diszfunkcionális szülői módok
- ♣ Egészséges Felnőtt séma mód.

A **Gyermek módok** veleszületettek és univerzálisak. A diszfunkcionális gyermek sémamódok a *sebezhető gyermek mód, a dühös gyermek mód és az impulzív gyermek mód*. A *Sebezhető gyermek* módra jellemző a szorongás, félelem, kilátástalanságérzés, elhagyatottság. Ebben a módban olyanok a kliensek mint egy kis gyermek akinek szükségletei nincsenek kielégítve. A *Dühös gyermek* rögtön kifejezi dühét ha alapszükségletei nincsenek kielégítve. Jellemző érzelmek a harag és frusztráció,

esetleg agresszió. Az *Impulzív gyermek módban* a vágyait azonnal ki akarja elégíteni a személy és ennek érdekében impulzívan viselkedik, nincs tekintettel másokra. Ebben a módban nem az alapszükségletek kielégítéséről van szó, mint a *Dühös gyermek módban*.

Megkülönböztetünk egy negyedik gyermek módot is, a *Boldog gyermek módot*, amelyet azonban nem tekintünk diszfunkcionálisnak, sőt, biztatjuk a pácienseket hogy ebben a módban legyenek mivel ez egy gondtalan és felhőtlen játékos mód.

A **diszfunkcionális megküzdési módok** az *együtműködő önfeladó*, a *túlkompenzáló* és a *eltávolodott önmegnyugtató* módok. Az együtműködő önfeladó arra a módra utal, ha valaki szubmisszíven viselkedik, saját szükségleteit alárendeli másokénak. A túlkompenzáló módban az egyén az ellentétét teszi, mint amit a séma diktál, például ha csökkentértékűnek érzi magát azt nárcizmussal, arroganciával túlkompenzálja. Az eltávolodott megnyugtató módban a páciensek nincsenek kapcsolatban érzelmeikkel, leválasztják azokat és önmegnyugtató viselkedéseket végeznek például isznak, drogoznak.

A két **diszfunkcionális szülői mód** a *Büntető szülő* és a *Követelőző szülő*. Mindkettőben a páciens az internalizált szülőhöz válik hasonlóvá. Kritikus, követelőző önmagával szemben, rossznak, nem elég jónak éli meg önmagát. A *Büntető szülő* kritizálja, bünteti a gyermeket ha az hibát követ el vagy szükségletei kielégítését kéri. Igen gyakori mód súlyosan depressziós és borderline pácienseknél. Ebben a módban a kliens rossznak, undorítónak, kudarcnak, elfogadhatatlannak éli meg magát. A *Követelőző szülő* túl magas mércéket állít a gyermeknek, jó munkát, gyakran tökéletességet vár el, teljesítménycentrikus. A spontaneitást, játékosságot letiltja. Általában nem büntet és kritizál nyíltan, mint a Büntető szülő, de a gyermek észreveszi a szülő csalódottságát ha nem jól teljesít és emiatt szégyent fog átélni. Tipikus sémamód kényszerbetegeknél és nárcisztikus pácienseknél.

Végül, a sématerápia célja, hogy a kliens az *Egészséges Felnőtt* módban tartózkodjon. Az egészséges felnőtt kapcsolatban van érzelmeivel, képes racionális döntéseket hozni, nem a sémái vezérlik. Az *Egészséges felnőtt mód* – csakúgy mint egy jó szülő – gondoskodik a sebezhető gyermek módról, határt szab a dühös és impulzív gyermek módnak illetve szembeszáll a diszfunkcionális szülő módokkal és védelmezi a gyermeket velük szemben.

Személyiségzavarok esetében a sémamódok képezik a patológia lényegét, ezért az ezekkel való munka áll a terápia középpontjában.

## 2. 4 Sématerápia

A sématerápiát (ST) eredetileg Young (1990) karakterproblémákkal küzdő páciensek számára fejlesztette ki. Saját kognitív terápiás praxisában számos olyan klienssel találkozott, akik depresszív

vagy szorongásos tünetei redukciója következett be a kognitív terápia hatására, de hamar viszontlátta őket a rendelőben. Ezek a páciensek különböztek abban az első tengelyen kódolható kliensektől, hogy problémáik gyakran összerosódtak, ők maguk sem tudták mitől szenvednek, csak általánosságban érezték problémáikat, azt mondták például, hogy *“magányos vagyok, állandóan depressziósnak érzem magam”*. Ezenkívül ezek a páciensek képtelenek voltak a kognitív terápiában használt kollaboratív empiricizmusra, nem fértek hozzá kogníciójukhoz illetve kogníciójuk annyira berögzült hogy az azzal való pár hónapos munka nem hozott jelentős érzelmi változást.

Az (ST) megszületésének első lépése tehát az volt, hogy Young megpróbálta beazonosítani, hogy mi lehet közös ezekben a kliensekben, vajon mi hiányozhat a kognitív terápiából, ami miatt nem javul az állapotuk. Személyes élményei is segítettek ebben a munkában. Saját kognitív terápiáját ugyanolyan hatástalannak ítélte meg, míg egy terápiás óra egy Gestalt terapeutával, aki imagináltott vele egy gyermekkori epizódot, megrengető érzelmi élményt jelentett számára. (Young, 2012).

A ST fejlődésének történetében nagyon fontos mérföldkő volt az első, randomizált, kontrollált hatékonyságvizsgálat. (Edwards & Arntz, 2012). A kutatás 2006-ban kezdődött és 3 évig tartott, holland borderline mintán vizsgálva a ST hatékonyságát. A vizsgálat eredményei szerint a ST hatékonyabb mint a pszichodinamikusan orientált transzferencia fókuszú terápia. A tünetredukció évekkal a terápia után is fent állt (Giesen- Bloo és mtsai., 2006).

Az utóbbi években kifejlesztették a csoportos sématerápiát is, ami újabb fejezetet nyitott a sématerápia történetében (Edwards & Arntz, 2012).

A ST egy integratív terápia, amely ötvöz más elméleteket és technikákat, többek között a kötődéseméletet, Gestalt elméletet, kognitív elméletet, tárgykapcsolatelméletet.

A kötődésemélet segített megérteni, hogy a kognitív terápiában használt kollaboratív empiricizmus miért nem működött több páciensnél. Tipikusan azok nem reagáltak a kognitív kezelésre, akiknek gyermekkori kötődéseik nem voltak biztonságosak, azaz a személyes sémáik diszfunkcionálisak lettek. ST fogalmakkal kifejezve ez azt jelentette, hogy az *Egészséges Felnőtt Mód* nem volt erőteljes. Young felismerte, hogy ezeknek a pácienseknek a kollaboratív, együttgondolkodó, racionalitáson alapuló felnőtt kapcsolat nem elegendő, a terapeutának ki kell elégítenie a korai kielégítetlen szükségleteket, jelen esetben a kötődést. Ezt a fajta terápiás odafordulást Young **limitált szülői gondoskodásnak** nevezte el. A limitált szülői gondoskodással a terapeuta megpróbálja kielégíteni azokat az alapszükségleteket, természetesen a terápiás keretek között, amelyek kielégítetlenek maradtak a páciens számára. A terapeuta elfogadó, törődik a klienssel.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> A szülői gondoskodás jelentőségét a terápiában már Ferenczi felismerte: javasolta, hogy a páciens gyermek módjával folytasson dialógust a terapeuta és oly módon viszonyuljon hozzá, hogy a kielégítetlen szükségletek kielégüljenek (Ferenczi, 1929, idézi Edwards & Arntz, 2012).

Az **empatikus konfrontáció** a terapeuta másik legfontosabb eszköze a ST-ban. Young (1990) szerint a becki kollaboratív, Szókratészi kérdések által vezetett terápia nem elegendő a sémák megváltoztatására, mivel a kliens nem racionális és *Egészséges Felnőtt* módja nem elég erőteljes. Az empatikus konfrontáció során a terapeuta empatizál a sémák diktálta érzésekkel és viselkedésekkel, de egyben konfrontálja is a klienst. Hangsúlyozza, hogy miért szükséges a diszfunkcionális érzelmei, viselkedései és kogníciói megváltoztatása. Mit veszít ha nem teszi meg azt. Például *Feljogosítottság* séma kezelése esetén nagyon fontos az empatikus konfrontáció, ez segít hogy belássa a páciens hogy a kapcsolatoknak kölcsönösségen kell alakulnia, nem követheti csak saját vágyait, mások szükségleteit is figyelembe kell vennie.

A sématerápia módszertanában is az integráció érvényesül: kognitív, viselkedéses és élményen alapuló módszerekre támaszkodik.

A sématerápiás folyamatot két részre oszthatjuk: a diagnosztikai fázisra és a terápiás fázisra. A diagnosztikai fázis célja a beteg sémáinak beazonosítása és aktiválása, míg a terápiás fázis fókusza ezeknek a sémáknak a megváltoztatása, meggyengítése.

A **diagnosztikus fázisban** az első lépés a *sémák beazonosítása*. Ennek a folyamatnak több része van: átbeszéljük a páciens problémáit és élettörténetét, amely általában jól tükrözi a visszatérő, sémavezérelt vonulatokat. Számos kérdőív is segítségünkre van ebben a munkában: a *Young Séma Kérdőív* (YSQ, Young & Brown, 1994) és a *Young Szülői Kérdőív* (YPI, Young, 1994), a *Séma Mód Kérdőív* (SMI, Young, 2007).

A következő lépés a *sémák aktiválása* az ülés során: megfigyeljük hogyan viselkedik páciensünk a terápiás ülésen, milyen témák váltanak ki intenzív érzelmi reakciókat, azaz mik a séma "triggerek". A legcélravezetőbb gyakorlat erre a diagnosztikai imaginációs gyakorlat. A diagnosztikai imaginációs gyakorlat során megkérjük a páciens hogy csukja be a szemét és idézzon fel egy kellemetlen gyermekkori élményt, ami valamelyik szülőjével kapcsolatos. A gyermekkori szituációban megjelenő ki nem elégített szükséglet alapján be tudjuk azonosítani a páciens sémáját illetve megvitatjuk az imagináció során megjelent motívumokat és azokat kísérő érzéseket.

Miután átfogó képünk van a kliensünk sémáiról, a terapeuta elkészíti a személyes kezelési tervet, amelyben szerepel a személy problémáinak séma terminusokban való magyarázata illetve a változás lépései. Mielőtt a terápiás fázis megkezdődik, a terapeuta elmagyarázza ezeket a kliensnek illetve még több információt kínál általában a sémákról. Ezen a ponton például javasolhatjuk páciensünknek a kifejezetten kliensek számára írt sématerápiás könyv a *Reinventing Your Life* (Young & Klosko, 1994) tanulmányozását.

A sématerápia második fázisa a **terápiás fázis**. Mint korábban említettük, a sématerapeuta integratív módszerekkel dolgozik, ötvözve élményen alapuló és interperszonális eszközöket egy kognitív- viselkedéses elméleti kereten belül (McGinn & Young, 1996).

A *kognitív technikák* nagyjából megegyeznek a standard kognitív terápiában alkalmazott módszerekkel, így ezeket itt nem tárgyalom túl részletesen. A kognitív-viselkedéses módszerek célja a kliens önmagáról, másokról és a világról kialakított torzított hiedelmeinek megváltoztatása. A sématerápiában ennek egyik módja, hogy a páciensünk mérlegeli a sémák mellett és ellen szóló bizonyítékokat gyermek- és felnőttkorából. Az együttes munkában a terapeuta rámutat, hogy a bizonyítékok elsősorban annak tudhatóak be, hogy a sémák torzítják az ember percepcióját. Érzékennyé válunk a sémával egybevágó tapasztalatokra, az ellenbizonyítékokat pedig gyakran figyelmen kívül hagyjuk.

A kognitív módszerek célja elsősorban, hogy a személy ne fogadja el abszolút igazságként amit a sémák diktálnak.

*Az élményen alapuló technikákat* a sématerápia a legfontosabb és leghatékonyabb eszköznek tekinti a terápiás munkában. Az élményen alapuló módszerek integrálása a ST-ba elméleti alapokon nyugszik, csakúgy mint a limitált szülői gondoskodás és a az empátikus konfrontáció használata.

Teasdale (1993, idézi Edwards és Arntz, 2012) *Interaktív Kognitív Alrendszer (ICS)* modelljében például különbséget tesz olyan rendszerek között, amelyek racionálisak, nyelv alapján kódoljuk őket illetve amelyek kódolása nem nyelv alapú, hanem implicit módon történik. Ez utóbbiak közvetlenül az érzelmi rendszerhez kapcsolódnak. A ST élményen alapuló technikái ez utóbbiak aktiválását és megváltoztatását célozzák meg, mivel anélkül érzelmi változásra nem számíthatunk. Lehetővé teszik, hogy a kliens átérezze a séma által kiváltott érzelmeket, ami rendszerint motiválja a változásra hiszen ezek nagyon fájdalmasak lehetnek.

A két legfontosabb élményen alapuló technika az *imaginációs gyakorlatok* és a *Gestalt szék dialógusok*.

Az imaginációs gyakorlatot már említettük a diagnosztikai fázis tárgyalásakor. De amíg a diagnosztikus fázisban a gyakorlatok célja az, hogy a páciens sémáival kapcsolatba kerüljön, ebben a fázisban biztatjuk páciensünket, hogy változtatásokat is vigyen végbe az imaginációban. Például, egy *Csökkentértékűség* érzéssel rendelkező klienst biztatjuk, hogy az imaginációban legyen dühös apjára és fejtse ki számára, hogy milyen következményekkel járt, hogy az apa mindig kritizálta. Ahogy az *Egészséges Felnőtt mód* egyre erősebb lesz, annál inkább válnak erre egyre inkább képessé a páciensek. A terápia elején, amikor az *Egészséges Felnőtt mód* még gyenge, a terapeuta engedélyt kér, hogy belépessen a kliens imaginációjába és ő képviseli az egészséges felnőttet. A

terapeuta védelmezi a bántalmazott gyermeket, szembe száll a szülőkkel vagyis segít begyógyítani a sémát azáltal, hogy a gyermek szükségleteit kielégíti.

A szék dialógusokban a páciensek megtanulják, hogy elutasítsák a séma által diktált érzéseket és gondolatokat azáltal hogy konfrontálják a sémát és visszabeszélnek neki. Ebben a gyakorlatban két széket használunk: az egyikben ülve páciensünk a séma oldalt képviseli, azaz mindent amit a séma képvisel. Általában ez könnyen megy nekik hiszen a séma által vezérelt gondolataik az élményük alapja (McGinn és Young, 1996). A másik szék az egészséges oldalt képviseli, ami visszabeszél a sémának. Csakúgy mint az imaginációs gyakorlatnál, először a terapeuta segít az egészséges oldal gondolatainak megfogalmazásában, megerősítésében.

A Gestalt szék technikában több mint két széssel is dolgozhatunk. Igen hatásos ha egy-egy szék képviseli a kliens egy-egy sémamódját és a székek/módok között dialógus van. Mivel általában a sémamódok képezik a patológia lényegét, ezért az ezzel való munka elkerülhetetlen személyiségzavaros pácienseknél.

*A viselkedéses technikák* alkalmazása a legutolsó, leghosszabb és egyben legkritikusabb része a sématerápiás folyamatnak. Kritikus olyan szempontból, hogy ha az előző két fázisban, a kognitív és élményen alapuló módszerek alkalmazásakor nem haladt jól a páciens, akkor nem lesz képes tartós viselkedésbeli változtatásokat véghez vinni. Ennek a szakasznak ugyanis a célja, hogy új, egészséges problémamegoldó stratégiákkal helyettesítsük a sémavezérelt viselkedéseket. Itt biztatjuk páciensünket hogy ne kerülje el a sémaaktiváló helyzeteket és olyan feladatokat kap amik "kényszerítik", hogy azokba a helyzetekbe helyezze magát amiket korábban elkerült. Ezenkívül például szerepjátékokban begyakorolhatunk új viselkedéseket.

Összefoglalva: a sématerápia nemcsak különböző technikák eklekticizmusa, hanem korábbi pszichológiai elméletek és iskolák továbbgondolása és integrálása egy újabb elméletté és terápiás gyakorlattá. Hatékonysága bizonyított borderline páciensekkel egyéni (pl. Gisen-Bloo, 2006) és csoportterápiában is (Farrell & Shaw, 2009), más személyiségzavarokban (Zorn és mtsai., 2007, Hahusseau & Pelissolo, 2006,) és I. tengelyen kódolt zavaroknál (Ball & Young, 2000, Morrison, 2000, Cockram, Drummond és Lee, 2010, idézi Bamelis és mtsai., 2012).



### 3. Hasonlóságok és Különbségek Young elmélete és más elméletek között

#### 3.1 Párhuzamok Young sémaelmélete és Bowlby kötődésemélete között

A kötődésemélet nagy hatással volt a sémaelmélet megalakulására, főként az *Elhagyatottság* séma és a borderline szindróma séma koncepciójának és sémamódjainak megalapozására (Young, 2003). Young beépítette sémaelméletébe a **biztonságos háttér** fogalmát oly módon, hogy **limitált szülői gondoskodásnak** nevezte el azt ahogy a terapeutának a páciens felé kell fordulnia: a terapeuta válik a biztonságos bázissá a kliens számára és megadja neki mind azt a gondoskodást – a terápiás kereteken belül – amelyet nem kapott meg gyermekkorában ezáltal ellenszert adva a sémák ellen (elsősorban az első sématarományba tartozó sémák - *Érzelmi depriváció, Csökkentértékűség, Bizalmatlanság és Abúzus, Elhagyatottság* - esetén van nagy jelentősége a limitált szülői gondoskodásnak, mivel itt a kielégítetlen szükséglet a biztonságos kötődés).

Legfontosabb párhuzam a két elmélet között maga a korai maladaptív séma vagy internalizált munkamodell koncepciója. A korai maladaptív sémák (Young, 2003) vagy belső munkamodellek (Bowlby, 1973) csecsemőkorban kezdenek kialakulni, alapjukat a kötődési személlyel való interakciók tapasztalatai adják: a gondozó válaszkészsége, támogatása, elérhetősége alapján. Ha az anya válaszkész és kielégíti a csecsemő szükségleteit akkor nagy valószínűséggel a baba saját magáról kialakított munkamodellje olyan lesz hogy értékesnek és kompetensnek éli meg magát. Ha azonban az anya nem fogékony a baba biztonságigényére, esetleg következetlen akkor a csecsemőben értéktelen és inkompetens modell alakul ki saját magáról. A kialakult belső munkamodellek alapján a gyerekek később megpróbálják előrejelezni mások viselkedését és a saját válaszaikat. Így a belső munkamodellek megfeleltethetőek a korai maladaptív sémáknak.

Bowlby (1973) szerint az önmagunkról és másokról kialakított belső munkamodellek több dimenzió mentén különbözhetnek személyenként. A trilogia első kötetében Bowlby (1969) említést tesz róla, hogy a modellek lehetnek egyszerűek (csecsemőkorban) vagy bonyolultak, de a legfontosabb hogy milyen mértékben differenciálódik a kötődési személyek és a szelf szerepe. Az abba vetett hit, hogy a gondozó elérhető és válaszkész nemcsak a másokról kialakított munkamodellre fogja formálni, de a személy saját magáról kialakított modellt is. Azaz hogy az egyén mennyire olyan személy, akire képesek mások pozitív módon reagálni és gondoskodni róla ha kéri. Bowlby (1973) kifejti, hogy ez a két modell független kellene hogy legyen ha logikusan átgondoljuk, de a gyakorlatban valójában egymást kiegészítik és egy oda-vissza megerősítési folyamat van jelen köztük. Egy példán keresztül megvilágítva a fentieket, egy gyermek akit a gondozója nem szeret, nemcsak azt fogja megtanulni, hogy a szülei nem szeretnek, hanem valószínűleg egy olyan önmagáról alkotott belső modellt is.

alakul ki, ami azt tartalmazza, hogy általában véve szerethetetlen vagyok. Ez az elképzelés megegyezik Young elképzelésével a sémákról, miszerint azok pervazív, mindent átható reprezentációk, amelyek nincsenek differenciálva, feltétel nélkül elfogadja őket a személy.

A belső munkamodellek vagy korai maladaptív sémák tehát vezérlik a viselkedést és befolyásolják az információfeldolgozást, azaz ahogy a személy a fontos másokkal való interakciókat értelmezi. Az internalizált munkamodellek vagy sémák általánosítódnak minden jövőbeli kapcsolatra transzferencia útján (Andersen & Glassman, 1996): a modellt a személy ráprojektálja az új helyzetekre és kötődés személyekre azaz, úgy fognak viszonyulni az új kötődésekhez mint ahogy az eredeti kötődés személyekhez viszonyultak.

Ez a folyamat nem más, mint amit Young (2003) séma megszilárdulásnak vagy séma megerősítésnek hív. A séma megerősítés az a folyamat, amely által a személy a sémáit fenntartja, megszilárdítja. Ez magába foglalja a viselkedéseket, torzított kogníciókat, azon érzelmek blokkolását ami a sémával ellentétes. Tehát mindent, ami a séma megszilárdulását elősegíti és akadályozza a séma által kialakított minta megszakítását, a séma begyógyulását.

Ez a tendencia, hogy a személy a leginkább aktív és domináns belső munkamodelljeit rávetíti az új partnerre és új helyzetekre hatással lesz arra, ahogy az egyén értelmezi a partner motivációit és az új szituációkat, ezáltal megerősítve a már létező domináns belső munka modelleket, azaz megszilárdítja sémáit.

A sématerápia egyik célja ezért, hogy ezeket a visszatérő mintázatokat a kliens felismerje és képes legyen megszakítani azokat ezzel meggyengítve a maladaptív sémáit vagy internalizált munkamodelljeit.

A kötődésemélet és sémaelmélet további átfedései jól megfoghatók a Bowlby (2009) által megfogalmazott öt terápiás feladaton keresztül: ezek a terápiás feladatok érvényesülnek a sématerápiában is. Bowlby szerint a kötődéseméletet alkalmazó terapeutának a következő feladatokat kell teljesítenie:

1. biztos bázist nyújtani a páciensnek, amely egy biztonságos és megértő háttérrel ad a fájdalmas emlékek feltárásához
2. segíteni a páciens, hogy bátran vállalkozzon a szembenézésre, azaz hogy a terapeuta és páciens együtt feltárják a jelenlegi kötődéseket és torzításokat
3. buzdítani a páciens, hogy használja a terápiás kapcsolatot
4. támogatni annak felismerésében hogy vajon a jelen érzelmei és viselkedései lehetnek e termékei gyerekkori eseményeknek
5. segíteni abban a felismerésben, hogy a múltbeli élmények alapján kialakított belső munkamodellek már nem feltétlenül felelnek meg a páciens jelenének

Az első terápiás feladat lehetővé teszi a páciens számára, hogy elemezze a kötődési kapcsolatait és a rossz emlékeket, egy biztonságos háttér nyújt gondolatai és érzelmei kifejezésére. Ezt oly módon éri el a terapeuta, hogy nem kritikus, hanem elfogadó és empatikus. Azaz olyan mint egy jó anya. A biztos háttér nyújtását Young egy az egyben beépítette a sématerápiába. Korábban már említettük, hogy limitált szülői gondoskodásnak nevezte el a terapeutának ezt a megértő és empatikus viszonyulását pácienséhez. A limitált szülői gondoskodás egy biztonságos háttér nyújt a kliens számára, és kielégíti azokat az alapvető érzelmi szükségleteket, amelyre a szülők képtelenek voltak. Ezáltal a kliens internalizálni tudja a terapeutát és elkezdni átírni a korai tapasztalatokból szerzett élményeit. A biztos háttér nyújtása/limitált szülői gondoskodás kifejezetten fontos személyiségzavaros (bizonytalanul kötődő) pácienseknél, mivel őket nagy valószínűséggel korai trauma érte.

A második, Bowlby által megfogalmazott terápiás feladat, a sématerápiában is központi szerepet kap. A sématerapeuta felhívja a páciens figyelmét arra, hogy a sémák a beérkező információt aképpen torzítják, hogy az konzisztens legyen már a meglévő modellekkel, azaz megszilárdulásra törekszenek. Csak ezzel a rávezetéssel válik lehetővé a terápia során, hogy a kliens felülírja meglévő munkamodelljeit. Ez a terápiás feladat különösen fontos, mivel a sémák /belső munkamodellek általában nem tudatos szinten működnek.

A sématerápiában ezenkívül nagyon fontos szerepet kap a három maladaptív megküzdési mód: a megadás, elkerülés és túlkompenzálás feltérképezése, majd azok helyettesítése egészséges megküzdési módokkal.

Bowlby feltételezte, hogy a személy internalizált munkamodelljei meg fogják határozni, hogy hogyan érez majd jövőbeli kötődéseivel kapcsolatban. Mivel a terápiás kapcsolat is egy nagyon fontos kötődésnek tekinthető, nem lehet figyelmen kívül a harmadik terápiás feladatot: a terápiás kapcsolat felhasználását és elemzését a gyógyulás szolgálatában. A terápiás kapcsolat lehetővé teszi a séma aktiválódások és azt követő érzelmi reakciók megvizsgálását egy biztonságos környezetben a terapeuta által használt **empatikus konfrontáció** révén. Ezenkívül a terapeuta egy új kötődési személy akivel begyakorolhatóak új viselkedések és felülírhatóak régi beidegződések. Young hatalmas szerepet tulajdonít a terápiás kapcsolat felhasználásának, elsősorban személyiségzavaros páciensek esetében. A terapeuta a fentebb említett limitált szülői gondoskodással és empatikus konfrontációval dolgozik az ülésen, felhívva a páciens figyelmét ha egy séma vagy sémamód aktiválódik az órán. Ez segít a páciensnek párhuzamot vonni az órán történtek és a valós élet tapasztalatai között. Young (2003) mind a 18 sémával kapcsolatban részletezi milyen minőségű terápiás hozzáállás segíti leginkább a séma korrekcióját. Felhívja a figyelmet a felmerülő nehézségekre illetve hogy a terapeutának tisztában kell lennie saját sémáival is, mert gyakran ezek is aktiválódnak a terápiás ülés során, ami a kezelést hátráltathatja.

A negyedik terápiás feladat Bowlby szerint annak a feltárása és megértése, hogy a múltbeli tapasztalatok hogyan járulhattak hozzá a jelen érzések, kogníciók és viselkedések megjelenéséhez. A sématerápiában ez a feladat úgy valósul meg, hogy a kliens és terapeuta a kliens által hozott problémákat megpróbálja összekötni a múltbeli tapasztalatokkal. Sématerápiában az úgy nevezett **visszatérő mintázatokra** koncentrálnak, azaz amikor az egyén ugyanazokat a hibákat követi el. Például, ha egy páciens mindig olyan partnert választ aki érzelmi szükségleteit nem képes kielégíteni, nem csak a felnőtt kötődéseit vesszük górcső alá, de visszanyúlunk a gyerekkorba és megpróbáljuk megfejteni, hogy mi (melyik séma) tartja fent a visszatérő mintázatot. A gyerekkori gyökerek feltárása és összekötése a munkamodell működésével a jelenben segíteni fog annak a felismerésében, hogy a jelen mentális modelljei nem feltétlenül pontos percepciókon alapulnak, hanem a múltbeli torzított tapasztalatok meghatározzák azokat.

Ez elvezet minket az ötödik terápiás feladathoz: hogy segítsük kliensünket annak a felismerésében, hogy a sémáik bár pontos reprezentációi a gyerekkori környezetnek és eseményeknek, mostanra a kötődési figurák és a környezet megváltozott, tehát a sémákat korrigálni kell. Ha ez a korrekció sikerül, akkor a sématerápia sikeres, hiszen az egyén tudatában lesz a sémáit aktiváló helyzeteknek és megpróbál új, egészségesebb módon reagálni azokra.

### 3. 2 Párhuzamok Young sémaelmélete és Daniel Stern szelf elmélete között

Daniel Stern séma vagy képzetek definícióját és fajtáit már tárgyaltuk a séma fogalom fejlődésének bemutatásakor. Itt részletesebb kifejtésre kerül a Young-i sémákkal való összehasonlítás tükrében. Stern (1995) egy pszichoanalitikus fejlődéselméletet fogalmaz meg amelyben négy különböző szelférzetet különböztet meg. A születéstől körülbelül a második hónap végéig a baba bontakozó szelfje kezd kibontakozni, amikor is a kis test szenzomotoros adatokhoz jut. A második hónaptól kb. 8 hónapos korig kialakul a szelfmag érzet. Ebben a fázisban kialakul az akaratközpont és az érzelmek kontrollja. A következő szakaszban – ami kb. 8-15 hó közé tehető- alakul ki a szubjektív szelf, amikor is megjelenik az intenciók és érzelmek megosztása, a szelfnek a másikkal való tapasztalata. A negyedik fejlődési stádiumban – kb. 15 hónapos kortól- a nyelv elsajátításával megjelenik a negyedik szelférzet, a narratív szelf, amikor a szelfet az önéletrajzi narratívák kezdik el meghatározni.

Stern szerint (1995) a megélt tapasztalat különböző sematikus reprezentációkból tevődik össze: a szenzomotoros sémákból, a forgatókönyvekből, a fogalmi sémákból, az észlelési sémákból, és az érzelmi sémákból, illetve a protonarratív borítékból, ami az előző öt sémát egy együttes élménnyé szervezi. Ezek együttesen egy sémahálózatot alkotnak, amit *“a másikkal való együttlét”* sémájának vagy **RIG**-nek nevezett el. Ezt a sémát a baba és mama interakció szubjektív megélése alapján alkotja meg a csecsemő.

Stern **Generalizálódott Interakciók Reprezentációját** (RIG) Bolwby belső munkamodelljeihez, Lichtenberg modellszcénáihoz szokták hasonlítani (Urnes, 1999) illetve megfeleltethető Young korai maladaptív sémáinak is. Ebben a fejezetben a sterni alaphelyzet tükrében, a depressziós anyával való együttléten keresztül szeretnék párhuzamot vonni a sterni “másikkal való együttlét” sémái, a gyermek megküzdési lehetőségei, a hamis szelf élmény és a youngi korai maladaptív sémák között.

Mivel a sterni vizsgálati helyzet két évnél fiatalabb babákat vizsgál, ebben a fejezetben ennek a fejlődési szakasznak a feladata, a kötődés, az intim és szociális integráció igénye fog állni illetve, ha ez az igény nincs kielégítve milyen maladaptív sémák jelenhetnek meg. Természetesen a depressziós mamával való együttlétben más szükségletek kielégülése is sérülhet, mint például az érzelmek spontán kifejezése vagy a megfelelő korlátok szabása a gyermek számára. Ezekre most nem fordítok külön figyelmet, középpontban most az *Elutasítottság és Elszakítottság* sémacsoportba tartozó youngi sémák fognak állni.

Figyelemreméltó a párhuzam a Stern által leírt “*valakivel való együttlét valamely módon*” különböző sémái és Young *Elutasítottság és Elszakítottság* sémartományára között. Young és Stern egyaránt feltételezi, hogy a sémák oly módon alakulnak ki, hogy a gyermek többszörösen megtapasztalja a “*valakivel való együttlét valamely*” formáját. Stern szelf fejlődési elmélete szerint ezen az úton alakul ki a fent említett hat alapsémánk.

Young (2003) a korai maladaptív séma kifejezést használja és ő is feltételezi hogy a sémák akkor alakulnak ki, ha a gyermek valamely alapszükséglete nincs kielégítve és emiatt nem képes az adott fejlődési feladatot teljesíteni, például a bizalom helyett kialakul benne a bizalmatlanság.

A depressziós mamával való együttlét példáján keresztül elemzi Stern a későbbi patológiás fejlődési lehetőségekről hipotéziseit (Urnes, 1999).

Ha a baba és mama közötti kapcsolódás sérül, a gyermek az együttlétnek ezt a formáját fogja átélni és reprezentálni. Bizonyos, hogy a depressziós mamával való együttlét során a mama válaszkészsége sérül és a baba szükségletei nincsenek oly módon kielégítve mint egy egészséges mamával való együttlét során.

Stern (1994) a következő lehetőségeket vizsgálja a depressziós mamával való együttlét kapcsán:

- ♣ a depressziós anyával való együttlét egyik lehetséges következménye, hogy a gyermekben kialakul a mikro-depresszió élménye. A gyermek elvárásaival ellentétben az anya arca kifejezéstelen, megszakítja a szemkontaktust, kevésbé válaszkész. Ezek a mamából fakadó viselkedések megjelennek a babában is: kevésbé lesz aktív, kevésbé fedezi fel a környezetét, csökken a pozitív érzéseinek a száma, azaz kialakul a mikro-depresszió élménye. Ami érdekes, hogy a baba vágya arra, hogy együtt legyen a mamával indítja be a mikro-

depresszió élményét. Úgy tűnik hogy miután a baba feladja, hogy életre keltse az anyát, a baba úgy próbál meg vele lenni, hogy azonosul vele és utánozza őt. A baba depressziója tehát nemcsak a mamától jövő stimulációk hiány miatt alakul ki, hanem az utánzás mechanizmusán keresztül is.

- ♣ Másodszor, a gyermeknek kialakulhat az az élménye, hogy képes új életre kelteni az anyát. A baba megpróbálhatja a mamát visszahozni az “életbe” azáltal, hogy felvonja a szemöldökét, tágra nyitja a szemét ezáltal hívogatva a mamát az interakcióba. Ezek a próbálkozások nem védekező mechanizmusok hanem megküzdő stratégiák. Hiszen gyakran a baba ezen próbálkozásai működnek és az anya valóban feléled. Ha azonban ez nem következik be, egyes babák abbahagyják a próbálkozást, míg mások tovább folytatják. Utóbbiaknál az újraélesztés élménye a második módja az anyával való együttlétnek. Ez a séma lehet a gyökere a későbbi párkapcsolatok során ha valaki a “charmer” szerepét játssza.
- ♣ Harmadik esetben a babában kialakul, hogy az anya csak háttér kontextus ahhoz, hogy új ingereket fedezzen fel, de nem az anyával való együttes élményben történik ez. Ez lehet a depressziós anyával való együttlét harmadik módja.
- ♣ A depressziós anyák általában keményen küzdenek azért, hogy talpra álljanak, mert tudják, hogy nem nyújtanak megfelelő ingerlést gyermeküknek. A baba azonban különbséget tud tenni a természetes és az erőltetett interakciók között, így az eredmény egy nem-hiteles anya lesz. A baba azonban annyira szeretne egy élethű interakciót, hogy saját viselkedését igazítja az anyáéhoz, így egy idő után nem csak a hamis interakció és hamis anya van jelen, de kialakul a hamis szelf élménye is. A viselkedés erőltetett, az érzelmek ritkák, de jobb mintha egyáltalán nem lenne interakcióban a mamával. Így alakul ki az együttlét negyedik sémája.

