

A korai maladaptív sémák és az életminőség összefüggései meddőséggel küzdő nők körében

Kántor Zsaklin Zsuzsa¹ ■ Makó Hajnalka dr.² 

¹Pécsi Tudományegyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Pszichológia Intézet, Személyiség- és Egészségpszichológia Doktori Program, Pécs

²Pécsi Tudományegyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Pszichológia Intézet, Személyiség- és Egészségpszichológia Tanszék, Pécs

Bevezetés: A gyermekvállalási szándék ellenére hosszan fennálló gyermektelenség szomatikus, pszichés és szociális kapcsolati vonatkozásban is terhet ró az érintettek, s ezeket a hatásokat tovább súlyosbíthatják a korai maladaptív sémák. Ezek a sémák hatással vannak például az érzelmi állapotra, az önértékelésre és a stresszkezelésre, így befolyásolhatják az életminőséget és a termékenységi kezelésekkel kapcsolatos tapasztalatokat.

Célkitűzés: A korai maladaptív sémák hatásának vizsgálata a meddő nők életminőségére, valamint a sémák kapcsolatának feltárása az életminőséget potenciálisan befolyásoló személyiségtényezőkkel.

Módszer: A jelen vizsgálat egy 179 magyar nő részvételével zajló kutatás részét képezte, amelyben 58 termékeny, 46 organikus eredetű és 75 funkcionális eredetű meddőséggel küzdő nő adatait vetettük össze. A résztvevők online kérdőívcsomagot töltöttek ki, amely tartalmazta a meddőségspecifikus életminőség mérésére szolgáló FertiQoL-kérdőívet, a Young-féle Séma Kérdőív rövidített változatát (YSQ-S3), a Connor–Davidson Resilientia Kérdőívet, a Rosenberg-féle Önértékelés Skálát (RSES-H), az Ötfaktoros Személyiség-kérdőívet (BFI), valamint szociodemográfiai kérdéseket is.

Eredmények: A korai maladaptív sémák szoros összefüggést mutattak a meddőséggel küzdő nők életminőségével, különösen az Érzelmi depriváció, a Negativizmus-pesszimizmus, az Önfeláldozás és a Könyörtelen mércék és hiperkritikusság sémák esetében. Az organikus eredetű meddőséggel élő nők jelentősen nagyobb érzelmi deprivációt éltek meg, míg a funkcionális meddőségi csoportban bizonyos sémák (például Negativizmus-pesszimizmus séma) prediktív szerepet tölthettek be az életminőség alakulásában. Az eredmények rávilágítanak arra, hogy a maladaptív sémák az önértékelésen, a reziliencián és a neuroticizmuson keresztül közvetetten is befolyásolhatják az érintettek pszichés jóllétét.

Következtetés: Az eredmények hangsúlyozzák az érzelmi és kognitív mintázatok és a személyiségtényezők figyelembevételének jelentőségét a meddőség pszichológiai vizsgálataiban, valamint hozzájárulhatnak a meddőséggel küzdő nők kezelésére irányuló beavatkozások specifikusabbá tételéhez.

Orv Hetil. 2026; 167(8): 309–316.

Kulcsszavak: meddőség, korai maladaptív sémák, életminőség

Relationship between early maladaptive schemas and quality of life in women with infertility

Introduction: Prolonged childlessness, despite the desire to have children, imposes burdens across somatic, psychological, and social-relational domains. These challenges may be further amplified by early maladaptive schemas, which shape emotional functioning, self-esteem, and stress regulation, thereby potentially influencing quality of life and experiences related to fertility treatments.

Objective: This study aimed to investigate the impact of early maladaptive schemas on the quality of life of infertile women and to explore the associations between these schemas and personality factors that may modulate the quality of life.

Method: The present study was part of a larger research project including 179 Hungarian women: 58 fertile women, 46 women with infertility of organic origin, and 75 women with infertility of functional origin. Participants completed an online battery of questionnaires, including the Fertility Quality of Life (FertiQoL) instrument, the short form of the Young Schema Questionnaire (YSQ-S3), the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES-H), the Big Five Inventory (BFI), and sociodemographic questions.

Results: Early maladaptive schemas were strongly associated with the quality of life among infertile women, particularly the Emotional Deprivation, Negativism-Pessimism, Self-Sacrifice, and Unrelenting Standards/Hypercriticalness schemas. Women with organic infertility reported significantly higher levels of emotional deprivation, whereas in the functional infertility group, certain schemas (e.g., Negativism-Pessimism) predicted quality of life outcomes. The findings suggest that maladaptive schemas may indirectly influence psychological well-being through their effects on self-esteem, resilience, and neuroticism.

