
Betegségélmény és kötődés

KÖTÖDÉS, KORAI MALADAPTÍV SÉMÁK ÉS SZUBJEKTÍV BETEGSÉGÉLMÉNY EMLŐRÁKKAL KÜZDŐ NŐKNÉL

DESZFALVI JUDIT¹ – HÁMORI ESZTER² – HORVÁTH JULIA³ –
DANK MAGDOLNA¹ – NAGY LÁSZLÓ⁴

¹Semmelweis Egyetem, Onkológiai Központ

²PPKE BTK Pszichológiai Intézet, Fejlődés- és Klinikai Gyermekelektan Tanszék

³Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat XX. kerületi Tagintézménye

⁴PTE BTK, Pszichológia Intézet, Személyiség- és Egészségpszichológia Tanszék

E-mail: desfalvijudit@gmail.com

A legújabb kutatások szerint a kötődésnek kiemelt szerepe lehet a rosszindulatú daganatos megbetegedéssel összefüggő stresszel való megküzdésben. A bizonytalan kötődés kapcsolatban áll a rákos megbetegedés során átélt depresszióval és szorongással, míg a biztonságos kötődés a betegséggel való aktív megküzdéssel társul (Nicholls, Hulbert-Williams és Bramwell, 2014). A vizsgálatok többsége azonban a kategorizációs modellben nem tudott különbséget kimutatni a normatív minták és a rákbetegek között a kötődési típusok arányában. Hiányoznak a betegségélmény és a kötődési mintázat összetevőit komplexebb szinten vizsgáló kutatások. Vizsgálatunkban e hiány egy részének pótlását céloztuk meg. Két kötődésmérő eljárás alkalmazásával térképeztük fel a kötődési mintázatokat és a korai maladaptív kapcsolati sémákat emlőrákos nők (n=38) két életkori csoportjánál. Vizsgáltuk a pszichés tüneteket, valamint a szubjektív betegségélményt és az ezzel való megküzdés összefüggéseit. Eredményeink szerint a szomatizáció és a depresszív tünetek gyakorisága mindkét életkori csoportban magasabb, az ellenségesség pedig jelentősen alacsonyabb volt a magyar egészséges átlaghoz képest. A kötődés Túlzott foglalkozás a kapcsolatokkal skálájának értékei jelentősen magasabbak voltak a fiatalabbak korcsoportjában. A korai maladaptív sémák hasonló mintázatiúak voltak a két életkori csoportban. A mélyinterjúk kvalitatív elemzése rávilágított a betegségélmény és a megküzdés egyéni jellemzőire. Ezek alapján felállítottunk egy hipotetikus modellt a kapcsolati mintázatokról, a betegségélmény és a megküzdés összefüggéséről, ami támpontul szolgálhat az intervenció tervezéséhez.

Kulcsszavak: kötődés, emlőrák, korai maladaptív sémák, életkor, betegségélmény, mintázatelemzés

BEVEZETÉS

Klinikai tapasztalataink szerint a rosszindulatú daganatos betegség diagnózisa esetén az érintettek nagy hányadában felmerül a kérdés: „Miért kaptam én ezt a betegséget, mit csináltam rosszul? Mi lehet velem a baj?” (Désfalvi, Sallay és Martos, 2016). Justenhoven és munkatársai (2010) hasonló kérdések mentén kezdték az emlőrák kialakulásával összefüggő pszichés tényezők vizsgálatát és azt találták, hogy az esetleges genetikai tényezők hatásain túl kiemelt szerepe van az olyan életeseményeknek, amelyek jelentősen megterhelik az egyén pszichés alkalmazkodó képességét. Ilyen esemény lehet a halál, a válás, a munkahely elvesztése, továbbá gazdasági vagy pénzügyi nehézségek. Krickler és munkatársai (2009) a kialakult tumor nagysága, valamint a társ kapcsolat okozta stressz között találtak kapcsolatot. Számos tanulmány vizsgálta a daganatos betegségben szenvedők személyiségjellemzőit (LeShan, 1977; Fallowfield, 1991, 2004; Garssen, 2004). Többen amellet érvelnek, hogy a személyiség típus, a pszichés karakter és a megküzdési módok befolyásolják a rákos daganatok kialakulását, illetve a betegség prognózisát.

A tumoros betegséggel kapcsolatban a lelki tényezők közül leginkább a stressz, a szorongás, a depresszió és a coping stílus milyenségét vizsgálták. Állatkísérletek bizonyították, hogy a különböző stresszes helyzetekre küzdő viselkedést mutató egyedeknél kevésbé volt kimutatható a daganat elfajulása, mint passzív, visszahúzódó társaiknál (Forgas és Jones, 1985). Humán kutatások eredményei szerint az olyan gyerekkori életesemények, mint például a szülő elvesztése vagy a kötődés érzelmi hiánya szintén befolyásolhatják a tumor fejlődését (Baltrusch, Seidel, Stange és Waltz, 1988). Balog és Dégi (2005) daganatos betegségben szenvedő nőknél vizsgálták azokat a pszichoszociális tényezőket, amelyek hatással lehetnek a pszichés sérülékenységre, a mortalitásra és a betegség fejlődésére, valamint a felépülésre. Ilyen tényezők voltak például a társas és családi támogatottság, az állapot- és a vonásszorongás és a stresszszint alakulása. A szerzők több tanulmány eredményeinek összegzésével világítottak rá, hogy az emlőrákos nők túlélési esélye a baráti és társadalmi kapcsolatok meglétének, valamint ezek minőségének függvényében változhat. Rámutattak arra is, hogy az optimizmus pozitívan befolyásolja az immunrendszert, a társas támogatásnak pedig jelentős stresszoldó és védő hatása van.

Kötődés és rákbetegség

A modern rendszerszemléleti és napjaink fejlődési pszichopatológiai megközelítései komplex modellekben magyarázzák a pszichés betegségek kialakulásának folyamatát és az azt meghatározó tényezőket (Achenbach és Rescorla, 2016). E modellek szoros kapcsolatot feltételeznek többek között a családi kommunikáció, a gyermek és gondozója közötti kapcsolatok minősége, az érzelmi fejlődés és a pszichés alkalmazkodás adaptív vagy maladaptív útvonalai között. Az interakciós és a tranzakcionális modellek hangsúlyozzák, hogy a személy viselkedésváltozása a környezetéből is új típusú reakciókat válthat ki, amelyek visszahatnak az egyéni fejlődésre és a maladaptív formák kialakulására az egyén vulnerabilitásának függvényében (Láng és Nagy, 2013; Péley,

2010). Egyes rákos megbetegedések megjelenése a rendszerszemlélet szerint a patológiás családi rendszer tünete (Sárai, 2002). A kötődélméleti megközelítés ezzel szemben a korai gondozói kapcsolatban szerzett tapasztalatokra irányítja a figyelmet, mint például a veszteségek, a tartós szeparáció vagy a kapcsolatban átélt folyamatos stresszhelyzetek. A kötődési mintázatok maladaptív formáinak fejlődését számos pszichopatológiai kép és pszichoszomatikus betegség kialakulásával hozták összefüggésbe kisgyermekkorban és felnőttkorban is (összefoglalót lásd Hámori, 2016). A kötődési rendszer maladaptív formáiban rejlő rizikótényezők sok esetben közvetlen összefüggésben állhatnak egy-egy pszichés betegség kialakulásával. Más esetekben viszont nem egyértelmű ez a kapcsolat, mivel számos közbülső változó – például további rizikó- vagy védőtényezők, illetve rezilienciafaktorok – befolyásolhatják ezeket az útvonalakat (Bosmans, Braet és Van Vlierberghe, 2010).