A négy séma valószínűleg minden esetben jelen van, változó hogy melyik séma lesz domináns és az interakciók a négy séma alapján fognak történni a baba és mama között.

A fentiekből tisztán látszik, hogy a depressziós mamával való együttlét során a gyermek első fejlődési feladatát, a korai kapcsolódást, nem tudja sikeresen teljesíteni és kialakulhat a mikro-depresszió élménye, azaz olyan módon reprezentálja a mamával való együttlétet, amely a későbbi kapcsolatait is befolyásolni fogja, az önmagáról és az anyáról kialakított belső munkamodelljei (Bowlby, 1973) vagy korai maladaptív sémái (Young, 2003) kialakítanak egy előítéletet a későbbi interakciókkal kapcsolatban.

A gyermek megtanulja, hogy a biztonságra, védelemre, támogatásra, együttérzésre, az érzelmek megosztására és elfogadására vonatkozó igénye nem talál kiszámítható módon viszonzásra. A támogatás és kapcsolat szempontjából a mama csökkent válaszkészségét, instabilitását és megbízhatatlanságát fogja megtapasztalni. Kialakul a gyermekben az az érzés, hogy a jelentős másik nem lesz képes tartósan biztosítani az érzelmi támogatást, kötődést vagy gyakorlati

segítséget, mert érzelmileg labilis vagy bizonytalan a jelenléte depressziója miatt. Young (2003) a fent leírtakat az *Elutasítottság és Elszakítottság* sématartománynak nevezte el, melybe tartozó sémák az *Érzelmi depriváció, a Bizalmatlanság és Abúzus, az Elhagyatottságtól való félelem, a Csökkentértékűség érzése és a Társas izoláció*. Tipikus családi háttér, amely elősegíti az *Elutasítottság és Elszakítottság* tartományba tartozó sémák kialakulását: érzelemszegény, zárkózott, hűvös, kiszámíthatatlan vagy abuzív. Ezek ráillenek a depressziós mamával való együttlétre is.

Ha mikro-depresszióként reprezentálódik a baba emlékezetében a mamával való együttlét, ez egy mindent átható és mindenre kiható reprezentáció lehet a későbbi fejlődés során, mivel a mama az első kötődés személy. Young (2003) ugyanígy jellemzi a korai maladaptív sémákat: azok pervazívek, állandóan jelen vannak, diszfunkcionálisak és minden olyan helyzetet áthatnak, amely arra a szituációra emlékezteti a személyt amelyben a séma kialakult.

Stern és Young osztja azt a nézetet, hogy a személyközi élményekhez kötődő szubjektív tapasztalatok reprezentációi a későbbi patológiás fejlődés alapjai lehetnek.

Stern (1994) szerint az egyik lehetőség, hogy a valakivel való együttlét a hamis szelf élményében reprezentálódhat. Ebben az esetben kialakul egy hamis interakció egy hamis anya és egy hamis szelf között. Ezzel ellentétben a megfelelően illeszkedő, megértésre épülő reális szülői tükrözések, érzelmi egymásra hangolódások és szóbeli visszajelzések az egészséges, hiteles szelfélmény fejlődését segítik elő. A hiányos, egyoldalú vagy tévedéseken alapuló, hibás tükrözések a patológiás szelf struktúra kiindulópontjai lehetnek. Ha a pozitív élmények maradnak tükrözetlenek (pl. ha depressziós a mama) akkor ez az örömképesség zavarában nyilvánulhat meg. Ha a szülőkkel való érzelmi egymásra hangolódásra egyáltalán nincs lehetősége a gyermeknek, ha nem tapasztalja meg az interszubjektivitást, akkor ez a későbbiekben az intim kapcsolatokra való képtelenséghez vezethet (Ratkóczi, 2003).

Young (2003) ugyanezre helyezi a hangsúlyt: ha valamely fejlődési szükséglet kielégítetlen marad, ha a reális szülői tükrözések elmaradnak, a gyermek nem lesz képes fejlődési feladatát sikeresen teljesíteni. Ezek az élmények fognak reprezentálódni sémákat kialakítva, amelyek a későbbi élet során is aktívak maradnak és befolyásolják a viselkedést, érzéseket, kogníciókat.

A korai szülői tükrözés és egymásra hangolódás hiányosságai vagy a szelférfzetek későbbi sérülései az önélmény egységének a zavarához, a hatékonyságélmény vagy örömképesség elvesztéséhez és a másokkal való bensőséges kapcsolat kialakításának képtelenségéhez vezethetnek (Ratkóczi, 2003).

Ugyanezek jellemzik a legsúlyosabb sématartomány az *Elszakítottság és Elutasítottság* sémáit. Ezek az élménymódok a borderline, a szkizotípiás, hisztrionikus, nárcisztikus és szkizoid személyiségzavarok ismert jelenségei. Young elsősorban a személyiségzavarok gyógyításához tartja indikálnak a sématerápiát, hiszen a személyiségzavaroknál olyan mértékben sérült szelf a

korai traumák következtében, hogy egy egészségesebb szelfélmény nem lehetséges a korai maladaptív sémák átstrukturálása nélkül.

### 3.3 Fő különbségek a sématerápia és kognitív terápia között

Young önmaga is kezdetben kognitív-viselkedés terapeutaként dolgozott, amellyel eredményesen tudta kezelni a depresszív és szorongásos tüneteket. Krónikus- és személyiségzavarok esetében a kognitív-viselkedéses módszer azonban nem bizonyult hatékonynak. A kóros személyiségműködés és funkcionálási nehézségek megmaradtak, még ha tünetredukció be is következett a terápia során. Így Young szükségét érezte egy új, integratív elméleti modell megalkotásának és a kognitív technikák kibővítésének. Kezdetben Young (1990) sémaközpontú kognitív terápiának nevezte el terápiás módszert, majd ahogy egyre inkább kinőtte magát saját terápiás irányzatot kezdett képviselni a sématerápia, amely a mai napig használ kognitív technikákat, de a hangsúly jelentősen eltolódott az élményalapú kezelés irányába.

Ebben a fejezetben a kognitív terápia és sématerápia közötti alapvető különbségekre szeretnék koncentrálni.

Young sématerápiája eltér a kognitív terápiától abban, hogy milyen pszichés zavarok kezelésére javasolja használatát, a módszertanában, a terápiás kapcsolat minőségében és a terápia fókuszában. Azaz minden fő területen fontos különbségeket találhatunk.

Beck (1976) kognitív terápiás elmélete elsősorban első tengelyen kódolt zavarokra kínált elméleti és terápiás keretet.<sup>6</sup> Ebből kifolyólag, a kognitív viselkedéses terápia rövidtávú, behatárolt, általában, 8- 22 üléses. Young sématerápiája személyiségzavarok és krónikus problémák kezelését célozza meg. Mivel a személyiségzavarok krónikusak és ellenállnak a változásnak, ezért a sématerápia szükségszerűen hosszútávú. Súlyosabb karakterproblémák esetén évekig is eltarthat.

A terápiás fókusz és technikák tekintetében a kognitív terápia kognitív és viselkedéses módszerekkel kíván változást elérni. A sématerápia egy integratív módszer, aminek négy fő pillére van: kognitív technikák, élményen alapuló technikák, viselkedéses módszerek és a terápiás kapcsolat változásra való alkalmazása (legutóbbit külön bekezdésben tárgyalom). A sématerápiában minden módszernek nagy jelentősége van, de legfontosabbak az olyan élményalapú technikák alkalmazása, mint az imagináció és a Gestalt üres szék technika. Az emocionális technikákkal valósul meg a változás nagy része. Ezek teszik lehetővé, hogy a páciens 'érezze' sémáit (ne csak kognitíve értse) illetve ennek útján segítjük elő a sémák begyógyulását azáltal hogy a páciens

---

<sup>6</sup> Beck később személyiségzavarok kezelésére is javasolta a kognitív terápiát (Beck és Freeman, 1990).



kielégületlen szükségleteit szeretetre, biztonságra, autonómiára stb. kielégítjük a limitált szülői gondoskodás révén. Az emocionális technikák teszik lehetővé, hogy elmozduljunk a séma megértésétől az átéléséig, azaz egy mélyebb szinten dolgozzunk. Young rámutat, hogy bár néhány kognitív terapeuta (pl. Smucker & Dancu, 1999, idézi Young, 2003) már felismerte és alkalmazza az imaginációt, a legtöbb kognitív végzettségű terapeuta elsősorban csak viselkedéses feladatok előzetes begyakorlására használja azt.

Fókuszában azt mondhatjuk a sématerápiára, hogy egy *bottom- to- up* megközelítés, azaz a korai maladaptív sémák beazonosításával és átmunkálásával kezdi a terápiát, legutolsó lépés csak a viselkedéses mintázatok módosítása. A kognitív terápiának épp ellenkező az iránya: a felszíni kogníciók, mint automatikus gondolatok, torzítások és diszfunkcionális attitűdök, korrekciója a célja. Az ezekkel való munka során természetesen a kognitív terápia is gyakran eljut az alaphiedelmek beazonosításáig, a beazonosításon túl azonban nem sok hangsúlyt fektet rá -legalábbis depresszió és szorongásos zavarok kezelésekor- a kognitív terápia időbeli behatároltsága miatt.

Lényeges különbség a két terápiás módszer fókusza és technika választása között abban is állhat, ahogy a sémákat illetve alaphiedelmeket definiálják. Sokan tévesen azt hiszik hogy a két konstruktum közé egyenlőségjel tehető. A becki alaphiedelem a kognitív tartalma egy korai maladaptív sémának, míg a youngi sémák kogníciókból, emóciókból, memóriákból és testi érzéketekből állnak és van viselkedéses (maladaptív megküzdési módok) aspektusa is.

A sématerápia *bottom -to -up* megközelítése miatt elkerülhetetlen a páciens élettörténetének, beleértve a gyermekkort, részletes feltárása. A sématerapeuta ezen tudása alapján párhuzamot von a jelen problémák és a gyerekkori kielégítetlen szükségletek között. A terápia fókusza tehát a karakterológiai problémák és az egyén életében ismétlődő egészségtelen mintázatok lesz. Ezenkívül a sématerápia elengedhetetlen része a maladaptív megküzdési módok feltérképezése, mert a legtöbb esetben ezek tartják fent a pszichés zavart. Például ha a páciensünk elhagyatástól való félelme miatt elkerüli az intim kapcsolatokat, ez az elkerülő viselkedés épp olyan fontos része a terápiának, mint maga az *Elhagyatottság* séma.

A kognitív terápiában ezzel szemben ritkán tárjuk fel részletesen a gyerekkori tapasztalatokat, a terápia fókusza a jelen, nem a múlt. A kognitív terápia a jelen problémáira koncentrál, gyakran tünetredukciót irányoz meg. Bár Beck (1990) utal a maladaptív megküzdési stratégiákra, azokat nem tárgyalja részletesen így nem is építi be a terápiába, kivéve a viselkedéses feladatoknál, amelyek az egyszerű elkerüléssel viselkedést próbálják megcélolni.

Végül vizsgáljuk meg a terápiás kapcsolat szerepét és minőségét mindkét terápiában. Ahogy a *Sématerápia* fejezetben már kifejtettem, a sématerápia egyik alappillére maga a terápiás kapcsolat.

A terápiás kapcsolatban lehetővé válik a séma aktiválódás megfigyelése és itt történik meg a páciens szükségleteinek a kielégítése is limitált szülői gondoskodással. A páciens megtapasztalja, hogy a terápiás közeg elfogadó, empatikus, meleg és gondoskodó, de ugyanakkor egészséges határokat szab és empatikusan konfrontál ha szükséges, csakúgy mint egy jó szülő tenné. A terápiás kapcsolat azért is nagyon fontos, mert azok a páciensek akik gyerekkorukban súlyosan depriválva voltak szeretet, fizikai biztonság, elfogadás stb. terén, ekkor tapasztalják meg először hogy valaki képes hozzájuk másképp viszonyulni, mint amit a sémájuk diktál. Ezzel szemben a kognitív terápiában a terápiás kapcsolat nem kap ekkora szerepet, elsősorban a közös gondolkodásra, kollaboratív empiricizmusra használjuk illetve, hogy motiváljuk a páciens az együttműködésre. Ha a páciens nem halad, akkor a gyógyulás útjában álló kogníciókat kíséreljük meg feltárni, nem az érzelmi blokkokat. Valójában, a kognitív terápia egy gyenge pontja, hogy eleve feltételezi, hogy klienseink motiváltak a változásra, együttműködőek lesznek, azaz egy kis rávezetéssel képesek problémáik megoldására. Ez a feltételezés helytálló lehet magasan funkcionáló klienseknél, de semmiképpen nem karakterológiai páciensek esetén.

### III. KÖTŐDÉSI STÍLUSOK ÉS MALADAPTÍV SÉMÁK PSZICHIÁTRIAI ZAVAROKBAN

#### 1. Kötődés és Pszichopatológia

##### 1.1 A kötődés mint érzelemszabályozó rendszer felnőttkorban

Bolwby (1969, 1982) kötődéelméletében felvetette, hogy a bizonytalan kötődés kockázati tényezője a pszichopatológiai rendellenességeknek, mivel bizonytalan kötődés esetén a kötődési rendszer nem tudja megfelelően ellátni érzelemszabályozó funkcióját (Mikulincer és Shaver, 2007). Hogyan segíti a kötődési rendszer az érzelemszabályozást? Felnőttkorban, csakúgy mint csecsemőkorban, egy észlelt veszély automatizálja a kötődési rendszert és arra készíti az egyént hogy védelmet és támogatást kérjen a kötődési személyektől. Ellentétben a csecsemőkoraival, ez nem feltétlenül fizikai közelségkeresést jelent, elegendő a szeretett személyek mentális reprezentációjának aktivizálása.

Ha egy biztonságosan kötődő személy olyan eseménnyel találja szemben magát, ami distresszt okoz vagy negatív érzelmeket vált ki, akkor működésbe lépteti a rendszert. Azaz elkezd gondolkodni megoldásokon, próbálja nyugtatni és vigasztalni magát oly módon ahogy megtanulta a biztonságos kötődést nyújtó gondozóktól. Erre a konstruktív érzelmek szabályozására azért képes, mert sokszor és folyamatosan megtapasztalta gyermekkorában a gondozókkal való interakciók során, hogy azok válaszkészek és elérhetőek ha szükség van rájuk. Egy elérhető és válaszkész szülő a pozitív érzelmi állapotok sikeres elérését és fenntartását és a konstruktív probléma megoldást fogja facilitálni, csökkenti a distressz intenzitását és előfordulásának gyakoriságát (Mikulincer & Shaver, 2007). Ezáltal a személy megtanulja, hogy a bajban nincs egyedül, a kötődési személyek elősegítik a problémamegoldást támogatásukkal, így a személynek pozitív elvárásai lesznek és megnő az önmagába és másokba vetett önbizalma. Megtanulja, hogy a negatív érzelmek kezelhetőek, ezért nem lesz szükségük a jövőben e negatív érzelmek elfojtására. Belső munkamodelljei pozitívak mind önmagáról (ki tudja váltani a gondoskodást másokból) és másokról is (a kötődési figura válaszkész). Mikulincer és Shaver (2007) szerint ezzel szemben a bizonytalanul kötődő személyeknek nincs meg ez az önmagukban és másokba vetett önbizalma, ezért negatív érzelmeiket vagy elnyomják vagy a kiváltó eseményektől elrugaszkodva túlzottan felnagyítják.

Az elkerülő kötődési mintázattal rendelkező egyének alulszabályozzák kötődési rendszerüket, míg a bizonytalanul kötődő, szorongó személyekre ennek épp az ellenkezője igaz: az kötődési rendszer túlzott aktivizálása. A bizonytalanul kötődő, elkerülő személyek megpróbálnak minden olyan

helyzetet elkerülni, ami a kötődési rendszert aktivizálná. Nincsenek szoros kötődéseik és negatív érzelmeiket – amikor jól jönne a kötődési figura vigasztalása – általában elnyomják, így nem élik meg azokat. Az elkerülést a gyerekkori gondozóval való interakciók során tanulták meg, amikor az nem volt válaszkész, így nem várható vigaszt a gyermek.

A szorongóan kötődő egyének pont ezzel ellentétesen működnek: felnagyítják a negatív érzelmeiket, katasztrófizálnak, így egy jelentéktelen esemény is a világ végét jelentheti számukra. Ez a kötődési rendszer szükségszerűtlen aktivizálását fogja eredményezni. Érdekes, hogy bár a két bizonytalan kötődési stílus a kötődési rendszert ellentétesen működteti, az érzelmeik nem pontos reprezentációi lesznek a valóságos eseménynek mindkét esetben.

Mikulincer és Shaver (2007) szerint az elégtelen érzelemszabályozásnál nem áll meg a folyamat, az ki fog hatni a viselkedésszabályozásra és az intim kapcsolatok kezelésére is.

Empirikus kutatások is alátámasztják, hogy a biztonságos kötődés elősegíti az érzelemszabályozást és ezáltal az egészséges személyiségfejlődést. A biztonságosan kötődő egyének kevésbé szoronganak (Collins & Read, 1990), a biztonságosan kötődő serdülők sokkal népszerűbbek társaik között, szociálisabbak és rugalmasabban kezelik a stresszhelyzeteket, mint bizonytalanul kötődő társaik (Kobak & Sceery, 1988). A biztonságosan kötődő személyek hajlamosabbak segítséget és támogatást kérni társaiktól vagy akár szakembertől ha bajban vannak (Florian, Mikulincer és Bucholtz, 1995) azaz képesek kapcsolataikat felhasználni érzelemszabályozásra. A bizonytalanul kötődő serdülők énje kevésbé rugalmas, nem kérnek segítséget ha bajban vannak és kevésbé népszerűek társaik között (Kobak & Sceery, 1988). Nézzünk meg részletesebben néhány ilyen empirikus vizsgálatot.

## 1.2 A bizonytalan kötődés szerepe mentális zavarokban : empirikus kutatások

A bizonytalan kötődés tehát a kognitív, érzelmi, viselkedéses és interperszonális aspektusaival, kockázati tényező lehet a pszichiátriai rendellenességek kialakulásában. A kötődés kontextusában a pszichopatológiára tekinthetünk úgy, mint olyan zavarokra, amelyek a kötődési igények frusztrációjának eredményeként jönnek létre (Ma, 2006). Így a bizonytalan kötődési stílusok vizsgálata a különböző pszichopatológiákban hozzájárulhat a pszichopatológiák etiológiájának megértéséhez.

Fonagy és mtsai. (1996) nevéhez fűződik az első empirikus kutatás ami a nagyobb pszichiátriai kórképeket a kötődési stílusok alapján akarta elkülöníteni. A kötődési stílusok és pszichopatológiák közötti kapcsolatot a Felnőtt Kötődés Interjúval (AAI) próbálták felmérni 82 pszichiátriai beteget összehasonlítva az illesztett kontrollal. A kutatás összefüggést talált a mentális zavarok és korai

kapcsolati zavarok között, de nem volt képes egyértelműen bizonyítani bizonyos kötődési stílusok és kórképek együttjárását. A pszichiátriai betegek nagyobb valószínűséggel kerültek az AAI elárasztott és megoldatlan trauma/ gyász kötődés kategóriákba, mint a kontroll csoport.

A depressziót illetően eredményeiket nehezen lehetett értelmezni, mivel az összes affektív zavart együtt vizsgálták. Nem tettek különbséget bipoláris, major depresszió és diszthímia között. A szorongásos zavarokat illetően 66%-a a pácienseknek az elárasztott kötődési mintába volt sorolható.

Mások a bizonytalan kötődést összekapcsolták a depresszióval (pl., Bifulco és mtsai., 2002, Fonagy és mtsai., 1996, Haaga és mtsai., 2002, Cyranowksi és mtsai., 2002, Coyne és mtsai., 1987), evészavarokkal (Brunch, 1973), személyiségzavarokkal (Mikulincer & Shaver, 2007), szorongásos zavarokkal (Eng és mtsai., 2001, Craske & Zoellner, 1995, Sheenan & Noller, 2002, Strodl & Noller, 2003), és fizikai tünetekkel (Carnelley és mtsai., 1994).

Mivel saját kutatásom depressziós, szorongásos és borderline mintákon végeztem, a következőkben részletesen tárgyalom azokat a legfrissebb kötődés kutatásokat, amelyek e három pszichiátriai zavar és a kötődés összefüggéseit vizsgálták kérdőíves módszerrel.

### *1.2.a I. Tengelyen kódolt zavarok : depresszió és szorongás*

#### *Depresszió*

A kötődéelmélet fontos szerepet tölt be a depresszió etiológiájának megértésében. Bowlby (1980) hangsúlyozta, hogy a korai veszteségélmények és a szeparáció negatív belső munkamodelleket kialakulását eredményezik. A személy szerethetlenségéről és a másik elérhetetlenségéről, megbízhatatlanságáról kialakult negatív kognitív reprezentációk elképzelés konzisztens Beck depresszív kognitív triádjával (Ma, 2006).

Nem klinikai mintán, a depresszív tünetek és az elárasztott és félelemteli kötődés között pozitív kapcsolatot sikerült kimutatni, míg a tünetek és biztonságos kötődés között negatív volt a kapcsolat (Ma, 2006). Klinikai mintán a depresszív tünetek leginkább a félelemteli kötődéssel jártak együtt (pl., Carnelley és mtsai., 1994).

Klinikai mintán Bifulco és mtsai. (2002) kimutatta, hogy a kötődési szorongás vagy elkerülés súlyosabb depressziós tünetekkel járt együtt magas rizikófaktorú nőknél. A kötődési bizonytalanság képes volt megbízhatóan előrejelezni a depresszív tünetek súlyosbodását. Hasonló összefüggést sikerült kimutatni post partum depresszió esetén (Bifulco és mtsai., 2004): még a terhesség ideje alatt és nem sokkal szülés után mért kötődési szorongás súlyosabb post partum depressziót jelzett előre. Kötődési bizonytalanságot találtak nőekkel végzett kutatásokban rekurrens depresszió esetén is (Cyranowksi és mtsai., 2002) illetve bizonyított a diszthímia gyakoribb előfordulása bizonytalan kötődés esetén (West & George, 2002).

Fonagy (1996) azonban felhívja rá a figyelmet, hogy nem lehet egy fedél alatt említeni az összes hangulati zavart amikor annak összefüggéseit kívánjuk vizsgálni a kötődési bizonytalansággal. Szerinte nem lehet általánosítani, hogy a depressziós betegek mind bizonytalan kötődési stílussal rendelkeznek. A major depresszív epizód lehet egy átmeneti traumatikus veszteségélmény következménye, és nem feltétlenül függ össze a gyerekkori veszteséggel vagy rossz bánásmóddal. Major depresszív epizódot átélő egyének kötődési stílusa biztonságos volt kutatási eredményei alapján. Ezzel szemben azt találta, hogy a bipoláris vagy schizoaffektív depresszióhoz inkább kapcsolódik a bizonytalan kötődés, azon belül is az elutasító - elkerülő kötődési stílus.

### *Szorongásos zavarok*

A szorongásos zavarok etiológiájának megértéséhez szintén hozzájárul Bowlby (1973) elmélete. Szerinte a kötődési figura elérhetőségével és válaszkészségével kapcsolatos szorongások - például ha a gyermek aggódik a szülő biztonsága miatt annak távollétében - elősegítik a szorongásos zavarok kialakulását. Egy bizonytalanul kötődő gyermek gyakrabban fog szorongani a gondozó válaszkészsége miatt, ami hajlamosabbá fogja tenni szorongásos zavarra (Ma, 2006).

A szorongásos zavarok és kötődési stílusok összefüggéseit vizsgáló kutatások száma meglehetősen alacsony.

Bifulco és mtsai. (2006) egy három évig tartó utánkövetéses vizsgálatban kimutatták, hogy a bizonytalan kötődési stílus jól előrejelezte újabb szorongásos vagy depressziós epizód megjelenését a vizsgált mintában. A félelemteli és elutasító/elkerülő orientáció jelezte előre legkonzisztensebben az újabb epizódokat: a szorongó leginkább a szociális fóbiát és a depressziót, míg az elutasító a generalizált szorongásos zavart.

Az egyike a kevés longitudinális vizsgálatoknak a kötődési minták és szorongásos zavarok vizsgálatában Warren és mtsai. (1997) nevéhez fűződik. Több mint 200 mama – baba diádnál felmérték a baba idegennyelvzetben mutatott viselkedéses reakcióját, azaz a kötődési stílusát. 17 évvel később, újra vizsgálták ezeket a gyerekeket és azt találták, hogy a csecsemőkori ambivalens kötődési minta elősegítette a szorongásos zavarok kialakulását. Gyengesége azonban ennek a kutatásnak, hogy serdülőkorban nem azonosították be a kötődési stílust illetve figyelmen kívül hagyták a dezorganizált kötődési mintát.

Strodl és Noller (2003) az ASQ 5 dimenziója és felnőttkori agorafóbiás viselkedés és depresszió összefüggéseit kereste. Azt találták, hogy *“a kapcsolatokkal való túlzott foglalkozás skála”* mind az agorafóbiával és depresszióval áll kapcsolatban, míg *“az elismerésre való igény”* és a *“kapcsolatok másodlagossága”* a depresszióra jellemzőbb, mint a szorongásra.

Mások összefüggést találtak a bizonytalan kötődés és PTSD között (pl. Mikulincer és mtsai., 1993), serdülőkori elégtelen érzelemszabályozás között (Cooper és mtsai., 1998), serdülőkorban mért önértékelés és szorongás mértéke és a nem biztonságos kötődés között (Sheehan & Noller, 2002).

### *1.2.b II. Tengelyen kódolt zavarok: Borderline személyiségzavar*

Az 1980-as és -90-es évekre a bizonytalan kötődés és a személyiségzavarok közötti kapcsolat is egyre több kutatás témája lett (pl. Brennan & Shaver, 1998, West és Sheldon, 1988). Mind a bizonytalan kötődésre és az összes személyiségzavarra is igaz a kapcsolati nehézségek és maladaptív és rigid megküzdési módok alkalmazása. Bár a különböző személyiségzavaroknál változó, hogy melyik területen (kognitív, interperszonális stb.) a legmarkánsabb a deficit, de az emberi kapcsolatokban tapasztalt nehézségek minden személyiségzavarra jellemzőek. Ha ezt az interperszonális nehézségeket a kötődésemélet szempontjából értelmezzük, elmondhatjuk hogy a személyiségzavarokat diszfunkcionális érzelemszabályozás, a kötődési rendszer túl vagy alulszabályozása jellemzi. Azaz a személyiségzavaroknak és a bizonytalan kötődésnek ugyanaz kell hogy legyen a fejlődési előzménye (Brennan & Shaver, 1998).

Az összes személyiségzavar közül a borderline szindrómára (BPD) igaz leginkább a diszfunkcionális kapcsolatok és a nagy mértékű kapcsolati szorongás. A BPD-ben szenvedő személyek nehezen tűrik a vélt vagy valós szeparációt, és az ebből fakadó szorongásuk a kötődési rendszer túlaktiválását fogja eredményezni. Ha megnézzük a BPD DSM-IV diagnosztikai kritériumait, azok nagyon jól tükrözik a kötődési rendszer túlaktivizálását és a kapcsolati szorongást. A szorongással teli kötődési rendszer állandó aktivizálásával magyarázhatóak a hangulatingadozások, a krónikus félelem a magánytól és elhagyatástól (az állandó aktiváció következtében a kötődő személy nem lesz ugyanis képes mindig készenlétben állni és védelmet nyújtani, amit a borderline beteg elhagyatásként él meg).

Empirikus kutatások eredményei szerint a bizonytalan kötődés a BPD-re való sérülékenység kockázati tényezője lehet (pl. Agrawal és mtsai., 2004).

Patrick és mtsai. (1994) a AAI segítségével azonosította be a BPD páciensek kötődési reprezentációit és azt az eredményt kapta, hogy a vizsgálati csoportban az összes borderline személyiségzavarban szenvedő személyt az elárasztott kötődés jellemezte, szemben a kontroll (diszthímiás) csoporttal ahol a vizsgálati személyek csak 50%-a volt ebbe a csoportba besorolható. Sack és mtsai. (1996) vizsgálatával bizonyította, hogy kapcsolataikban nagy fokú stresszt élnek át a BPD páciensek: félnek az elhagyatástól és kényszeresen keresik a kötődési figura közelségét.

Fossati és mtsai. (2003) 487 különböző pszichiátriai zavarral diagnosztizált pácienszt vizsgált és azt találták, hogy az elkerülő kötődés kapcsolatban áll a paranoid, skizotípiás, elkerülő és depresszív személyiségzavarral, míg a kötődési szorongás a dependens, borderline és hisztrionikus

személyiségzavarra jellemző. Hasonló eredményeket kapott Nakash-Eisikovits és mtsi. (2002, idézi Ma, 2006) serdülő mintán.

Bár a legtöbbje ezeknek a kutatásoknak általában kis mintával dolgozott, igazolták azt a feltevést, hogy a BPD valóban értelmezhető kötődési zavaroként.

Összefoglalva elmondhatjuk, hogy ezeknek a kutatásoknak sikerült bizonyítani a kötődési bizonytalanság szerepét a pszichopatológiában, de vannak gyenge pontjai is a vizsgálatoknak. Először is, a legtöbb vizsgálat keresztmetszeti vizsgálat, így az ok okozati összefüggésekre kevésbé következtethetünk. Másodsor, nehéz összehasonlítani a kutatási eredményeket, mivel a különböző vizsgálatok nem egységesen konceptualizálják a kötődést (Dozier és mtsai., 1999). Ezért többen javasoltak egy új, két dimenziós, pszichopatológiai modellt, amely mentén a pszichiátriai zavarok és kötődés összefüggései (is) vizsgálhatóak lennének. A következő fejezetben ezt tárgyalom.

### 1.3 Internalizálás és Externalizálás

A fent említett pszichopatológia modell két dimenzió mentén képzei el a pszichiátriai betegségeket: az **Internalizálás (INT)** és **Externalizálás (EXT)** mentén (Krueger, 1999, idézi Ruiz & Edens, 2008). Az INT és EXT a világ és mások felé való orientációra utal: az INT a befeléfordulásra, az EXT pedig kifelé fordulásra. Az internalizáló mentális zavarokban a patológia “befelé” fordulva fejeződik ki és szorongásban, depresszióban vagy negatív affektusban manifesztálódik. Az externalizáló zavarokra pont az ellenkezője igaz, “kifelé” nyer utat a patológia és agresszióban, droghasználatban, alkoholizmusban stb., fejeződik ki (Ruiz & Edens, 2008).

Eredetileg a modellt a gyermek pszichopatológia kórképek rendszerezésére használták (Ruiz & Edens, 2008), de egyre inkább teret kap a felnőtt patológiák vizsgálatában is, mivel széleskörűen alkalmazható. Jól képes magyarázni a pszichopatológiák közötti komorbiditást. Például BPD esetén az intenzív érzelmi reakciók és a szorongás az INT zavara, de egyértelműen asszociálható a BPD externalizáló zavarokkal is: például a dühkitörések és gátlástalanság számos EXT zavar közös jellemzője. (James & Taylor, 2007).

A bizonytalan kötődés és pszichopatológia összefüggéseit kutató vizsgálatokban is egyre nagyobb teret kap az INT – EXT modell. Eszerint a pszichiátriai zavarokat megkülönböztethetjük kötődési stratégiák alapján: vannak amelyek minimalizálják a kötődési szükségleteket és a kötődési viselkedést és van amelyek maximalizálják azokat (Dozier és mtsai., 1999). Az externalizáló pszichopatológiára úgy tekinthetünk, mint ami deaktiválja a kötődési rendszert (minimalizálja), míg az internalizáló patológiákra a kötődési rendszer hiperaktivitása igaz (kötődési rendszer



maximalizálása) (Ma, 2006). Így feltételezhetjük, hogy az INT zavarokra jellemzőbb lesz az elárastott kötődési stílus, míg az EXT patológiákra az elutasító- elkerülő.

A nemek között is jelentős különbség van abban, hogy inkább INT vagy EXT pszichiátriai zavarban szenvednek. A nőkre inkább magasabb szintű INT jellemző, így inkább lesznek depressziósak vagy szorongásos zavarban fognak szenvedni, míg a férfiak inkább externalizálnak, tehát hajlamosabbak alkohol és drog problémákkal küzdeni (Slade, 2007).

Összefoglalva elmondhatjuk, hogy az INT és EXT pszichopatológiai modell nemcsak a kötődési stílus és patológiák együttjárásának megértését segíti elő, de hasznos modell a pszichiátriai zavarok komorbiditásának megértésében és azok hierarchikus rendszerezésében is. Az INT és EXT dimenziókra visszatérünk a kutatás hipotéziseinek tárgyalásakor.

## 2. Sémák és Pszichopatológia

Bowlby (1969, idézi Bosmans és mtsai., 2010) eredetileg a kötődés egész életen át tartó érzelemszabályozó funkcióját a belső munkamodellekkel magyarázta.

Mai kötődés vizsgálatok azonban nem tudták egybehangzóan bizonyítani, hogy a belső munkamodellek változatlanok maradnak illetve a kötődélmélet a BMM tartalmát sem volt képes pontosan meghatározni. Emiatt többen javasolták, hogy a kötődélmélet nyisson más modellek felé, elsősorban a kognitív elmélet felé (Main, 2002).