Conclusion: These results highlight the importance of considering emotional and cognitive patterns, alongside personality traits, in the psychological assessment of infertility. Such insights may contribute to the development of more targeted and effective interventions for women experiencing infertility.

Keywords: infertility, early maladaptive schemas, quality of life

Kántor ZsZs, Makó H. [Relationship between early maladaptive schemas and quality of life in women with infertility]. *Orv Hetil.* 2026; 167(8): 309–316.

(Beérkezett: 2025. december 9.; elfogadva: 2026. január 6.)

Rövidítések

BFI = (Big Five Inventory) Ötfaktoros Személyiség-kérdőív; CD-RISC = (Connor–Davidson Resilience Scale) Connor–Davidson Resiliencia Kérdőív; FertiQoL = (Fertility Quality of Life) a meddőségspecifikus életminőség mérésére szolgáló kérdőív; RSES-H = (Rosenberg Self-Esteem Scale – Hungarian) a Rosenberg-féle Önértékelés Skála magyar változata; SE = (standard error) standard hiba; YSQ-S3 = (Young Schema Questionnaire) a Young-féle Séma Kérdőív rövidített változata

A meddőség olyan állapot, amely folyamatos érzelmi alkalmazkodást igényel, és számos pszichológiai zavarral – például önértékelési problémákkal, szorongással, depresszióval, az élettel való elégedettség csökkenésével – hozható összefüggésbe [1–3]. Bár egyes esetekben a meddőség átmeneti jellegű, sok pár számára folyamatosan fennálló, elhúzódó krízist jelent [4]. A meddőség gyakoriságára vonatkozó becslések szerint Magyarországon a fogamzóképes lakosság körülbelül 10–15%-a lehet érintett [1, 5, 6]. A jelenség hátterében meghúzódó leggyakoribb okok férfiolalon (kb. 30–40%) az abnormális spermiumtermelés, női oldalon (kb. 30–40%) ovulációs diszfunkciók és petevezeték-betegségek, a női és férfitényezők kombinációja pedig az esetek körülbelül 10–15%-ában vezet a problémához. Azon esetek aránya, amikor a meddőség hátterében nem azonosítanak organikus okot, megközelítőleg 10%-ra tehető [7].

A meddőség és annak kezelése során rendkívül nagy a negatív reakciók gyakorisága, amelyek nemcsak az életminőségre és a jóllétre hatnak, hanem a kezelés hatékonyságára és a folytatásra való hajlandóságra is [8]. Emellett befolyásolhatják a sikertelen kezelések utáni elégedetlenséget is. Ezért fontos, hogy a meddőséggel küzdő egyének esetében az orvosi beavatkozások mellett a pszichológiai tényezőkre is kellő figyelmet fordítsanak az ezen a területen dolgozó szakemberek [9, 10]. Feltételezésünk szerint a meddőség miatti folyamatos stressz és a társadalmi elvárások okozta feszültség hozzájárulhat különféle maladaptív sémák aktiválódásához. Ezek a sé-

mák befolyásolják, hogyan értelmezzük a különböző helyzeteket, és miként reagálunk rájuk. A valóságnak az egyén hiedelmei szerint történő félreértelmezése lelki problémákat, testi tüneteket, viselkedési zavarokat vagy érzelmi nehézségeket okozhat [11]. Hiedelmeink tehát sémákba ágyazódnak, és szerepet játszanak például az emlékezés és a gondolkodás folyamatában, a motivációkban, valamint cselekedeteink szervezésének és szabályozásának képességében [12, 13].