A felnőttkori kötődés és a párkapcsolati lét minősége szintén befolyásolhatja a betegségekre való hajlamot, illetve a már meglévő problémával való megküzdést. Aizer és munkatársai (2013) a családi állapot tumoros megbetegedésre gyakorolt hatását vizsgálták, ezen belül is azt, hogy a házasságban élés kapcsolatba hozható-e a betegség kialakulásával. Azt találták, hogy a nem házas betegek sokkal veszélyeztetettebbek: esetükben nagyobb százalékban fordult elő tumoros megbetegedés, és a betegség kimenetele is kedvezőtlenebb volt. Gyakoribbak voltak az áttétek, illetve a halál is.

A rákos megbetegedések kapcsolati vonatkozásainak kutatásai egyre szaporodnak az utóbbi évtizedben és kiterjednek a kötődési kapcsolatok, valamint a maladaptív kapcsolati sémák vizsgálatára a betegség kimenetelével összefüggésben. A szorongó kötődés, a pszichopatológiai tünetek és a maladaptív sémák mintázatának összefüggéseit számos kutatás támasztja alá (összefoglalót lásd Bosmans és mtsai, 2010; Unoka, Rózsa, Fábrián és mtsai, 2004). A sémaelmélet szerint a veleszületett temperamentum mellett a korai gondozói tapasztalatok sarkalatos szerepet játszanak abban, hogy a kapcsolati sémák megőrzik-e rugalmasságukat és adaptívan szolgálják a fejlődést, vagy a tartósan kedvezőtlen tapasztalatok hatására elveszítik rugalmasságukat és maladaptív irányba terelik a pszichés alkalmazkodást. A sémaelmélet olyan maladaptív, diszfunkcionális kapcsolati mintázatokat gyűjt össze, amelyeket a kapcsolati szükségletek sérülése és ezek következményei jellemeznek, mint például az elutasítottság, a kóros másokra utaltság, az önfeláldozás, a grandiozitás stb. A sémakoncepció a kötődélméletben is fontos szerepet játszik, mivel Bowlby (1974) belső munkamodell fogalmának kognitív-affektív aspektusait ragadja meg, és a korai kapcsolati mintázatok sérülésének pszichopatológiai vonatkozásait árnyalja (Bosmans és mtsai, 2010).

A maladaptív sémák és a rákbetegség kapcsolatának egyik úttörő kutatását Robert Ferrei és munkatársai (2009) három kolumbiai onkológiai központban végezték, 80 rákbeteg részvételével. A maladaptív sémák mérésére kidolgozott Young-féle sémakérdőívvel a nőknél 78%-ban, és ezen belül a házas, vagy élettársi kapcsolatban élő személyeknél szintén 78%-ban azonosítottak maladaptív sémákat. A mintán belül az emlőrákosok aránya 44% volt. Érdemes kiemelni azt a vizsgálati eredményt, hogy az emlőrákos személyeknél az *önfeláldozás séma* értéktartománya volt a legmagasabb. Emellett magas volt a szorongás és a krónikus stressz kezelési képtelenségének értéke is, ami azt jelezte, hogy a beteg képtelen adekvátn megküzdni a betegség okozta stresszel. A szerzők szerint az eredményekben az életkor is szerepet játszhatott.

A vizsgált személyek jelentős része 63 és 78 év közötti volt, amely életciklusra amúgy is jellemző az *önfeláldozó séma* kiemelkedése a kapcsolati sémaprofilon belül. Életkorra vonatkozó elemzést azonban nem végeztek, de felhívták a figyelmet arra, hogy egy következő kutatásban fontos lenne figyelembe venni az életkor szerepét a stresszel való megküzdésben rákbetegeknél. A fiatalabb, 28 és 49 év közötti korcsoport különösen kiemelt lehet ebből a szempontból, hiszen a párkapcsolati célkitűzések és a kapcsolati sémák is másképpen jellemezheti ezt a korosztályt a betegség függvényében (Ferrei és mtsai, 2009).

A vizsgálat célkitűzése és hipotézisek

A kötődés és pszichopatológia összefüggéseit vizsgáló kutatások legnagyobb problémája, hogy hiányoznak a longitudinális felmérések, amelyek alapján az életkor és a korai kapcsolatok minőségének oksági szerepe vizsgálható lenne (Achenbach és Rescorla, 2016). Az egy időben történő adatfelvétel óvatosságra int az oksági összefüggések megfogalmazásával kapcsolatban. A kötődésvizsgálatok jó része mégis elköveti azt a hibát, hogy feltételezi, hogy a kérdőívekkel a betegség idején mért kötődési stílus, illetve maladaptív sémák alapján predikciókat tehetünk a kapcsolat zavarainak korai gyökereire, amelyek következőképp bejósolhatják a pszichopatológiai sajátosságokat, illetve a betegség kimenetelét. E módszertani hiba kiküszöbölésre keresztminta kutatásunkban megfordítottuk a kérdéfeltevés irányát és arra voltunk kíváncsiak, hogy az életkor és a betegség élménye szerepet játszik-e a felnőtt kötődési stílus, valamint a korai maladaptív sémák mintázatának lehetséges eltéréseiben emlőrákkal küzdő nők két életkori csoportjánál.

A fent összefoglalt szakirodalomra alapozva feltételeztük, hogy a rákbetegség több szempontból is rizikótényező az egyén érzelmi és kapcsolati egyensúlyára nézve: a pszichés tünetképzés nagyobb arányával járhat együtt a normatív mintákhoz képest, fokozottabb kapcsolati szorongással, valamint több aktív korai maladaptív sémával állhat összefüggésben. Az ASQ kérdőívvel normatív mintán folytatott korábbi kutatásaink (Hámori, Dankháziné Hajtman, Horváth-Szabó és mtsai, 2016) alapján azt vártuk, hogy az életkornak a betegségtől függetlenül is meghatározó szerepe lehet a kötődési szorongás és az elkerülés megélésében: az idősebb korosztály nagyobb mértékű elkerülésről számolhat be. Klinikai mintákon kapott korábbi eredményeink (Hámori, Djuroska, Unoka és Nagy, 2011) alapján azt vártuk, hogy a kötődést mérő eljárások együttes alkalmazásával és kvalitatív elemzésével jellemző kapcsolati mintázatokat rajzolhatunk fel az emlőrákkal küzdő nőknél is, az életkor és a betegséglélmény függvényében. Az életkori csoportok mintázatelemzése feltevésünk szerint árnyaltabban járulhat hozzá a betegség lelki dinamikájának megértéséhez és az intervenció tervezéséhez is.

MÓDSZEREK

Részvevők

Munkánkat a Semmelweis Egyetem Onkológiai Központjával szoros együttműködésben végeztük a Központ által megjelölt helyszíneken és időpontokban. A kutatáshoz szükséges etikai engedélyt a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága (engedély száma: 31/2014) adta ki. Az adatfelvétel jelenleg is folyamatban van.

A vizsgálatba azokat az emlőrákkal küzdő nőket vontuk be ($n = 38$), akiknél a betegséget legalább fél évvel a vizsgálat előtt diagnosztizálták. Kiválasztási kritérium volt, hogy a személy legalább egyféle terápiában (kemoterápiás előkezelés, műtéti beavatkozás, sugár-, hormon-, biológiai terápia stb.) már részesült, mielőtt bekerült a vizsgálatba. Kizáró kritérium volt, ha a személy már korábban vagy a vizsgálatba kerülés idején pszichiátriai kezelésben részesült.