Ha a BMM-eket kognitív struktúraként tekintjük, akkor azokra is elmondható, hogy információszűrő funkciójuk van és hogy addig látensek maradnak, amíg a stresszben bekövetkező növekvés vagy egy sémakongruens helyzet nem aktivizálja azokat. Ez a **diatézis-stressz modell** megmagyarázná a kötődési mintázatok egész életen át tartó stabilitását (Bosmans és mtsai., 2010). Ezenkívül, mivel a kognitív sémák gyermekkorban alakulnak ki a korai tapasztalatok hatására, ezért feltételezhető, hogy tartalmuk ugyanaz mint a BMM-eknek, mivel azok is a korai szülő-gyermek interakciók eredményei (Mason, Platts és Tyson, 2005).

Young (2003) továbbfejlesztette a BMM és a Beck féle kognitív séma fogalmát és egy 18 sémából álló rendszert alkotott. Young hangsúlyozza, hogy a kognitív tartalom mellett a korai maladaptív sémák (KMS) tartalmaznak emlékeket, érzelmeket, testi érzéketeket is illetve befolyásolják a viselkedést. A KMS-ek pervazívak, egy életen át stabilak marad(hatnak).

Legfrissebb KMS kutatások bizonyítják, hogy az elsődleges gondozóval való interakciók alapján

kialakított belső munkamodellek vagy korai maladaptív sémák képesek magyarázni a mentálisan egészséges vagy mentálisan betegségekre hajlamos személyiségek eltérő fejlődését.

## 2.1 A sémák szerepe mentális zavarokban: empirikus kutatások

A korai maladaptív sémák (KMS) és az egyes pszichiátriai kórképek közötti kapcsolatot vizsgálták major depresszív zavarban szenvedő betegeken (Riso és mtsai., 2003, 2006, Halvorsen és mtsai., in press, Cukor & McGinn, 2006, Harris & Curtin, 2002), evészavarokban (Waller és mtsai., 2001) pánik és agorafóbiában (Hedley és mtsai., 2001), szociális fóbiában (Pinto-Gouveia, 2006, Calvete & Orue, 2008) és személyiségzavarokban (Giesen-Bloo és mtsai., 2006, Jovev & Jackson, 2004, Johnston és mtsai., 2009).

### *2.1.a I. Tengelyen kódolt zavarok: depresszió és szorongás*

#### *Depresszió*

Riso és mtsai. (2003) major depresszióban és krónikus depresszióban szenvedő mintán vizsgálták a KMS-eket és azt találták, hogy mindkét csoport szignifikánsan magasabb értéket ért el minden sématartomány tekintetében, mint a kontroll csoport. A két depressziós csoport összehasonlításakor a krónikus depressziósok minden sématartományban magasabb értéket értek el, mint a major depresszióban szenvedők.

Halvorsen és mtsai (megjelenés alatt) klinikailag depressziós, korábban depresszióban szenvedő és nem depressziós pácienseket hasonlítottak össze a KMS-eik alapján, majd 9 év múlva megismételték vizsgálatukat. A KMS-ek megbízhatóan képesek voltak előrejelezni a jelenlegi és későbbi depresszió súlyosságát és az újabb depresszív epizód előfordulását. A sémák tehát képesek előrejelezni a depresszióra való sérülékenységet.

Cukor és McGinn (2006) a gyerekkori abúzus és felnőttkorban elszenvedett depresszív és szorongásos zavarok közötti kapcsolatot vizsgálta, feltételezve, hogy a KMS-ek mediálják a kettő közötti kapcsolatot. Eredményeik azt mutatják, hogy azok a nők akiket gyerekkorukban abuzáltak szignifikánsabban súlyosabb depresszióban szenvedtek és sokkal több maladaptív sémájuk volt, mint akiket nem abuzáltak gyerekkorukban. Ezek az eredmények alátámasztják azt az elképzelést, miszerint a gyermekkori elhanyagolás/abúzus és a pszichopatológiai rendellenességek között a KMS-ek közvetítők.

#### *Szorongásos zavarok*

A szorongásos zavarok területén több kutatást végeztek a szociális fóbia és a KMS-ek kapcsolatát vizsgálva. Pinto-Gouveia és mtsai. (2006) szociális fóbiás vizsgálati személyeinek sémaprofilja különbözött más szorongás zavarban (pánik és kényszeres betegek) szenvedők sémáitól és a

kontroll csoporttól. A szociális fóbiával küzdők magasabb értékeket értek el az *Elszakítotttság és Elutasítotttság* sémartomány sémáin, mint a másik két csoport. A *Csökkentértékűség- szégyen, Érzelmi depriváció, Könyörtelen mércék és Bizalmatlanság-abúzus* séma értékeik voltak a legmagasabbak, amelyek jól tükrözik a szociális szorongás olyan jellemzőit mint pl. a rossz benyomáskeltéstől való félelem és szégyenérzet.

Calvete és Orue (2008) diákokon vizsgálta a KMS-ek és a szociális szorongás összefüggéseit. Az ő eredményeik szerint a szociális szorongás leginkább az *Elhagyatástól való félelem, Kudarcc és Érzelmi gátoltság* sémákkal van kapcsolatban.

Hedley és mtsai. (2001) pánikzavarban szenvedő pácienseknél vizsgálták a KMS-eket. Két sémának van bizonyítottan központi szerepe a pánik agorafóbiával-ban: a *Sérülékenységnek* és az *Inkompetencia/dependencia* sémáknak. A *Sérülékenység* séma ezenkívül befolyásolta a testi érzésekkel kapcsolatos és a kontrollvesztéstől való félelmet és az elkerülő viselkedést. Ezek az eredmények alátámasztják a sémaelméletet, miszerint a *Sérülékenység* séma hozzájárul a pánik zavar fenntartásához.

### 2.1.b. II. Tengelyen kódolt zavarok: személyiségzavarok

Jovev és Jackson (2004) borderline, elkerülő és kényszeres személyiségzavarban szenvedő vsz.-eken vizsgálta az öt sémartományt. A három betegcsoportot a sémák alapján akarták elkülöníteni. A borderline csoportnak voltak a legmagasabbak az értékei az *Elhagyatástól való félelem* és a *Csökkentértékűség* sémákon. Az *Érzelmi gátoltság* séma értéke az elkerülő személyiségzavarosoknál, míg a *Könyörtelen mércék* a kényszeres személyiségzavarosoknál volt a legmagasabb.

Lawrence és mtsai. (2011) fiatal borderline felnőtteken vizsgálták a sémákat és azt találták, hogy a borderline vizsgálati csoport minden sémán és sémartományban magasabb pontszámot ért el, mint a kontroll csoport.

Johnston és mtsai. (2009) a sémamódok és - borderline személyiségzavarnál oly gyakori- a disszociáció közötti kapcsolatot vizsgálták. A *Dühös és Impulzív gyermek* módok illetve az *Elhagyatott gyermek* módok gyakori előfordulása jól előrejelezték a disszociációs pontszámot a Wessex Disszociációs Skálán.

Giesen- Bloo és mtsai. (2006) kutatása kiemelkedő helyet foglal el a sémakutatások között, mert ők végezték az első randomizált, sématerápiás hatékonysági vizsgálatot. A kutatás eredményei nagyban hozzájárultak a sémaelmélet és sématerápia fejlődéséhez (Edwards & Arntz, 2012). A vizsgálat a sématerápia (ST) hatékonyságát vizsgálta BPD pácienseken szemben transzferencia fókuszú terápiával (TFP). Három éven át tartott a BPD betegek terápiája, heti két üléssel. Az eredmények: sokkal magasabb volt a terápiát idő előtt abbahagyók száma a TFP terápia esetén mint a ST esetén.

Szignifikánsan több ST páciens “gyógyult fel” a BPD tünetekből a Borderline Súlyossági Index értékei alapján, mint TFP esetén illetve a sématerápiás betegek életminőségében nagyobb mértékű pozitív változás következett be, mint a TFP páciensek életében.

### 3. A Bizonytalan kötődés és korai maladaptív sémák szerepe pszichiátriai zavarokban

A nem megfelelő szülői gondoskodás eredményeképp kialakult bizonytalan kötődésnek és korai maladaptív sémáknak egyaránt hangsúlyos szerepe van a mentális zavarok kialakulásában.

Bowlby (1969) elmélete eredetileg arra született hogy az érzelmi zavarok fejlődését magyarázza. Kifejti, hogy a nem megfelelő szülői gondoskodás bizonytalan kötődési stílust fog eredményezni, ami a pszichopatológiák háttérében állhat. Ennek oka, hogy a nem biztonságos kötődés nem kedvez az érzelemszabályozásnak: a szorongó egyének nem képesek az érzelmek lefelé való regulációjára, míg az elkerülők alulaktiválják a kötődés rendszert, azaz nem kérnek segítséget ha bajban vannak (Mikulincer & Shaver, 2007). Többen próbálták vizsgálni, hogy bizonyos kötődési stílus köthető e bizonyos mentális zavarhoz (pl. Fonagy kutatása, 1996), azonban ezek az erőfeszítések nem jártak sikerrel. Leginkább a gyerekkorban kialakult dezorganizált kötődést jósolta be a későbbi patológiákat, de nem sikerült egyértelmű összefüggést találni a nem biztonságos kötődés és a pszichopatológiai rendellenességek megjelenése között.

A bizonytalan kötődés önmagában tehát nem elegendő a mentális zavarok kialakulásához, nincs egyértelmű, direkt kapcsolat a bizonytalan kötődés és a mentális zavarok között (Mikulincer & Shaver, 2007, Main, 2000). Ezért kell, hogy legyen egy **mediátor**, ami közvetíti a kapcsolatot a bizonytalan kötődés és a pszichopatológiai kórképek között.

Ha elfogadjuk Bowlby (1973) érvelését miszerint a korai kötődési tapasztalatok belső munkamodellek (BMM) formájában tárolódnak, akkor már közelebb kerültünk a megoldáshoz. A BMM ugyanis egy életen át stabilak lehetnek így fenntartva a nem megfelelő érzelemszabályozást és a pszichopatológiákat. A BMM vagy korai maladaptív sémák (Young, 2003) kogníciókat, testi érzeteket és érzelmeket tartalmaznak, megszűrlik a beérkező információt arra törekedve hogy az kongruens legyen már a meglévő sémákkal, így tovább erősítve a nem megfelelő érzelemszabályozást.

A nem megfelelő kötődési kapcsolatok eredményeként kialakult negatív mentális reprezentációk vagy korai maladaptív sémák lehetnek a közvetítők.

Annak ellenére, hogy számtalan kutatás vizsgálta külön külön a kötődési stílusok és a sémák

kapcsolatát a pszichopatológiai tünetekhez, kevés azon irodalom száma, ami a két elméletet megpróbálja ötvözni.

A továbbiakban ezeket a kutatásokat fogom részletesen áttekinteni, mivel ez elvezet minket saját disszertációm hipotéziseihez, illetve hogy az hogyan járul hozzá és mennyiben nyújt újat ezen a kutatási területen.

### 3.1 Empirikus kutatások

Mason, Platts és Mason (2005) vizsgálatában arra volt kíváncsi, hogy a sémák hogyan kapcsolódnak a különböző kötődési stílusokhoz terápiában lévő egyéneknél. Feltételezték, hogy a biztonságosan kötődők fogják a sémák legalacsonyabb mértékét mutatni, míg a félelemteli csoport a legmagasabbat. Illetve kapcsolat lesz a kötődési stílus és a klinikai problémák, tünetek között.

72 terápiás szolgáltatást igénybe vevő vsz-t soroltak be a négy kötődési csoport egyikébe a bizonytalan kötődési két dimenziójának ECR-en elért értéke alapján. Eredményeik szerint a terápiát igénybevevők 81%-a bizonytalan kötődésű volt, illetve a félelemteli (*fearful*) vsz.-ek mutatták a distressz legmagasabb mértékét, akiket az elárasztott (*preoccupied*) csoport követett. Különböző sémák jártak együtt a különböző kötődési stílusokkal. Az elárasztott csoportnak magasabb pontjai voltak az *Elutasítottság és Elszakítottság*, a *Másokra való Irányultság és a Károsodott Autonómia* és *Teljesítőképeség* sématarományokban. Az félelemteli csoport mind az öt sémataromány sémáján súlyosabb átlagértéke volt mint a többi csoportnak.

A vizsgálat jelentősége, hogy alátámasztotta, hogy mind a sémák mind a kötődési mintázatok relevánsak a mentális betegségek szempontjából.

Gyengeségei, hogy a 72 beteget nem diagnosztizálták és nem volt információjuk a vsz.-ek kapcsolati háttéréről sem. Ezenkívül olyan alacsony elemszámú volt az elutasító- elkerülő csoport, hogy annak a csoportnak a válaszait nem lehetett statisztikailag elemezni.

Bosmans, Braet és Van Vlierberghe (2010) a fenti gyenge pontokon kívül rámutat, hogy nem lehet megbízható következtetéseket levonni Mason és mtsai (2005) kutatásából, mivel a kötődés kategóriás megközelítése (dimenzionális helyett) csak leíró statisztikai elemzést tett lehetővé illetve nem vizsgálta egyértelműen a kötődés, a sémák és a pszichopatológiai tünetek közti kapcsolatot. Ennek kiküszöbölésére Bosmansék olyan vizsgálatot terveztek, ami mind a KMS-ek és patológia illetve a KMS-ek és kötődés közötti relevanciát figyelembe vette. Kiindulópontjuk az a már korábban tárgyalt feltevés volt, hogy ha a korai kapcsolatok tapasztalatai belső munkamodellekben reprezentálódnak akkor a kötődés maladaptív összetevőinek kapcsolatban kell állniuk a kognitív sémákkal csakúgy mint a pszichopatológiai tünetekkel. Azaz hipotézisük szerint a bizonytalan kötődés és a pszichopatológiai tünetek között a korai maladaptív sémák (KMS) mediálják a

kapcsolatot. A hipotézist 289 fős diák mintán vizsgálták egy kötődés kérdőívet (ECR), a Young féle sémakérdőívet és az SCL-90 tünetlistát felvéve. Eredményeik szerint a kötődési szorongás dimenzió és a pszichopatológiai tünetek között a kapcsolatot teljes mértékben a *Elutasítottság és Elszakítottság* és a *Kóros másokra való irányultság* sématautományok közvetítik. A kapcsolati elkerülés kötődés dimenzió és a pszichopatológia között csak részben közvetít az *Elutasítottság és Elszakítottság* sématautomány. 88%-a a vszeknek, akik magas értéket értek el a pszichopatológiai tüneteken, úgyszintén magas értékeket mutattak legalább egy séma tartomány sémáin.

A vizsgálat nemcsak abban jelentős, hogy sikerült a sémák közvetítő szerepét bizonyítani, de pszichoterápiás szempontból is. Eredményeik ugyanis felhívják rá a figyelmet, hogy a sématerápia kiválóan alkalmas lehet kötődési problémák kezelésére.

Roelofs, Lee, Ruijten és mtsai. (2011) a korai maladaptív sémák (KMS) mediáló szerepét depresszív tünetek és kötődési stílusok között vizsgálták nem klinikai, de depressziós tüneteket mutató serdülőkön. A depresszív tünetek és a szülőkhöz és kortársakhoz való kötődés minőségét az *Elutasítottság és Elszakítottság* sématautomány sémái mediálták. A *Bizalmatlanság* és *Abúzus* séma a szülők iránti bizalom és a depresszív tünetek között közvetít, míg az *Önfeláldozás* és a *Szociális Izoláció* sémák a kortársaktól való elidegenülés és a tünetek között.

A vizsgálat jelentősége, hogy támogatja Bosmans és mtsai (2010) eredményeit ezzel még inkább alátámasztva a hipotézist hogy a bizonytalan kötődés és a pszichopatológia között a sémák közvetítő szerepet töltenek be. Gyengesége, hogy nem klinikai mintán végezték a kutatást illetve csak depresszív tüneteket néztek, nem szélesebb körű pszichopatológiai tüneteket, amit például az SCL-90 -el lehetett volna felmérni.

Ebben a fejezetben láthattuk, hogy mind a bizonytalan kötődés és eredményeképpen kialakult negatív internalizált munkamodellek vagy korai maladaptív sémák sérülékenységi tényezők a pszichopatológiában. A kötődési stílusok és a mentális betegségek között a kapcsolat azonban bizonytalan, a kötődési minta alapján a kórkép nem bejósolható. A kettő között kell hogy legyen egy közvetítő, és mivel a korai tapasztalatok munkamodellekbe rögzülnek, ezért a mediáló tényező a diszfunkcionális sémák lehetnek. A sémák esetén ugyanis fokozódik az átélt distressz, ami a mentális zavarok megnyilvánulását fogja elősegíteni. Ezzel eljutottunk a következő fejezethez, amelyben a kötődés és korai maladaptív sémák vizsgálatára felállított saját hipotéziseimet tárgyalom és bemutatom a vizsgálat eredményeit.

#### IV. AZ EMPIRIKUS KUTATÁS

Kutatásom megtervezésekor a kötődési stílusok, a korai maladaptív sémák és pszichopatológiai tünetek egyes pszichológiai zavarokban való szerepének vizsgálatát tűztem ki célul. A vizsgált csoportok a depressziós, szorongásos és borderline betegek voltak. Az előző fejezetben láttuk, hogy bár csekély számú, de néhány friss kutatás célja ugyancsak a kötődési bizonytalanság, a korai maladaptív sémák és a pszichopatológiai tünetek együttes vizsgálata volt.

Miben nyújt újat ezekhez a vizsgálatokhoz képest saját kutatásom?

Bosmans és mtsai. (2010) kutatása áll a legközelebb saját vizsgálatomhoz mind a vizsgált hipotézisekben és módszertanában. A jelen disszertáció kutatása mégis annyiban újat nyújt a tudomány számára, hogy klinikai mintákat vizsgált. Az áttekintett szakirodalomban egyetlen olyan kutatást sem találtam, ami a sémák közvetítő szerepét a bizonytalan kötődés és pszichopatológiák között diagnosztizált klinikai mintákon vizsgálta volna. Mason és mtsai. (2005) bár terápiába járó, beteg mintát vizsgált, nincs információnk róla, hogy mi volt a páciensek diagnózisa. A másik két, előző fejezetben, bemutatott vizsgálat vizsgálati személyei serdülők illetve egyetemi diákok voltak.

Ezenkívül, saját kutatásomba bevezettem egy új pszichopatológiai modellt, az internalizálás és externalizálás modellt. A bizonytalan kötődés és az internalizálás és externalizálás dimenziók együttes vizsgálatára bár láttunk példákat a korábban tárgyalt irodalomban, azonban nem talákoztam olyan kutatással, ami a sémák és internalizáció és externalizáció összefüggéseit vizsgálná. Jelen kutatásban ez a cél is kitűzésre került.

Végül, más kötődés és maladaptív sémák pszichopatológiák kialakulásában való szerepét kutatók leginkább egy kötődés kérdőívet használtak, az ECR-t. Saját kutatásomban az ECR mellett felvettem az ASQ-t is. Azt várom el, hogy az ASQ 5 alskálája szélesebb körű elemzést fog lehetővé tenni. Illetve megengedte, hogy olyan vsz.-ek is részt vegyenek a kutatásban, akiknek még sosem volt párkapcsolata, mivel az ASQ kérdései nem kimondottan romantikus kapcsolatokra vonatkoznak, hanem kapcsolatokra általában.

## 1. A kutatás hipotézisei

### 1.1 Kötődés

Az elméleti összefoglalóban ismertetett kutatások eredményei rámutatnak, hogy nyilvánvalóan szoros kapcsolat van a kötődési bizonytalanság és a pszichopatológiai rendellenességek között. Első célkitűzésem az volt, hogy az általam vizsgált csoportokat összehasonlítsam kötődési biztonság tekintetében.

- ♣ **1. A 3 betegcsoportban gyakoribb lesz a bizonytalan kötődés előfordulása, mint az egészséges kontroll csoportban. A kötődési stílus tekintetében a beteg csoportok különbözni fognak a normál kontroll csoporttól. A kötődési dimenziókon - kapcsolati szorongás és elkerülés - a betegcsoportok magasabb értéket fognak elérni, mint a normál kontroll (Hipotézis 1.)**
- ♣ 1.a A kötődési stílusok tekintetében a depressziós, szorongásos és borderline minták különbözni fognak egymástól.
- ♣ 1.b A borderline mintára leginkább a félelemteli kötődési stílus lesz jellemző.
- ♣ 1.c Van e különbség a vizsgálatban használt két kötődés kérdőív, az ECR és az ASQ alkalmazhatóságát illetően? Jobban differenciál e egyik kérdőív, mint a másik a betegek és egészségesek között illetve a három beteg csoport között?

### 1.2 Sémák

Az előző fejezetben ismertetett irodalom azt is alátámasztotta, hogy a nemcsak a bizonytalan kötődés, de a korai maladaptív sémák (KMS) is fontos szerepet játszanak a mentális betegségek kialakulásában és fenntartásában, mivel a KMS-ek esetén nagyobb az átélt distressz mértéke, ami elősegíti a betegség megnyilvánulását. Második célkitűzésem az volt, hogy a diagnosztikai csoportokat és a normál kontroll csoportot összehasonlítsam a KMS-ek tekintetében.

- ♣ **2. A 3 betegcsoportban a sémák gyakoribb és súlyosabb előfordulását fogjuk látni a normál kontrollal összevetve. (Hipotézis 2.)**
- ♣ 2.a A KMS-ek tekintetében az egyes betegcsoportok különbözni fognak egymástól.



- ⤴ 2.b A borderline csoport fogja mutatni a legmagasabb értékeket a sémák tekintetében.
- ⤴ 2.c A kötődés maladaptív összetevői milyen kapcsolatban állhatnak a korai maladaptív sémákkal és a pszichopatológiákkal? A nem megfelelő szülői gondoskodás eredményeképp kialakult mentális reprezentációk vagy KMS-ek lehetnek a közvetítők a bizonytalan kötődés és a pszichopatológiai kórképek tünete között.

### 1.3 Pszichopatológiai tünetek

Harmadik célkitűzésem az volt, hogy az általam vizsgált diagnosztikai csoportokat és az egészséges kontrollt összehasonlítsam az SCL-90 tünetlista skáláit illetően.

- ⤴ **3. A beteg minták és a normál minta összehasonlításakor az SCL-90 tünetdimenziók súlyossága és eloszlása tekintetében eltérést fogunk találni az egyes vizsgált csoportok között. SCL-90 tünetek súlyossága és eloszlása alapján elkülöníthetőek a betegcsoportok egymástól és a kontroll csoporttól. (Hipotézis 3.)**

A bizonytalan kötődés és pszichopatológia összefüggéseinek vizsgálatakor hasznos lehet egy új pszichopatológiai modell, a két dimenziós Internalizáció (INT) és Externalizáció (EXT) modell mentén vizsgálandó. Negyedik hipotézisem a vizsgált betegcsoportok összehasonlítását tűzte ki célul e két dimenzió mentén.

- ⤴ **4. SCL-90 által mért pszichopatológiai tünetdimenziók két csoportra oszthatók: internalizáló és externalizáló zavarokra. A 3 betegcsoportban súlyosabb lesz az internalizálás és externalizálás zavara, mint az egészséges kontroll csoportban. Az INT és EXT tekintetében a beteg csoportok különbözni fognak a normál kontroll csoporttól. (Hipotézis 4.)**

- ⤴ 4.a A borderline csoportra jellemző lesz mind az INT és EXT zavara.
- ⤴ 4.b Az INT és EXT zavara összefüggést fog mutatni a kötődés dimenziókkal. Elvárható, hogy az externalizáló betegekre magasabb szintű kapcsolati elkerülés lesz jellemző, az internalizálókra pedig magasabb szintű kapcsolati szorongás.
- ⤴ 4.c A sémák legsúlyosabb előfordulását fogjuk látni azoknál a betegeknél akikre az internalizáció és externalizáció zavara is igaz.
- ⤴ 4.d A nemek között különbségeket fogunk találni az INT és EXT zavarát illetően. Feltételezem, hogy a nőkre inkább az internalizáló tünetek lesznek jellemzőek, a férfiakra pedig az externalizáló tünetek.

## 2. A minta

Összesen  $N = 77$  személy vett részt a kutatásban (23 férfi, 54 nő).  $Mean = 37.42$ ,  $SD = 10.437$ . A férfiak átlagéletkora  $39.74$  ( $SD = 9.22$ ), a nők átlagéletkora  $36.43$  ( $SD = 10.84$ ). Három betegcsoportot vizsgáltam: depressziós, szorongásos és borderline betegeket. A vizsgálati személyekből 21 volt a kontroll, 56 pedig valamelyik betegcsoportba tartozott a következő eloszlásban: 23 depressziós beteg, 21 szorongásos zavarban szenvedő, 12 borderline beteg.

A betegcsoportban minden egyes vsz. terápiában volt két londoni magán klinika egyikében, ambuláns kezelésében részesültek a kérdőívek felvételekor. A diagnosztikai fázisban az őket kezelő klinikai pszichológus vagy pszichiáter beazonosította a kutatás szempontjából megfelelő betegeket (depressziós, szorongásos, borderline) és megkérdezte, hogy részt vennének e a vizsgálatban. A betegcsoport résztvevői a DSM-IV alapján lettek diagnosztizálva, a borderline betegeknél a SCID II strukturált interjút is felvettük. A kutatásból kizártam a kevert szorongásos depressziós zavarral diagnosztizált betegeket illetve a pszichotikus depresszióban szenvedőket. Komorbiditás borderline személyiségzavarnál természetesen megengedett volt.

A kontroll csoport résztvevői olyan személyek voltak akik saját bevallásuk szerint sosem álltak pszichiátriai vagy pszichológiai kezelés alatt.

Mivel minden egyes beteg kezelés alatt állt, azaz személyes kontaktusa volt hónapokon át a kezelő szakemberrel, ezért a kitöltési arány nagyon jó volt. Ha egy-egy kérdésre elfelejtettek válaszolni vagy nem értették, a következő terápiás órán lehetőség volt annak korrigálására. Több vsz. kért visszajelzést a kérdőívekről, amit a kezelő orvos megtehetett ha akart, hiszen a terápiát is elősegítette a kérdőívek eredményeinek ismerete.

A válaszadók anonimitása biztosított volt – a szokásos demográfiai adatok (életkor, nem, iskolázottság, kapcsolati státusza, etnikum) mellett csak a diagnózisuk szerepelt az adatlapon. A diagnózist a kezelő pszichológus vagy pszichiáter írta rá az adatlagra. Minden beteg kapott egy betegtájékoztatót és aláírt egy beleegyező nyilatkozatot is. A vsz.-ek az eredeti, angolnyelvű, kérdőíveket töltötték ki, mivel angol volt az anyanyelvük és /vagy angolnyelvű pszichoterápiába jártak.

### 3. A vizsgálatban használt kérdőívek bemutatása

Ahhoz, hogy a fent kifejtett összefüggések vizsgálata reális legyen, olyan kérdőívek kiválasztására volt szükség, amelyek képesek elkülöníteni a beteg csoportokat az egészséges kontroll csoporttól. A következőkben bemutatom a kutatás módszertanát.

#### 3.1 Kötődés Kérdőívek

##### 3.1.a *Az Experience in Close Relationships Scale (ECR) – A Közvetlen Kapcsolatok Kérdőív*

Az ECR egy 36 állításból álló, a kötődés mérésére használt önkitöltő kérdőív. Brennan fejlesztett ki 1998-ban. A 36<sup>7</sup> itemet az összes létező felnőtt kötődés kérdőív begyűjtése és faktoranalízise alapján kapta a szerző (Shaver és Fraley, 2004). Két dimenziója a közvetlen kapcsolatban átélt szorongást és elkerülés mértékét méri, amely alapján a vizsgálati személyek Bartholomew négy kötődés kategóriája egyikébe besorolhatóak (biztonságos, elutasító-elkerülő, félelemteli és elárasztott). Kitöltése és kiértékelése igen egyszerű: kitöltése pár percet vesz csak igénybe. A kitöltőnek egy 7 fokú Lickert skálán kell megítélnie mennyire ért egyet a kérdőív állításaival. A páratlan kérdések az elkerülést mérik, a párosak a kapcsolati szorongást. Kiértékelésnél összeadjuk és átlagoljuk a két dimenzió elért pontszámokat, ami alapján a vizsgálati személy besorolható lesz a négy kötődési stílus egyikébe.

Az ECR-nek létezik egy átdolgozott változata is, az ECR-R, amelyet Fraley, Waller és Brennan (2000) fejlesztettek ki. Ez egy szintén 36 kérdésből álló kapcsolati szorongást és elkerülés mértékét mérő felnőtt kötődés kérdőív. A szorongás dimenzió itemeinek nagyrészt megtartották a szerzők, viszont az elkerülés dimenzió tételeinek 61%-át lecserélték új kérdésekre.

Az ECR magyar változatát Nagy László fordította és validálta, *Közvetlen Kapcsolatok Kérdőív* néven. A magyar változat (rövidebb és hosszabb változata is) teljesíti a reliabilitás és validitás általános kritériumait, bár a rövid és hosszú változat pszichometriai jellemzői eltérőek. Az eredeti, ECR-t választotta Nagy a hazai adaptálásra, elsősorban mert a szerzők biztosították bárkit a szabad felhasználhatóságról, valószínűleg a kérdőív nemzetközi elterjedésének reményében (Nagy, 2005).

Saját kutatásomhoz is az eredeti, rövid, 36 tételű ECR kérdőívre esett a választás a kötődés mérőeszközeként. Ezt a döntést a következők indokolták:

- ♣ a 36 tételből álló kérdőív gyorsan és könnyen kitölthető. Mivel 4 másik kérdőívet is ki

---

<sup>7</sup> A kérdőívnek létezik egy hosszabb, 142 kérdést tartalmazó változata, ami 12 alskálát is képes mérni. Ezt most itt nem részletezzük. Ha az olvasó utána kíván olvasni részletesen magyarázza Nagy (2005).

kellett tölteni a vizsgálati személyeknek illetve fáradásaiért semmilyen juttatásban nem részesültek, a rövid időráfordítás szempont volt.

- ♣ a szerzők biztosítottak bárkit a kérdőív szabad felhasználhatóságáról.
- ♣ az ECR magyar változata is megbízható, így ha jelen kutatás felkeltette valakinek az érdeklődését és saját kutatást szeretne tervezni az ECR felhasználásával, akkor használhatja a kérdőív magyar változatát
- ♣ számos kötődés kutató szerint az ECR a lehető legjobb létező kérdőív a felnőtt kötődés mérésére (pl. Shaver és Fraley, 2010).
- ♣ Fraley, Waller és Brennan (2000) bár kifejlesztették az ECR-R-t, de egyelőre nem látják indokoltnak, hogy azt használja a kutató az ECR helyett. Nincsenek előnyei az ECR-R-nek az ECR-rel szemben a szerzők szerint.

### 3. 1.b Az Attachment Style Questionnaire ASQ– Kötődési Stílus Kérdőív

A kötődés mérésére az ECR mellett az ASQ-ra esett a választásom. Az ASQ egy 40 tételből álló kötődés kérdőív, amelyet Feeney és mtsai. (1994) fejlesztettek ki. Eredetileg 65 kérdésük volt, amit strukturális analízissel redukáltak 40 itemre (Mikulincer & Shaver, 2007). Ez a kérdőív is, csakúgy mint az ECR, a kapcsolati szorongást és elkerülést méri. Azonban igen hasznos és további analízist tesz lehetővé 5 alszálaja. Az 5 skálát már felsoroltam a *Felnőtt Kötődés Mérése* fejezetben, itt most ismét megemlítem azokat:

1. Bizalom, magabiztosság a kapcsolatban (*Confidence*)
2. A partner közelsége által érzett diszkomfort érzés (*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 tehát lehetővé teszi hogy a kapcsolatokban átélt szorongás és elkerülés aspektusait is vizsgáljuk. Kitöltése és értékelése az ASQ-nak is nagyon egyszerű. A vizsgálati személyeknek egy 6 fokú Lickert skálán kell megítélniük az állításokat (mennyire értenek azokkal egyet). A magasabb pontszámok nagyobb bizalomra, magabiztosságra, nagyobb mértékű diszkomfort érzésre stb. engednek következtetni.

Az ASQ magyar változatát Hámori és mtsai. (évszám nélkül) már előkészítették publikációra.<sup>8</sup>

A *Kötődési Stílus Kérdőívet* elsősorban az 5 alszálaja miatt választottam még az ECR mellé. Ez az

---

<sup>8</sup> Pontos hivatkozást lásd az Irodalomjegyzékben

adatok széleskörűbb feldolgozását fogja lehetővé tenni. Előnye még ennek a kérdőívnek, hogy kitöltethető serdülőkkel/ olyan személyekkel akiknek még sosem volt romantikus kapcsolatuk, mivel nem specifikusan szerelmi kapcsolatokra vonatkoznak a kérdések, hanem általában hogyan éli meg a kapcsolatait a személy. Ezenkívül elmondható előnyeként mindazok amiket az ECR-rel kapcsolatban már említettem: rövid és egyszerű kitölteni.

### 3.2 Sémák

#### *A Young Schema Questionnaire (YSQ - S3) – Young Séma Kérdőív – rövid változat*

Számos országban végeztek faktoranalízist az eredeti 16 sémából álló sémamodell vizsgálatára: az USA-ban (Schmidt és mtsai., 1995), Törökországban (Soygut és mtsai., 2009), Korea és Ausztráliában (Baranoff és mtsai., 2006) stb.

A YSQ eredeti, hosszú 205 tételes verziója (Young & Brown, 1994) 16 korai maladaptív sémát mért. Később Young és mtsai. (2005) további 3 sémával megtoldotta az eredeti 16-ot és megszabadultak a *Szociális Nemkívánatosság* sémától.<sup>9</sup> A három, relatíve új séma, az *Elismeréshajszolás*, a *Negativitás/ Pesszimizmus* és a *Büntető készenlét*. Ezeket még nem vizsgálták feltáró faktoranalízissel. Így a legfrissebb változata a YSQ-nak 18 maladaptív sémát azonosít be.