A sémaelméletet Jeffrey E. Young dolgozta ki az 1990-es évek elején [14]. A korai maladaptív sémákat úgy határozta meg, mint „*kiterjedt, pervazív motívum vagy mintázat, mely emlékekből, érzelmekből, kogníciókból és testi érzetektől áll, az egyénre magára és másokkal való kapcsolataira vonatkozik, gyermekkorban vagy serdülőkorban alakul ki, egész életen át finomodik, és jelentős mértékben diszfunkcionális*” [15]. Úgy véli, az ember öt alapvető érzelmi szükséglettel rendelkezik, melyek a *biztonságos kötődés (biztonságra, gondoskodásra, elfogadásra való igény) (1); az autonómia, a kompetencia és az énazonosság érzésének szükséglete (2); a jogos igények és érzelmek szabad kifejezésének szükséglete (3); a spontaneitás és a játékosság iránti szükséglet (4); a keretek és az önkontroll el-sajátítása iránti szükséglet (5)*. Véleménye szerint a sémák ezen alapvető érzelmi szükségletek sérülésének, kielégületlenségének következtében alakulnak ki, olyan mechanizmusokon keresztül, mint a szükségletek toxikus mértékű be nem töltése; vagy éppen a túlzott mértékű szükségletkielégítés; a traumatizáció vagy viktimizáció; valamint a jelentős személyekkel történő azonosulások révén. A súlyos személyiségzavarban vagy az I. tengely krónikus zavarában szenvedő betegek pszichoterápiájában tapasztaltakat alapul véve 18 sémát azonosított, amelyeket a betöltetlen érzelmi szükségletek alapján öt magasabb szintű sémacsoportba sorolt [14–17]. Young szerint a lelki egészséghez elengedhetetlen, hogy képesek legyünk megfelelően kielégíteni a fentiekben megnevezett szükségleteinket. Ezt a képességet a gondozókkal való kapcsolatok során tanuljuk meg,

különösen a kötődési helyzetekben [18]. Amennyiben az öt univerzális szükséglet közül valamelyik kielégítése zavart szenved, az a korai maladaptív sémák kialakulásához vezet [19]. A sémák hatására az egyén énképének, valamint a mások róla alkotott véleményének a megítélése torzul, gondolatai, emlékei és érzelmei közül csak a sémáknak megfelelőket veszi figyelembe [20]. A sémák a kognitív szűrő funkciójuknak és a sémákra adott önsorsrontó cselekvési válaszoknak köszönhetően önfenntartóak. Az egyének törekszenek tetteikkel a sémáik érvényességének megerősítésére, valamint az azoknak ellentmondó helyzeteknek az elkerülésére. Fontos hangsúlyozni, hogy a maladaptív viselkedések a sémákra adott válaszoknak tekinthetők, nem pedig azok részeinek [16].

A sémák súlyosságának és kiterjedtségének a mértéke eltérő lehet. A súlyosság fokozódásával a séma több helyzetben aktiválódik, és megnöveli a negatív érzelmi hatás mértékét. Általában a kora gyermekkorban/serdülőkorban rögzülő maladaptív sémák súlyosabbak és kiterjedtebbek, mint a későbbi életkor során létrejövő sémák. Kialakulásukban a családi hatások mellett a kortársak és a kulturális hatások is szerepet játszhatnak [21]. Az egyes sémák a viselkedéses hatásukat nem mutatva sokáig rejtve maradhatnak, azonban minden olyan helyzetnek a megtapasztalása, amelyre a séma érzékeny, annak aktiválódását okozza [20]. Egyidejűleg több séma is aktív lehet, amelyekhez eltérő maladaptív megküzdési módok kapcsolódhatnak, csökkentve a viselkedéses és az érzelmi reakciók kiszámíthatóságát [17]. Olyan érzelmi, gondolkodásbeli és viselkedéses válaszokról van tehát szó, amelyek korábban akár segítették az egyén megküzdését, de az új környezetben már károsak lehetnek. Fontos azonban, hogy az új tapasztalatok segítségével lehetséges a sémák felülírása [20].

Jelen tanulmányunkban – a meddőséggel összefüggő életminőséget meghatározó tényezők szélesebb körű feltárásának részeként – azt vizsgáljuk, hogy a korai maladaptív sémák hogyan hatnak a meddő nők életminőségére, és milyen összefüggésben állnak az életminőséget potenciálisan befolyásoló különböző személyiség-tényezőkkel. Eredményeink szorosan kapcsolódnak egy korábban már közzétett írásunkhoz, amelyben a személyiségjellemzők és az életminőség közötti kapcsolat meghatározásával foglalkoztunk [22]. Ezúttal ugyanazon vizsgálati csoport adatainak feldolgozásával a korai maladaptív sémák szerepének feltárására helyezzük a fókuszot.