A vizsgálatban részt vevőket korosztályuk szerint két csoportra osztottuk: 1970 előtt születettek (A csoport, átlagéletkor 63 év, szórás: 7,9 év, min: 49 év, max: 81 év), valamint 1970 után születettek (B csoport, átlagéletkor 39 év, szórás 6,5 év, min: 26 év, max: 45 év). Az A csoport tagjai (27 fő) közül 16 fő (59,3%) házasságban vagy élettársi kapcsolatban élt, 5 fő (18,5%) elvált, 6 fő (22,2%) özvegy volt. 11 fő (40,75%) felső-, 13 fő (48,15%) közép-, és 3 fő (11,1%) alapfokú végzettséggel rendelkezett. A betegséget 8 személynél (29,6%) egy éven belül, 10 személynél (37,0%) két éven belül, 6 személynél (22,2%) három éven belül, 3 személynél (11,1%) öt éven belül diagnosztizálták és 12 fő (44,4%) küzdött valamilyen áttétellel. A B csoport tagjai (11 fő) közül 3 fő (27,3%) hajadon volt, 5 fő (45,4%) házasságban vagy élettársi kapcsolatban élt, 3 fő (27,3%) elvált. 7 fő (63,6%) felső-, 3 fő (27,3%) közép- és 1 fő (9,1%) alapfokú végzettséggel rendelkezett. A betegséget 2 személynél (18,2%) egy éven belül, 2 személynél (18,2%) két éven belül, 5 személynél (17,3%) három éven belül, 1 személynél (9,1%) négy és 1 személynél (9,1%) öt éven belül diagnosztizálták, és 4 fő (36,4%) küzdött valamilyen áttétellel. A két életkori csoport a személyek családi állapota szempontjából szignifikánsan eltért egymástól a ($\chi^2 = 10,362$, $f = 3$, $p = 0,16$). A különbségek a hajadon és özvegy státuszok tekintetében mutatkoztak. Iskolai végzettség szempontjából az életkori csoportok között nem volt eltérés ($\chi^2 = 1,825$, $f = 3$, $p = 0,610$). Nem volt különbség a diagnózis felállításának ($\chi^2 = 5,211$, $f = 4$, $p = 0,266$) és az áttét megjelenésének idejében sem ($\chi^2 = 0,209$, $f = 1$, $p = 0,647$).

Eszközök

Derogatis-féle tünetlista magyar változata (SCL-90-R, Symptom Check List-90-R, Unoka, Rózsa, Kő és mtsai, 2004)

A pszichés tünetek meglétének és súlyossági fokának mérésére a Derogatis-féle tünetlista magyar változatát használtuk. A tünetlista 90 tételt tartalmaz és 9 skálából áll: szomatizáció, kényszeresség, interperszonális érzékenység, depresszió, szorongás, el-

lenségesség, fóbia, paranoia, pszichoticizmus, valamint az egyik skálába sem sorolható tételek csoportja. A kitöltő ötfokú skálán értékelheti, hogy az adott tünet mennyire zavarta az elmúlt egy-két hétben.

Kötődési Stílus Kérdőívének magyar változata (ASQ-H, Hámori és mtsai, 2016)

A kötődési stílus felméréséhez az ASQ (Attachment Style Questionnaire, Feeney és mtsai 1994) magyar változatát használtuk. A kérdőív a többdimenziós modell alapján, öt skála segítségével méri a kötődés dimenzióit a személy számára fontos másokhoz fűződő viszonyában. A kérdőív eredeti verziójának öt skáláját használtuk, melyek a következők: *A kapcsolat, mint másodlagos tényező a teljesítménnyel szemben* (RS, Relationship as Secondary to Achievement), *Elismerés iránti szükséglet* (NA, Need for Approval), *A közelség kellemetlen megélése* (DC, Discomfort with Closeness), *Túlzott foglalkozás a kapcsolatokkal* (PR, Preoccupation with Relationships) és *Biztonság a kapcsolatokban* (CR, Confidence in Relations). A közelség kellemetlen megélése (DC) és a *Kapcsolat, mint másodlagos tényező a teljesítménnyel szemben* (RS) az *elkerülésre* utal, míg az *Elismerés iránti szükséglet* (NA), valamint a *Túlzott foglalkozás a kapcsolatokkal* (PR) és az alacsony *Biztonság a kapcsolatokban* (CR) a kötődési *szorongást* jelzi.

Young-féle Séma Kérdőív (YSK, Young Schema Questionnaire, Young és Brown, 1994)

A korai maladaptív kapcsolati sémák feltárására a Young-féle Séma Kérdőív magyar adaptációjának (Unoka, Rózsa, Fábián és mtsai, 2004) hosszú változatát használtuk, amelynek 244 iteme 19 maladaptív sémát vizsgál. Ezek öt magasabb szintű sématarományba csoportosulnak:

(1) *Elszakítotttság és elutasítotttság sémataromány*, amelybe 6 séma tartozik: Érzelmi depriváció, Elhagyatottság-instabilitás, Bizalmatlanság-abúzus, Társas izoláció-elidegenedettség séma, Csökkentértékűség-szégyen, Társas elutasítotttság érzése. (2) *Károsodott autonómia és teljesítőképesség sémataromány*, amelybe 4 séma tartozik: Kudarca iránti érzékenység, Dependencia-inkompetencia, Sérülékenység-veszélyeztetettség, Összeolvadottság-éretlenség. (3) *Határok károsodott volta sémataromány*, amelybe 2 séma tartozik: Feljogosítottság-grandiozitás, Elégtelen önkontroll-önfegyelem. (4) *Kóros másokra utaltság sémataromány*, amelybe 3 séma tartozik: Behódoltság, Önfeláldozás, Elismerés hajszo-lása. (5) *Aggályosság és gátlás sémataromány*, amelybe 4 séma tartozik: Negativizmus-pesszimizmus, Érzelmi gátoltság, Könnyörtelen mércék és Büntető készenlét.

A Betegségélmény Mélyinterjúja (Désfalvi, Hámori, Dank és Nagy, 2016)

A szubjektív betegségélmény és a betegséggel való megküzdés explorálására a résztvevőkkel félig strukturált mélyinterjút vettünk fel. Arra voltunk kíváncsiak, hogy a személy milyen módon éli meg és értelmezi a betegséget és a betegség alatt önmagát, valamint kapcsolatait és környezetét, továbbá hogy milyen erőforrásokat képes mozgósítani a betegséggel való megküzdés során. A személyeknek négy témakörben tettünk fel kérdéseket:

1. *A betegség és az én kapcsolata.* Ebbe a témakörbe tartoztak azok a kérdések, amelyek a rákbetegség diagnózisának a megélésére vonatkoztak. Például: Amikor elindult a betegség és megkapta a diagnózist, mire gondolt a betegséggel kapcsolatban? Mire gondolt önmagával kapcsolatban?

2. *A személy érzelmi reakciója a betegségre és a betegség lehetséges értelmezése.* Például: Mi volt az első gondolata, mi fog történni Önnel? Mi volt akkor az Ön számára legfontosabb?

3. *A személy kapcsolati státusza és kapcsolati hálója a krízis időszakában.* Például: Ki jutott eszébe legelőször az életében szereplő emberek közül? Mit gondol arról, hogy hogyan viszonyulnak/viszonyultak Önhöz a családtagjai, barátai, ismerősei? Milyen érzései vannak ezzel kapcsolatban?

4. *A betegséggel való megküzdés lehetőségei és a személy elképzelése a megküzdésről.* Például: Amikor elkezdődtek bizonyos terápiák, vagy akár a műtét előtt gondolt-e valamiképp a betegségre? Mi most a legfontosabb önmagának?

Az interjúkat diktafonra vettük, majd átírtuk és tartalomelemeztük. Az értékeléshez és értelmezéshez az Értelmező Fenomenológiai Elemzés (IPA, Interpretative Phenomenological Analysis, Smith, Flowers és Larkin, 2009) módszeréből indultunk ki. Az IPA a klinikai, egészségügyi és szociál-pszichológia területén alkalmazott elemző eljárás, amely alkalmas a vizsgált személy személyekkel, tárgyakkal, eseményekkel kapcsolatos szubjektív élményvilágának feltérképezésére elbeszélések, vagy interjúszövegek elemzésével. Az eljárás az úgynevezett dupla hermeneutika módszerével értékeli, hogy a személy milyen kapcsolatban van a közvetlen vagy tágabb környezetével, mint család, barátok, társadalmi háló (Smith és Osborn, 2007). A vizsgálati módszer alkalmas arra, hogy kis létszámú megkérdezettek csoportjánál is megbízhatóan felmérje a személyek élményvilágának hasonlóságait és különbségeit. A szöveges tartalmakat két oszlopban jelöli: először a szövegben felbukkanó altémákat definiálja, majd a második oszlopban kiemeli az altémákból összeálló elsődleges vagy más néven főtémákat.