Schmidt és mtsai. (1995) öt független mintát használva (N=1564) bizonyították a YSQ test-retest megbízhatóságát, belső konzisztenciáját. Welburn és mtsai. (2002) azt találta hogy magas a kérdőív belső konzisztenciája és a tételeknek jó a faktoriális validitása. Lee, Taylor és Dunn (1999) ausztrál mintán mutatta ki, hogy a kérdőív faktor struktúrája nagyon közel állt a Young (1995) által javasolt klasszifikációhoz, bár a *Szociális Nemkívánatosság*ot nem támogatta a faktoranalízis. A rövid változat is megbízhatóan használható mind klinikailag mind kutatásokban (pl. Waller, Meyer és Ohanian, 2001, Welburne és mtsai., 2002).

A YSQ magyar változata 244 kérdésből áll és 19 sémát mér, mivel a *Szociális Nemkívánatosság*ot is tartalmazza. Magyar mintára Unoka Zsolt és munkatársai validálták és végeztek vele vizsgálatokat, amelyek a kérdőív magyar változatának diszkrimináns és konvergens érvényességét alátámasztották. Evészavaros mintán Unoka és mtsai. (2007) bizonyította, a magyar változat megfelelő diszkrimináns validitását, korábbi vizsgálatuk pedig a belső konzisztenciáját (Unoka és mtsai., 2004).

Kitöltése és kiértékelése igen egyszerű: a kitöltő egy 6 fokú skálán értékeli a tételeket, ahol az 1-es

<sup>9</sup> A Szociális nemkívánatosság nem jelent meg különálló faktorként a faktoranalízis során (Schmidt és mtsai., 1995).

Egyáltalán nem jellemző rám, a 6-os érték pedig a Tökéletesen jellemző rám jelenti. A pontszámokat összeadjuk és átlagoljuk sémánként.

Kutatásomban a YSQ-S3-ra, azaz a legfrissebb rövid sémakérdőívre esett a választásom. Legfőbb szempont az volt, hogy ez a kérdőív mind a 18 sémát méri illetve a kérdések nincsenek kluszterekbe csoportosítva sémánként, ami saját tapasztalataim szerint megbízhatóbbá teszi a mérést. Ezenkívül mivel csak 90 kérdésből áll a hosszú, 205 tételes változathoz képest, nem annyira időigényes.

### 3. 3 Pszichopatológiai tünetek

#### *Az SCL-90 Tünetlista*

A Derogatis (1983) féle SCL-90 egy 90 tételből álló önkitöltő kérdőív, ami pszichiátriai tünetek és a distressz mértékének mérésére alkalmas mentálisan beteg és egészséges populációkon egyaránt. A 90 item 9 alszállába csoportosítható, ezek a következők:

szomatizáció, kényszeresség, kapcsolati érzékenység, depresszió, szorongás, düh/ellenségesség, fóbiás szorongás, paranoia és pszichoticizmus.

Az alszállák 6-13 tételt tartalmaznak, amelyek eredményét átlagoljuk és az eredményt feltüntetjük a tünetprofilon.

A 90 tünetet egy 5 fokú Lickert skálán, 0-tól 4-ig, kell értékelnie a kitöltőnek.

A fenti alszállakon kívül három globális indexet is számíthatunk: a **GSI vagy Globális Súlyossági Index** a 90 item átlagpontja, a **PSDI vagy Pozitív Tünet Distressz Index** azoknak a tételeknek a pontszámainak az átlagolásából jön ki amelyre 0-nál magasabb pontszámot adott a kitöltő. És végül PST vagy **Pozitív Tünetek Összes** azt mutatja hogy hány tételre adott 0-nál magasabb pontot az illető.

A kérdőív érvényességét illetően ellentmondásosak az adatok. Derogatis, Rickers és Rock, (1976) igazolták a kérdőív konvergens validitását: 8 alszálla a 9 közül korrelált az MMPI hasonló tüneteket mért skáláival. A diszkrimináns érvényesség bizonyítéka Derogatis (1976) szerint hogy az alszállák kevésbé korrelálnak nem analóg más mérőeszközökkel (idézi Unoka, 2007). Illetve a GSI index képes elkülöníteni a beteg populációt az egészségestől (Holi és mtsai.,1998, Unoka és mtsai 2004a). A depresszió és szorongás alszállák konvergens és diszkrimináns validitására van a legtöbb bizonyíték, míg a kényszeresség skálának megkérdőjelezhető a konvergens érvényessége és gyenge a diszkrimináns validitása, ezért ez a skála átdolgozásra került az SCL-90 javított verziójában, az SCL-90-R-ben (Holi, 2003). Mindkét változata igen elterjedt a kérdőívnek, de az érvényesség elsősorban az SCL-90-re lett vizsgálva.

Az SCL-90-R magyar változatának pszichometriai és diagnosztikai jellemzőit Unoka és mtsai. (2004a) vizsgálták normatív és klinikai mintákon. Eredményeik a magyar változat érvényességét és megbízhatóságát támasztották alá.

Az SCL-90 tehát népszerű és megbízható mérőeszköz a mentális tünetek és azokban való változás mérésére. Számos gyógyszerkutatásban (pl. Davidson és mtsai., 1978) és pszichoterápiás kutatásban is ( pl. Piper és mtsai., 1990, deJonghe és mtsai., 2001) alkalmazták.

Saját kutatásomban is az SCL-90-re esett a választásom a pszichopatológiai tünetek súlyosságának vizsgálatára az általam vizsgált betegcsoportokon.

## V. EREDMÉNYEK

Az eredmények elemzésére a SPSS for Windows 17.0 programcsomag segítségével a PTE Pszichológia Intézetében került sor. Mivel a statisztikai számítások összes táblázata és grafikonja igen terjedelmes lenne, ezért a disszertációmban a legfontosabbakat ismertetem.

### 1. Leíró analízis

Összesen N = 77 személy vett részt a kutatásban (23 férfi, 54 nő). Átlag életkor = 37.42, SD= 10.437. A férfiak átlagéletkora 39.74 (SD= 9.22 ), a nők átlagéletkora 36.43 (SD = 10.84).

Az vsz.-ek etnikumát tekintve a résztvevők 92.2%-a fehér volt. A etnikum pontos eloszlása a lenti táblázatban látható. Ez -a fehérek irányába eltolódó arány- valószínűleg betudható annak, hogy ők jobban igénybe veszik a magán egészségügyi szolgáltatást. A minta 62.3%-a diplomás, ami szintén arra enged következtetni, hogy ők inkább megtehetik, hogy magán klinikán kezeltesék magukat, mint az alacsonyabban iskolázottak. A vizsgálatban résztvevő személyek 36.4 %-a egyedü álló volt, ezt követte az élettársi viszonyban élők száma, majd a házasoké. Előbbi a minta 29.9%, utóbbi a minta 20.8%-a.

**Táblázat 1.**

**Az iskolázottság, kapcsolati státusz és etnikum megoszlása a vizsgált mintában**

Iskola	N	%	Kapcsolat	N	%	Etnikum	N	%
8 oszt.	1	1.3	egyedül	28	36.4	fehér	71	92.2
16 év	6	7.8	házas	16	20.8	kínai	3	3.9
érettségi	17	22.1	élettárs*	23	29.9	indiai	2	2.6
diploma	48	62.3	elvált	5	6.5	kevert	1	1.3
Ph.D	5	6.5	kapcsolat**	5	6.5			
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100.0</b>	<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100.0</b>	<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100.0</b>

\* élettársi kapcsolatban, sosem volt házas

\*\* élettársi kapcsolatban, de már volt házas

A vizsgálati személyek között nincs szignifikáns eltérés a nemek között az életkor tekintetében  $t = 1.280$  ( $df = 75$ ),  $p = 0.2$  a független T próba alapján.



Varianciaanalízis (ANOVA) eredményei alapján a 4 vizsgálati csoport életkorát tekintve: a depressziósok szignifikánsabban idősebbek a másik 3 csoportnál ( $F = 5.081$ ),  $p = 0.003$ . Sajnos nem volt kivitelezhető, hogy fiatalabb depressziósokat kutassak fel az idői keretek miatt, így ezt a depressziós mintát hagytam bent a kutatásban. A többi csoport között nincs szignifikáns különbség az átlagéletkort tekintve.

A  $\chi^2$  próba eredményei alapján nincs szignifikáns különbség a csoportok között az iskolázottság tekintetében, azaz illesztett a kontroll csoport ( $df = 12$ ).

A diagnózisok megoszlása a vizsgált mintán: 23 depressziós beteg, 21 szorongásos zavarban szenvedő beteg, 12 borderline beteg és 21 normál kontroll. A diagnózisok nemek közötti eloszlása az alábbi táblázatban látható:

### Táblázat 2.

#### A diagnózisok nemek közötti megoszlása és a vizsgált személyek átlagéletkora csoportonként

Csoport	Férfiak	Nők	N	Átlagéletkor
1. depresszió	9	14	23	43.83
2. szorongás	5	16	21	34.86
3. borderline	2	10	12	32.5
4. kontroll	7	14	21	35.76
Total	23	54	77	37.42

## 2. Kérdőívekkel kapcsolatos mérések és eredmények

### 2.1 A kérdőívek megbízhatóságának vizsgálata

Mielőtt a hipotézisek vizsgálatát megkezdtük, szükségesnek tartottuk a kutatásban használt kérdőívek megbízhatóságának vizsgálatát. A realibilitás vizsgálat szintén az SPSS for Windows 17.0 statisztika programmal történt. Az kérdőívek tételeinek megbízhatóságát az alábbi táblázatokban mutatom be:

**Táblázat 3.****A kötődés mérésére használt kérdőívek skáláinak megbízhatósága**

Kérdőív alskálája	Kérdések száma a kérdőíven N	Cronbach's Alpha
ECR* – kapcsolati szorongás	18	,933
ECR- elkerülés	18	,939
ASQ** – bizalom/biztonság	8	,887
ASQ- közelség által érzett diszkomfort érzés	10	,855
ASQ – kapcsolatok másodlagossága	7	,788
ASQ – elismerés iránti szükséglet	7	,861
ASQ – túlzott foglalkozás a kapcsolatokkal	8	,841

\* ECR Közvetlen Kapcsolatok Kérdőív

\*\* ASQ Kötődési Stílus Kérdőív

**Táblázat 4.****A Young Séma kérdőív és az SCL-90 tünetlista tételeinek megbízhatósága**

YSQ-S3 , Séma neve	N	Cronbach's Alpha
Érzelmi depriváció	5	,908
Elhagyatástól való félelem	5	,903
Bizalmatlanság	5	,915
Szociális izoláció	5	,927
Csökkentértékűség	5	,945
Kudarca ítélttség	5	,912
Inkompetencia	5	,800
Sérülékenység	5	,787
Összegabalyodottság	5	,823
Behódolás	5	,823
Önfeláldozás	5	,799
Érzelmi gátoltság	5	,810
Könyörtelen mércék	5	,793
Feljogosítottság	5	,771
Elismerés hajszolás	5	,848
Pesszimizmus	5	,911
Büntető készenlét	5	,894

SCL-90 Skála neve	N	Cronbach's Alpha
Szomatizáció	12	,838
Kényszeresség	9	,871
Érzékenység	9	,856
Depresszió	13	,931
Szorongás	10	,886
Ellenségesség	6	,776
Fóbia	7	,851
Paranoia	6	,867
Pszichoticizmus	10	,769

Konklúzió: az összes kérdőív skálája megbízhatóan mér.

## 2.2 Korrelációs mérések a kötődés kérdőivekkel (ECR és ASQ)

Mivel a Kötődéssel kapcsolatos kérdésfeltevések között szerepel annak megvizsgálása, hogy vajon érdemes e az ECR és ASQ kérdőívet is fevenni felnőtt kötődés kutatásokban, ezért a hipotézis tesztelése előtt szükségesnek tartottam megvizsgálni, hogy a két kérdőív skálái hogyan korrelálnak egymással.

Megvizsgáltam, hogy az ECR *kapcsolati szorongás és elkerülés* dimenziói hogyan korrelálnak az ASQ skálákkal. Azaz melyik ASQ skála méri a kapcsolati szorongást és melyik a kapcsolati elkerülést? Ha pozitív korreláció van a az ECR és ASQ bizonyos dimenziói között, feltételezhetjük, hogy egyiken elért magas érték párosulni fog magas értékkel a másik kérdőív ugyanazt mérő skáláján.

### Eredmények:

- **Négy ASQ skála** – *elismerés iránti szükséglet, túlzott foglalkozás a kapcsolatokkal, kapcsolatok másodlagossága és a közelség kellemetlen* - **pozitívan korrelál az ECR két dimenziójával**, a kapcsolati szorongással és elkerüléssel.
- **A biztonság a kapcsolatban ASQ skála viszont negatívan korrelál az ECR mindkét dimenziójával.** Ez az elvárásaimnak megfelel, hiszen minél kevésbé érzi magát az egyén biztonságban kapcsolataiban, annál inkább szorongani fog az intimitástól és elkerüli azt (negatív korreláció az ECR kapcsolati szorongás és elkerülés és az ASQ biztonság a kapcsolatokban skála között).
- Az ECR **Kapcsolati szorongás dimenziója** magasan korrelál ( $p < 0.01$ ) az *elismerés iránti szükséglet* ( $r = 0.67$ ) és *túlzott foglalkozás a kapcsolatokkal* ( $r = 0.74$ ) ASQ skálákkal. Tehát

akik szoronganak kapcsolataikban és félnek a visszautasítástól azoknak nagyobb igényük van a visszajelzésre, az elismerésre és túlzottan sokat foglalkoznak a kapcsolataikkal.

- Az ECR **Elkerülés dimenziója** korrelál a *kapcsolatok másodlagossága ASQ skálával* ( $r = 0.41$ ) ( $p < 0.01$ ) szignifikancia szinten és a *közelség kellemetlen ASQ skálával* is szignifikáns a korreláció ( $r = 0.64$ ) ( $p < 0.01$ ) szinten.

A korrelációs értékek a lenti táblázatban láthatóak.

**Táblázat 5. Az ECR és ASQ dimenziói közötti korrelációk erőssége**

ASQ kérdőív skála neve	Kapcsolati Szorongás ECR	Kapcsolati Elkerülés ECR
Biztonság a kapcsolatokban	- 0, 372	- 0, 517
Közelség kellemetlen	0, 376	<b>0, 643</b>
Kapcsolat, mint másodlagos	0, 248*	0, 414
Elismerés iránti szükséglet	<b>0, 670</b>	0, 318
Túlzott foglalk kapcsolattal	<b>0, 748</b>	0, 316

Szignifikáns  $p < 0,01$  szinten, kivéve \*-al jelölt

\*  $p < 0,05$  szinten szignifikáns

Az összes korrelációs érték a két kérdőív skálái között megtalálható a *Mellékletekben, I. - es számú Melléklet*.

### 3. A kutatás hipotéziseinek vizsgálatával kapcsolatos eredmények

A leíró analízis és a vizsgálatban használt kérdőívvel kapcsolatos mérések után kutatásom hipotéziseinek tesztelése következett. Ebben a fejezetben a kutatásban vizsgált hipotézisekkel kapcsolatos eredményeket szeretném bemutatni. Először a vizsgált minták közötti különbségeket a kötődés mentén tárgyalom, ezután a korai maladaptív sémákkal kapcsolatos eredményekre térek ki, majd végül a pszichopatológiai tünetek tekintetében talált eredmények bemutatása következik.

#### 3.1 Kötődéssel kapcsolatos eredmények

Első hipotézisem feltételezi, hogy a bizonytalan kötődés magasabb arányban fog előfordulni a beteg csoportokban, mint a normál kontrollban, azaz magasabb szintű kapcsolati szorongás és elkerülés fogja jellemezni a betegcsoportokat mint a normál kontrollt. A kötődési stílusok tekintetében a depressziós, szorongásos és borderline minták különbözni fognak egymástól (specifikus Hipotézis 1a) és a egészséges kontrolltól. A borderline betegekre leginkább a *félelemteli* kötődési stílus lesz

jellemző (specifikus Hipotézis 1b), míg elvárható, hogy a normál kontroll vizsgálati személyei leginkább biztonságosan kötődőek (**Hipotézis 1.**)

Először a vizsgált minták **kötődési stílusok** mentén való összehasonlítását tárgyalom. A kötődési orientáció eloszlásával kapcsolatos eredmények bemutatása után áttérek a **kötődés dimenzionális mérésével** kapott eredmények tárgyalására, azaz az általam vizsgált minták kapcsolati szorongás és elkerülés dimenziókon elért értékeit fogom tárgyalni. Kitérek arra is, hogy a két dimenzió tekintetében eltérően mér e az ECR és az ASQ. A két kötődés kérdőív közül valamelyik jobban differenciál e a betegcsoportok között (specifikus Hipotézis 1c) mint a másik? Legvégül pedig összefoglalom a kötődési stílusokkal, kötődés dimenziókkal és a kötődés kérdőívekkel kapcsolatos eredményeket és megvitatom a következtetéseket.

### *3.1.a A vizsgált minták összehasonlítása kötődési stílusok mentén*

A kötődési stílusokat a ECR kapcsolati szorongás és elkerülés skálái alapján határoztam meg. A mintában a kötődési stílusok eloszlását khi négyzet próbával számoltuk ki.

Eredmények:

- ♣ a **BPD** betegek mind bizonytalan kötődésűek, a BPD minta 75%-a a **félelemteli kötődési** stílussal rendelkezik, ezt követi az elárasztott. Biztonságosan kötődő nincs köztük.
- ♣ a **szorongóknál** a legmagasabb előfordulás **az elárasztott kötődési stílus** (7 személy, a teljes minta 33,3%-a), de náluk mind a négy kötődési stílus képviselteti magát.
- ♣ a **depressziósok** kötődési mintánként való eloszlása hasonlít a BPD csoport személyeinek megoszlására annyiban, hogy a depressziósok több mint fele (56.5%-uk) a **félelemteli** mintába tartozik. Azonban ezt az **elkerülő** kötődés követi, nem az elárasztott mint a borderline betegeknél. Csak 1 személy biztonságosan kötődő a depressziós mintában.
- ♣ az **egészséges kontroll** több mint fele (52,4%-a) **biztonságosan** kötődik, de meglepő módon magas az elkerülő kötődési minta előfordulása is.
- ♣ a vizsgált minta csak 20,8%-a biztonságosan kötődő

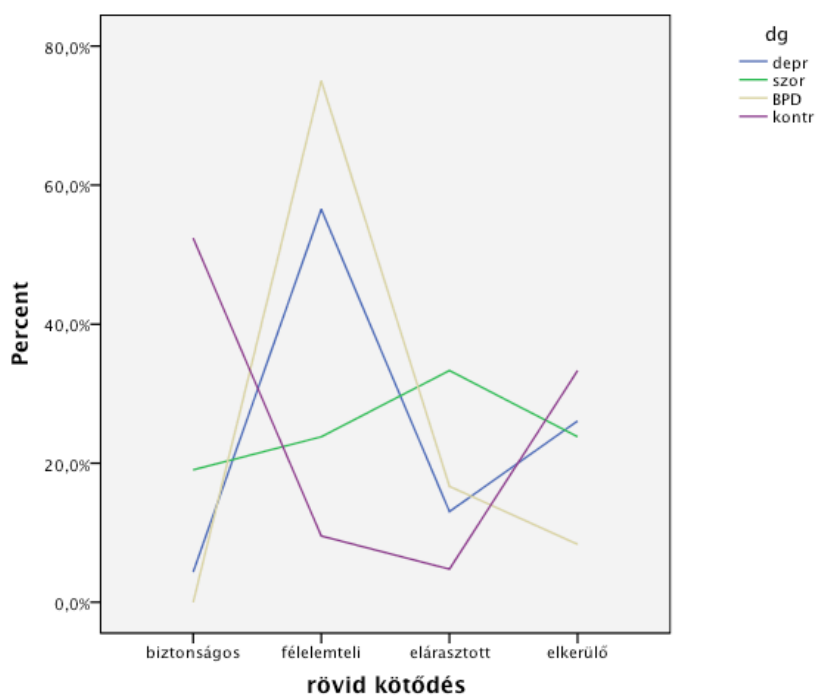
A fenti eredményeket az 6-os táblázatban láthatjuk összefoglalva.

Táblázat 6. A kötődési stílusok megoszlása a vizsgált csoportokban

Kötődési stílus		Diagnózis				Összesen
		depressziós	szorongó	BPD	kontroll	
<b>biztonságos</b>	szám	1	4	0	11	16
	% dg belül	4,3%	19,0%	0,0%	52,4%	20,8%
<b>félelemteli</b>	szám	13	5	9	2	29
	% dg belül	56,5%	23,8%	75,0%	9,5%	37,7%
<b>elárasztott</b>	szám	3	7	2	1	13
	% dg belül	13,0%	33,3%	16,7%	4,8%	16,9%
<b>elkerülő</b>	szám	6	5	1	7	19
	% dg belül	26,1%	23,8%	8,3%	33,3%	24,7%
<b>Összesen</b>	szám	23	21	12	21	77
	% dg belül	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Az alábbi ábra grafikusán ábrázolja a négy kötődési stílus eloszlását a vizsgált mintában.

4-es ábra: A kötődési stílusok megoszlása a négy vizsgált csoportban



A különböző betegcsoportok összehasonlítása egymással és azok a normál kontroll csoporttal varianciaanalízissel történtek (Bonferroni).

### 3.1.b A vizsgált minták összehasonlítása a Kapcsolati szorongás és Elkerülés dimenziók mentén

Második lépésben a három betegcsoportot a kapcsolati szorongás és kapcsolati elkerülés kötődési dimenziók mentén hasonlítottam össze egymással és egyenként a normál kontrollal. Nézzük meg először a a vizsgált minták közötti különbségeket az ECR kapcsolati szorongás dimenziója mentén.

A **kapcsolati szorongás** tekintetében:

(A szignifikancia szint minden esetben  $p < 0.05$ ).

- a **kontroll csoport** mind a három betegcsoporttól szignifikánsan különbözik: a legkisebb mértékű kapcsolati szorongást mutatják a 3 betegcsoporttal összehasonlítva.
- a **depressziós** csoport szignifikánsan különbözik a BPD és az egészséges kontroll csoporttól is. Nagyobb mértékű kapcsolati szorongás jellemzi a depressziósokat, mint a normál kontrollt, de kevésbé aggódnak kapcsolataik miatt, mint a borderline-ok.
- a **szorongóak** szignifikánsan különböznek a BPD és a kontroll csoporttól, kevésbé szoronganak kapcsolataikkal kapcsolatban, mint a borderlineok, de szignifikánsabban jobban mint a kontrollcsoport.
- a **BPD betegek** mind a három másik csoporttól szignifikánsan különböznek: szignifikánsan jobban szoronganak a kapcsolataikban, mint a depressziósok, szorongóak és a kontroll csoport.
- a depressziós és a szorongásos csoportok között nincs szignifikáns eltérés a kapcsolatokban megélt szorongás mértékében, de mindkettő beteg csoportban nagyobb mértékű szorongás generálódik ha kapcsolatban van, mint az egészséges kontroll csoportban.

Az **ASQ kapcsolati szorongást mérő skáláin** elért átlagértékek alapján elmondható:

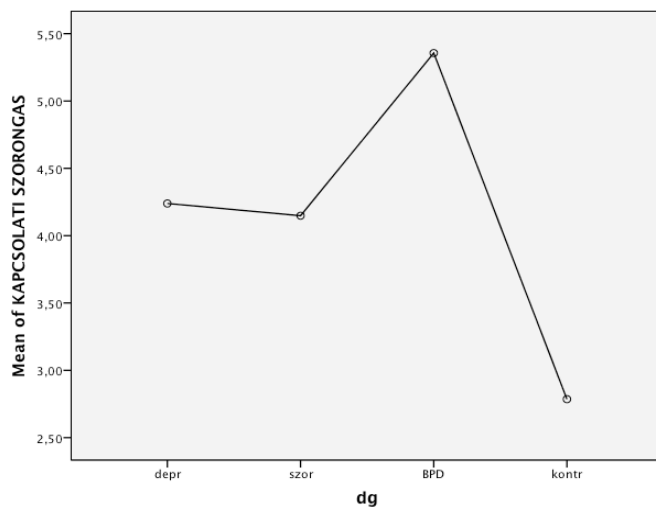
- Mind az *elismerés iránti szükséglet* és *túlzott foglalkozás a kapcsolatokkal* skálákon a kontroll csoport szignifikánsan ( $p < 0.05$ ) különbözik a három betegcsoporttól. Az egészséges kontroll csoportnak kevésbé van szüksége állandó visszajelzésre, elismerésre illetve nem foglalkoznak annyit a kapcsolataikkal, mint a másik 3 csoport.
- A BPD csoport szignifikánsan különbözik a másik két betegcsoporttól e két skálán, szignifikánsan magasabb értékeket érnek el mindkét skálán.
- A depressziós és szorongó betegek az egészséges kontrolltól és BPD-től szignifikánsan különböznek e két skála tekintetében, de egymástól nem.

Az eredmények  $p < 0.05$  szinten szignifikánsak.

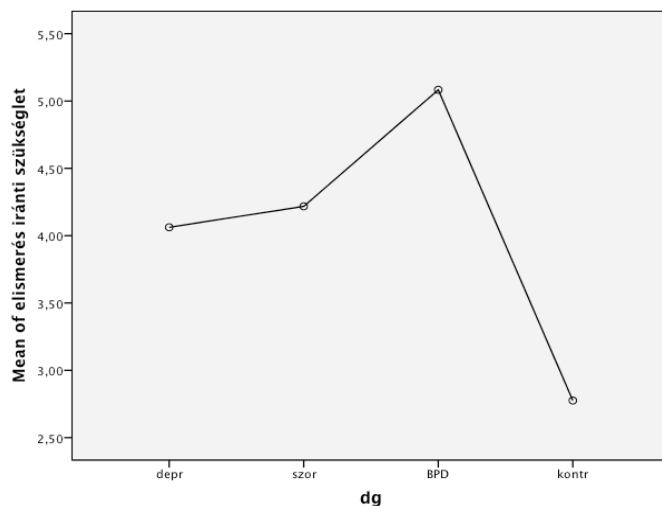
A vizsgált minták közötti szignifikáns különbségek teljesülnek az ECR *kapcsolati szorongás* dimenziója és a ASQ *elismerés iránti szükséglet és túlzott foglalkozás a kapcsolatokkal* skálák esetén is. Mindkét kérdőívvel való mérés esetén ugyanazok a különbségek teljesülnek kapcsolati szorongás tekintetében a vizsgált minták között<sup>10</sup>

A következő grafikonokon látható, hogy az ECR és ASQ kapcsolati szorongás skálái alapján rajzolt grafikonok szinte egy az egyben megfelelnek egymásnak.

**5-ös ábra: A kapcsolati szorongás ECR dimenzión elért átlagértékek diagnosztikai csoportonként**



**6-os ábra: Az elismerés iránti szükséglet ASQ skála átlagértékei diagnosztikai csoportonként**



<sup>10</sup> Emlékeztetőül: a kötődés kérdőívek korrelációs mérésének tárgyalásánál láttuk, hogy az ECR kapcsolati szorongás dimenziója az ASQ *elismerés iránti szükséglet és túlzott foglalkozás a kapcsolatokkal* skálákkal korrelál. Míg az ECR kapcsolati elkerülés dimenzió *a közelség kellemetlen és a kapcsolatok másodlagossága* ASQ skálákkal korrelál.



Most pedig nézzük meg, hogy a három beteg csoportot egymással és az egészséges kontroll csoporttal összehasonlítva milyen szignifikáns eltéréseket találunk a *kapcsolati elkerülés* kötődési dimenzió mentén.

A **kapcsolati elkerülés** tekintetében a következő eredményeket kaptam:

- A **kontroll csoport** kerüli legkevésbé az intimitást és a kapcsolatokat, szignifikánsan ( $p < 0.05$ ) magasabb mértékű kapcsolati elkerülés jellemzi a depressziós és borderline csoportot, mint az egészséges kontrollt. Szorongók és kontroll csoport között szignifikáns különbség nincs.
- A **3 beteg csoport** között nem volt szignifikáns eltérés a kapcsolati elkerülésben. Egyik beteg csoport sem kerüli jobban az intimitást, mint valamelyik másik.
- A **BPD csoportra** szignifikánsan magasabb elkerülés jellemző, mint a kontroll csoportra, a másik két beteg csoporttal összehasonlítva az ECR elkerülés dimenzióján nem találtunk szignifikáns eltérést. A BPD betegek nem elkerülőbbek, mint a depressziósok vagy szorongóak.

Az **ASQ elkerülést mérő alskáláin** elért átlagértékeket összehasonlítva elmondható, hogy:

- a *kapcsolatok másodlagossága* skálán a depressziósok és a BPD csoport szignifikánsan magasabb ( $p < 0.05$ ) értékeket érnek el, mint a kontroll. Szorongó és kontroll csoport között nincs szignifikáns különbség ezen a skálán.
- A **három beteg csoport között szignifikáns eltérés nincs** ezen a skálán.
- a *közelség kellemetlen* skála mintánkénti átlagértékei alapján elmondható, hogy a kontroll csoport szignifikánsan kevésbé kellemetlennek éli meg a közelséget a kapcsolatokban, mint a BPD vagy depressziós betegek. Egészséges kontroll és szorongóak illetve a három beteg csoport között nincs szignifikáns különbség e skála tekintetében.

A **biztonság a kapcsolatokban**<sup>11</sup> ASQ skálán elért értékek alapján:

- A *biztonság a kapcsolatokban* ASQ alskálán a BPD csoportot mind a másik 3 csoporttal összehasonlítva szignifikáns különbséget találunk: a borderline betegek érzik magukat legkevésbé biztonságban a kapcsolataikban.

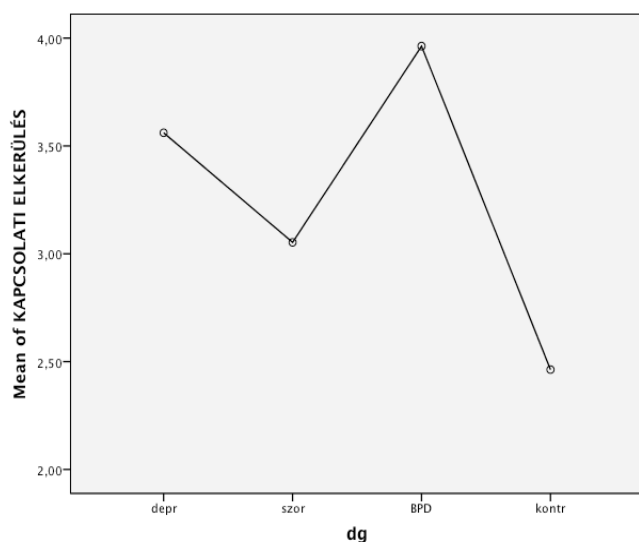
---

<sup>11</sup> A *Biztonság a kapcsolatokban* ASQ skálát külön tárgyalom, mivel (negatívan) korrelál mind a kapcsolati elkerüléssel és szorongással, de nem jobban egyikkel mint másikkal. A kérdőív kiértékelésénél a Biztonság a kapcsolatokban skála egyes itemei kapcsolati szorongáshoz tartoznak, mások az elkerüléshez.

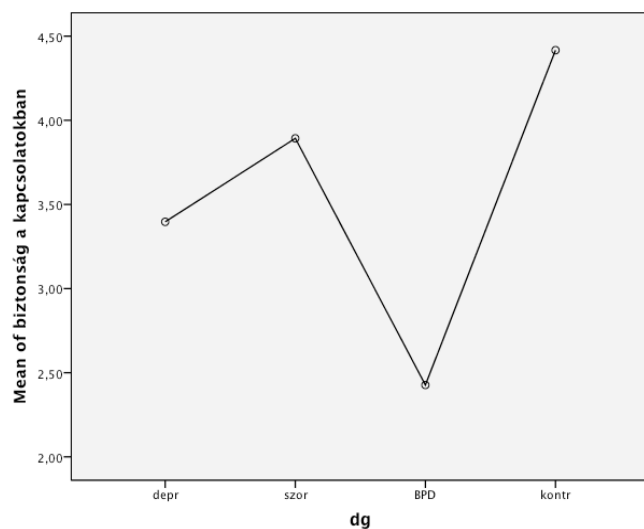
- A depressziósok is kevésbé élik meg biztonságosnak kapcsolataikat, mint az egészséges kontroll csoport.
- A normál kontroll és szorongóak között nem találtam különbséget ezen a skálán.

Érdekességképpen, ha egymás mellé tesszük az *Elkerülés a kapcsolatokban* (7-es ábra) és a *Biztonság a Kapcsolatokban* (8-as ábra) skála mintánkénti átlagértékei alapján felvázolt grafikont, a kettő tükörképe egymásnak. Ennek oka, hogy mivel a BPD csoport éli meg legkevésbé biztonságosnak kapcsolatait őket jellemzi a legmagasabb szintű kapcsolati elkerülés, bár szignifikáns eltérés csak a BPD és kontroll csoport között van, a BPD és másik két betegcsoport között nem szignifikáns az eltérés.

**7-es ábra: A Kapcsolati elkerülés ECR dimenzió elért átlagértékek diagnosztikai csoportonként**



**8-as ábra: A Biztonság a Kapcsolatokban ASQ dimenzió átlagértékei diagnosztikai egységenként**



A vizsgált minták közötti szignifikáns különbségek a kapcsolati szorongás és elkerülés skálákon, megtalálhatóak a *Melléletekben, II-es Melléklet*.

### Összefoglalás és konklúziók:

A fenti eredmények alapján elmondhatjuk, hogy a 3 **beteg mintában sokkal gyakoribb a bizonytalan kötődés előfordulása**, mint a normál kontroll csoportban illetve a kötődési kategóriák tekintetében a vizsgált minták különböznek egymástól *Hipotézis 1.* elvárásainak megfelelően.

Ha a **kötődési stílusokat** nézzük, az egészséges kontroll több mint fele biztonságosan kötődő, azaz a normál kontroll csoportra kevésbé jellemző, hogy szoronganak az elutasítástól vagy hogy kerülnék az intimitást. A BPD csoport – szintén elvárásaimnak megfelelően- leginkább a *félelemteli* kategóriából került ki. A depressziós betegek és a szorongók megoszlának a négy kötődési stílus között, nem sorolhatóak be egyértelműen egyik kötődési mintába sem.