Módszer

Vizsgálati személyek

A vizsgálatban összesen 179 magyar nő vett részt, akiknek az átlagéletkora 34 év volt. A résztvevők között 58 fő termékeny, 46 fő organikus eredetű meddőséggel, valamint 75 fő, funkcionális eredetű meddőséggel küzdő nő szerepelt. A meddőséggel érintett nők a jelen adat-

1. táblázat | Demográfiai adatok

	Organikus eredetű meddőséggel küzdő nők	Funkcionális eredetű meddőséggel küzdő nők	Termékeny nők
n (%)	46	75	58
Átlagéletkor ± szórás	33,5 ± 5,11	34,8 ± 4,44	33,9 ± 6,45
• Minimum	23	23	23
• Maximum	45	44	53
Családi állapot			
• Egyedülálló	–	–	1 (1,72%)
• Párkapcsolat	4 (8,70%)	3 (4,00%)	5 (8,62%)
• Házass/élettársi kapcsolat	42 (91,3%)	72 (96,0%)	52 (89,6%)
Iskolai végzettség			
• Alapfokú	4 (8,70%)	1 (1,33%)	1 (1,70%)
• Középfokú	14 (30,4%)	25 (33,3%)	16 (27,6%)
• Felsőfokú	28 (60,9%)	49 (65,3%)	41 (70,7%)
Foglalkozás			
• Munkanélküli	1 (2,20%)	1 (1,33%)	4 (6,90%)
• Munkaviszony	45 (97,8%)	74 (98,7%)	54 (93,1%)
A meddőség időtartama			
• Kevesebb, mint 3 év	22 (47,8%)	32 (42,7%)	
• 3 és 6 év között	16 (34,8%)	32 (42,7%)	
• Több mint 7 év	8 (17,4%)	11 (14,6%)	
Meddősége okán kezelésben részesül	41 (89,1%)	67 (89,3%)	
Gyermekkel rendelkező	12 (26,1%)	16 (21,3%)	

gyűjtést megelőzően már rendelkeztek a meddőség diagnózisával, amelyet szakorvosi kivizsgálás során állapítottak meg. A meddőséggel küzdő nők esetében, amennyiben már van gyermekük, a gyermek *in vitro* fertilizációval fogant, vagy a meddőség a gyermek születését követően alakult ki (szekunder meddőség). A termékeny nők csoportját olyan nők alkották, akiknek már volt gyermekük, vagy az adatgyűjtés ideje alatt várandósak voltak. Az adatgyűjtés közösségi média felületeken keresztül zajlott, különböző zárt tematikus csoportok közreműködésével. A résztvevők demográfiai adatait részletesen az 1. táblázat szemlélteti.

Vizsgálati eszközök

A korai maladaptív sémák mérésére a Young-féle Séma Kérdőív rövidített változatát (YSQ-S3) alkalmaztuk. A YSQ magyar változatának validálását *Unoka Zsolt és mtsai* végezték [16]. A rövidített kérdőív mind az öt sématarományt, valamint mind a 18 sémát méri. Összesen 90 tételt tartalmaz, amelyeket hatfokú Likert-skálán (1 = egyáltalán nem igaz rám, a 6 = tökéletesen igaz rám) értékelnek a kitöltők. A skála kiértékelése során a pontszámokat összeadják, majd sémánként átlagolják.

A meddőség pszichés vonatkozásainak mérésére a nemzetközi FertiQoL-kérdőívet alkalmaztuk. A kérdőív magyar változata a Cardiffi Egyetem hivatalos weboldalán érhető el [9]. A kérdőív négy életminőségi területet

különít el a meddőséggel kapcsolatban: testi/kognitív életminőség (a kognitív és fizikai panaszok jelenléte), érzelmi életminőség (negatív érzelmek jelenléte), párkapcsolati életminőség (a párkapcsolati alkalmazkodás minősége) és szociális életminőség (a család és a barátok által nyújtott észlelt támogatás). Az egyes területeken elért pontok alapján kiszámítható egy összesített főskála is, amely az általános életminőséget tükrözi [23]. Összesen 24 tételt tartalmaz (skálánként 6-6 tétel), amelyeket a résztvevők ötfokú Likert-skálán értékelnek (1 = nagyon elégedetlen, 5 = nagyon elégedett). A magasabb pontszámok jobb életminőséget jeleznek.

A stressz keltette és nehéz helyzetekkel szembeni lelki ellenállóság képességének mérésére a Connor–Davidson Reziliencia Kérdőív rövidített, 10 tételes változatát alkalmaztuk [24, 25]. Ez a kérdőív egydimenziós struktúrával rendelkezik, és a válaszokat ötfokú Likert-skálán értékelik a résztvevők (0 = egyáltalán nem igaz, 4 = szinte mindig igaz). A magasabb pontszámok a stresszel szembeni nagyobb ellenálló képességet jelzik.