Pilóta kutatásunkban (Désfalvi, Sallay és Martos, 2016) 10 mellrákkal küzdő nő párkapcsolati tapasztalatainak és céljainak mintázatait elemeztük a módszerrel. Három fő téma emelkedett ki: a diagnózis, mint fordulópont, a lehorgonyzás mint biztos pont és a fejlődés mint új ágencia. Jelen vizsgálat céljából ugyanennek a mintának a kibővítésével és az altémák további értékelésével háromfajta megküzdési módot azonosítottunk a betegséghez való viszonyulásban: (1) konstruktív megküzdés dominál, (2) regresszív viszonyulás dominál és (3) destruktív viszonyulás dominál (Désfalvi, Hámosi, Dank és Nagy, 2016).

A *konstruktív és progresszív megküzdési modell*be tartozó személyek vágnak a változtatásra és tudnak is változtatni konstruktív tettekkel, belső elszántsággal. Az élethez való hozzáállásuk asszertív és rugalmas: képesek változtatni életmódjukon és kapcsolataikon is, amennyiben szükségét érzik. A *regresszív megküzdési modell*be tartozó személyek vágnak a változtatásra, de regresszív módon élik meg kompetenciájukat és önmagukat. Gyakran érzik magukat kiszolgáltatottnak betegségükben és kapcsolataikban is. Függő helyzetben próbálkoznak a megküzdéssel, kapcsolataiktól teszik függővé saját megküzdési potenciáljukat. A *destruktív megküzdési modell*be tartozó személyek beszámolnak változtatási igényükről és megfogalmazzák vágyaikat. Ugyanakkor azt élik meg,

hogy nem képesek azokat felszínre hozni amiatt, mert másoknak vannak kiszolgáltatva. Kapcsolataikat ellenségesnek élik meg és nem érzik támogatóknak. Képtelenek megküzdeni konfliktusos kapcsolatukkal és úgy érzik, magukra maradtak a betegségben annak ellenére, hogy kapcsolatban élnek (Désfalvi, Hámori, Dank és Nagy, 2016).

EREDMÉNYEK

Rákbetegség és a pszichés tünetek: az SCL-90-R kérdőív eredményei

A kérdőívet nem a teljes minta töltötte ki. Csak azok a személyek, akik a kutatás megkezdése után 5 hónappal kerültek a vizsgálatba ($n = 18$). Adatainkat a magyar normatív minta adataival (Unoka, Rózsa, Kő és mtsai, 2004) vetettük össze egymintás t-próba alkalmazásával. Az eredményeket az 1. táblázat tartalmazza.

Az eredményekből kiemelendő, hogy a normatív adatokhoz képest az emlőrákkal küzdő nőknél noha csak tendenciaszinten, de magasabb volt a *Szomatizáció* és a *Depresszió* értéke. Ez összhangban van várakozásunkkal, amelyet Nicholls és munkatársai (2014) összefoglaló tanulmányára alapoztunk. Ezzel szemben a jelentősen alacsonyabb értéket ért el az emlőrákos csoport az *Ellenségesség* skálán. A tételek tartalmát megvizsgálva feltűnő, hogy a személyek fokozottan érzik, vagy vélik úgy, hogy nem jellemző rájuk a hangulatingadozás (*Olyan hangulatkitörés, amit nem tud kontrollálni*), illetve harag kifejezése (*Gyakran vitába keveredik, Leküzdhetetlen vágy, hogy megüssön, bántson valakit*), továbbá az alárendeltség (*Alárendeltnek érzi magát másokkal szemben*), valamint a büntudat és az értéktelenség érzése (*Önvádolás különböző dolgok miatt és Értéktelenség érzi magát*). A normatív mintához képest kiemelkedően alacsony értékek utalhatnak arra, hogy a személyek fokozottan hárítják vagy tagadják ezeknek az érzéseknek, élményeknek a jelenlétét vagy jelentőségét (vö. Unoka, Rózsa, Kő és mtsai, 2004).

1. táblázat. A SCL-90R kérdőív skáláinak magyar mintán vizsgált normatív átlagai és a vizsgált minta átlagai

A kérdőív dimenziói	Normatív adatok (N = 528) *		Vizsgált minta (N = 18)		Egymintás t-próba		
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	t	f	p
Szomatizáció	0,53	0,53	0,83	0,62	2,033	17	0,058
Kényszeresség	0,69	0,62	0,91	0,73	1,295	17	0,213
Interperszonális érzékenység	0,7	0,65	0,58	0,61	-0,837	17	0,414
Depresszió	0,83	0,73	1,23	0,91	1,878	17	0,078
Szorongás	0,66	0,62	0,77	0,73	0,651	17	0,524
Ellenségesség	0,64	0,67	0,33	0,37	-3,554	17	0,002
Fóbia	0,47	0,52	0,39	0,44	-0,781	17	0,445
Paranoia	0,62	0,67	0,45	0,42	-0,189	17	0,852
Pszichoticizmus	0,38	0,47	0,44	0,46	0,599	17	0,557
GSI	0,62	0,5	0,94	0,76	1,805	17	0,089

* Normatív adatok: Unoka, Rózsa, Kő és mtsai, 2004.

Kötődési stílus: az ASQ eredményei

A kötődési stílus életkori alcsoportonkénti vizsgálatához az ASQ öt skálájának átlagait hasonlítottuk össze az 1970 előtt születettek (A csoport) és az 1970 után születettek (B csoport) között. Az eltéréseket Mann–Whitney-próba segítségével számoltuk, az alacsony elemszám, valamint a normalitások sérülése miatt. A 2. táblázatban láthatók az ASQ öt skálájának átlagai és szórásai, valamint a két korcsoport eredményein végzett különbségvizsgálatok értékei.

2. táblázat. ASQ kérdőív skáláinak átlagai és szórásai korcsoportok szerint és a különbségvizsgálat eredményei

Kérdőív dimenziók		1970 előtt születettek		1970 után születettek		Mann–Whitney-próba	
		Átlag	szórás	átlag	szórás	U	P
Elkerülés	Kapcsolat mint másodlagos tényező	2,8466	0,90431	2,4935	0,63363	117,50	0,323
	Elismerés iránti szükséglet	3,0317	0,82001	3,3766	0,73754	191,0	0,179
	Közelség kellemetlen megélése	3,4407	0,87586	3,7182	0,82197	175,5	0,390
Szorongás	Túlzott foglalkozás a kapcsolatokkal	2,9167	0,55686	3,4545	0,47194	238,5	0,003
	Biztonság a kapcsolatban	4,5926	0,59403	4,1136	0,82624	94,0	0,082

Az eredmények szerint az A és a B csoport átlagai nem különböztek jelentősen egymástól. Az egyetlen kivétel a *Szorongás* faktor alá tartozó *Túlzott foglalkozás a kapcsolatokkal* skála volt, amelyen a fiatalabb életkorú B csoport tagjai jelentősen magasabb értéket értek el az idősebb A csoport személyeinél. Ez az eredményünk ellentmondott várakozásunknak, mely szerint az idősebb korosztályra inkább lehet jellemző az *Elkerüléshez* tartozó dimenziók magasabb értéke.

Korai maladaptív sémák a két életkori csoportban

A következő lépésben a két csoport sémaprofiljának átlagait hasonlítottuk össze, amelyhez ismét a Mann–Whitney-próbát használtuk az alacsony elemszám és az adatok normalitásának sérülése miatt. A kapott eredményeket a 3. táblázat szemlélteti.