Ezek az eredmények alátámasztják első hipotézisemet, miszerint a beteg csoportokban nagyobb arányban fog előfordulni a bizonytalan kötődés, mint az egészséges kontroll csoportban illetve hogy kötődési stílusok tekintetében különbözni fog a depressziós, szorongó és BPD minta egymástól. Az azonban nem állítható egyértelműen, hogy bizonyos kötődési stílus jellemez bizonyos kórképeket. Az eredmények konzisztensek a korábban tárgyalt irodalommal, miszerint nem rendelhető hozzá bizonyos kötődési stílus bizonyos mentális rendellenességhez.

**A kötődés dimenzionális mérését** illetően elmondhatjuk, hogy a kontroll csoport kevésbé szorong kapcsolataiban mint a három beteg csoport és a BPD csoportra jellemző a legmagasabb szintű szorongás (kapcsolati szorongás). Szorongók és depressziósok között nincs különbség e tekintetben. A három vizsgált beteg csoport között nincs különbség abban, hogy milyen mértékben kerülik az intimitást (kapcsolatokat). A normál kontroll azonban kevésbé elkerülő, mint a depressziósok és a borderlineok, de nincs szignifikáns különbség a kontroll és a szorongók között a kapcsolati elkerülés mértékében.

A két **kötődés kérdőívet** illetően eredményeim szerint az ASQ skálái ugyanazokat a kötődési dimenziókat mérik, mint az ECR kérdőív. Az ASQ 5 skálájából 2 (*túlzott foglalkozás a kapcsolatokkal és elismerés iránti igény*) a kapcsolati szorongást méri, míg a *közelség kellemetlen és kapcsolatok másodlagossága* és a kapcsolati elkerülés ECR dimenzió között magas a korreláció. A *biztonság a kapcsolatokban* skála negatívan korrelál az elkerüléssel és a kapcsolati szorongással is, azaz minél kevésbé bízik a személy a kapcsolataiban, annál inkább el fogja kerülni az intimitást és annál inkább rettegni fog, hogy szeretetre való igénye nem fog kielégülni, elhagyják, visszautasítják. Ez a skála magasabban korrelál a kapcsolati elkerüléssel, mint szorongással.

Mindkét kérdőív, az ECR és az ASQ is megbízhatóan méri a kapcsolati szorongást és elkerülést, az ECR dimenziói szignifikánsan korrelálnak az ASQ skáláival.

Levonhatjuk azt a következtetést, hogy az ECR és az ASQ kérdőívek használatában nincs különbség. Mindkettő kérdőív differenciál mentálisan egészséges és mentálisan beteg között, a kérdőívek kapcsolati szorongás és elkerülés dimenziókon elért átlagértékek alapján elkülöníthetők a mentális zavarban szenvedők az egészségesektől.

A két kérdőív *kapcsolati szorongás és elkerülés dimenziók* mentén mért eredményei is megegyeznek. Mindkét kérdőív differenciál borderline betegek és a depressziós és szorongásos zavarokban szenvedők között *kapcsolati szorongás* tekintetében. A BPD csoportot sokkal inkább jellemzi a kapcsolatok miatti aggodás, mint a depressziós és szorongó csoportokat. De egyik kérdőív kapcsolati szorongás skálája sem differenciál a depressziós és szorongók között.

A *kapcsolati elkerülés* mérésekor sem volt eltérés az ECR és ASQ mérései és eredményei között. A kontroll csoport és a beteg csoportok közül a depressziós és borderline között differenciál mindkét kérdőív a kapcsolatok elkerülése tekintetében, kontroll és szorongók között nincs különbség. A szorongásos zavarban szenvedők nem kerülnek jobban az intimitást, mint a mentálisan egészségesek. A három betegcsoport között nem differenciál egyik kérdőív kapcsolati elkerülést mérő skálája sem. Még a BPD csoport is csak a kontrollnál elkerülőbb.

Összefoglalva elmondhatjuk, hogy mind az ECR és ASQ jól differenciál mentálisan egészséges és betegek között, de csak a kapcsolati szorongás dimenzió differenciál a borderline betegek és a depressziós és szorongók között. Egyik dimenzió sem differenciál az összes betegcsoport között. Az ASQ nem differenciál jobban mint az ECR egészséges és beteg között és a betegcsoportok között sem.

A *Megbeszélés* fejezetben a fenti eredményeket részletesen megvitatom és összevetem más kutatások eredményeivel.

A két kötődés kérdőív használatára tett javaslataimat a *Kitekintés* fejezetben tárgyalom.

### 3.2 Sémákkal kapcsolatos eredmények

A korai maladaptív sémákkal kapcsolatban feltételeztem, hogy a betegmintáknak magasabb átlaga lesz a sémák tekintetében, mint a normál kontrollnak. A KMS-ek tekintetében az egyes betegcsoportok különbözni fognak egymástól, bár jelentős átfedés lehet az egyes diagnosztikai csoportok között a KMS-ek tekintetében. A BPD csoport fogja mutatni a legmagasabb értékeket minden egyes sémán (**Hipotézis 2.**)

A különböző betegcsoportok összehasonlítása egymással és azok a normál kontroll csoporttal *varianciaanalízissel (ANOVA)* történtek.

#### Eredmények:

Minden egyes sémán a kontroll csoportnak szignifikánsan alacsonyabb átlagértéke van, mint legalább az egyik betegcsoportnak. Ez alól kivétel az *Önfeláldozás* ( $p=0.115$ ) és a *Feljogosítottság* ( $p=0.138$ ) sémák, ahol nincs szignifikáns eltérés a diagnosztikai kategóriák és a normál kontroll között, illetve a diagnosztikai kategóriákat egymással összehasonlítva sem. Ez a két séma tehát nem differenciál mentálisan egészséges és beteg között sem.

A korai maladaptív sémák tekintetében talált különbségek a kontroll, a depressziós, a szorongó és a borderline mintán táblázatba foglalva megtalálható a *Mellékletekben, Melléklet III.*

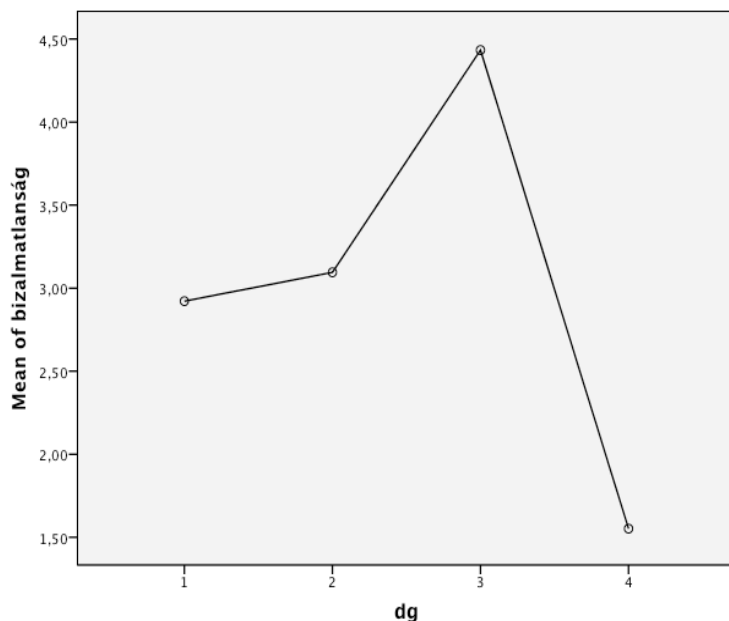
A továbbiakban az egyes minták közötti különbségeket emelem ki.

A mentálisan beteg csoportok összehasonlításakor a **BPD csoport** szignifikánsan ( $p < 0.05$ ):

- ♣ jobban fél az elhagyatástól, mint a másik két beteg csoport (*Elhagyatástól való félelem* séma)
- ♣ szociálisan izoláltabbak, mint a depressziósok és a szorongók (*Szociális izoláció* séma)
- ♣ magasabb átlagértéket érnek el a *Bizalmatlanság és Abúzus* sémán, mint a másik két beteg csoport. Ez az eredmény egybeesik azokkal az elméletekkel, hogy a BPD korai trauma következtében alakul ki.
- ♣ nagyobb mértékű összeolvadásra való vágy, összegabalyodottság és éretlen szelf jellemzi őket, mint a másik 2 csoportot (*Összegabalyodottság és éretlen szelf* séma)
- ♣ ezenkívül, a BPD csoport szignifikánsabban ( $p < 0.05$ ) hajlamosabbak másoknak való behódolásra, mint a depressziósok (*Behódolás* séma)
- ♣ érzelmileg gátoltabbak, mint a szorongók (*Érzelmi gátoltság* séma)
- ♣ csökkentértékűbbnek érzik magukat, mint a szorongók és a kontroll csoport (*Csökkentértékűség* séma), de nem jobban mint a depressziósok
- ♣ a kontroll csoport átlagértékeivel összehasonlítva a BPD csoport az összes sémán szignifikánsan magasabb értéket ért el, mint az egészséges kontroll csoport (ezalól a fentebb említett két séma, a *Feljogosítottság* és *Önfeláldozás* kivétel).

Az alábbi ábra demonstrálja, hogy a borderline betegek szignifikánsabban bizalmatlanabbak másokkal, mint a depressziósok és a szorongók.

9-es ábra: A *Bizalmatlanság és Abúzus* sémán elért átlagértékek diagnosztikai csoportonként



1= depressziós; 2= szorongó; 3= borderline; 4=kontroll

#### A depressziósok szignifikánsan ( $p < 0.05$ ):

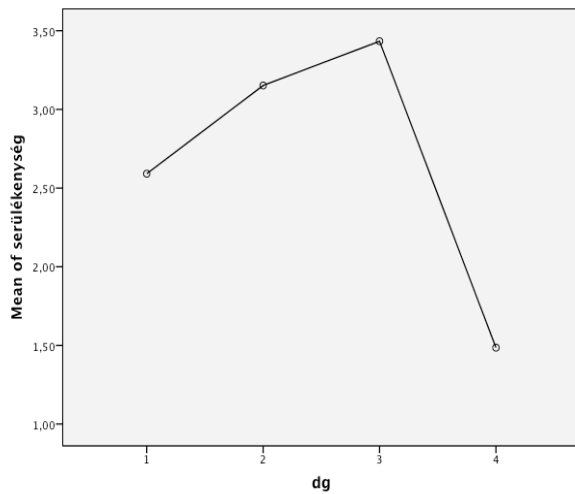
- ▲ jobban szoronganak attól, hogy érzelmi szükségleteik és vágyaik nem lesznek kielégítve (*Érzelmi depriváció séma*), mint a szorongásos zavarban szenvedők.
- ▲ Érdekes módon a *Pesszimizmus és Negativizmus* sémán nincs szignifikáns különbség a depressziósok és szorongók között, mint azt elvártam. A depressziósok viszont pesszimistábbak mint a kontroll, de kevésbé mint a BPD csoport.
- ▲ A kontroll csoport átlagértékeivel összehasonlítva, a depressziósok és egészségesek között nincs szignifikáns különbség az *Összegabalyodottság*, a *Könyörtelen mércék*, az *Érzelmi gátoltság*, az *Elismerés hajszolás*, a *Büntető készenlét* és a korábban említett *Feljogosítottság* és az *Önfeláldozás* sémákon.

#### A szorongóak:

- egyik sémán sem érték el magasabb értéket mint a depressziósok és a BPD-ok.
- leginkább a kontroll csoporttól különböznek, szignifikánsan magasabb értéket értek el a sémákon mint a kontroll csoport. Ez alól kivétel a következő sémák: *Érzelmi depriváció*, *Csökkentértékűség érzés*, *Összegabalyodottság*, *Elismerés hajszolás*, *Elégtelen önkontroll*, *Könyörtelen mércék*, *Büntető készenlét* illetve a korábban már említett két séma, a *Feljogosítottság* és *Önfeláldozás* ahol nem volt szignifikáns különbség a csoportok között.
- a *Sérülékenység* sémán, ami egy tipikus szorongásos séma, a kontroll csoporttól különbözött

csak a szorongó csoport. A BPD és depressziós csoport is inkább fél egy testi vagy természeti katasztrófa bekövetkeztétől, mint a kontroll, de nem kevésbé mint a szorongóak ( $p < 0.05$ ).

**10-es ábra: A Sérülékenység sémán elért átlagértékek diagnosztikai csoportonként**



1= depressziós; 2= szorongó; 3= borderline; 4=kontroll

### 3.2.a Sémák mint közvetítők a bizonytalan kötődés és pszichopatológia között (Hipotézis 3.c)

Feltételeztem, hogy a nem megfelelő szülői gondoskodás eredményeképp kialakult negatív belső munkamodellek vagy **korai maladaptív sémák (KMS) lehetnek a mediátorok** a bizonytalan kötődés és pszichiátriai zavarok között.

Két csoportra osztottuk a vizsgált mintát: terápiában lévőkre és azokra akik nem szorulnak kezelésre. Mivel a három betegcsoport összes vsz.-e terápiába járt a kérdőívek felvételekor, az egészséges kontroll csoport tagja pedig még sosem voltak terápiában, így feltételezhető, hogy a terápiába járó csoport pszichésen beteg, míg a másik csoport nem.

**Többváltozós bináris logisztikus regressziót** használtunk annak eldöntésére, hogy a lehetséges változók közül (összes séma és a kapcsolati szorongás és elkerülés kötődés dimenziók) melyik használható fel a terápiás és nem terápiás csoportok elkülönítésére.

#### Eredmények:

A logisztikus regresszió eredményei alapján statisztikailag releváns összefüggést a pszichopatológiával (terápiás esélyekkel) csak a sémák mutatnak, a bizonytalan kötődés nem. Egészen pontosan egy változó különíti el leginkább a két csoportot: a *Bizalmatlanság/Abúzus* séma.

OR= 0,404  $p < 0,05$

Úgy tűnik, hogy a *Bizalmatlanság/Abúzus* séma lehet egy lehetséges közvetítő a bizonytalan kötődés és a pszichopatológiai tünetek és között. Ez a séma határozza meg leginkább, hogy ki lesz mentálisan beteg és ki nem.

### Összefoglalás és konklúziók:

A vizsgálati eredmények alátámasztják azt a feltételezést, hogy a KMS-ek képesek mentálisan egészségesek és betegek között differenciálni (Hipotézis 2). Eredményeim szerint az összes **séma differenciál** mentálisan egészséges és beteg között, kivéve a *Feljegositottság* és *Önfeláldozás* sémákat, ahol szignifikáns eltérés nem volt egyik beteg minta és egészségesek között sem. De nincs minden egyes betegmintának szignifikánsan magasabb átlagértéke minden egyes sémán mint a kontroll csoportnak. Ez csak a BPD csoportról mondható el.

Ezenkívül, a beteg csoportok különböznek egymástól a sémák tekintetében. A depressziósok érzelmileg depriváltabbak, mint a szorongóak, de nem jobban mint a BPD-ok. Pesszimistábbak, mint a kontroll, de kevésbé, mint a BPD csoport. A szorongóak egyik sémán sem értek el magasabb értéket, mint a depressziósok vagy a BPD csoport, de több séma differenciál az egészséges kontroll és a szorongóak között, mint például a *Sérülékenység* séma.

Bizonyítást nyert az a hipotézis is, miszerint a **BPD csoport** mutatja a legmagasabb átlagértéket minden egyes séma tekintetében. A *Feljegositottság* és *Önfeláldozás* sémákat kivéve az összes séma differenciál BPD és a kontroll csoport között. Az I. sématartomány, a kötődéssel kapcsolatos sémák differenciálnak a borderline betegek és a szorongóak és depressziósok között. Ez alól csak a *Csökkentértékűség* séma kivétel, amin a BPD csoport nem ért el magasabb értéket, mint a depressziósok. A *Megbeszélés* fejezetben visszatérünk rá és bővebben kifejtem mik lehetnek az okai, hogy a BPD csoport az I-es sématartomány összes sémáján magasabb értékeket ér el mint a kontroll és a másik két vizsgált minta.

A **sémák közvetítő szerepének** vizsgálata: egy logisztikus regressziós paradigmába betéve az összes változót azt az eredményt kaptam, hogy a sémák inkább meghatározzák a pszichopatológiai zavarok kialakulását, mint a bizonytalan kötődés. A sémák közül a *Bizalmatlanság/Abúzus* séma közvetít az elégtelen kötődés és későbbi pszichiátriai zavarok között. Erre a *Megbeszélés* fejezetben szintén visszatérek.

### 3.3 Pszichopatológiai tünetekkel kapcsolatos eredmények

A pszichopatológiai tünetekkel kapcsolatban feltételeztem, hogy az SCL-90 tünetdimenziók



súlyossága és eloszlása alapján elkülöníthető a normál kontroll a betegcsoportoktól, illetve eltérést fogunk találni a betegcsoportok között is a tünetek tekintetében. **(Hipotézis 3.)**

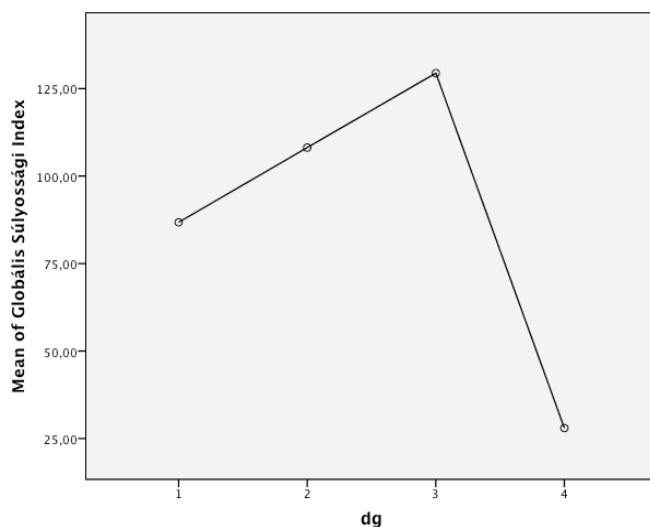
Enek a hipotézisnek a vizsgálatában első lépésben kiszámoltuk a SCL-90 Globális Súlyossági Indexét vizsgált mintánként.

### Eredmények

- ♣ A GSI tekintetében mindhárom beteg csoport szignifikánsan ( $p < 0.05$ ) különbözött a kontrolltól, súlyosabbak voltak tüneteik, mint az egészséges kontrollnak. A GSI értékei alapján mindhárom mentálisan beteg csoport nagy része betegnek tekinthető. A kontroll nem beteg, egy személyt kivéve.
- ♣ A GSI alapján a depressziósok 56,5% -a mentálisan betegnek mondható, míg 43,5%-a nem.
- ♣ A szorongóak 66,7%-a beteg a GSI értékeik alapján, 33, 3%-a nem.
- ♣ A BPD betegek 91,7%-a, azaz 11 fő a vizsgált mintából beteg, csak 1 nem a GSI értékeik alapján.
- ♣ A kontroll csoportban pedig 20 személy egészséges, 1 viszont beteg a GSI alapján.

A százalékos és darabszamos eloszlások megtalálhatóak a *Mellékletben, Melléklet IV.*

**11-es ábra: A GSI átlagértékei a vizsgált csoportokon**



1= depressziós; 2= szorongó; 3= borderline; 4=kontroll

A hipotézis vizsgálatának második lépésében összehasonlítottam a csoportokat *variáncianalízissel*. Feltételeztem, hogy specifikus profilja lesz a betegcsoportoknak, azaz az SCL-90 tünetdimenziói nemcsak betegek és egészségesek között differenciál, de képes elkülöníteni a betegcsoportokat is egymástól.

### Eredmények:

- A betegcsoportok a pszichopatológiai tüneteket tekintve sokkal “betegebbek” mint a kontroll csoport. Minden egyes beteg csoport szignifikánsan ( $p < 0.05$ ) különbözik a kontroll csoporttól minden SCL-90 alskála tekintetében, kivéve:
- az *Ellenségességet*, ahol nincs szignifikáns eltérés sem egészséges és beteg, sem a beteg csoportok között. Azaz a vizsgált betegcsoportok szignifikánsan magasabb értéket érnek el az SCL-90 összes skáláján kivéve az *Ellenségesség-et*.
- *Fóbiás* viselkedésben és a *Szomatizáció* skálán nincs szignifikáns eltérés normál és depressziós között

Most nézzük meg részletesen a vizsgált minták értékeit SCL-90 skálánként:

- ♣ A depressziósok szignifikánsabban súlyosabb *depresszív tüneteket* mutatnak, mint a kontroll csoport, de nincs szignifikáns eltérés a másik két betegcsoporthoz képest. Tehát a borderlineok és a szorongóak nem kevésbé depressziósak, mint a depressziós csoport.
- ♣ A *szorongásos tüneteket* mérő skálákon (*Fóbia és Szorongás*) az elvárásaimnak megfelelően a szorongó csoport szignifikánsabban ( $p < 0.05$ ) jobban szorong, mint a depressziósok és a kontroll csoport, azonban nincs szignifikáns eltérés a BPD csoporthoz képest. Mivel a BPD csoport is szignifikánsabban szorongóbb, mint a kontroll és a depressziós, így levonhatjuk azt a következtetést, hogy a szorongásos zavarban szenvedők és a borderline beteget jellemzi a legmagasabb mértékű szorongás a vizsgált mintában. Fóbiás viselkedés tekintetében szintén a szorongóak fóbiásabbak, mint a depressziósok és a kontroll, de nem jobban mint a BPD betegek. Érdekes módon a *Kényszeresség* alskálán nem volt szignifikáns eltérés a betegcsoportok között.
- ♣ *Szomatizáció* tekintetében a kontroll csoport szomatizál legkevésbé, kivéve a depressziósokkal való összehasonlításban, ahol szignifikáns eltérést a két csoport között nem kaptam.
- ♣ *Interperszonális érzékenység* skála esetén az elvárásaimmal ellentétben a BPD csoport nem érzékenyebb, mint a másik két vizsgált csoport, szignifikáns eltérés csak a kontroll és a 3 betegcsoport között van.
- ♣ A *Paranoia és Pszichoticizmus* skálákon a depressziósok szignifikánsan magasabb értéket mutatnak, mint a kontroll csoport, de a borderline csoport szignifikánsan paranoidabb és mutat pszichotikus tüneteket, mint a depressziósok. Szorongó és depressziós illetve szorongó és BPD között nincs szignifikáns eltérés.

### 3.3.a Internalizáció és Externalizáció

A pszichopatológiai tünetekkel kapcsolatban feltételeztem, hogy megkülönböztethetünk internalizáló és externalizáló zavarokat. A 3 betegcsoportban gyakoribb lesz az internalizálás és externalizálás, mint az egészséges kontroll csoportban, illetve a beteg csoportok különbözni fognak egymástól és a kontrolltól e két dimenzió tekintetében (**Hipotézis 4**).

A hipotézis vizsgálatának első lépése az volt, hogy megállapítottam melyik SCL-90 tünetdimenzió sorolható be az Internalizáció (INT) és melyik az Externalizáció (EXT) zavarához Ruiz és Edens (2008) klasszifikációja alapján.

**Internalizáló zavarnak** a következő SCL-90 tünetdimenziókat tekintjük:

- ♣ szomatizáció
- ♣ kényszeresség
- ♣ érzékenység
- ♣ depresszió
- ♣ szorongás
- ♣ fóbia

Externalizáló **zavarnak** a következő SCL-90 tünetdimenziókat tekintjük:

- ♣ ellenségesség
- ♣ paranoia
- ♣ pszichoticizmus

A két dimenzió (INT és EXT) megbízhatóságát tekintve mindkettő megbízhatóan mér.

Az internalizációs skálák megbízhatósága: *Cronbach Alpha*: , 968

Az externalizációs skálák megbízhatósága: *Cronbach Alpha*: , 892

Az INT és EXT összefüggéseinek vizsgálatában második lépésben meghatároztam a két skála “*cut off*” pontját, azaz hogy milyen értéktől mondjuk, hogy valaki externalizál vagy internalizál.<sup>12</sup> Ezek a pontértékek alapján a vizsgált minta eloszlása a következőképpen alakult: 36 személy nem beteg, azaz se nem externalizáló se nem internalizáló pszichopatológiai tüneteit tekintve. 7-en csak internalizálnak, 3-an csak externalizálnak és 31 főre mindkettő jellemző, ebből a 31-ből 11 volt a BPD beteg.

---

<sup>12</sup> A skála átlagértéke  $\pm 1$  SD = cut off pont

Táblázat 7.

**Az internalizáció megoszlása a vizsgált csoportokban**

		internalizáció		Összesen
Vizsgált csoport		nem	igen	
dg depressz	Elemszám	9	14	23
	% dg belül	39,1%	60,9%	100,0%
szorongó	Elemszám	7	14	21
	% dg belül	33,3%	66,7%	100,0%
BPD	Elemszám	1	11	12
	% dg belül	8,3%	91,7%	100,0%
kontroll	Elemszám	20	1	21
	% dg belül	95,2%	4,8%	100,0%
Összesen	Count	37	40	77
	% dg belül	48,1%	51,9%	100,0%

Táblázat 8.

**Az externalizáció megoszlása a vizsgált csoportokban**

		Externalizáció		Összesen
Vizsgált csoport		nem	igen	
dg depressz	Elemszám	13	10	23
	% dg belül	56,5%	43,5%	100,0%
szorongó	Elemszám	10	11	21
	% dg belül	47,6%	52,4%	100,0%
BPD	Elemszám	1	11	12
	% dg belül	8,3%	91,7%	100,0%
kontroll	Elemszám	19	2	21
	% dg belül	90,5%	9,5%	100,0%
Összesen:	Elemszám	43	34	77
	% dg belül	55,8%	44,2%	100,0%

Eredmények

- ♣ **Internalizáció** tekintetében a kontroll csoport szignifikánsan különbözik minden csoporttól ( $p < 0.05$ ). Ők kevésbé internalizálnak mint a betegcsoportok.
- ♣ A betegcsoportok között nincs szignifikáns eltérés internalizációban.
- ♣ **Externalizációs** skálák: a kontroll csoport kevésbé externalizál mint a betegcsoportok, a BPD csoportot jellemzi az EXT legmagasabb foka. Szignifikánsan magasabb mint a depressziósoknál és szorongóknál. Ők a **legparanoidabbak és a pszichoticizmus** skálán is magasabbat értékeket értek el mint a depressziós és kontroll csoport. (szignifikancia szint itt

is  $p < 0.05$ ).

- ♣ A BPD betegeket tehát mind az INT és EXT magas foka jellemzi (*Hipotézis 4.a*)

A betegek és nem betegek illetve a férfiak és nők összehasonlítása páronként a GSI, az Internalizáció és Externalizáció tekintetében megtalálható a *Mellékletekben, Melléklet V- ben* táblázatba foglalva.

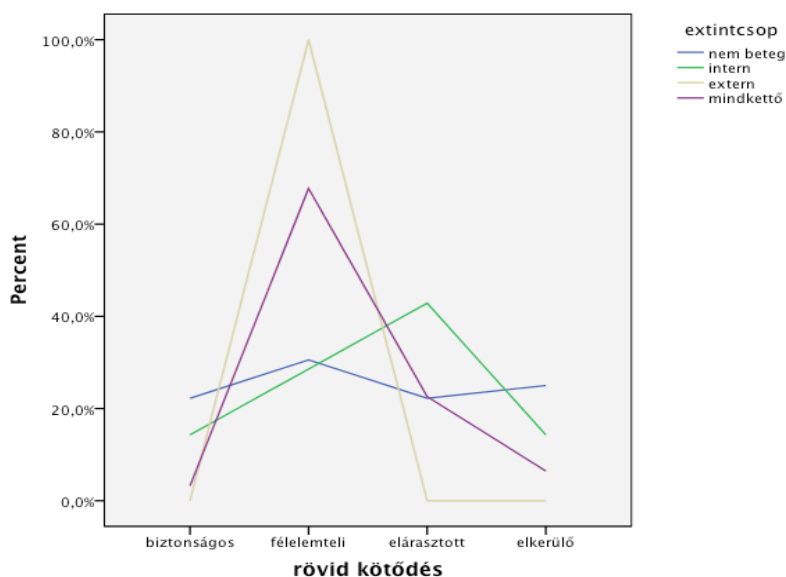
*Az INT és EXT összefüggései a kötődéssel (Hipotézis 4.b)*

**Kötődési mintázatok** tekintetében:

- az externalizálók a *félelemteli* kötődési csoportba tartoznak.
- A nem betegek képviseltetik magukat mind a 4 kötődési mintázatban.
- Az internalizálók leginkább az *elárasztott* csoportból kerülnek ki.
- A mind INT és EXT pedig megoszlanak a *félelemteli* és az *elárasztott* között.

A fenti eredményeket jól demonstrálja a 12-es ábra.

**12-es ábra: A kötődési stílusok eloszlása az INT, EXT, egyszerre INT és EXT, és se nem INT se nem EXT (nem beteg) csoportokban**



**A Kötődés dimenziális mérésének tekintetében:**

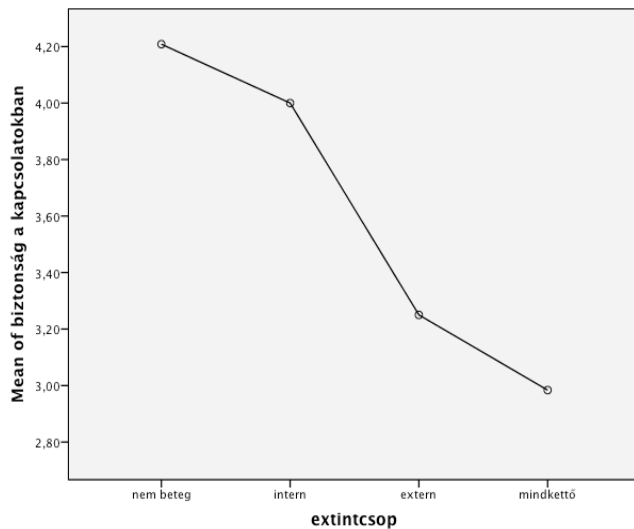
Eredmények:

- ♣ A *kapcsolati szorongás és elkerülés* dimenziókon a nem betegek (se nem INT se nem EXT) szignifikánsan kisebb értéket értek el, mint az a csoport, akik EXT és INT is.
- ♣ Ugyanez az eredmény volt igaz amikor az ASQ alszála és EXT és INT közötti összefüggéseit néztem. Akik se nem externalizálnak, se nem internalizálnak, sokkal nagyobb

biztonságban érzik magukat kapcsolataikban (*Biztonság a kapcsolatban ASQ skála*) illetve nem találják kellemetlennek az intimitást, a másik közelségét (*Közelség kellemetlen ASQ skála*) szemben azokkal a betegekkel akikre mindkettő jellemző. Az eltérés a két csoport között ez a 2 alszála tekintetében szignifikáns ( $p < 0.05$ ).

✧ A többi csoport között e dimenziók tekintetében nem volt eltérés.

**13-as ábra: A Biztonság a kapcsolatokban skálán elért átlagértékek csoportonként**



**Az ASQ további skáláinak összevetésekor az internalizáció és externalizáció dimenziókkal:**

*Kapcsolatok másodlagossága ASQ alszála:*

- azok akik EXT és INT is inkább tekintik a kapcsolatokat másodlagosnak, mint akik egyik sem.
- Illetve itt szignifikáns különbséget ( $p < 0.05$ ) találtunk az externalizálók és a nem betegek között. Az externalizálók is szignifikánsabban kevésbé érdeklődnek a kapcsolatok iránt mint nem beteg társaik

*Az Elismerés iránti szükséglet és Túlzott foglalkozás a kapcsolatokkal ASQ skála tekintetében:*

- az internalizálók és nem betegek között volt szignifikáns különbség: az internalizálók szignifikánsan ( $p < 0.05$ ) jobban van szükségük az elismerésre és többet foglalkoznak kapcsolataikkal, mint a nem betegek.

A *Mellékletben, Melléklet VI.* megtalálható táblázatba foglalva a nem beteg (se nem internalizáló és externalizáló), az internalizáló, az externalizáló és egyszerre INT és EXT csoportok átlagértékei közötti különbségek a kapcsolati szorongás és elkerülés dimenziókon.

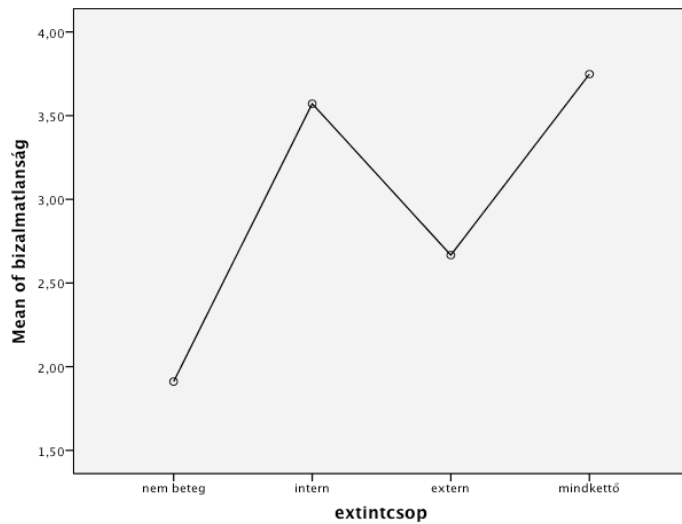
### *Sémák és az Internalizáció és Externalizáció összefüggései (Hipotézis 4.c)*

A sémák és internalizáció-externalizáció összefüggéseit szintén **variacionálízissel** vizsgáltuk. Feltételeztem, hogy a sémák súlyosabb előfordulását fogjuk látni azoknál a betegeknél akikre az internalizáció és externalizáció zavara is jellemző.