Az érzelmi stabilitás mérésére az Ötfaktoros Személyiség-kérdőív (BFI) magyar változatát alkalmaztuk [26, 27]. A kérdőív öt fő személyiségdimenziót vizsgál: extravertió, barátságosság, lelkiismeretesség, érzelmi stabilitás és tapasztalatokra való nyitottság. Összesen 44 tételt tartalmaz, amelyek közül 8 tétel kifejezetten az érzelmi stabilitásra vonatkozik. A résztvevők rövid személyiségleíró állítások alapján ötfokú Likert-skálán (1 = egyáltalán nem értek egyet, 5 = teljesen egyetértek) értékelik önma-

gukat, megadva, mennyire jellemzőek rájuk az adott állítások.

Az önértékelés mérésére a Rosenberg-féle Önértékelés Skála (RSES) magyar változatát alkalmaztuk [28]. A skála tíz tételből áll, amelyek az egyén általános önértékelését és önbecsülését vizsgálják. A válaszokat négyfokú Likert-skálán (1 = egyáltalán nem értek egyet, 4 = teljesen egyetértek) értékelik a résztvevők. A magasabb pontszámok jobb önértékelést jeleznek.

Statisztikai elemzés

Az adatokat a Jamovi statisztikai szoftver segítségével elemeztük. A meddőséggel küzdő két csoport és a termékeny nők korai maladaptív sémáinak összehasonlítására független mintás varianciaanalízist végeztünk. Ezenkívül a meddő nők esetében a korai maladaptív sémák és az életminőség, valamint a személyiség közötti kapcsolat vizsgálatára korrelációs elemzéseket és lineáris regressziót alkalmaztunk.

Eredmények

A meddőséggel küzdő nők körében végzett vizsgálat eredményei szerint a Könyörtelen mércék és hiperkritikusság, valamint az Önfeláldozás sémák egyaránt aktívnak bizonyultak. Mindkét séma esetében statisztikailag jelentős, negatív irányú összefüggést találtunk a meddőségspecifikus életminőséggel ($r = -0,289$, $p = 0,001$;

2. táblázat | A sématautományok és a meddőséggel küzdő nők életminősége közötti kapcsolatok

		FertiQol- összpontszám	Testi/kognitív életminőség	Érzelmi életminőség	Szociális életminőség	Párvkapcsolati életminőség
I. ST	1	-0,455***	-0,403***	-0,351***	-0,370***	-0,312***
	2	-0,472***	-0,525***	-0,468**	-0,324*	-0,161
	3	-0,500***	-0,362**	-0,312**	-0,455***	-0,425***
II. ST	1	-0,445***	-0,402***	-0,402***	-0,300***	-0,309***
	2	-0,562***	-0,535***	-0,577***	-0,323*	-0,230
	3	-0,394***	-0,342**	-0,310**	-0,288*	-0,348**
III. ST	1	-0,399***	-0,333***	-0,248**	-0,373***	-0,260**
	2	-0,361*	-0,316*	-0,317*	-0,358*	-0,160
	3	-0,450***	-0,360**	-0,253*	-0,413***	-0,333**
IV. ST	1	-0,441***	-0,415***	-0,344**	-0,318***	-0,259**
	2	-0,434**	-0,418**	-0,405**	-0,412**	-0,096
	3	-0,456***	-0,418***	-0,318**	-0,278*	-0,352**
V. ST	1	-0,448***	-0,428***	-0,367***	-0,314***	-0,259**
	2	-0,334*	-0,388*	-0,392**	-0,277	-0,039
	3	-0,552***	-0,471***	-0,356**	-0,364**	-0,457***

FertiQol = a meddőségspecifikus életminőség mérésére szolgáló kérdőív; ST = sématautomány

Az 1-es a meddőséggel küzdő nők csoportját, a 2-es az organikus eredetű, a 3-as a funkcionális eredetű meddőséggel küzdő nőket jelöli

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

$r = -0,218$, $p = 0,016$). Az Önfeláldozás séma az általános meddőségspecifikus életminőség mellett a testi/kognitív életminőséggel is meghatározó negatív együttjárást mutatott ($r = -0,276$, $p = 0,002$), míg a Könyörtelen mércék és hiperkritikusság séma ezen túlmenően a szociális és érzelmi életminőség dimenzióival is jelentős negatív összefüggésben állt ($r = -0,263$, $p = 0,003$; $r = -0,259$, $p = 0,004$; $r = -0,228$, $p = 0,012$). A sématartományok és a meddőséggel élő nők életminősége közötti kapcsolatot a 2. táblázatban tekinthető meg.