Szignifikáns eltérést találtunk a két életkori csoport között az öt közül 4 fő sémataartomány átlagaiban. Egyedül az *Aggályosság és gátlás fő sémataartomány* értékei voltak hasonlóak a két életkori csoportba tartozó személyeknél. A sémataartományokon belül feltárt eltérések tovább árnyalták az életkori különbségeket. Így például az 1970 után születettek jelentősen magasabb értékeket adtak az *Elszakítottság és elutasítottság* sémataartományhoz tartozó *Elhagyatottság-instabilitás*, *Csökcentértékűség-szegyeny* és *Társas*

3. táblázat. A YSK kérdőíven elért átlagok és szórások korcsoportok szerint és a különbségvizsgálat eredményei

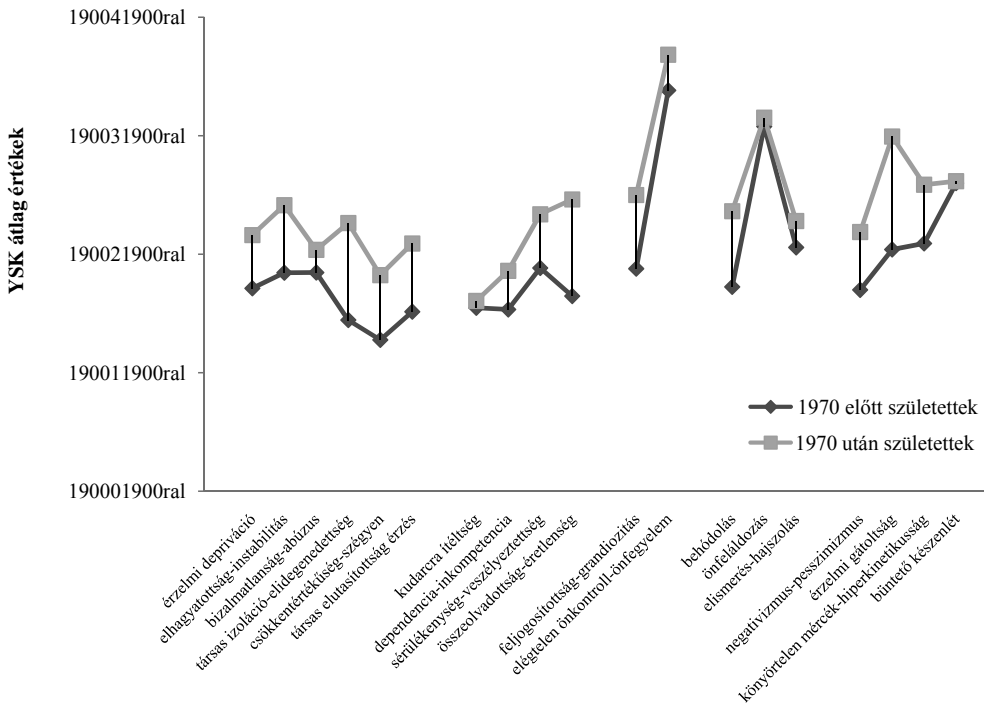
Kérdőív-dimenziók	1970 előtt születettek		1970 után születettek		Mann-Whitney-próba	
	átlag	szórás	átlag	szórás	U	p
Elszakítotttság és elutasítotttság sémataromány	1,6306	,54775	2,1329	,64926	234*	0,005
Érzelmi depriváció séma	1,7119	,83561	2,1616	1,16467	197	0,124
Elhagyatottság-instabilitás séma	1,8436	,80464	2,4141	,88064	217*	0,027
Bizalmatlanság-abúzus séma	1,8453	,65668	2,0374	,46263	190,5	0,179
Társas izoláció-elidegenedettség séma	1,4444	,61603	2,2636	1,50750	181	0,308
Csökkentértékűség-szégyen séma	1,2765	,29912	1,8242	,80844	218*	0,025
Társas elutasítotttság érzés séma	1,5144	,59129	2,0909	,62424	230,5*	0,007
Károsodott autonómia és teljesítőképesség sémataromány	1,6614	,66796	2,0853	,64043	219*	0,023
Kudarca ítélttség séma	1,5473	,97642	1,6061	,85399	0,171	0,485
Dependencia-inkompetencia séma	1,5333	,77966	1,8606	,57539	225*	0,013
Sérülékenység-veszélyezettség séma	1,8836	,72062	2,3377	,89448	198	0,116
Összeolvadottság-éretlenség séma	1,6465	,74384	2,4628	1,10255	207,5	0,057
A határok károsodott volta sémataromány	1,8504	,71775	2,2273	,45944	225*	0,013
Feljogosítotttság-grandiozítás séma	1,8778	,70674	2,5000	,88769	192,5	0,159
Elégtelen önkontroll-önfegyelem séma	3,3834	,97280	3,6845	1,17272	225*	0,013
Kóros másokra irányultság sémataromány	2,5574	,61083	3,1596	,79681	210,5*	0,045
Behódolás séma	1,7243	1,05291	2,3636	,74052	216*	0,03
Önfeláldozás séma	3,0787	,86283	3,1534	1,18433	171	0,485
Elismerés-hajszolás séma	2,0572	,72865	2,2810	,49201	242,5*	0,002
Aggályosság és gátlás sémataromány	2,4837	,85020	2,7364	,82257	187	0,225
Negatívizmus-pesszimizmus séma	1,6988	,79343	2,1879	,63723	204,5	0,071
Érzelmi gátoltság séma	2,0397	,49659	2,9935	,96228	239*	0,003
Könyörtelen mércék-hiperkinetikusság séma	2,0909	1,13965	2,5868	1,12549	166	0,59
Büntető készenlét séma	2,6005	,92736	2,6169	1,06631	150	0,975
Teljes séma pontszám	1,9907	,57080	2,4296	,52443	227*	0,01

* p < 0,05

elutasítottság érzés sémákban. Magasabb volt az átlaguk a *Károsodott autonómia és teljesítőképesség* fő tartományhoz tartozó *Dependencia-inkompetencia* sémában, valamint a *Határok károsodott volta* sémartományhoz tartozó *Elégtelen önkontroll-önfegyelem* sémában. Az átlagok különbségei azt sugallják, hogy a fiatalabb korosztály személyeinél olyan regresszív, maladaptív én-szabályozási sémák lehetnek aktívak, amelyek a sémák leíró jellemzése alapján az én-határok és az autonómia egyensúlyának fokozott sérülésére és a belső stabilitás felborulására utalnak. Az átlagok alapján emellett egy regresszív kapcsolati mintázat bontakozott ki, amelyre jellemző lehet az érzelmek kifejezésének gátoltsága, a másik személy megszegényítésétől való félelem, a behódolás és az elismerés egyidejű hajszolása, ugyanakkor a másik személynek való kiszolgáltatottság szorongató élménye, valamint az elfojtott düh és ellenségesség (a sémák leíró jellemzését lásd Unoka, Rózsa, Fábíán és mtsai, 2004).

A maladaptív sémartományok korcsoportonkénti profilját az 1. ábra mutatja.

A két csoport konfigurációja nagyon hasonló ívet követ. Emellett mindkét profilban kiemelkedik a többihez képest az *Elégtelen önkontroll-önfegyelem* séma (1. ábra, 3. sémacsoport), a *Kóros egymásra utaltság* sémartomány (1. ábra, 4. sémacsoport) és ezen belül az *Önfeláldozás* séma. Amellett, hogy ezek a sémák a korai kapcsolati mintázatok sajátos sérüléseit mutatják, jelzik az érzelemszabályozás fokozott nehézségét (*Elégtelen önkontroll-önfegyelem*, 1. ábra, 3. sémacsoport), valamint a másik fontos személlyel



1. ábra. YSK séma profilok életkori csoportonként

szembeni harag és düh elfojtását (*Kóros egymásra utaltság, Önfeláldozás*), anélkül hogy ezek az érzések, élmények tudatosulnának (Unoka, Rózsa, Fábrián és mtsai, 2004). Ez utóbbi mintázattal összhangban áll az SCL-90-R *Ellenségesség* skálájának kiemelten alacsony értéke, amely szintén a másokkal szembeni harag, düh és sértettség tagadására utalhat.