#### Eredmények:

- Szignifikáns ( $p < 0.05$ ) az eltérés a nem beteg csoport és a mind EXT és INT csoport között az **összes séma** (kivéve *Önfeláldozás*) tekintetében. Azok a betegek akik internalizálnak és externalizálnak is minden egyes sémán magasabb értéket érnek el, mint a nem betegek. Előbbiek érzelmileg depriváltabbak, jobban rettegnek az elhagyatástól, bizalmatlanabbak (és sorolhatnánk mind a 18 sémát) mint a nem betegek. Ezek az eredmények tovább támogatják a *Séma résznél* tárgyalt hipotézisünket, miszerint a BPD páciensek mutatják a legmagasabb értéket az összes sémán. Ugyanis a BPD csoport minden személyére jellemző az internalizáció és externalizáció zavara is a vizsgált mintában.
- Az *Önfeláldozás* séma volt a kivétel : nem volt szignifikáns eltérés az INT és EXT csoportok között és a kontroll között e séma tekintetében.
- Itt a *Feljogosítottság* sémán is kaptunk szignifikáns különbséget: a mind INT és EXT csoport „nárcisztikusabb” mint a nem betegek.
- A *Bizalmatlanság és Abúzus* séma esetén nem csak a NEM beteg csoport (se nem INT se nem EXT zavar) különbözött a mind a INT és EXT zavara csoporttól, de szignifikáns különbség volt a csak internalizálók és a nem betegek között is. Az alábbi grafikonnál leolvasható, hogy a mind INT és EXT csoport hiszi leginkább hogy kihasználják, manipulálják, nem bízhat meg másokban, de az internalizálók is szignifikánsabban gyanakvóbbak és bizalmatlanabbak, mint a nem betegek vagy csak externalizálók.

14-es ábra: A *Bizalmatlanság* sémán az INT, EXT, mindkettő és nem betegek átlagértékei



- A *Sérülékenység sémán* – nem meglepő módon – az internalizálók érik el a legmagasabb átlagértéket, szignifikáns a különbség a nem betegek és az intrenalizálók és a nem betegek és a mindkettő között.

Az intrenalizálók jobban rettegnek egy katasztrófa bekövetkeztétől, ami nem meglepő, hiszen az olyan alszklákat soroltunk be az Intrenalizáció alá az SCL-90 alapján, mint *Szorongás, Érzékenység, Fóbia, Kényszeresség*.

- A *Pesszimizmus* séma előfordulásának vizsgálatakor a négy csoporton ugyanazt az eredményt kaptuk mint a *Sérülékenység sémánál*: a nem betegek nemcsak mind EXT és INT csoporttól különböznek szignifikánsan, hanem a csak internalizálóktól is. Mindkettő a legpesszimistább, de az intrenalizálók is szignifikánsan pesszimistábbak a jövőt illetően mint a nem betegek (szig szint  $p < 0.05$ ).

A korai maladaptív sémák tekintetében talált különbségek az Internalizáló, Externalizáló, mindkettő és se nem INT se nem EXT csoportok között megtalálhatóak a *Mellékletekben, Melléklet VII*.

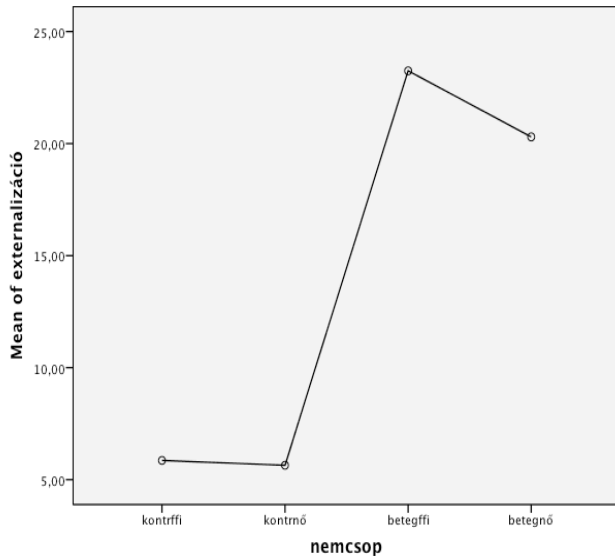
Kíváncsi voltam arra is, hogy a **nemek között** van e **különbség** abban hogy milyen mértékben externalizálnak és intrenalizálnak (*Hipotézis 4.d*). Így a vizsgált mintát szétbontottam kontroll férfi és nő, illetve beteg férfi és nő csoportokra.

#### Eredmények:

- a nemek között különbséget nem találtam.
- szignifikáns különbség csak a beteg és kontroll csoportok között volt. A beteg férfiak inkább externalizálnak, mint a beteg nők, de az eltérés nem szignifikáns. Ezt az alábbi grafikonról leolvashatjuk.



**15-ös ábra: Nemek közötti átlagértékek az Externalizáció skálán**



A Mellékletben, Melléklet V. megtalálható a kontroll és beteg nők és férfiak átlag, szórás és köztük lévő eltérés hogy szignifikáns e.

### Összefoglalás és konklúziók

A **Globális Súlyossági Index** alapján a depressziós, szorongó és BPD csoportok szignifikánsan „betegebbek”, mint az egészséges kontroll csoport. Azaz a GSI jól differenciál mentálisan betegek és egészségesek között. Az SCL-90 skálák alapján a betegcsoportok jól elkülöníthetők egymástól és a normál kontrolltól *Hipotézis 3* elvárásainak megfelelően. Egyedül az *Ellenségesség* skála értékei nem különböztek szignifikánsan csoportonként, még a kontroll és egyik betegcsoport között sem volt különbség ezen a skálán.

Az SCL-90 skálákat besoroltam **Internalizáló és Externalizáló** tünetek alá, ami igen érdekes eredményeket eredményezett. A kontroll csoport kevésbé internalizál, azaz szorong, fóbiás, kényszeres stb., mint az összes 3 betegcsoport, a beteg csoportok között azonban nem volt különbség. Az externalizáció skála szintén differenciál normál kontroll és mentálisan beteg között, illetve megkülönbözteti a BPD csoportot a depressziós és szorongó csoportoktól. Úgy tűnik a BPD csoport paranoidabb és pszichotikusabb mint az I-es tengelyen kódolt másik két betegcsoport. A 3 betegcsoportban tehát súlyosabb az INT és EXT zavara *Hipotézis 4* elvárásainak megfelelően illetve a BPD csoportra jellemző az INT és EXT zavara is (*specifikus Hipotézis 4a*).

A **kötődés és INT és EXT összefüggéseit** vizsgálva elmondhatjuk, hogy mind a kapcsolati szorongás és elkerülés dimenziókon a nem beteg csoport (se nem INT és se nem EXT személyek)

alacsonyabb értéket ér el mint az egyszerre INT és EXT csoport. Fentebb már láttuk, hogy a BPD csoportra volt jellemző a INT és EXT zavara egyszerre. Így az INT és EXT-el kapcsolatos eredmények tovább támogatják korábbi eredményeimet, miszerint a BPD csoportra leginkább *félelemteli* kötődés jellemző (azaz magas fokú kapcsolati szorongás és elkerülés).

**A sémák és INT és EXT összefüggéseit** azt az eredményt kaptam, hogy a nem betegek minden egyes sémán kivéve az Önfeláldozást alacsonyabb értékeket értek el, mint az egyszerre INT és EXT csoport is. A *Bizalmatlanság és Abúzus* sémán szignifikáns különbségeket találtam az internalizálók és nem betegek és EXT között. Az INT bizalmatlanabbak, mint az előbb említett két csoport. Így elmondhatjuk, hogy a *Bizalmatlanság és Abúzus* séma nemcsak a bizonytalan kötődés és pszichopatológia között mediál, de képes differenciálni a internalizáló betegek és egészségesek között is, illetve INT és EXT között is.

Az internalizáló és externalizáló skálák **nemek között** nem differenciáltak eredményeim szerint, csak beteg és egészséges között, *Hipotézis 4d-t* ezzel megdöntve.

A *Megbeszélés* fejezetben vitatom részletesen az eredményeket.

## VI. MEGBESZÉLÉS

Kutatásom célkitűzése az volt, hogy a bizonytalan kötődés és korai maladaptív sémák szerepét vizsgáljam egyes pszichopatológiai zavarokban. Három vizsgálati csoportot, a depressziós, szorongó és borderline mintákat hasonlítottam össze normál kontrollal kötődési stílusok, sémák és pszichopatológiai tünetek tekintetében.

Kutatásom eredményei támogatják azt az elképzelést, hogy a **bizonytalan kötődés** gyakoribb előfordulása figyelhető meg mentális zavarokban, mint a mentálisan egészségeseknél. Vizsgálati személyeim 79.20%-a a bizonytalan kötődési kategóriák egyikébe volt sorolható, míg az egészséges kontroll csoport több mint fele biztonságosan kötődő volt. Ez az eredmény konzisztens más kutatások eredményeivel: például Mason és mtsi. (2005) azt találta, hogy a terápiás szolgáltatást igénybevevők csak 19.4% volt biztonságosan kötődő.

A **kötődési stílusok** megoszlása tekintetében az általam vizsgált három betegcsoport különbözött egymástól, bár egyértelmű profilja a beteg csoportoknak nem volt felrajzolható, mint ahogyan Fonagynak (1996) sem sikerült a betegcsoportokat differenciálni kötődésük alapján híres londoni vizsgálatában.

Kötődési bizonytalansággal kapcsolatos eredményeim továbbá alátámasztják Bowlby (1980) elméletét, miszerint a bizonytalan kötődés kockázati tényezője a pszichiátriai zavaroknak. Azaz, az elégtelen korai kapcsolati tapasztalatok hatására kialakult negatív belső munkamodellek a mentális betegségekre való sérülékenységet fokozzák.

A kötődési bizonytalanság hátráltatja az érzelemszabályozást, ami ki fog hatni a viselkedésszabályozásra és az intim kapcsolatok kezelésére is. Ez azonban nem feltétlenül azt jelenti, hogy a minden bizonytalanul kötődő személy súlyos pszichopatológiától fog szenvedni. Gyakran bár az egyén kötődése nem biztonságos, mégis jól funkcionál és nem diagnosztizálható mentális zavarral. Abban az esetben azonban ha a bizonytalan kötődés gyermekkori traumával, abúzussal vagy elhanyagolással társul kialakulnak a súlyosabb patológiák, mint például a borderline személyiségzavar.

Saját kutatásomban a kötődési stílusok tekintetében a BPD minta 75%-a a *félelemmentli kötődési* (magas kapcsolati szorongás és elkerülés egyszerre) mintába volt sorolható, ezt követte az *elárasztott* stílus. A BPD kötődési orientációját illetően eltérő eredmények születtek korábban, így saját adataimat nehéz összevetni más kutatásokkal. Néhányan azt találták, hogy a BPD

személyiségzavarban szenvedő személyekre a kötődési rendszer hiperaktivizálása jellemző, azaz az *elárasztott* kötődési stílus (pl., Patrick és mtsai., 1994). Rettegnek az elutasítástól, de nem feltétlenül kerülnek el az intimitást. Mások szerint a BPD-re magasfokú **kapcsolati szorongás és elkerülés** is jellemző, azaz leginkább a *félelemteli* kötődési kategóriából kerülnek ki a BPD betegek (pl. Fossati és mtsai., 2001)

Ezt az eltérést magyarázhatjuk azzal, hogy bár alapvetően a BPD páciensekre a kapcsolatokban magas fokú szorongás jellemző, de mivel folytonosan megtapasztalják az elutasítást és instabil kapcsolatokat, ezért nagyon gyakran az elkerülő kötődési stratégiákat is elkezdik alkalmazni. Így egyes BPD betegekre az *elárasztott* kötődés lesz jellemző, míg másokra a *félelemteli*.

Bartholomew (1990) szerint a *félelemteli* csoportra igaz a szelfről és másokról kialakított negatív modell. A félelemteli kötődési mintával rendelkező személyek félnek a visszautasítástól és inkább kerülnek az intim kapcsolatokat, hogy sérülékeny önképüket megóvják. Ambivalens érzéseik vannak a kapcsolatokkal kapcsolatban: egyszerre szeretnék az intimitást de szoronganak is tőle, hiszen nem bíznak szerethetőségükben és partnerük válaszkészségében. Így a kapcsolati szorongás és elkerülés dimenziókon is magas értékeket fognak elérni.

A félelemteli csoport fent leírt jellemzőivel konzisztensek a BPD csoport **sémáival** kapcsolatos eredményeim: a BPD csoport (75%-a félelemteli) szignifikánsan ( $p < 0.05$ ) jobban fél az elhagyatástól, mint a másik két beteg csoport (*Elhagyatástól való félelem* séma), szociálisan izoláltabbak, mint a depressziósok és a szorongóak (*Szociális izoláció* séma) és magasabb értékeket érnek el a *Bizalmatlanság és Abúzus* sémán, mint a másik két beteg csoport és a normál kontroll. Ezek az eredmények megegyeznek Mason, Platts és Tyson (2005) eredményeivel is, amelyek a félelemteli csoportnál ugyancsak a fenti sémák dominanciáját találták.

A fenti BPD-ra tipikus sémák az I-es sématartományba, az *Elszakítottság és Elutasítottság* csoportba tartoznak. Az első sématartomány összes sémáján (kivéve a *Csökkentértékűséget*) a BPD csoportnak szignifikánsabban magasabb átlagértéke volt mint a másik két beteg csoportnak és a kontrollnak. Mivel az *Elszakítottság és Elutasítottság* (I-es sématartomány) sémái akkor alakulnak ki ha a gyermek biztonságra, szeretetre, gondoskodásra való érzelmi igényei nincsenek kielégítve, ezért azt mondhatjuk hogy az ide tartozó sémák a kötődés zavarainak sémái. Ahogy Young rámutat az I-es sématartomány jellegzetes családi hátterére: az rideg, elutasító, kiszámíthatatlan vagy bántalmazó.

Ha az elsődleges érzelmi szükséglet, a biztonságos kötődés, kielégítetlen marad, akkor a gyermek más érzelmi szükségletei, mint autonómia, spontaneitás stb., jó eséllyel kielégítetlen maradnak. Azaz kialakul a többi maladaptív séma is. Ennek megfelelően, az összes többi sématartományban is

a BPD csoportnál találtam a sémák legmagasabb értékét a vizsgált minták összehasonlításakor. Ez az megegyezik Young (2003) azon elképzelésével, hogy BPD betegeknél akár az összes 18 séma magas értéket érhet el.

A BPD csoporttal kapcsolatos kötődés és séma eredmények tehát egyértelműen támogatják azt *Kötődés és Pszichopatológia* részben kifejtett elméletet, miszerint a BPD értelmezhető kötődési zavarként. A korai, nem megfelelő kötődési kapcsolatok reprezentációi egyértelműen kimutathatóak BPD esetén. A rossz szülői gondoskodás és traumatizáló környezet eredményeként ezek a személyek a kötődési rendszer hiperaktivizálását tanulják meg illetve képtelenek a megfelelő mentalizációra. A hiperaktivitást gyakran kíséri a kötődési rendszer deaktivizálása, mert félnek az intimitás olyan lehetséges következményeitől, mint például az elhagyatás. Ez az ambivalens kötődési stratégia hasonló a gyermekkori dezorganizált kötődéshez. Nehezükre esik a saját és mások mentális állapotainak az elkülönítése, ami egy instabil identitás kialakulását és elégtelen érzelmszabályozást fog eredményezni.

A depressziós és szorongásos csoport kötődési stílusok és dimenziók értékeit tekintve elmondhatjuk, hogy a **kapcsolati szorongás** dimenzión szignifikánsabban magasabb átlaga van ennek a két betegcsoportnak, mint a kontroll csoportnak. A két csoport azonban egymástól nem különbözött. A **kapcsolati elkerülést** tekintetve, míg a depressziósok elkerülőbbek, mint a normál kontroll, egészséges és szorongó között nem volt szignifikáns eltérés. A szorongóak nem kerülnek jobban az intimitást, mint az egészséges kontroll.

Ebben a két beteg csoportban az összes kötődési stílus reprezentálva volt, nem volt egyértelmű dominanciája egyik kötődési mintának sem, mint ahogy azt a BPD csoportnál láttuk. A kapcsolati szorongás általában inkább jellemző a depresszióra, mint a kapcsolati elkerülés és a kötődési stílusokban található eltérések attól függhetnek, hogy a depresszió melyik fajtájáról beszélünk. A szelfről kialakított negatív belső munkamodellek (ami megtalálható a félelemteli és elárasztott kötődési stílusnál) inkább a depresszió enyhe formáival hozható összefüggésbe. A tünetek pedig általában súlyosabbak ha a depressziós egyén a másikat is negatívan ítéli meg: ellenségesnek, megbízhatatlannak éli meg (Reis& Grenyer, 2004).

Fonagy (1996) arra is felhívja a figyelmet, hogy a major depresszív epizód inkább egy átmeneti traumatikus veszteségélmény eredménye, és kevésbé függ össze a gyerekkori rossz bánásmóddal. Így nem lehet kijelenteni, hogy a depressziós betegek mind bizonytalan kötődési stílussal annakellenére, hogy diagnosztizálhatóak mentális zavarral.

A kötődési stílus heterogenitása a szorongásos zavarokra is jellemző kutatási eredményeim szerint.

Ennek egy lehetséges magyarázata, hogy a szorongásos zavarok tág kategória és az ide tartozó egyes kórképeknél az elkerülő viselkedés dominál, másoknál a félelem és a pánik. Dozier (1999) szerint abban az esetben ha a félelem a dominánsabb, akkor az a kötődési rendszer maximalizálását fogja eredményezni, azaz az *elárasztott* kötődési stílust fogjuk találni. Ellenkező esetekben pedig a kapcsolati elkerülés lesz dominánsabb. Saját kutatásom adatai ezt az elképzelést támogatják. A szorongóak -elvárásoknak megfelelően- nagy számban az *elárasztott* kötődési kategóriából kerültek ki (magas szorongás, de alacsony elkerülés a kapcsolatokban), de a másik 3 kategória is képviseltette magát.<sup>13</sup>

Biztonságosan kötődők is kerültek ki a szorongásos csoportból. Azaz, csak úgy mint a depresszió, kevésbé függenek találunk korai traumát a szorongásos zavarok hátterében.

Ezenkívül, Dozier elképzelését alátámasztja kutatásom internalizációval végzett mérései is: az internalizáló zavart – a tünetek befeléfordítása - inkább jellemzi az *elárasztott* kötődési stílust.

A depresszió és szorongásos zavarok sémáival kapcsolatos eredményeim azt mutatják, hogy a **sémák** csak részben differenciálnak a két zavar között. Bowlby (1973 1980) szerint a veszteséggel és szeparációval kapcsolatos élmények negatív internalizált munkamodelleket fognak eredményezni, amelyek szerint a személy úgy fogja érezni, hogy nem szeretik őt és ezért értéktelen. Bowlby elképzelése konzisztens Beck (1979) kognitív triádjával. A triád egy zárt ördögi kör, ami depresszió kialakulásához és fenntartásához vezet. Tartalmazza a személy negatív percepcióját önmagáról, a világról és a jövőről. A becki kognitív tartalom specifitás hipotézis mentén elvárható lenne, hogy a depressziósok a kapcsolati veszteséggel és teljesítménnyel kapcsolatos sémákon magasabb értéket érnek el, mint a szorongók. A szorongóak pedig a *Sérülékenység* sémán. Eredményeim csak részben igazolták, hogy a depressziósok és szorongásos zavarban szenvedők elkülöníthetőek specifikus kogníciók alapján. A depressziósoknál bár súlyosabb előfordulása volt a *Kudarcs* sémának mint a kontrollnak, de a 2 betegcsoport között nem volt szignifikáns különbség. A kapcsolati veszteséggel kapcsolatos *Érzelmi depriváció* sémán azonban a depressziósok magasabb értéket értek el mint a szorongóak. Ez azt jelenti, hogy a kapcsolati veszteségre vonatkozó sémák túlzott aktivitása sérülékenységi faktor a depresszió esetében.

A *Sérülékenység* séma differenciál szorongásos zavarban szenvedő és normál kontroll között. A szorongóak sokkal inkább tartanak egy testi, érzelmi, mentális katasztrófa bekövetkezésétől, mint az egészségesek, de nem jobban mint a depressziósok vagy a borderlineok. A szorongásos zavarra jellemző Beck által javasolt specifikus témákat és diszfunkcionális attitűdöket nem sikerült jelen kutatásnak kimutatni szorongó és depressziós mint között. Ez az eredmény konzisztens más vizsgálatok eredményeivel (Unoka, 2007, Jolly és mtsai, 1994).

---

<sup>13</sup> Lásd a grafikont a 84. oldalon

A depressziós betegek sémáival kapcsolatos eredményeim konzisztensek más vizsgálatok eredményeivel. Unoka (2007) szintén azt találta, hogy a depressziósok érzelmileg depriváltabbak, mint a szorongóak. Riso (2003) eredményei szerint a depresszióban szenvedők, minden sémartományban magasabb átlagot értek el, mint a kontroll.

Calvete és Oure (2008) szorongó betegek esetében azt találta, hogy szignifikánsabban magasabb a séma értékük az *Elhagyatottság*, *Érzelmi gátlás* és *Érzelmi gátoltág* esetén mint a kontrollnak, amely szintén megegyezik saját eredményeimmel.

Továbbá feltételeztem, hogy a bizonytalan kötődés sérülékenységi tényező lesz a pszichopatológiai tünetek megjelenésében a nem megfelelő érzelmszabályozás miatt, illetve a kötődéstől a mentális betegségekig bizonyos sémák fogják közvetíteni a kapcsolatot. Eredményeim ezt a feltételezést alátámasztották. Eszerint a *Bizalmatlanság /Abúzus séma mediálhatja* leginkább a kapcsolatot a korai elégtelen kötődési stílusok és a pszichiátriai zavarok között. Ezek az eredmények egybevágóak Roelofs (2011) és Bosmans (2010) kutatási eredményeivel. Roelofs vizsgálatában azt találta, hogy az *Elszakítotttság* és *Elutasítotttság*<sup>14</sup> sémartomány jelentős mértékben mediálta a kapcsolatot a szülőkhöz vetett bizalom és a depresszív tünetek között. Séma szinten szintén a *Bizalmatlanság és Abúzus* mediált a depresszió és a bizalom között. Bosmans szintén azt az eredményt kapta, hogy ez a sémartomány közvetített a kötődési szorongás és elkerülés között.

Young (2003) definíciója szerint a *Bizalmatlanság* sémával rendelkező személy azt várja, hogy ki fogják használni, manipulálni fogják, csak idő kérdése amíg valaki cserben nem hagyja, így kialakul egy általános gyanakvás a személyben. Ezeknek a kognícióknak a következménye lehet, hogy mivel az egyén gyanakvó, nem bíz senkiben, ezért elkerüli a kapcsolatokat, csalódik másokban, ami tovább erősíti a nem biztonságos kötődést. Mivel a biztos kötődésre és támogatásra való érzelmi igénye nem lesz kielégítve, ezért magányosabb, depressziósabb lesz, illetve jobban szorong az elutasítástól.

Így a fenti, sémákkal kapcsolatos eredmények visszairányítanak minket a kötődéshez, ugyanis azt a feltételezést is alátámasztják, hogy a rossz szülői bánásmód elsősorban azokban a sémákban "rakódik le" amelyek az elutasítással és nem biztonságos kötődéssel kapcsolatosak (I-es sémartomány).

A **korai maladaptív sémák** tekintetében tehát sikerült bizonyítani, hogy a KMS-ek szoros kapcsolatban állnak az általam vizsgált pszichiátriai zavarokkal: a depresszióval, szorongásos zavarokkal és a BPD-vel. Az egészséges kontroll csoportnak volt a legalacsonyabb az átlagértéke

---

<sup>14</sup> A Bizalmatlanság/Abúzus séma az *Elszakítotttság* és *Elutasítotttság* tartomány sémái

minden egyes séma tekintetében. Ezalól a *Feljogosítottság* és *Önfeláldozás* séma volt csak a kivétel, ahol szignifikáns különbséget nem találtam egyik vizsgált csoport között sem. Ezek az eredmények összhangban vannak Unoka saját (2007) kutatásával: az általa vizsgált minden egyes betegmintának szignifikánsan magasabb átlaga volt mint a normál kontrollnak minden egyes séma esetében (kivéve a *Feljogosítottság* sémát).

Az **SCL-90** tünetdimenzióival végzett elemzéseim eredményei alátámasztják, hogy az SCL-90 Globális Súlyossági Indexe képes elkülöníteni a mentálisan beteget az egészségestől. Ez az eredmény konzisztens más kutatások eredményeivel (Holi és mtsai 1998, Bonicatto és mtsai 1997, Unoka és mtsai 2004a). Eredményeim csak részben igazolták, hogy az SCL-90 tünetdimenziói differenciálnak az egyes betegcsoportok között. Szignifikáns különbség leginkább a beteg és kontroll között volt a tünetdimenziókat tekintve, nem a 3 betegcsoport között.

A tünetek súlyosságát tekintve a **BPD** csoport mutatta a tünetek leggyakoribb és legsúlyosabb előfordulását: a BPD csoportot nem jellemzi kevésbé a szorongás és a depresszív tünetek, mint a másik két betegcsoportok. Ezt az eredményt egybevetve a kötődési hipotézisekkel levonhatjuk azt az következtetést, hogy azok a személyek, akiknek a saját magukról és mások megbízhatóságáról kialakított munkamodelljei negatívabbak, nagyobb mértékű distresszt élnek át. Ugyanis a diszfunkcionális sémák esetén fokozódik az átélt distressz mértéke, ami elősegíti a mentális zavarok manifesztálódását.

A kötődési stílusok és **INT** és **EXT** kapcsolatának vizsgálatakor egyik eredményünk az volt, hogy az internalizáló zavar inkább jellemzi az *elárasztott* kötődési stílust, míg a *félelemmentli* stílusnál megtalálható az internalizálás és externalizálás zavara is. Ennek oka, hogy az elárasztott kötődési stílust magas kapcsolati szorongás jellemzi, azaz egyértelműen inkább internalizál, mint elkerül (externalizál). BPD esetén (félelemmentli kötődés) komorbiditást találunk más zavarokkal. Nemcsak a személyiségzavartól szenvednek ezek az egyének, de depressziók, szorongások is, azaz a BPD-nél ez az együttjárás más zavarokkal magyarázhatja, hogy jelen vannak mind az internalizáló és externalizáló tünetek.

A saját eredményeim egybehangzóak korábbi kutatások eredményeivel, a rendelkezésre álló irodalom bizonyítja, hogy a BPD-nél mind egy INT és egy EXT dimenziót megtaláljuk, az INT dimenzió belül is leginkább a distressz alszállával hozható összefüggésbe.<sup>15</sup> James és Taylor (2008) szerint a BPD mind a distressz INT alszállával és az EXT skálával összefüggésbe hozható. Eaton, Krueger és mtsai. (2011) egy friss kutatásukban ezeket az eredményeket képesek voltak megismételni és ők is alátámasztották hogy a BPD mindkét dimenzióval kapcsolatban áll. A BPD-re

<sup>15</sup> Az INT dimenziót két alszállára oszthatjuk: a disztressz és félelem alszállákra



tehát ugyanúgy jellemző a negatív affektus, szorongás (INT), de dühkitörések és impulzivitás is (EXT).

**A sémák és INT – EXT** többszemponútú variancianalízise alapján a sémák súlyosabb előfordulását találtuk azoknál a betegeknél akik INT és EXT is. Az INT zavarok szignifikánsan magasabb értéket értek el a *Sérülékenység* sémán, mint a nem betegek és mint a mind INT és EXT, ami tovább bizonyítja azt az elképzelést hogy a *Sérülékenység* séma a szorongásos és depressziós zavarokra való sérülékenységet hordozhatja magában.

A *Bizalmatlanság* séma úgy tűnik itt is leginkább differenciál beteg és egészséges között, mivel akik mind INT és EXT azoknál ez a séma súlyosabb előfordulását találtuk illetve csak az internalizálók is bizalmatlanabbak, mint az egészséges kontroll.

A *Bizalmatlanság és Abúzus* séma esetén nem csak a NEM beteg csoport (se nem INT se nem EXT zavar) különbözött a mind a INT és EXT zavar csoporttól, de szignifikáns különbség volt a csak internalizálók és a nem betegek között is. A egyszerre INT és EXT is csoport hiszi leginkább hogy kihasználják, manipulálják, nem bízhat meg másokban, de az internalizálók is szignifikánsabban gyanakvóbbak és bizalmatlanabbak, mint a nem betegek vagy csak externalizálók.

Azaz a *Bizalmatlanság és Abúzus* séma nemcsak a bizonytalan kötődés és pszichopatológia között mediál, de képes differenciálni a internalizáló betegek és egészségesek között is.

Ez magyarázható azzal, hogy Young szerint a *Bizalmatlanság és Abúzus* séma kora gyermekkori abúzus, bántalmazó szülői bánásmód következményeként alakul ki, azaz a nem biztonságos kötődés talaján. A negatív kötődési tapasztalatok pedig dezorganizált kötődési stílusba reprezentálódnak, ami, mint azt a korábban kifejtett irodalomban láttuk, leginkább előrejelzi a későbbi pszichiátriai zavarok kialakulását. Egyértelműen kockázati tényezője a pszichopatológiák megjelenésének.

**A nemek közötti különbségeknél** feltételeztem, hogy a nők inkább internalizálnak míg a férfiakra jellemzőbb lesz az externalizálás zavara. Ellentétben más kutatásokkal (Slade, 2007), ezt a hipotézist eredményeim nem támasztották alá. Beteg férfi és beteg nő között nem volt különbség az INT és EXT zavarát illetően (egészséges ffi és nő között sem), szignifikáns különbséget csak beteg és egészséges között találtam. Tehát az INT és EXT pszichopatológiai dimenziók jól differenciálnak mentálisan beteg és egészséges között, de nem a nemek között a vizsgált mintán.

Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy mind a bizonytalan kötődés, a korai maladaptív sémák magas jelenléte és aktivitása illetve az internalizáció és externalizáció zavara sérülékenységi faktorok az általam vizsgált pszichopatológiai zavarok megjelenésében. Legmarkánsabb szerepük a borderline személyiségzavar esetén volt kimutatható. Így ezeket a tényezőket figyelembe kell venni

a mentális betegségek kutatásában és terápiájában. Jövő kutatásokra és terápiás intervenciókra tett javaslataimat és a kutatásom erősségeit és limitációit a következő fejezetben, a *Kitekintésben* tárgyalom.

## VII. KITEKINTÉS

Eredményeim több szempontból is igen fontosak, de óvatosan értelmezendők és általánosítandók a kutatás korlátai miatt. Foglaljuk most össze a kutatásom jelentőségét, erősségeit és korlátait.

Először is, jelen kutatás eredményei fontosak olyan szempontból, hogy megerősítik azt a hipotézist, miszerint a bizonytalan kötődés és a korai maladaptív sémák fokozzák a sérülékenységet a pszichopatológiai zavarokra.

Kutatásom megpróbálta a bizonytalan kötődés és pszichopatológiák közötti közvetítő mechanizmus feltárását. Eredményeim alátámasztották azt az elképzelést, hogy a bizonytalan kötődés talaján kialakuló negatív munkamodell, mint a *Bizalmatlanság és Abúzus* séma, képes lehet magyarázni a kapcsolatot a nem kielégítő kötődés és a pszichopatológiai tünetek között.

A közvetítő mechanizmusokat vizsgáló jövőbeli kutatásoknak érdemes lenne longitudinális vizsgálatokat tervezni az ok okozati kapcsolatok bizonyítására mivel a sémák mediáló hatása elsősorban keresztmetszeti vizsgálatokban bizonyított ezidáig.

Másodszor, vizsgálatom jelentős, mivel klinikai mintán vizsgálta az összefüggéseket. Korábbi kutatások a korai maladaptív sémák és kötődés együttes szerepét pszichiátriai zavarokban nem klinikai mintán vizsgálták. Többen javasolták (pl. Bosmans és mtsai., 2010), hogy az összefüggéseket érdemes lenne klinikai mintákon vizsgálni, mivel a beteg mintán végzett kutatások magasabb korrelációt mutatnak kötődési szorongás és elkerülés között, így azok nagyban befolyásolni fognak más összefüggéseket is (Bosmans és mtsai., 2010). Jelen kutatás klinikai, depressziós, szorongásos és borderline mintán vizsgálta a fenti összefüggéseket.

Míg ez a kutatásom egyik erőssége, ugyanakkor, ez az egyik limitációja is a kis létszámú betegcsoportok, elsősorban a BPD csoport elemszáma miatt.

Az alacsony elemszám miatt vitatható, hogy az eredményeim általánosíthatóak e súlyosabb patológiát mutató BPD egyénekre, ugyanis az általam vizsgált BPD csoport tagjai mind ambuláns kezelésben vettek részt. Fossati (2005) felhívja rá a figyelmet hogy különbség lehet ambulánsan és kórházilag kezelt BPD betegek között is.

Ezek a korlátok miatt szükséges lenne a vizsgálat megismétlése nagyobb mintán, elsősorban növelve a BPD betegek számát. Illetve ideális lenne, ha a BPD minta reprezentálná a kórházi betegeket is, nemcsak a (feltételezhetően) magasabban funkcionáló ambuláns BPD klienseket.

Harmadszor, a kutatásom módszertanának is megvoltak a maga erősségei és gyengesége is. A kötődés kérdőívek közül kettőt is használt jelen kutatás, hogy a két általános kötődés dimenzió

kívül más összefüggések kimutatása is lehető legyen. Nem találtam az áttekintett irodalomban olyan vizsgálatot, ami kétfajta kötődés kérdőívet vett volna fel a vsz.-ekkel. Ez lehetővé tette olyan alskálák mentén való analízist mint a *Biztonság a kapcsolatokban* ASQ skála. Eredményeim szerint azonban összességében a két kérdőív (ECR és ASQ) alkalmazhatóságában nincs különbség. Még a *Biztonság a kapcsolatokban* ASQ skála – amely nem feleltethető meg egyértelműen sem a kapcsolati szorongás sem az elkerülés ECR dimenzióinak – sem differenciált például a kontroll és szorongóak között.