Betegségélmény és megküzdés: A Betegségélmény Mélyinterjúk eredményei

A szubjektív betegségélmény, a betegséggel való megküzdés és a kapcsolatok megélésének megismeréséhez a Betegségélmény Mélyinterjúkat tartalomelemezük az IPA-módszer segítségével (lásd a Módszerek részt). Az elemzés során a betegséggel való megküzdés három élménytípusát azonosítottuk: *Konstruktív és progresszív megküzdés, Regresszív megküzdés és Destruktív megküzdés* modellje. A személyeket az elemzés során azonosított altémák és főtémák alapján soroltuk be a modellekbe. Ezt követően az alcsoportokat a fontosabb demográfiai jellemzők mentén összehasonlítottuk. A csoportba tartozás (*Konstruktív, Destruktív, Regresszív*) függvényében vizsgáltuk az iskolai végzettséget, az áttét jelenlétét, a családi állapotot és azt, hogy beteg aktívan dolgozik-e. Jelen elemzést 18 mélyinterjú adatain végeztük el. Az összehasonlítás adatait a 4. táblázat tartalmazza.

A csoportok kis elemszáma miatt a statisztikai próba egyetlen várt változó mentén sem mutatott szignifikáns eltérést. Az adatok leíró vizsgálata azonban jelezheti, hogy mely változókra nézve alkothatunk feltevéseket a különbségekre egy nagyobb mintán végzett elemzéskor. Eszerint a *Konstruktív csoportban* inkább azok a személyek fordultak elő, akik az idősebb korosztályba tartoznak (50 év feletti), felsőfokú végzettséggel rendelkeznek, aktívan dolgoznak és nincs áttétük. A *Regresszív*, illetve a *Destruktív* megküzdési csoportokban inkább a fiatalabb korosztályba tartozók (40 és 50 év közöttiek) fordultak elő, többnyire középfokú végzettséggel bírtak és több személynek volt áttéte. A családi állapot szempontjából a három csoportban közelítőleg azonos volt (4. táblázat).

4. táblázat. A megküzdési módok alapján elkülönített 3 csoport demográfiai adatai

Elemzés		Konstruktív	Regresszív	Destruktív	Khi-négyzet próba		
		8 fő	7 fő	3 fő	χ^2	F	p
Életkori átlag		56,25 év	46,57 év	43 év			
Iskolai végzettség	Alapszintű	0	0	0	4,300	2	0,117
	Középszintű	1	4	2			
	Felsőfokú	7	3	1			
Áttét	Van	1	5	2	3,619	2	0,164
	Nincs	7	2	1			
Családi állapot	Házasság	5	4	3	1,848	4	0,764
	Elvált	2	2	0			
	Egyedülálló	1	1	0			
Aktív-e?	Igen	7	4	1	3,348	2	0,187
	Nem	1	3	2			

MEGBESZÉLÉS

Pszichés tünetek

Várakozásunknak megfelelően a szomatizáció és a depresszió értéke a normatív mintához képest enyhén magasabb volt az emlőrákkal küzdő nőknél, ami összhangban van több eddigi felmérés eredményével (lásd például Nicholls és mtsai, 2014; Braun és mtsai, 2012) és összefüggésben lehet a betegséggel kapcsolatos szorongásokkal és a testi tünetekre való fokozott figyellel (Andreotti, Root, Ahles, McEwen és Compas, 2015). Az egészséges mintához viszonyított kiemelkedően alacsony érték az *Ellenséges-ség* skálán azonban nem várt eredményként jelent meg vizsgálatunkban. Feltételezésünk szerint a kiemelkedően alacsony értékek – a skálában szereplő tételek tartalma alapján – jelezhetik, hogy a személyek elhárítják, illetve tagadják a másokkal szembeni haragjukat és alárendeltség érzésüket, valamint saját értéktelenség érzésüket. Ez utóbbi magyarázat összhangban lenne a kapcsolati mintázatokra kapott több eredményünkkel is.

Kötődés és maladaptív sémák

A kötődést mérő eszközök a kapcsolati mintázatok jól értelmezhető sajátosságaira mutattak rá a teljes csoport és az életkori csoportbontás szempontjából is. Az kötődési stílust mérő kérdőív dimenzióiban az emlőrákkal küzdő nők összességében a normatív, egészséges magyar mintához (Hámori és mtsai, 2016) hasonló értékeket adtak. Ez összhangban van a szakirodalomban találtakkal, miszerint nincs jelentős különbség az általános kötődési stílusban az egészségesek és a daganatos betegek között (Nicholls és mtsai, 2014). A két életkori csoport között azonban eltérés mutatkozott a kötődés egyik szorongásra utaló skálájában. Az 1970 után születettek sokkal magasabb értékeket ért el a *Túlzott foglalkozás a kapcsolatokkal* (PR) skálán, amely a Szorongás faktorban a bizonytalan kötődési stílus egyik mutatója (Hámori és mtsai, 2016). A skálában olyan kérdésekre kellett választ adni, mint például: „Aggaszt, hogy mások számára nem vagyok annyira fontos, mint amennyire ők fontosak az én számomra”, vagy „Nagyon fontos számomra, hogy legyen egy szoros kapcsolatom”, vagy „Sokat aggódom a kapcsolatom miatt”. Az eredmény jelzi, hogy a fiatalabb korcsoport személyei az idősebbekhez képest fokozottabban vágyhatnak az intimitásra és jobban tarthatnak attól, hogy elveszíthetik kapcsolataikat.

A korai maladaptív sémák eredményeit Unoka, Rózsa, Fábián és munkatársai (2004) normál, egészséges mintán kapott eredményeinek tükrében értelmeztük. Vizsgálatunkban mindkét életkori csoportban közelítőleg hasonló sémaprofil rajzolódott ki. Ezen belül bizonyos sémák mindkét életkori csoportnál kiemelkedtek a többi közül, így például a *Kóros másokra irányultság* sémataromány *Önfeláldozás sémája*, ami megegyezik Ferrei és munkatársai (2009) emlőrákos nőkre vonatkozó hasonló eredményeivel. Eszerint a személyek úgy élhetik meg kapcsolataikat, hogy saját szükségleteiket háttérbe kell szorítaniuk és fel kell adniuk érzelmeiket egy másik személy kedvéért. Mindkét életkori csoport magas értéket adott az *Aggályosság és gátlás* sématar-

tományból az *Érzelmi gátoltság* sémán, ami jelzi, hogy a személyek úgy érezhetik, meg kell felelniük bizonyos szabályoknak és teljesítményelvárásoknak, miközben le kell mondaniuk az önkifejezéséről, a boldogságáról, vagy akár egészségről is. Unoka és munkatársai szerint normatív csoportokban az életkorral egyenes arányban növekszik a *Károsodott autonómia és teljesítőképesség*, valamint a *Határok károsodott volta* sématarományok átlagainak értéke. A vizsgálatunkban résztvevőknél ezekből a tartományokból bizonyos sémák – például az *Elégtelen önkontroll-önfegyelem* – mindkét korcsoportban magasabbak voltak a sémaprofilon belül. Sőt, a fiatalabb korosztály átlaga még az idősebbekhez képest is jelentősen magasabb volt. Így ezeket az értékeket nem tudtuk a normatív életkori sajátosságokkal magyarázni. Feltételeztük, hogy az emelkedett érték sokkal inkább a fizikai betegség élményével állhat kapcsolatban. Ezen a sémán azok a személyek érnek el magasabb pontszámot, akik úgy érezhetik, hogy nagymértékben függnek másoktól, nincs elég önfelegyük, s mivel nagyon félnek a másik elvesztésétől ezért úgy érzik, hogy kénytelenek alávetni magukat mások akaratának (Unoka, Rózsa, Fábián és mtsai, 2004).

Összességében, a korai maladaptív sémák vizsgálata egyrészt egy sajátos, az életkortól függetlennek tűnő kapcsolódási profilt rajzolt fel mindkét korcsoportnál. Ezen belül azonban bizonyos sémák értéke a fiatalabb korosztály esetében jóval magasabb volt az idősebbekhez viszonyítva. Ez arra utal, hogy a fiatalabb korosztály érintettebb lehet ebből a szempontból. Ahhoz, hogy megértsük, hogy e mintázatok hogyan függhetnek össze a betegséggel való megküzdés sajátosságaival, megkíséreltük a kérdőívekben kapott adatainak és a mélyinterjúban kibontakozó megküzdési módokat együtt értelmezni.

Szubjektív betegségélmény és megküzdés

Az interjúk tartalomelemzésével a betegséggel való megküzdés mintázatának három modelljét azonosítottuk: a *konstruktív*, a *regresszív* és a *destruktív* megküzdést. A modelleket egy-egy interjúrészlet bemutatásával illusztráljuk:

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

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

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

Az interjúk alapján a három csoportba sorolt személyek (n = 18) demográfiai jellemzőinek elemzése mutatta, hogy a *Konstruktív*, valamint a *Regresszív* és a *Destruktív*

csoporthoz tartozók között nem volt jelentős különbség a párkapcsolati státuszban. Mindhárom csoportban a házások voltak túlnyomó részben. Különbséget figyeltünk meg azonban az életkor és az áttét területén: a destruktív és regresszív csoportokban inkább azok a nők szerepeltek, akik a 40 és 50 év közötti korosztályba tartoznak és áttét nehezítette betegségüket. Bár az adatok értelmezésével óvatosan kell bánnunk a kis elemszám miatt, az eredményeink hasonlóak Krigel és munkatársai (2014) mélyinterjú vizsgálatának eredményeihez, akik azt találták, hogy a metasztázisokkal küzdő személyek nagyobb bizonytalanságban és szorongással élnek, ami önmagában is nehezíti a betegséggel való megküzdést. Bizonyos onkológiai beavatkozások nagy kitartást és fegyelmet kívánnak a betegtől, aki küzd egy kedvezőbb prognózisért, a túlélésért, miközben mentálisan egyre inkább kifárad és feladja a küzdelmet.

A megküzdés maladaptív módjainak kibontakozása a személy társas kapcsolatait is kedvezőtlenül, rombolóan érintheti (Andreotti és mtsai, 2015; Smith és George, 2012). Ezzel összhangban van az eredményünk, miszerint a maladaptív megküzdési stratégiákkal inkább élő fiatalabb korcsoport sokkal inkább szorong a számára fontos kapcsolatai miatt és aggódik attól, hogy elveszítheti mások odafigyelését. Az emelkedett maladaptív sématartományok, valamint a normatív mintához képest jelentősen alacsony *Ellenségesség* azonban jelezheti, hogy a személy saját destruktív késztetéseivel is küzd. Az én-szabályozási stratégiák és a korai kapcsolati mintázatok egy regresszív, másoknak kiszolgáltatott, ugyanakkor fokozott függőségre vágyó működésmódot jeleznek. Az ilyen típusú konstelláció a betegség egyéb szomatikus nehézségei okozta stresszhez adódva akadályozhatja a konstruktív megküzdés kialakulását. Természetesen nem rajzolhatunk fel oksági viszonyokat adataink alapján. Így nem tudhatjuk, hogy az életkor és/vagy a betegség kedvezőtlenebb prognózisa (az áttét) van-e hatással a megküzdés maladaptív formáinak kialakulására és a regresszív kapcsolati mintázat kibontakozására. Az összefüggés ugyanis fordítva is igaz lehet. Akinek korai sémaprofilja eleve regresszívebb konstellációt mutat, azaz jobban szorong kapcsolataiban és hajlamosabb a ellenséges érzelmek elfojtására, ugyanakkor hajlik az önfeladásra, elképzelhető, hogy ezek a sémák aktiválódnak a betegség megjelenésekor és a megküzdés maladaptív formáihoz, valamint a betegség kedvezőtlenebb kimeneteléhez vezetnek. Mindkét feltevés alátámasztására vannak adatok a szakirodalomban (lásd például Andreotti, és mtsai, 2015; Braun és mtsai, 2012, Nicholls és mtsai, 2014). Ezek eldöntése csakis olyan útvonalvizsgálatokkal lehetséges, amelyek longitudinális modellben vizsgálják a betegség kimeneteléhez hozzájáruló komplex tényezőket (Achenbach és Rescorla, 2016). Reméljük, hogy jelen vizsgálatunk hozzájárulhat az ilyen típusú útvonal kutatások tervezéséhez.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az emlőrák az egyike a testileg-lelkileg legmegrázóbb, és leginkább megterhelőbb diagnózisú betegségnek. Világszerte nagy hangsúlyt helyeznek a betegséget megelőző prevencióra, a különböző szűrővizsgálatok – például a rendszeres önvizsgálat és a mammográfia – fontosságára. Ennek ellenére napról napra egyre több beteget regisztrálnak világszerte. Egyre több tanulmány vizsgálja azokat az pszichoszociális össze-

függéseket és személyiségjellemzőket, amelyek kapcsolatban lehetnek a rákbetegség kialakulásával és a betegség kimenetelével. Ezek az adatok a rákbetegséggel küzdő személyek terápiájának tervezésében, vagy akár a megelőzésben is segítséget nyújthatnak (Aizer és mtsai, 2013; Balog és Dégi, 2005). Susan Krigel és munkatársai (2014) kvalitatív tartalomelemzési módszerrel dolgoztak fel emlőrákos nőkkel készített interjúkat és felhívták a figyelmet arra, hogy ezeknek a nőknek nemcsak a betegséggel kell megbirkózniuk, hanem a drámaian megváltozott életükkel is. A folytonos bizonytalanság, a változások az énképben és a kapcsolatokban és a betegség miatti szorongás a betegség prognózisát negatív módon befolyásolhatja. Kutatásunk eredményei alátámasztják ezt a megfigyelést. Emellett megerősítik a feltevést, hogy az életkornak is jelentős szerepe lehet abban, ahogy a személy a betegsége és az ezzel kapcsolatos változásokat megéli. A 35 és 45 év közötti korosztály inkább félhet attól, hogy a nőiesség külső jegyeinek sérülése, a mell deformálódása, illetve a haj elvesztése a párkapcsolatára is negatív hatással lehet.

Jelen tanulmányunkban arra vállalkoztunk, hogy az emlőrákos nők pszichés tüneteit, kötődési mintázatát, valamint a betegséggel való megküzdésük módját vizsgáljuk az életkor függvényében. Eredményeink alátámasztják, hogy a maladaptív sémák, a kötődési mintázatok és a szubjektív betegségélmény együttes elemzése hozzájárulhat az emlőrákos nők élmény- és kapcsolati világának jobb megértéséhez. Ez az ismeret segítheti az onkológus orvosokat a komplex, egyénre szabott terápia tervezésében és az életminőség javításában.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönetet szeretnénk mondani az érintett hölgyeknek, akik betegségük, állapotuk dacára együttműködésükkel segítették munkánkat. Köszönet illeti az Semmelweis Egyetem Onkológiai Központját, az ott dolgozó kollégákat a segítségért és a lehetőségért, hogy a Központban végezhetjük a kutatáshoz szükséges vizsgálatokat.

IRODALOM

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2016). Developmental issues in assessment, taxonomy and diagnosis of psychopathology lifespan and multicultural perspectives. In D. Cicchetti (Ed.), *Developmental Psychopathology, Third Edition. Volume One: Theory and Method*. (pp. 46–94). Hoboken, NJ: Wiley.
- Andreotti, C., Root, J. C., Ahles, T. A., McEwen, B. S., & Compas, B. E. (2015). Cancer, coping, and cognition: a model for the role of stress reactivity in cancer-related cognitive decline. *Psycho-Oncology*, 24(6), 617–623.
- Aizer, A. A., Chen, M.H., McCarthy, E. P., Mendu, M. L., Ko, S., Wilhite, T. J., Graham, P. L., Choueiri, T. K., Hoffman, K. E., Martin, N. E., Hu, J. C., & Nguyen, P. L. (2013). Marital status and survival in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 31(31), 3869–3876.
- Balog P., & Dégi L. Cs. (2005). A családi támogatottság szerepe a daganatos nők pszichoszociális sérülékenységének csökkentésében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6, 17–34.