Alkalmazhatóságuk függhet a vizsgált populációtól: az ASQ alkalmas olyan minták vizsgálatára is akiknek még nem volt romantikus kapcsolatuk, például serdülők vizsgálatára. Illetve mivel az ECR lehetővé teszi a 4 felnőtt kötődési stílus beazonosítását, ezért ha a tervezett vizsgálatban ezekre szükség van, akkor az ECR alkalmazását javaslom jövőbeli kutatások számára.

Ezenkívül, a kutatásomban használt kötődés kérdőívek csak azokat az intim kapcsolatokban átélt érzéseket és viselkedéseket mérik, amelyeknek a személy eleve tudatában van. A Young sémakérdőív korlátait tekintve ugyanezt elmondhatjuk: a személy saját magáról kialakított belső munkamodellekkel kapcsolatos kogníciókat méri, kis hangsúlyt kap a másikról kialakított modell. Leginkább a *Másokra való irányultság* sémataromány sémái mérik a másikról való munkamodelleket.

Korábbi, kötődési stílusokat és patológiák összefüggéseit vizsgáló kutatások (pl. George, Kaplan és Main, 1985) inkább olyan mérőeszközöket használtak, amelyek a tudatalatti konstruktumot hozzáférését is lehetővé tették, például a Felnőtt Kötődési Interjú (AAI), emeli ki Fossati (2005). Az AAI használata jövő kutatásokban – bár időigényes és hosszú kiképzést igényel- célszerűbb lehet, mint önkítöltő kérdőívek használata.

Negyedszer, kutatásom abban is hozzájárulhat a szakirodalomhoz, hogy a sémák és kötődési stílusok mellett behozott egy harmadik pszichopatológiai modellt, az internalizáció és externalizáció dimenziókat. Ezzel a két dimenzióval kapcsolatos eredményeim hozzájárulnak a pszichiátriai zavarok komorbiditásának megértéséhez és ösztönözhet más kutatókat arra, hogy tovább vizsgálják, hogy ez a két dimenzió mentén hogyan rendszerezhetők a pszichopatológiák. Ennek óriási jelentősége lenne a DSM-IV újírásában, hiszen, mint ahogy már Krueger (2005) is javasolta, érdemesebb lenne a mentális zavarokat dimenziók mentén konceptualizálni a meglévő DSM- IV kategóriák helyett, ugyanis a kategóriás szemlélet figyelmen kívül hagyja a zavarok közötti komorbiditást.

Az internalizálás és externalizálás menti vizsgálódás tehát igen termékenynek tűnik, azonban jövőbeli vizsgálatoknak ésszerű lenne csak EXT klinikai mintákat is vizsgálni. Saját kutatásom gyengesége, hogy csak externalizáló csoportot nem vizsgált. Érdemes lenne alkoholistákat,

drogfüggőket vagy pszichopatakat (EXT csoportok) bevenni a vizsgált mintákba.

Ezenkívül, mivel a sémák tekintetében is találtunk érdekes különbségeket az INT és EXT zavarok között, érdekes lenne olyan kutatásokat tervezni, aminek középpontjában az INT-EXT és sémák összefüggéseinek vizsgálata áll. Az áttekintett irodalomban ilyen kutatásokkal egyáltalán nem találkoztam.

A kutatásom jelentőségét mégis leginkább gyakorlati szempontból tartom fontosnak. A kötődési stílusok és korai maladaptív sémák ismerete és azokkal való munka a terápiás folyamatban kimagasló jelentőségű. Az eredményeim azt sugallják, hogy a korai maladaptív sémák informatívak nemcsak a korai kötődéseket illetően, de a jelenlegi kapcsolati problémákkal kapcsolatban is. Így a klasszikus kognitív viselkedéses terápia helyett ideális lenne Young sématerápiájának alkalmazása. A sématerápia egyik fő eszköze a változás folyamatában a limitált szülői gondoskodáson keresztül a korai kötődési tapasztalatok korrekciója. A terapeuta tehát egy biztos bázist jelent a beteg számára, aminek a jelentőségére már Bowlby (1988/ 2009) is felhívta a figyelmet a terápiás feladatok megfogalmazásakor. A terápiás folyamatban a kötődési rendszer aktiválódik és a terapeuta egy fontos kötődési figura lesz, így a terápiás kapcsolat felhasználható a sémák, és annak következményeként a kötődési stílusok, korrekciójára. Sématerápiás hatékonysági vizsgálatok (pl. Giesen- Bloo és mtsai, 2006) bizonyítják, hogy a korai maladaptív sémák sématerápiás munka során korrigálhatóak.

Véggöveztetések: jelen kutatás támogatja korábbi vizsgálatok feltevéseit a bizonytalan kötődés és korai maladaptív sémák szerepéről pszichiátriai zavarokban illetve behozott egy új dimenziót, az internalizálás és externalizálás pszichopatológiai dimenziókat. Eredményeim bővítik azon irodalmat, amelyek a negatív munkamodellek tartalmának megértését és azok szerepét mentális zavarokban célozzák meg.

## VIII. IRODALOMJEGYZÉK

- Agrawal, H.R., Gunderson, J., Holmes, B.M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: a review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, (2), 94-104.
- Ainsworth, M., Blehar, M. C., Waters E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. NJ: Erlbaum, Hillsdale.
- Ainsworth, M.D.S. & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, Vol. 46 (4), 333-341.
- Alexandrov, E.O., Cowan, P.A., & Cowan, C.P. (2005). Couple attachment and quality of marital relationships: Method and concept in the validation of the new couple attachment interview and coding system. *Attachment and Human Development*, 7, 123-152.
- Andersen, S. M., & Glassman, N. S. (1996). Responding to significant others when they are not there: Effects on interpersonal inference, motivation and affect. In R.M. Sorrentino & E.T. Higgins (Eds.). *Handbook of Motivation and Cognition*, Vol. 3, 262-321, New York: Guilford Press.
- APA (1996). A DSM-IV diagnosztikai kritériumai (zsebkönyv). Animula, Budapest
- Ball, S. A. & Young, J.E. (2000). Dual focus schema therapy for personality disorders and substance dependence: case study results. *Cognitive and Behavioural Practice*, 2000 (7), 270-281.
- Bamelis, L., Bloo, J., Bernstein, D., & Arntz, A. (2012). Effectiveness studies. In M. van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (Eds.). *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, research and practice*. Wiley and Sons.
- Baranoff, J., Oei, T., Seong, H.C. & Seok-Man, K. (2006). Factor structure and internal consistency of the Young schema questionnaire (short form) in Korean and Australian sample. *Journal of Affective Disorders*, 93, 133-140.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An Attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- 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- 244.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1996). Beyond Belief: A Theory of modes, personality, and psychopathology. In P.M. Salkovskis (Ed.). *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press.

- Beck, A. T. & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.
- Bifulco, A., Figueiredo, B., Guedeney, N., Gorman, L., L., Hayes, S., & Muzik, M. (2004). Maternal attachment style and depression associated with childbirth: Preliminary results from European and US cross-cultural study. *British Journal of Psychiatry*, 184, 31-37.
- Bifulco, A., Lille, A., Ball, B., & Moran, P. (1998). *Attachment Style Interview (ASI) – Training manual*. London: Royal Holloway, University of London.
- Bifulco, A., Moran, P., M., Ball, C., & Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style: I. Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 50-59.
- Bifulco, A. et al., (2006). Adult attachment style as a mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41 (10), 796-805.
- Bonicatto, S., Dew, M.A., Soria, J.J., & Seghezzi, M.E. (1997). Validity and reliability of symptom checklist 90 (SCL-90) in an Argentine population sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32 (6), 332-338.
- Bosmans, G., Braet, C., & Van Vlierberghe, L. (2010). Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 374-385.
- Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: Their characters and their home life. *International Journal of Psychoanalysis*, 25, 19-52, 107-127.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Bowlby, J. (1958). The nature of a child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (2009): *A biztos bázis: a kötődéelmélet klinikai alkalmazásai*. Animula, Bp.

- Brennan, K. A.; Clark, C. L. and Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.). *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press.
- Brennan, K.A., & Shaver, P.R. (1998). Attachment styles and personality disorders: Their connection to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *Journal of Personality*, 66, 835-878.
- Brunch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Calvete, E., & Orue, I. (2008). Social anxiety and dysfunctional cognitive schemas [Ansiedad social y esquemas cognitivos disfuncionales]. *Psicologia Conductual*, 16, 5-21.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Finding order in disorganization: Lessons from research on maltreated infant's on attachment to their caregivers. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.). *Child Maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. New York: Cambridge University Press.
- Carnelley, K.B., Pietromonaco, P.R., & Jaffe, K. (1994). Depression, working model of others and relationship functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 127-140.
- Cobb, R. J., & Davila, J. (2009). Internal working models and change. In J.H. Obegi & E. Berant (Eds.). *Attachment Theory and Research in Clinical Work*. New York, London: Guilford Press.
- Cole, M., & Cole, S. R. (1998). *Fejlődéslélektan*. Osiris, Bp.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1994). Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. In K. Bartholomew, K. & D. Perlman (Eds.). *Advances in personal relationships: Vol. 5. Attachment processes in adulthood*. London: Jessica Kingsley.
- Cooper, M. L., Shaver, P., R., & Collins, N., L. (1998). Attachment Styles, Emotion Regulation, and Adjustment in Adolescence. *Journal of Personality & Social Psychology*. Vol. 74, (5), 1380-1397.
- Coyne, J.C., Kahn, J., & Gotlib, I. H. (1987). Depression. In T. Jacob (Ed.). *Family interaction and psychopathology*. New York: Plenum.
- Craske, M. G. & Zoellner, L.A. (1995). Anxiety disorders: The role of marital therapy. In N. S. Jacobson & A.S. Gurman (Eds.). *Clinical handbook of couple therapy*. New York: Guilford.
- Cromwell, J.A. & Owens, G. (1996). *Current Relationship Interview and scoring system*. Unpublished manuscript, State University of New York, Stony Brook.



- Cukor, D., & McGinn, L.K. (2006). History of child abuse and severity of adult depression: the mediating role of cognitive schema. *Journal of Child Sexual Abuse, 15*, 19-34.
- Cyranowski, J.M., Bookwala, J., Feske, U., Houck, P., Pilkonis, P., Kostelnik, B., et al. (2002). Adult attachment profiles, interpersonal difficulties, and response to interpersonal psychotherapy in women with recurrent major depression. *Journal of Social and Clinical Psychology, 21*, 191-217.
- Davidson, J., McLeod, M.N., & White, H.L. (1978). Inhibition of platelet monoamine oxidase in depressed subjects treated with phenelzine. *American Journal of Psychiatry, 135*, 470-472.
- Davila, J., & Cobb, R.J. (2003). Predicting change in self-reported and interviewer assessed adult attachment: Tests of individuals difference and life stress models of attachment change. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*, 859-870
- Davila, J., & Cobb, R.J. (2004). Predictors of change in attachment security during adulthood. In Rholes, W.S. & Simpson, J.A. (Eds.). *Adult attachment: Theory, Research and Clinical Implications*. New York: Guilford Press.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual*. 2<sup>nd</sup> edition. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L.R., Rickels, K., & Rock, A.F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self report scale. *British Journal of Psychiatry, 128*, 280-289.
- Dozier, M., Stovall, K.C., & Albus, K. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment theory and research*. New York: Guilford.
- Eaton, N.R., Krueger, R.F., Keyes, K.M., Skodol, A.E., Markon, K.E., Grant, B.F., & Hasin, D.S. (2011). Borderline personality disorder co-morbidity: relationship to the internalizing – externalizing structure of common mental disorders. *Psychological Medicine, 41* (5), 1041-1050.
- Edwards, D. & Arntz, A. (2012). Schema Therapy in historical perspective. In M. van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (Eds.). *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, research and practice*. Wiley and Sons.
- Egeland, B. & Farber, E.A. (1984). Infant- mother attachment: Factors related to its development and changes overtime. *Child Development, 55*, 753-771.
- Eng, W., Heimberg, R.G., Hart, T.A., Schneier, F.R., & Liebowitz, M. R. (2001). Attachment in individuals with with social anxiety disorder: The relationship among adult attachment styles, social anxiety and depression. *Emotion, 1*, 365-380.
- Farrell, J.M. & Shaw, I. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavioural Therapy and Experimental Psychiatry, 40*, 317-328.
- Farrell, J.M. & Shaw, I. A. (2010). Schema therapy groups for borderline personality disorder patients: the best of both worlds of group psychotherapy. In *Fortschritte der*

*Schematherapie (Advances in Schema Therapy)*. (eds. E. Roediger & G. Jacobs).  
Göttingen, Hogrefe.

- Feeney, J.A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. In M.B. Sperling & W. H. Berman (Eds.). *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*. New York: Guilford Press.
- Florian, V., Mikulincer, M., & Bucholtz, I. (1995). Effects of adult attachment style on the perception and search for social support. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 129, 665-676.
- Fonagy, P. (2003). A kötődés generációs átvitele. Egy új elmélet. *Thalassa*, (14), 2-3: 83- 106.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- Fonagy, P., & Target, M. (1998). A kötődés és a reflektív funkció szerepe a szelf fejlődésében. *Thalassa*, (9), 1: 5-43.
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). *Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében*. Gondolat, Bp.
- Fonagy, P., Steele, H., Morgan, G., Steele, M., & Higgitt, A. (1991a). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-217.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The Emmanuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35, 231-257.
- Fossati, A., Feeney, J. A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., Acquarini, E., & Maffei, C. (2003). On the dimensionality of the Attachment Style Questionnaire in Italian clinical and nonclinical participants. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20, 1, 55-79.
- Fossati, A., Feeney, J. A., Donati, D., és mtsai., (2003). Personality disorders and adult attachment domains in mixed psychiatric sample. A multivariate study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 30-37.
- Fossati, A., Feeney, J.A., és mtsai.(2005). Modeling the relationship between adult attachment patterns and borderline personality disorder: The role of impulsivity and aggressiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(4), 520- 537.
- Fraley, R.C. (2010). *A Brief Overview of Adult Attachment Theory and Research*. A <http://internal.psychology.illinois.edu/~rcfraley/attachment.htm> oldalról letöltve, 2010. április 1-én.
- 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, 350-365.

- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Gergely, Gy., & Watson, J. S. (1998). A szülői érzelmi tükrözés szociális biofeedback modellje. *Thalassa, (9), 1*: 56- 105.
- Giesen-Bloo, J., Dyck, R. van, Spinhoven, P., Tilburg, W. van, Dirksen, C., Asselt, T. van, Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder, randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry, 63*, 649-658.
- Haaga, D.F., Yarmus, M., Hubbard, S., Brody, C., Solomon, A., Kirk, L., & Chamberlain, J. (2002). Mood dependency of self rated attachment style. *Cognitive Therapy and Research, 26*, 57-71.
- Hahusseau, S. & Pélioso, A. (2006). Young's schema-focused therapies in personality disorders: a pilot study. Thérapies comportementales et cognitives centrées sur le schémas de young dans les troubles de la personnalité: Etude pilote sur 14 cas. *L' Encéphale: revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique, 32 (1)*, 298-304.
- Hamilton, C. E. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development, 71*, 690-694.
- Hámori, E., Dankháziné Hajtman, E., Horváth Szabó, K., Kézdy, A., Martos, T. *Kötődési minták felnőttkorban – A Kötődési Stílus Kérdőív (ASQ) magyar változata. Publikácóra előkészítve.*
- Halvorsen, M., Wang, C.E., Eisemann, M., & Waterloo, K. (in press). Dysfunctional Attitudes and Early Maladaptive Schemas as Predictors of Depression: A 9-Year Follow-Up Study. *Cognitive Therapy and Research, 34*, 368-379.
- Harris, A.E., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research, 26*, 405-416.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511-524.
- Harlow, H. F. & Zimmerman, P.R. (1958). The development of affective responses in infant monkeys. *Proceedings of the American Psychological Society, 102*, 501-509.
- Hedley, L.M., Hoffart, A., & Sexton, H. (2001). Early maladaptive schemas in patients with panic disorder with agoraphobia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 15*, 131-142.
- Hesse, E. (1999). The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives. In J. Cassidy, J. & P. R. Shaver (Eds.). *Handbook of Attachment*. 395-433. The Guilford Press: New York, London.
- Holi, M.M. (2003). *Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90*. Academic Dissertation. University of Helsinki, Finland.
- Holi, M.M., Samallathi, P.R., & Aalberg, V.A. (1998). A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 97*, 42-46.

- Horowitz, M. J. (Ed.). (1991). *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Horowitz, M. J. (1997). *Formulation as a basis for planning psychotherapy treatment*. Washington D.C: American Psychiatric Press.
- van Ijzendoorn, M.H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: a meta-analysis of the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, *117*, 387-403.
- van Ijzendoorn, M.H., Schuengel, C., & Bakersman-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychopathology*, *11*, 225-249.
- James, Southam és Blackburn, (2004). Core beliefs Salkovkis konyvben
- James, L.M. & Taylor, J. (2008). Revisiting the structure of mental disorders: Borderline personality disorder and the internalizing/externalizing spectra. *British Journal of Clinical Psychology*, *47*, 361-380.
- Johnston, C., Dorahy, M.J., Courtney, D., Bayles, T., & O’Kane, M. (2009). Dysfunctional schema modes, childhood trauma and dissociation in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *40*, 248-255.
- Jolly, J.B., Murray, J.D., Kramer, T.A., & Wherry, J.N. (1994). Integration of Positive and Negative Affectivity and Cognitive Content-Specificity: Improved Discrimination of Anxious and Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*, 544-552.
- deJonghe, F., Kool, S., vanAalst, G., Dekker, J., & Peen., J. (2001). Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, *64*, 217- 229.
- Jovev, M., & Jackson, H.J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*, *18*, 467-478.
- Jurist, E. L., & Meehan, K. B. (2009). Attachment, mentalization and reflective functioning. In J.H. Obegi & E. Berant (Eds.). *Attachment Theory and Research in Clinical Work*. New York, London: Guilford Press.
- Kobak, R. (1999). The Emotional Dynamics of Disruptions in Attachment Relationships. Implications for Theory, Research and Clinical Intervention. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.). *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*. London: The Guilford Press.
- Kobak, R.R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: working models, affect regulation and representations of self and others. *Child Development*, *59*, 135-146.
- Krueger, R.F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 921 – 926.

- Lawrence, K.A., Allen, J.S., & Chanen, A.M. (2011). A study of maladaptive schemas and borderline personality disorder in young people. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 30-39.
- Lee, C.W., Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 441-451.
- Lorenz, K. Z. (1935). *The companion in the birds' world*. (Abbreviated English translation published in 1937 in *Auk*, 54, 245-273. )
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Parsons, E. (1999). Maternal frightened, frightening or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. In J. Vondra & D. Barnett (Eds.) *Atypical patterns of infant attachment: Theory, research and current directions. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64 (3).
- Ma, K. (2006). Attachment theory in adult psychiatry. Part 1: Conceptualizations, measurement and clinical research findings. *Advances in Psychiatric Treatment*, Vol. 12, 440-449.
- Main, M. (2000). Attachment theory: Eighteen points with suggestions for future studies. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1994). *Adult attachment rating and classification system*. (Version 6.0). Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. Greenberg, D. Cicchetti & E.M Cummings (Eds.) *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. University of Chicago Press; Chicago. pp. 161–184.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.). *Growing Points of Attachment Theory and Research Monographs of Society for Research in Child Development*, Vol. 50., Chicago, IL, Chicago University Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for the classification of behaviour. In T. Brazelton & M. Yougman: *Affective Development in Infancy*. Norwood, NJ: Ablex.
- Mason, O., Platts, H., & Tyson, M. (2005). Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 549-564.
- McGinn, L.K., & Young, J.E. (1996). Schema-focused Therapy. In P.M. Salkovskis (Ed.). *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford, 182- 207.
- Mikulincer, M. Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies and post-traumatic psychological distress: The impact of the Gulf war in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 817-826.

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2004). Security-based self-representations in adulthood: contents and process. In W.S Rholes & J.A Simpson (Eds.). *Adult attachment: Theory, research and clinical implications*. New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: structure, dynamics and change*. New York, London: The Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2009). An Overview of adult attachment theory. In J.H. Obegi & E. Berant (Eds.). *Attachment Theory and Research in Clinical Work*. New York, London: Guilford Press.
- Morrison, N. (2000). Schema-focused cognitive therapy for complex long- standing problems: a single case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 269-283.
- Nagy L. (2005): A felnőtt kötődés mérésének egy új lehetősége: a Közvetlen Kapcsolatok Élményei kérdőív. *Pszichológia*, 25, (3), 223-245.
- Overall, N. C., Fletcher, G. J. O., & Friesen, M. D. (2003). Mapping the intimate relationship mind: Comparisons between three relationship models of attachment representations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1479 – 1493.
- Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, D., Howard, R., & Maughan, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Developmental Psychopathology*, 6, 375-388.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 571-584.
- Piper, W.E., Azim, H.F., McCallum, M., & Joyce, A.S. (1990). Patient suitability and outcome in short term individual psychotherapy. *Journal of Cons and Clinical Psychology*, 58 (4), 475-481.
- Platts, H., Tyson, M., & Mason, O. (2002). Adult attachment style and core beliefs: are they linked? *Clinical psychology and Psychotherapy*, 9, 332-348.
- Pohárnok, M. (2003). A borderline személyiségzavar kötődélmélete. In: J. Kállai & B. Kézdi (szerk.). *Új Távlatok a Klinikai pszichológiában*. Új Mandátum Kiadó, Bp.
- Ratkóczi, É. (2003). *Életesemények lelki zavarai II. - Személyiségzavarok*. Animula, Budapest.
- Reis, S. & Grenyer, B. (2004). Fear of intimacy in women. Relationship between attachment styles and depressive symptoms. *Psychopathology*, 37, 299–303
- Riso, L.P., Blandino, J.A., Penna, S., Dacey, S., Grant, M.M., Du Toit, P.L., Duin, J.S., Pacoe, E.M., & Ulmer, C.S. (2003). Cognitive aspects of chronic depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 72-80.
- Riso, L.P., Froman, S.E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R.E., Turini-Santorelli, N., Penna, S., Blandino, J.A., Jacobs, C.H., & Cherry, M. (2006). The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 515-529.

- Roelofs, J., Lee, C., Ruijten, T., & Lobbestael, J. (2011) The mediating role of early maladaptive schemas in the relation between quality of attachment relationships and symptoms of depression in adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, Vol. 39, (4), 471-480.
- Ruiz, A.M. & Edens, J.F. (2008). Recovery and replication of internalizing and externalizing dimensions within the Personality Assessment Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 90 (6), 585-592.
- Sack, A., Sperling, M.B., Fagen, G., & Foelsch, P. (1996). Attachment style, history and behavioral contrasts for borderline and normal sample. *Journal of Personality Disorders*, 10, 88-102.
- Schmidt, N.B., Joiner, T.E., Young, J. E., & Telch, M.J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19 (3), 295-321.
- Segal, Z.V. (1988). Appraisal of the self-schemata construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103, 147-162.
- Shaver, P.R. & Fraley, R. C. (2004) *Self-report measures of adult attachment*. A <http://www.psych.illinois.edu/~rcfraley/measures/measures.html> oldalról letöltve 2010. április 4-én.
- Sheehan, G., & Noller, P. (2002). Adolescents' perception of differential parenting: Links with attachment style and adolescent adjustment. *Personal Relationships*, 9, 173- 190.
- Slade, T. (2007). The descriptive epidemiology of internalizing and externalizing psychiatric dimensions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42 (7), 554-560.
- Soygut, G., Karaosmanoglu, A., & Cakir, Z. (2009). Assessment of early maladaptive schemas: a psychometric study of the Turkish Young Schema Questionnaire- Short Form-3. *Turkish Journal of Psychiatry*, 20 (1), 75-84.
- Sroufe, L.A. (1996). *Emotional Development: The Organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Stern, D. N. (1985). *A csecsemő személyközi világa*. Animula, Budapest.
- Stern, D. N. (1994). One way to build a clinically relevant baby. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 15 (1), 9-25.
- Stern, D. N. (1995). *Az anyaság állapota*. Animula, Budapest.
- Strodl, E., & Noller, P. (2003). The relationship of adult attachment dimensions to depression and agoraphobia. *Personal Relationships*, 10, 171-185.
- Teti, D.M., Gelfand, D.M., Messinger, D., & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers and their mothers. *Developmental Psychology*, 31, 364-376.
- Troisi, A., Massaroni, P. & Cuzzolaro, M. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 44 (1), 89-97.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*,

- Unoka, Zs., Sz. (2007). *Személyiségvonások, tünetdimenziók, rossz szülő bánásmód vizsgálata és látens sérülékenység dimenziók azonosítása egyes pszichés zavarokban*. Doktori értekezés. SOTE, Klinikai Orvostudományok Doktori Iskola.
- Unoka, Zs., Rózsa, S., Kő, N., Kállai, J., Fábíán, Á., & Simon, L. (2004a): A Derogatis-féle Tünetlista hazai alkalmazásával nyert tapasztalatok. *Psychiatria Hungarica*, 19, (3), 235-243.
- Unoka, Zs., Rózsa, S., Fábíán, Á., Mervó, B., & Simon, L. (2004). A Young-féle Séma kérdőív: A Korai maladaptív sémák jelenlétét mérő eszköz pszichometriai jellemzőinek vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 3, 235-243.
- Unoka, Zs., Czobor, P., & Tölgyes, T. (2007). Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: a differential association. *Compr Psychiatry*, 48, 199-204.
- Urnes, O. (1999). Fejlődéslélektan és Szelfpszichológia. In S. Karterud & J.T. Monsen (Eds.). *Szelfpszichológia: a Kohut utáni fejlődés*. Animula, Budapest.
- Waller, G., Meyer, C., Ohanian, V., Elliott, P., Dickson, C., & Sellings, J. (2001). The psychopathology of bulimic women who report childhood sexual abuse: the mediating role of core beliefs. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 700-708.
- Warren, S., Huston, L., Egeland, B., & mtsaik. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 637-644.
- Waters E., Merrick, S., Treboux, D, Crowell, J., and Albersheim, L. (2000a). Attachment Security in Infancy and Early Adulthood: A Twenty-Year Longitudinal Study. *Child Development*. Vol. 71, ( 3), 684-689.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000b). Individual differences in infant-mother attachment at twelve and eighteen months: Stability and change in families under stress. *Child Development*, 50, 971-975.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The schema questionnaire – Short form: factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 519-530.
- West, M., & George, C. (2002). Attachment and dysthymia: The contributions of preoccupied attachment and agency of self to depression in women. *Attachment and Human Development*, 4, 278-293.
- West, M., & Sheldon, A.E. (1988). The classification of pathological attachment patterns in adults. *Journal of Personality Disorders*, 2, 153-160.
- Wikipedia: Schema (Psychology). Letöltve 2011. augusztus 5-én a következő oldalról: [http://en.wikipedia.org/wiki/Schema\\_\(psychology\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Schema_(psychology))
- Winnicott, D. W (1967). Mirror-role of the mother and the family in child development. In P. Lomas (Ed.) *The Predicament of the Family: A Psychoanalytic Symposium*. London: Hogarth.



- Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL, Professional Resources Press.
- Young, J.E. (1994). *Young Parenting Inventory*. Available from the Cognitive Therapy Centre of New York, 3 East 80<sup>th</sup> street, PH, New York, NY 10021.
- Young, J.E. (2005). *Young Schema Questionnaire (YSQ-S3, 3<sup>rd</sup> edition)*. New York: Schema Therapy Institute, 36 West 44<sup>th</sup> str., Ste. 1007, New York, NY 10036.
- Young, J.E. (2007). *The Schema Mode Inventory (SMI)*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J.E. (2010). *Schema therapy, past, present and future*. Keynote address to the Conference of the International Society of Schema Therapy, Berlin, Germany, (July).
- Young, J.E. (2012). *The Evolution of Limited reparenting and Attachment in Schema Therapy*. Keynote address to the Conference of the International Society of Schema Therapy, New York, NY (May).
- Young, J.E. & Brown, G. (1994). Young schema questionnaire (2<sup>nd</sup> edition). In J.E. Young, *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL, Professional Resources Press.
- Young, J.E., & Klosko, J. S. (1994). *Reinventing your life*. Reprint edition. New York, Plume.
- Young, J. E. , Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy. A Practitioner's Guide*. New York, Guilford Press.
- Zimmermann, P. Fremmer-Bombik, E., Sprangler, G., & Grossman, K.E. (1997). Attachment in adolescence: A longitudinal perspective. In W. Koops, J.B., Hoeksema & D.C. VandenBoom (Eds.) *Development of interaction and attachment: Traditional and non-traditional approaches*. Amsterdam, North-Holland.
- Zorn, P., Roder, V., Muller, D.R. és mtsai. (2007). Schemazentrierte emotiv-behaviorale therapie (SET): eine randomisierte evaluationsstudie an patienten mit persónlichkeitsstórungen uas den cluster B und C. *Verhaltenstherapie, 17*, 233-241.

## IX. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ezúton szeretném megköszönni mindazon kollegáknak, barátoknak és családtagoknak akik hittek benne, hogy megszületik ez a munka és végig támogattak a folyamat során.

Köszönöm témavezetőmnek, Dr Nagy Lászlónak, a folyamatos segítséget, visszajelzést és a rengeteg órát, amit a dolgozatom olvasásával és statisztikai elemzésével töltött. A statisztikai értelmezésért Járai Róbertet is illeti köszönet. Velősy Anitának köszönöm, hogy mindig információval látott el és segített a praktikus szervezésben. Ezenkívül szeretném ezt a dolgozatot ajánlani első témavezetőmnek is, Prof. Kézdi Baláznak, aki sajnos már nem érte meg a disszertációm elkészülését.

Köszönet jár minden vizsgálati személynek, akik mindenféle ellenjuttatás nélkül hajlandóak voltak részt venni kutatásomban illetve azoknak az orvosoknak és pszichiátereknek akik hozzájárultak az adatgyűjtéshez. Nagyon hálás vagyok önzetlen segítségükért.

Ezenkívül hálás vagyok barátaimnak és családomnak, hogy végig hittek bennem és támogattak. Legjobb barátnőmnek, Zimonyi Zsuzsának, a támogatása mellett külön köszönöm a dolgozat bekötésével kapcsolatos segítségét. Eredeti családomnak, szüleimnek és Kriszta nővéremnek, hogy megértették, hogy gyakran nem velük töltöttem a Budapesten töltött napokat hanem könyvtárban a disszertációt írva. És végül köszönöm férjemnek, Nicholasnak, hogy türelmes volt legfőképp az utóbbi hónapokban, amikor csak a disszertációról szólt a szabadidőnk. És hogy szüntelen inspirál a karrieremet illetően.

## X. MELLÉKLETEK

- I. Stasztikai elemzések  
II. Kérdőívek

### Melléklet I.

		Kapcsolati szorongás	Kapcsolati elkerülés	Biztonság a kapcsolatokban	Közelség kellemetlen	Kapcsolat, mint másodlagos	Elismerés iránti szükséglet	Túlzott foglalkozás a kapcsolatokkal
Kapcsolati szorongás	Pearson Correlation	1	,283*	-,372**	,376**	,248*	,670**	,748**
	Sig. (2-tailed)		.013	.001	.001	.030	.000	.000
	N	77	77	77	77	77	77	77
Kapcsolati elkerülés	Pearson Correlation	,283*	1	-,517**	,643**	,414**	,318**	,316**
	Sig. (2-tailed)	.013		.000	.000	.000	.005	.005
	N	77	77	77	77	77	77	77
Biztonság a kapcsolatokban	Pearson Correlation	-,372**	-,517**	1	-,714**	-,444**	-,567**	-,531**
	Sig. (2-tailed)	.001	.000		.000	.000	.000	.000
	N	77	77	77	77	77	77	77
Közelség kellemelen	Pearson Correlation	,376**	,643**	-,714**	1	,645**	,491**	,555**
	Sig. (2-tailed)	.001	.000	.000		.000	.000	.000
	N	77	77	77	77	77	77	77
Kapcsolat, mint másodlagos	Pearson Correlation	,248*	,414**	-,444**	,645**	1	,296**	,342**
	Sig. (2-tailed)	.030	.000	.000	.000		.009	.002
	N	77	77	77	77	77	77	77
Elismerés iránti szükséglet	Pearson Correlation	,670**	,318**	-,567**	,491**	,296**	1	,706**
	Sig. (2-tailed)	.000	.005	.000	.000	.009		.000
	N	77	77	77	77	77	77	77
Túlzott foglalkozás a kapcsolatokkal	Pearson Correlation	,748**	,316**	-,531**	,555**	,342**	,706**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.005	.000	.000	.002	.000	
	N	77	77	77	77	77	77	77

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

### Melléklet I.

Az ECR és ASQ skáláinak korrelációs táblázata



**Melléklet II.**

**A Kötődés kérdőívek dimenzióinak tekintetében talált különbségek a 3 betegcsoport és a normál minta között**

Kötődés kérdőív skálája		Átlag	SD	F	df	Sig.	Minták közötti szign. különbségek, páronként	Minimum	Maximum
Kötődés	Depr (23)	4,23	0,88	15,94	3	,000	A, B, C, E, F	2,50	5,00
	Szor (21)	4,14	1,15					2,56	5,00
	BPD (12)	5,35	1,36					2,06	5,00
	Kontr (21)	2,78	0,98					1,06	5,00
	Total (77)	3,99	1,34					1,06	5,00
Kötődés elkerülés	Depr	3,56	0,98	4,90	3	,004	A, C	1,29	5,00
	Szor	3,05	1,54					1,28	5,00
	BPD	3,96	1,38					1,72	5,00
	Kontr	2,46	0,95					1,00	5,00
	Total	3,18	1,30					1,00	5,00
Kötődés a munkában	Depr	3,39	0,94	13,72	3	,000	A, C, E, F	1,38	5,00
	Szor	3,89	0,95					2,75	5,00
	BPD	2,42	0,77					1,13	5,00
	Kontr	4,41	0,84					2,38	5,00
	Total	3,65	1,09					1,13	5,00
Kötődés otthon	Depr	3,99	0,57	8,38	3	,000	A, C	2,80	5,00
	Szor	3,67	1,09					1,90	5,00
	BPD	4,50	0,85					2,60	5,00
	Kontr	3,03	0,88					1,10	5,00
	Total	3,72	0,98					1,10	5,00
Kötődés, mint szociális	Depr	2,66	0,76	4,33	3	,007	A, C	1,57	5,00
	Szor	2,40	0,93					1,00	5,00
	BPD	2,95	0,96					1,43	5,00
	Kontr	1,97	0,68					1,00	5,00
	Total	2,45	0,88					1,00	5,00
Kötődés iránti attitűd	Depr	4,06	0,87	22,37	3	,000	A, B, C, E, F	2,14	5,00
	Szor	4,21	0,99					1,86	5,00
	BPD	5,08	0,50					4,14	5,00
	Kontr	2,77	0,72					1,43	5,00
	Total	3,91	1,12					1,43	5,00
Összefoglaló	Depr	4,15	0,65	21,23	3	,000	A, B, C, E, F	2,75	5,00

őív	Szor	3,90	0,72					2,63
	BPD	4,87	0,73					3,25
	Kontr	2,86	0,84					1,00
	Total	3,84	0,99					1,00

Jelmagyarázat:

- A :  $p < 0.05$       Kontroll és depressziós között
- B:  $p < 0.05$       Kontroll és szorongó között
- C:  $p < 0.05$       Kontroll és BPD között
- D:  $p < 0.05$       Depressziós és szorongó között
- E:  $p < 0.05$       Depressziós és BPD között
- F:  $p < 0.05$       Szorongó és BPD között

Melléklet III

A korai maladaptív sémák tekintetében talált különbségek a kontroll, a depressziós, a szorongó és a borderline minta között.