- Baltrusch, H. J. S., Seidel, J., Stange, W., & Waltz, M. E. (1988). Psychosocial Stress, Aging and Cancer. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 52(1), 1–15.
- Bosmans, G., Braet, C., & Van Vlierbergh, L. (2010). Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(5), 374–385.
- Bowlby, J. (1974). *Attachment and Loss: Volume II. Separation, Anxiety and Anger*. The International Psycho-Analytic Library, 995 (pp. 1–429). London.
- Braun, M., Hales, S., Gilad, L., Mikulicer, M., Rydall, A., & Rodin, G. (2012). Caregiving styles and attachment orientations in couples facing advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 21(9), 935–943.
- Désfalvi, J., Hámori, E., Dank, M., & Nagy, L. (2016). Early maladaptive patterns and attachment in regards of age and experienced illness in patients with breast tumors. Poster presented at the 18th International Psycho-Oncology Society Congress, Dublin, 2016.
- Désfalvi, J., Sallay, V., & Martos, T. (2016). Relationship experiences and motivational patterns of woman battling breast cancer – an Interpretative Phenomenological Analysis. Poster presented at the 18th International Psycho-Oncology Society Congress, Dublin, 2016.
- Eurostat Statistics Explained (2016). A halálokokra vonatkozó statisztika. (letöltve: 2016.12.15.) http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics/hu
- Fallowfield, L. J. (1991). *Breast cancer. The experience of illness series*. London and New York: Routledge.
- Fallowfield, L. J. (2004). Evolution of breast cancer treatments: current options and quality-of-life considerations. *European Journal of Oncology Nursing*, 8, S75–S82.
- Ferreí, R., Peña, A., Gómez, N., & Pérez, K. (2009). Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes diagnosticados con cáncer atendidos en tres centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta (Colombia): Early maladaptive schemas in patients diagnosed with cancer, assisted in three oncological centres from the city of Santa Marta (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 24, 180–204.
- Feeney, J. A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment.. In Sperling M. B. & Berman, W.H. (eds). *Attachment in adults. Clinical and developmental perspectives* (pp. 128–155). New York: Guilford Press.
- Forgas, J. P., & Jones, R. (1985). *Interpersonal behaviour: The psychology of social interaction*. New York: Pergamon Press.
- Garssen, B. (2004). Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. *Clinical Psychology Review*, 24(3), 315–338.
- Hámori E. (2016). *A korai kapcsolat zavarai. Pszichoanalízis, kötődésmélelt és csecsemőkuatátás a korai kapcsolati patológiák megértésében*. Budapest: Oriold és Társai.
- Hámori E., Dankháziné Hajtman E., Horváth-Szabó K., Martos T., Kézdy A., & Urbán Sz. (2016). A felnőtt kötődés mérése: A kötődési stílus kérdőív (ASQ-H) magyar változata. *Alkalmazott Pszichológia*, 16(3), 119–144.
- Hámori E., Djuroska K., Unoka Zs., & Nagy L. (2011). Kapcsolati zavarok és kötődés – A Madár-féskrajz többdimenziós kódrendszere és klinikai alkalmazása. *Lélekelemzés*, 6(2), 244–269.
- Justenhoven, C., Winter, S., Dünnebier, T., Hamann, U., Baisch, C., Rabstein, S., ... & Ko, Y. D. (2010). Combined UGT1A1 and UGT1A6 genotypes together with a stressful life event increase breast cancer risk. *Breast Cancer Research and Treatment*, 124(1), 289–292.
- Kricker A., Price M., Butow P., Goumas C., Armes J., E., & Armstrong, B., K. (2009). Effects of life event stress and social support on the odds of a > = 2 cm breast cancer. *Cancer Causes Control*, 20, 437–477.

- Krigel, S., Myers, J., Befort, C., Krebill, H., & Klemp, J. (2014). 'Cancer changes everything!' Exploring the lived experiences of women with metastatic breast cancer. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(7), 334–342.
- Láng A., & Nagy L., (2013). Kötődésméletek és fejlődési pszichopatológia – szemlélet, modellek, közvetítő mechanizmusok. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68(1), 23–37.
- LeShan, L. (1977). You can fight for your life: Emotional Factors in the Causation of Cancer. *New York: M. Evans and Company, INC.*
- Nicholls, W., Hulbert-Williams, N., & Bramwell, W. R. (2014). The role of relationship attachment in psychological adjustment to cancer in patients and caregivers: a systematic review of the literature. *Psycho-Oncology* 23, 1083–1095.
- Péley, B. (2010). Fejlődés és evolúció: Evolúciós szemlélet a fejlődésben, pszichopatológiában és a pszichoterápiában. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65(1), 65–83.
- Sárai, T. (2002). Alkoholisták és partnereik párkapcsolati kommunikációs jellegzetességei. In Bagdy E. (szerk.), *Párkapcsolatok dinamikája* (pp. 45–63). Budapest: Animula.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2007). Pain as an assault on the self: An interpretative phenomenological analysis of the psychological impact of chronic benign low back pain. *Psychology and Health*, 22(5), 517–534.
- Smith, D. J., & George, C. (2012). Therapeutic Assessment Case Study: Treatment of a Woman Diagnosed With Metastatic Cancer and Attachment Trauma. *Journal of Personality Assessment*, 94(4), 331–344.
- Unoka Zs., Rózsa, S., Fábrián, Á., Mervo, B., & Simon, L. (2004). A Young féle Séma Kérdőív: A korai maladaptív sémák jelenlétét mérő eszköz pszichometriai jellemzőinek vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 19(3), 235–243.
- Unoka, Zs., Rózsa, S., Kő, N., Kállai, J., Fábrián, Á., & Simon, L. (2004). A Derogatis-féle tünetlista hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok. *Psychiatria Hungarica*, 19(3), 235–243.
- Young, J. E., & Brown, G. (1994). Young schema questionnaire. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, 63–76.

ATTACHMENT, EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS AND SUBJECTIVE EXPERIENCES OF ILLNESS IN WOMEN WITH BREAST CANCER

DÉSFALVI JUDIT – HÁMORI ESZTER – HORVÁTH JULIA – DANK MAGDOLNA – NAGY LÁSZLÓ

According to recent studies attachment may play a crucial role in coping with malignant tumors. Insecure attachment correlates with depression and anxiety while secure attachment correlates with active coping with illness (Nicholls, Hulbert-Williams & Bramwell, 2014). Studies so far have failed to highlight a difference in the distribution of attachment types in the categorical model between normative samples and cancer patients. There is a gap in the literature in studying the interconnections between the attachment patterns and the experience of the illness in a more complex level. In our study we aimed to fill this gap, partially. We assessed attachment patterns and early maladaptive schemas applying two questionnaires in two age groups of women with breast cancer (n = 38). We examined the psychological symptoms, the subjective experience of illness and the way of coping with these experiences. According to our results the frequency of somatization and depressive symptoms in both age groups were higher than the Hungarian healthy average whereas the hostility was much lower. Scores on the Preoccupation with relationships attachment scale was significantly higher in the younger age group. The pattern of early maladaptive schemas were similar in the two age groups. The qualitative analysis of the interviews shed light on the subjective experiences of the illness and the way of coping with it. Based on these results we have set up a hypothetical model about the interconnections between relationship patterns, subjective experience and coping. This model may prove helpful in planning intervention.

Keywords: attachment, breast cancer, early maladaptive schemas, age, experience of illness, pattern analysis.