KMS	Minták								Minták közötti különbségek		
	Depressziós (23)		Szorongó (21)		Borderline (12)		Kontroll (21)		F	df	P-érték
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Páronként		
Érzdep	3,60	1,37	2,01	1,12	4,13	1,68	1,76	1,02	A, C, D, F	14, 567	30, 000
Elhagy	3,06	1,19	3,40	1,35	4,81	1,28	1,80	0,70	A, B, C, E, F	18, 367	30, 000
Bizalmat	2,92	1,15	3,09	1,16	4,43	1,15	1,55	0,40	A, B, C, E, F	21, 821	30, 000
Társas iz	3,41	1,19	3,29	1,24	4,93	0,98	1,93	1,05	A, B, C, E, F	18, 085	30, 000
Csökkenért	3,00	1,54	2,52	1,46	4,15	1,03	1,52	0,71	A, C, F,	11, 815	30, 000
Kudarc	2,92	1,39	2,71	1,39	3,83	1,08	1,57	0,66	A, B, C	10, 114	30, 000
Inkompetenc	2,18	0,78	2,62	1,17	3,45	1,03	1,42	0,54	A, B, C, E	14, 185	30, 000
Sérülékeny	2,59	1,05	3,15	1,05	3,43	1,34	1,48	0,44	A, B, C	14, 030	30, 000
Összegabaly	1,96	0,92	2,02	1,31	3,50	1,24	1,68	0,62	C, E, F	8, 550	30, 000
Behódolás	3,01	0,94	3,22	1,04	4,15	1,23	1,78	0,73	A, B, C, E,	16, 720	30, 000
Önfeláld	3,44	1,16	3,42	1,19	4,01	1,18	3,01	0,92	egyik sem	2, 048	30, 115
Erzgátl	3,00	1,02	2,51	1,09	3,71	1,06	2,17	1,00	C, F	6, 417	30, 001
Könyörtmerc	3,84	1,26	4,18	0,88	4,41	0,93	3,24	1,24	C	3, 678	30, 016
Feljogos	2,56	0,96	2,60	0,92	3,26	1,21	2,41	1,01	egyik sem	1, 893	30, 138
Elegönkontr	3,18	1,13	3,03	1,31	3,93	1,10	2,23	0,87	A, C,	6, 203	30, 001
Elismhajs	3,06	1,00	3,37	1,27	3,98	0,99	2,48	0,99	C	5, 349	30, 002
Pesszim	3,33	1,47	3,60	1,55	4,65	1,14	3,21	1,56	A, B, C, E	13, 517	30, 000
Büntető	2,91	1,28	3,18	1,23	4,30	1,34	2,19	0,95	C, E	8, 081	30, 000
							A				

- A: p<0.05 Kontroll és depressziós között
- B: p<0.05 Kontroll és szorongó között
- C: p<0.05 Kontroll és BPD között
- D: p<0.05 Depressziós és szorongó között
- E: p<0.05 Depressziós és BPD közö
- F: p<0.05 Szorongó és BPD között

**Melléklet IV.****A betegek és egészségesek százalékos aránya és darabszáma (az SCL-90 GSI alapján)**

		Globális Súlyossági Index alapján		Összesen
		Nem beteg	Beteg	
Minták depr	Esetszám	10	13	23
	% depressziós	43,5%	56,5%	100,0%
Szor	Esetszám	7	14	21
	% szorongó	33,3%	66,7%	100,0%
BPD	Esetszám	1	11	12
	% BPD	8,3%	91,7%	100,0%
Kontr	Esetszám	20	1	21
	% dg kontroll	95,2%	4,8%	100,0%
Összesen	Esetszám	38	39	77
	% összes	49,4%	50,6%	100,0%



Melléklet V.

A férfiak és nők, betegek és kontroll közötti különbségek a GSI, az Internalizáció és az Externalizáció mértéke tekintetében

Változó	Minták								A 4 csoport			
	Kontrff (7)		Kontrlnő (14)		Betegff (16)		Betegnő (40)		közötti kül.	F	df	P-érték
	Atlag	Szórás	Atlag	Szórás	Atlag	Szórás	Atlag	Szórás	párónként			
GSI	21, 71	16, 55	31, 14	26, 68	102, 06	52, 48	104, 67	50, 35	B, C, E, F	14, 26	3	0, 00
Internalizáció	15, 85	10, 82	25, 50	20, 66	78, 81	45, 30	84, 37	39, 83	B, C, E, F	14, 71	3	0, 00
Externalizáció	5, 85	6, 41	5, 64	6, 30	23, 25	13, 22	20, 30	13, 38	B, C, E, F	8, 76	3	0, 00

- A:  $p < 0.05$  Kontroll és depressziós között
- B:  $p < 0.05$  Kontroll ffi és beteg nő között
- C:  $p < 0.05$  Kontroll nő és beteg nő között
- D:  $p < 0.05$  Beteg nő és beteg ffi között
- E:  $p < 0.05$  Kontroll ffi és beteg ffi között
- F:  $p < 0.05$  Kontroll nő és beteg ffi között

Melléklet VI.

A nem beteg, internalizáló, externalizáló és mind Int és Ext csoportok átlagértékei közötti különbségek a Kötődés dimenziókon

Kötődés dimenzió	(I) extintcsop	(J) extintcsop	Átlag értékek közötti különbségek (I-J)	SD	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Kapcsolati szorongás	Nem beteg	Intern	-,78	,48	,64	-2,0941	,5205
		Extern	-1,55	,70	,179	-3,4558	,3478
		Mindkettő	<b>-1,48*</b>	,28	,000	-2,2637	-,7129
	Intern	Nem beteg	,78	,48	,64	-,5205	2,0941
		Extern	-,76	,80	1,00110	-2,9511	1,4167
		Mindkettő	-,70	,48	,93	-2,0258	,6229
	Extern	Nem beteg	1,55	,70	,17	-,3478	3,4558
		Intern	,76	,80	1,00000	-1,4167	2,9511
		Mindkettő	,065	,70	1,00000	-1,8478	1,9792
	Mindkettő	Nem beteg	<b>1,48*</b>	,28	,000	,7129	2,2637
		Intern	,70	,48	,93	-,6229	2,0258
		Extern	-,065	,70	1,00000	-1,9792	1,8478
Kapcsolati elkerülés	Nem beteg	Intern	,089	,51	1,00000	-1,2949	1,4744
		Extern	-,97	,74	1,00000	-2,9907	1,0380
		Mindkettő	<b>-,97*</b>	,30	,012	-1,7935	-,1509
	Intern	Nem beteg	-,089	,51	1,00000	-1,4744	1,2949
		Extern	-1,06	,85	1,00000	-3,3793	1,2470
		Mindkettő	-1,06	,51	,262	-2,4647	,3408
	Extern	Nem beteg	,97	,74	1,00000	-1,0380	2,9907
		Intern	1,06	,85	1,00000	-1,2470	3,3793
		Mindkettő	,004	,74	1,00000	-2,0226	2,0310
	Mindkettő	Nem beteg	,97*	,30	,012	,1509	1,7935
		Intern	1,06	,51	,262	-,3408	2,4647
		Extern	-,00	,74	1,00000	-2,0310	2,0226

Biztonság a kapcsolatokban	Nem beteg	Intern	,20	,39	1,00000	-,8505	1,2672
		Extern	,95	,56	,575	-,5820	2,4987

	Mindkettő		<b>1,22*</b>	,23	,000	,5964	1,8525	
Intern	Nem beteg		- ,20	,39	1,00000	-1,2672	,8505	
	Extern	,75		,65	1,00000	-1,0188	2,5188	
	Mindkettő		1,01	,39	,073	-,0565	2,0888	
Extern	Nem beteg		-,95	,56	,575	-2,4987	,5820	
	Intern		-,75	,65	1,00000	-2,5188	1,0188	
	Mindkettő	,266		,57	1,00000	-1,2837	1,8160	
Mindkettő	Nem beteg		<b>-1,22*</b>	,23	,000	-1,8525	-,5964	
	Intern		-1,01	,39	,073	-2,0888	,0565	
	Extern		-,26	,57	1,00000	-1,8160	1,2837	
Közelség kellemetlen	Nem beteg	Intern		-,24	,35	1,00000	-1,2141	,7196
		Extern		-,61	,51	1,00000	-2,0204	,7926
		Mindkettő		<b>-1,06*</b>	,21	,000	-1,6336	-,4866
	Intern	Nem beteg	,24		,35	1,00000	-,7196	1,2141
		Extern		-,36	,59	1,00000	-1,9818	1,2485
		Mindkettő		-,81	,36	,164	-1,7924	,1666
	Extern	Nem beteg	,61		,51	1,00000	-,7926	2,0204
		Intern	,36		,59	1,00000	-1,2485	1,9818
		Mindkettő		-,44	,52	1,00000	-1,8614	,9690
	Mindkettő	Nem beteg		<b>1,06*</b>	,21	,000	,4866	1,6336
		Intern	,81		,36	,164	-,1666	1,7924
		Extern	,44		,52	1,00000	-,9690	1,8614
Kapcsolat, mint másodlagos	Nem beteg	Intern		-,10	,32	1,00000	-,9923	,7758
		Extern		<b>-1,35*</b>	,47	,034	-2,6392	-,0671
		Mindkettő		<b>-,77*</b>	,19	,001	-1,3015	-,2528
	Intern	Nem beteg	,10		,32	1,00000	-,7758	,9923
		Extern		-1,24	,54	,151	-2,7217	,2319
		Mindkettő		-,66	,33	,279	-1,5644	,2267
	Extern	Nem beteg		<b>1,35*</b>	,47	,034	,0671	2,6392
		Intern		1,24	,54	,151	-,2319	2,7217
		Mindkettő	,57		,47	1,00000	-,7180	1,8700
	Mindkettő	Nem beteg	,77*		,19	,001	,2528	1,3015
		Intern	,66		,33	,279	-,2267	1,5644
		Extern		-,57	,47	1,00000	-1,8700	,7180

Elismerés iránti szükséglet	Nem beteg	Intern		<b>-1,11*</b>	,35	,015	-2,0803	-,1487
		Extern		-,75	,51	,89	-2,1589	,6510
		Mindkettő		<b>-1,56*</b>	,21	,000	-2,1410	-,9952
	Intern	Nem beteg		<b>1,11*</b>	,35	,015	,1487	2,0803

		Extern	,36	,59	1,00000	-1,2528	1,9739	
		Mindkettő		-,45	,36	1,00000	-1,4320	,5248
	Extern	Nem beteg	,75	,51	,89	-,6510	2,1589	
		Intern		-,36	,59	1,00000	-1,9739	1,2528
		Mindkettő	-,81	,52	,736	-2,2278	,5995	
	Mindkettő	Nem beteg		<b>1,56*</b>	,21	,000	,9952	2,1410
		Intern	,45	,36	1,00000	-,5248	1,4320	
		Extern	,81	,52	,73	-,5995	2,2278	
Túlzott foglalkozás a kapcsolatokkal	Nem beteg	Intern		<b>-1,00*</b>	,31	,013	-1,8529	-,1491
		Extern		-1,13	,45	,093	-2,3713	,1074
		Mindkettő		<b>-1,37*</b>	,18	,000	-1,8819	-,8712
	Intern	Nem beteg		<b>1,00*</b>	,31	,013	,1491	1,8529
		Extern		-,13	,52	1,00000	-1,5541	1,2922
		Mindkettő		-,37	,31	1,00000	-1,2386	,4875
	Extern	Nem beteg		1,13	,45	,093	-,1074	2,3713
		Intern	,13	,52	1,00000	-1,2922	1,5541	
		Mindkettő		-,24	,45	1,00000	-1,4916	1,0024
	Mindkettő	Nem beteg		<b>1,37*</b>	,18	,000	,8712	1,8819
		Intern	,37	,31	1,00000	-,4875	1,2386	
		Extern	,24	,45	1,00000	-1,0024	1,4916	

\*Az átlag értékek közötti különbségek szignifikánsak  $p < 0.05$  szinten.

Melléklet VII.

A korai maladaptív sémák tekintetében talált különbségek az Internalizáló, Externalizáló, Mindkettő és Nem beteg minták között.

Séma	Minták								Minták közötti	Csoportok közötti F, df és Szign.		
	Nem beteg* (36)		Internalizáló (7)		Externalizáló (3)		Int és Ext is (31)			Különbségek		
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Páronként	F	Sig.	df
Erzdep	2,16	1,23	2,05	1,24	3,46	1,00	3,52	1,72	C	5.652	.002	3
Elhagyatás	2,21	1,09	3,20	1,48	4,06	1,33	3,96	1,36	C	11.500	.000	3
Bizalmat	1,91	,70	3,57	1,25	2,66	1,67	3,74	1,26	A, C	18.208	.000	3
Társas iz	2,33	1,15	2,94	1,47	3,20	,91	4,29	1,16	C,E	15.353	.000	3
Csökentéért	1,82	1,04	2,45	1,45	3,13	1,22	3,60	1,48	C	10.723	.000	3
Kudarac	1,87	1,02	2,88	1,43	2,13	,92	3,51	1,28	C	11.106	.000	3
Inkompetenc	1,68	,87	2,62	,48	1,93	,90	2,96	1,08	C	10.501	.000	3
Sérülékeny	1,80	,73	3,51	,85	1,93	1,10	3,31	1,15	A, C	16.941	.000	3
Osszegabaly	1,80	,85	1,57	,70	2,33	1,81	2,65	1,36	C	3.872	.013	3
Behódolás	2,31	1,04	2,82	,91	2,73	2,15	3,64	1,07	C	8.237	.000	3
Onfeláld	3,16	,97	3,48	1,50	2,66	1,00	3,75	1,19	egyik sem	2.006	.121	3
Erzgátl	2,42	1,05	2,31	1,38	3,00	,52	3,21	1,12	C	3.271	.026	3
Könyörtmerc	3,33	1,12	4,40	,83	4,46	1,60	4,29	1,04	C	5.270	.002	3
Feljogos	2,30	,72	2,74	1,27	3,20	0,52	2,98	1,19	C	2.984	.037	3
Elegönkontr	2,59	,93	2,85	1,59	3,40	1,05	3,47	1,33	C	3.202	.028	3
Elismhajs	2,70	1,00	3,02	1,18	2,93	,50	3,67	1,20	C	4.406	.007	3
Pesszim	2,10	,82	4,05	2,13	2,93	1,13	4,32	1,21	A, C	21.917	.000	3
Büntető	2,21	0,82	3,20	1,54	3,60	1,63	3,81	1,32	C	11.249	.000	3
							A					

\*Nem beteg = se nem INT se nem EXT

Jelmagyarázat:

- A:  $p < 0.05$  Nem beteg és Internalizáló között
- B:  $p < 0.05$  Nem beteg és Externalizáló között
- C:  $p < 0.05$  Nem beteg és mindkettő (INT és EXT is) között
- D:  $p < 0.05$  Internalizáló és Externalizáló között
- E:  $p < 0.05$  Internalizáló és mindkettő (INT és EXT is) között
- F:  $p < 0.05$  Externalizáló és mindkettő (INT és EXT is) között

**Experiences in Close Relationships Scale (ECR)**  
**Brennan, Clark & Shaver (1998)**

The following statements concern how you feel in romantic relationships. We are interested in how you generally experience relationships, not just in what is happening in a current relationship. Respond to each statement by indicating how much you agree or disagree with it. Write the number in the space provided, using the following rating scale:

1	2	3	4	5	6	7
Disagree Strongly			Neutral/ Mixed			Agree Strongly

- \_\_\_ 1. I prefer not to show a partner how I feel deep down
- \_\_\_ 2. I worry about being abandoned
- \_\_\_ 3. I am very comfortable being close to romantic partners
- \_\_\_ 4. I worry a lot about my relationships
- \_\_\_ 5. Just when my partner starts to get close to me I find myself pulling away
- \_\_\_ 6. I worry that romantic partners won't care about me as much as I care about them
- \_\_\_ 7. I get uncomfortable when a romantic partner wants to be very close
- \_\_\_ 8. I worry a fair amount about losing my partner
- \_\_\_ 9. I don't feel comfortable opening up to romantic partners
- \_\_\_ 10. I often wish that my partner's feelings for me were as strong as my feelings for him/her
- \_\_\_ 11. I want to get close to my partner, but I keep pulling back
- \_\_\_ 12. I often want to merge completely with romantic partners, and this sometimes scares them away
- \_\_\_ 13. I am nervous when partners get too close to me
- \_\_\_ 14. I worry about being alone
- \_\_\_ 15. I feel comfortable sharing my private thought and feelings with my partner
- \_\_\_ 16. My desire to be very close sometimes scares people away
- \_\_\_ 17. I try to avoid getting too close to my partner
- \_\_\_ 18. I need a lot of reassurance that I am loved by my partner

- \_\_\_ 19. I find it relatively easy to get close to my partner
- \_\_\_ 20. Sometimes I feel that I force my partners to show more feeling, more commitment
- \_\_\_ 21. I find it difficult to allow myself to depend on romantic partners
- \_\_\_ 22. I do not often worry about being abandoned
- \_\_\_ 23. I prefer not to be too close to romantic partners
- \_\_\_ 24. If I can't get my partner to show interest in me, I get upset or angry
- \_\_\_ 25. I tell my partner just about everything
- \_\_\_ 26. I find that my partner(s) don't want to get as close as I would like
- \_\_\_ 27. I usually discuss my problems and concerns with my partner
- \_\_\_ 28. When I'm not involved in a relationship, I feel somewhat anxious and insecure
- \_\_\_ 29. I feel comfortable depending on romantic partners
- \_\_\_ 30. I get frustrated when my partner is not around as much as I would like
- \_\_\_ 31. I don't mind asking romantic partners for comfort, advice, or help
- \_\_\_ 32. I get frustrated if romantic partners are not available when I need them
- \_\_\_ 33. It helps to turn to my romantic partner in times of need
- \_\_\_ 34. When romantic partners disapprove of me, I feel really bad about myself
- \_\_\_ 35. I turn to my partner for many things, including comfort and reassurance
- \_\_\_ 36. I resent it when my partner spends time away from me

## ATTACHMENT STYLE QUESTIONNAIRE (ASQ)

Feeney, Noller & Hanrahan (1994)

Show how much you agree or disagree with each of the following items by rating them on this scale:

- 1 = totally disagree
- 2 = strongly disagree
- 3 = slightly disagree
- 4 = slightly agree
- 5 = strongly agree
- 6 = totally agree

- 1. Overall I am a worthwhile person.
- 2. I am easier to get to know than most people.
- 3. I feel confident that other people will be there for me when I need them.
- 4. I prefer to depend on myself rather than other people.
- 5. I prefer to keep to myself.
- 6. To ask for help is to admit that you are a failure.
- 7. People's worth should be judged by what they achieve.
- 8. Achieving things is more important than building relationships.
- 9. Doing your best is more important than getting on with others.
- 10. If you've got a job to do, you should do it no matter who gets hurt.
- 11. It's important to me that others like me.
- 12. It's important to me to avoid doing things that others won't like.
- 13. I find it hard to make a decision unless I know what other people think.
- 14. My relationships with others are generally superficial.
- 15. Sometimes I think I am no good at all.
- 16. I find it hard to trust other people.
- 17. I find it difficult to depend on others.
- 18. I find that others are reluctant to get as close as I would like.
- 19. I find it relatively easy to get close to other people.
- 20. I find easy to trust others.
- 21. I feel comfortable depending on other people.
- 22. I worry that others won't care about me as much as I care about them.
- 23. I worry about people getting close.
- 24. I worry that I won't measure up to other people.
- 25. I have mixed feelings about being close to others.
- 26. While I want to get close to others, I feel uneasy about it.
- 27. I wonder why people would want to be involved with me.
- 28. It's very important to me to have a close relationship.
- 29. I worry a lot about my relationships.
- 30. I wonder how I would cope without someone to love.
- 31. I feel confident about relating to others.
- 32. I often feel left out or alone.
- 33. I often worry that I do not really fit with other people.
- 34. Other people have their own problems so I do not bother them with mine.
- 35. When I talk over my problems with others, I generally feel ashamed.
- 36. I am too busy with other activities to put much time into relationships.



- 37. If something is bothering me, others are generally aware and concerned.
- 38. I am confident that other people will like and respect me.
- 39. I get frustrated when others are not available when I need them.
- 40. Other people often disappoint me.

# SCL- 90 SYMPTOM CHECKLIST

L.R. Derogatis, R.S. Lipman, L. Kovi

Attached is a list of problems and complaints that people have. Please read each one carefully. After you have done so, please fill in the number (0 to 4, see below) which best describes **how much that problem has bothered or distressed you during the past 4 weeks including today**. Choose only one number for each problem and do not skip any items. If you change your mind, erase your first answer and fill in the new one. **All questionnaires will be treated confidentially.**

## **How much were you bothered or distressed over the past 4 weeks by:**

- |   |     |
|---|-----|
| Headaches   | [ ] |
| Nervousness or shakiness inside                       | [ ] |
| Unwanted thoughts or ideas that won't leave your head | [ ] |
| Faintness if dizziness                                | [ ] |
| Loss of sexual interest or pleasure                   | [ ] |
| Feeling critical of others                            | [ ] |
| The idea that someone else can control your thoughts  | [ ] |
| Feeling others are to blame for most of your troubles | [ ] |
| Trouble remembering things                            | [ ] |
| Worried about sloppiness or carelessness              | [ ] |
| Feeling easily annoyed or irritated                   | [ ] |
| Pains in heart or chest                               | [ ] |
| Feeling afraid in open spaces or on the street        | [ ] |
| Feeling low in energy or slowed down                  | [ ] |
| Thoughts of ending life                               | [ ] |
| Hearing voices that other people do not hear          | [ ] |
| Trembling   | [ ] |
| Feeling that most people cannot be trusted            | [ ] |
| Poor appetite   | [ ] |
| Crying easily   | [ ] |
| Feeling shy or uneasy with the opposite sex           | [ ] |
| Feeling of being trapped or caught                    | [ ] |
| Suddenly scared for no reason                         | [ ] |
| Temper outbursts that you could not control           | [ ] |
| Feeling afraid to go out of your house alone          | [ ] |

Blaming yourself for things	[ ]
Pains in lower back	[ ]
Feeling blocked in getting things done	[ ]
Feeling lonely	[ ]
Feeling blue	[ ]
Worrying too much about things	[ ]
Feeling no interest in things	[ ]
Feeling fearful	[ ]
Your feelings being easily hurt	[ ]
Other people being aware of your private thoughts	[ ]
Feeling others do not understand you or are unsympathetic	[ ]
Feeling that people are unfriendly	[ ]
Having to do things very slowly	[ ]
Heart pounding or racing	[ ]
Nausea or upset stomach	[ ]
Feeling inferior to others	[ ]
Soreness of your muscles	[ ]
Feeling that you are watched or talked about by others	[ ]
Trouble falling asleep	[ ]
Having to check and double check what you do	[ ]
Difficulty making decisions	[ ]
Feeling afraid to travel on buses, subways or trains	[ ]
Trouble getting your breath	[ ]
Hot or cold spells	[ ]
Having to avoid certain things, places or activities	[ ]
Your mind going blank	[ ]
Numbness or tingling in parts of your body	[ ]
A lump in your throat	[ ]
Feeling hopeless about the future	[ ]
Trouble concentrating	[ ]
Feeling weak in parts of your body	[ ]
Feeling tense or keyed up	[ ]
Heavy feelings in your arms or legs	[ ]
Thoughts of death or dying	[ ]

- Overeating [ ]
- Feeling uneasy when people are watching or talking about you [ ]
- Having thoughts that are not your own [ ]
- Having urges to beat, injure or harm someone [ ]
- Awakening early in the morning [ ]
- Having to repeat the same actions such as touching, counting, washing [ ]
- Sleep that is restless or disturbed [ ]
- Having urges to break or smash things [ ]
- Having ideas or beliefs that others do not share [ ]
- Feeling very self-conscious with others [ ]
- Feeling uneasy in crowds such as shopping or at a movie [ ]
- Feeling everything is an effort [ ]
- Spells of terror or panic [ ]
- Feeling uncomfortable about eating or drinking in public [ ]
- Getting into frequent arguments [ ]
- Feeling nervous when you are left alone [ ]
- Others not giving you proper credit for your achievements [ ]
- Feeling lonely even when you are with people [ ]
- Feeling so restless you couldn't sit still [ ]
- Feeling of worthlessness [ ]
- Feeling that familiar things are strange or unreal [ ]
- Shouting or throwing things [ ]
- Feeling afraid that you will faint in public [ ]
- Feeling that people will take advantage of you if you let them [ ]
- Having thoughts about sex that bother you a lot [ ]
- The idea that you should be punished for your sins [ ]
- Feeling pushed to get things done [ ]
- The idea that something serious is wrong with your body [ ]
- Never feeling close to another person [ ]
- Feelings of guilt [ ]
- The idea that something is wrong with your mind [ ]

**Please go back and check that you have answered all the questions**

**YSQ – S3**  
**Jeffrey Young Ph.D**

**INSTRUCTIONS:**

Listed below are statements that a person might use to describe himself or herself. Please read each statement and decide how well it describes you. When you are not sure, base your answer on what you emotionally **feel**, not on what you **think** to be true. Choose the **highest rating from 1 to 6** that describes you and write the number in the space before the statement.

**RATING SCALE:**

- 1 = Completely untrue of me
- 2 = Mostly untrue of me
- 3 = Slightly more true than untrue
- 4 = Moderately true of me
- 5 = Mostly true of me
- 6 = Describes me perfectly

1. \_\_\_ Most of the time, I haven't had someone to nurture me, share him/herself with me, or care deeply about everything that happens to me.
2. \_\_\_ I find myself clinging to people I'm close to, because I'm afraid they'll leave me.
3. \_\_\_ I feel that people will take advantage of me.
4. \_\_\_ I don't fit in.
5. \_\_\_ No man/woman I desire could love me once he/she saw my defects.
6. \_\_\_ Almost nothing I do at work (or school) is as good as other people can do.
7. \_\_\_ I do not feel capable of getting by on my own in everyday life.
8. \_\_\_ I can't seem to escape the feeling that something bad is about to happen.
9. \_\_\_ I have not been able to separate myself from my parent(s), the way other people my age seem to.
10. \_\_\_ I think that if I do what I want, I'm only asking for trouble.
11. \_\_\_ I'm the one who usually ends up taking care of the people I'm close to.
12. \_\_\_ I am too self-conscious to show positive feelings to others (e.g. affection, showing I care).
13. \_\_\_ I must be the best at most of what I do; I can't accept second best.
14. \_\_\_ I have a lot of trouble accepting "no" for an answer when I want something from other people.
15. \_\_\_ I can't seem to discipline myself to complete routine or boring tasks.
16. \_\_\_ Having money and knowing important people make me feel worthwhile.

17. \_\_\_ Even when things seem to be going well, I feel that it is only temporary.
18. \_\_\_ If I make a mistake, I deserve to be punished.
19. \_\_\_ In general, people have not been there to give me warmth, holding, and affection.
20. \_\_\_ I need other people so much that I worry about losing them.
21. \_\_\_ I feel that I cannot let my guard down in the presence of other people, or else they will intentionally hurt me.
22. \_\_\_ I'm fundamentally different from other people.
23. \_\_\_ No one I desire would want to stay close to me if he/she knew the real me.
24. \_\_\_ I'm incompetent when it comes to achievement.
25. \_\_\_ I think of myself as a dependent person, when it comes to everyday functioning.
26. \_\_\_ I feel that a disaster (natural, criminal, financial, or medical) could strike at any moment.
27. \_\_\_ My parent(s) and I tend to be over involved in each other's lives and problems.
28. \_\_\_ I feel that I have no choice but to give in to other people's wishes, or else they will retaliate or reject me in some way.
29. \_\_\_ I am a good person because I think of others more than of myself.
30. \_\_\_ I find it embarrassing to express my feelings to others.
31. \_\_\_ I try to do my best; I can't settle for "good enough."
32. \_\_\_ I'm special and shouldn't have to accept many of the restrictions placed on other people.
33. \_\_\_ If I can't reach a goal, I become easily frustrated and give up.
34. \_\_\_ Accomplishments are the most valuable to me if other people notice them.
35. \_\_\_ If something good happens, I worry that something bad is likely to happen.
36. \_\_\_ If I don't try my hardest, I should expect to lose out.
37. \_\_\_ I haven't felt that I am special to someone.
38. \_\_\_ I worry that people I feel close to will leave me or abandon me.
39. \_\_\_ It is only a matter of time before someone betrays me.

40. \_\_\_ I don't belong; I'm a loner
41. \_\_\_ I'm unworthy of the love, attention, and respect of others.
42. \_\_\_ Most other people are more capable than I am in areas of work and achievement.
43. \_\_\_ I lack common sense.
44. \_\_\_ I worry about being attacked.
45. \_\_\_ It is very difficult for my parent(s) and me to keep intimate details from each other, without feeling betrayed or guilty.
46. \_\_\_ In relationships, I let the other person have the upper hand.
47. \_\_\_ I'm so busy doing things for the people that I care about, that I have little time for myself.
48. \_\_\_ I find it hard to be free-spirited and spontaneous around other people.
49. \_\_\_ I must meet all my responsibilities.
50. \_\_\_ I hate to be constrained or kept from doing what I want.
51. \_\_\_ I have a very difficult time sacrificing immediate gratification to achieve a long-range goal.
52. \_\_\_ Unless I get a lot of attention from others I feel less important.
53. \_\_\_ You can't be too careful, something will almost always go wrong.
54. \_\_\_ If I don't do the job right, I should suffer the consequences.
55. \_\_\_ I have not had someone who really listens to me, understands me, or is tuned into my true needs and feelings.
56. \_\_\_ When I feel someone I care for pulling away from me, I get desperate.
57. \_\_\_ I am quite suspicious of other people's motives.
58. \_\_\_ I feel alienated from other people.
59. \_\_\_ I feel that I'm not lovable.
60. \_\_\_ I'm not as talented as most people are at their work.
61. \_\_\_ My judgement cannot be relied upon in everyday situations.
62. \_\_\_ I worry that I'll lose all my money and become destitute or very poor.
63. \_\_\_ I often feel as if my parent(s) are living through me - I don't have a life of my own.

64. \_\_\_ I've always let others make choices for me, so I really don't know what I want for myself.
65. \_\_\_ I've always been the one who listens to everyone else's problems.
66. \_\_\_ I control myself so much that people think I am unemotional.
67. \_\_\_ I feel there is constant pressure for me to achieve and get things done.
68. \_\_\_ I feel that I shouldn't have to follow the normal rules and conventions other people do.
69. \_\_\_ I can't force myself to do things I don't enjoy, even when I know it's for my own good.
70. \_\_\_ If I make remarks at a meeting, or am introduced in a social situation it is important to me to get recognition and admiration.
71. \_\_\_ No matter how hard I work, I worry that I could be wiped out financially and almost lose everything.
72. \_\_\_ It doesn't matter why I make a mistake. When I do something wrong, I should pay the consequences.
73. \_\_\_ I have rarely had a strong person to give me sound advice or direction when I'm not sure what to do.
74. \_\_\_ Sometimes I am so worried about people leaving me that I drive them away.
75. \_\_\_ I'm usually on the lookout for people's ulterior motives.
76. \_\_\_ I always feel on the outside of groups.
77. \_\_\_ I am too unacceptable in very basic ways to reveal myself to other people.
78. \_\_\_ I'm not as intelligent as most people when it comes to work (or school).
79. \_\_\_ I don't feel confident about my ability to solve everyday problems that come up.
80. \_\_\_ I worry that I'm developing a serious illness, even though nothing serious has been diagnosed by a physician.
81. \_\_\_ I often feel that I do not have a separate identity from my parent(s) or partner.
82. \_\_\_ I have a lot of trouble demanding that my rights be respected and that my feelings be taken into account.
83. \_\_\_ Other people see me as doing too much for others and not enough for myself.
84. \_\_\_ People see me as uptight emotionally.
85. \_\_\_ I can't let myself off the hook easily or make excuses for my mistakes.



86. \_\_\_ I feel that what I have to offer is of greater value than the contributions of others.
87. \_\_\_ I have rarely been able to stick to my resolutions.
88. \_\_\_ A lot of praise and compliments make me feel like a worthwhile person.
89. \_\_\_ I worry that a wrong decision could lead to a disaster.
90. \_\_\_ I am a bad person who deserves to be punished.

**COPYRIGHT 2003 Jeffrey Young, Ph.D., and Gary Brown, Ph.D. Unauthorized reproduction without written consent of the authors is prohibited. For more information, write to: Cognitive Therapy Center of New York, 130 West 42nd St., Suite 501, New York, NY 10036.**