Míg a meddőséggel küzdő és a termékeny női populációk összehasonlítása nem eredményezett statisztikailag szignifikáns eltérést a korai maladaptív sémák tekintetében, addig az alcsoportokra bontott elemzés (organikus és funkcionális eredetű meddőség) az Érzelmi depriváció séma esetében szignifikáns különbséget tárt fel ($F(2,100) = 3,34$; $p = 0,039$). Az organikus eredetű meddőségben szenvedő nők statisztikailag jelentősen magasabb átlagpontszámot mutattak, mint a funkcionális eredetű meddőséggel küzdő nők és a termékeny nők csoportja.

A funkcionális eredetű meddőséggel küzdő nők esetében a lineáris regresszió során alkalmazott modell, amely az összes korai maladaptív sémát tartalmazta, megfelelő illeszkedést mutatott ($F(18,56) = 3,68$; $p < 0,001$; $R^2 = 39,5$) (3. táblázat). Ez a modell a korai maladaptív sémák jelentős hatását mutatja a meddőségspecifikus életminőségre vonatkozóan. A Negativizmus-pesszimizmus és a Könyörtelen mércék és hiperkritikusság sémák negatív kapcsolatot mutattak a meddőségspecifikus életminőséggel, tehát minél jellemzőbbek voltak ezek a sémák, annál rosszabbnak bizonyult az érintett nők életminősége. Ezzel szemben a Büntető készenlét séma pozitív kapcsolatban állt a meddőségspecifikus életminőséggel. Minél inkább jellemző volt ez a séma, annál jobbnak mutatkozott az életminőség. A független változók közül a Negativizmus-pesszimizmus séma mutatta a legerősebb kapcsolatot az életminőséggel.

A korai maladaptív sémák, a személyiség és a pszichológiai működés egyes aspektusai közötti kapcsolat mélyebb feltárásához szintén többváltozós lineáris regressziót alkalmaztunk. Külön regressziós modellt illesztettünk minden dimenzióra annak érdekében, hogy az egyes sématartományok prediktív erejét specifikusan értékelhessük. A modell öt prediktort tartalmazott, amelyek a Young-féle sémaelmélet alapján képzett sématartományokat reprezentálták, míg a függő változókat a neuroticizmus, a reziliencia és az önértékelés alkották. A neuroticizmus esetében a modell megfelelő illeszkedést mutatott ($F(5, 115) = 17,40$; $p < 0,001$), a variancia 43%-át ($R^2 = 0,430$) magyarázta. A II. sématartomány (Károsodott autonómia és teljesítőképesség) statisztikailag jelentős, pozitív irányú kapcsolatot mutatott a neuroticizmus értékeivel ($B = 1,48$, $SE = 0,29$, $t = 5,12$, $p < 0,001$, $\beta = 0,61$). Minél erőteljesebben voltak jelen az autonómia és teljesítőképesség zavarához köthető maladaptív mintázatok, annál nagyobb neuroticizmus jellemezte az egyént. További meghatározó összefüggés

3. táblázat | A lineáris regresszió eredménye

Prediktor	B	SE	t	p	β
Konstans	101,366	7,68	13,198	<0,001	
<i>I. sématartomány</i>					
Érzelmi depriváció	-0,237	1,94	-0,122	0,903	-0,0152
Elhagyatottság-instabilitás	-4,913	2,58	-1,905	0,062	-0,3603
Bizalmatlanság	1,307	2,56	0,511	0,611	0,898
Társas izoláció-elidegenedettség	-2,589	2,12	-1,218	0,228	-0,225
Csökkentértékűség-szégén	-2,643	3,20	-0,826	0,412	-0,1573
<i>II. sématartomány</i>					
Kudarca ítéltesség	3,759	2,96	1,269	0,210	0,2124
Dependencia-inkompetencia	0,614	4,05	0,152	0,880	0,0258
Sérülékenység-veszélyeztetettség	3,889	3,08	1,264	0,211	0,2607
Össeolvadtág-életlenség	2,770	2,63	1,054	0,296	0,1348
<i>III. sématartomány</i>					
Feljegozitottság-grandiozítás	3,088	2,37	1,304	0,198	0,1773
Elégtelen önkontroll-önfégyelem	-3,578	2,63	-1,360	0,179	-0,1932
<i>IV. sématartomány</i>					
Behódolás	-1,909	2,93	-0,651	0,518	-0,1194
Önfeláldozás	1,925	2,05	0,938	0,352	0,1305
Elismerés-hajszolás	-1,657	1,98	-0,837	0,406	-0,1083
<i>V. sématartomány</i>					
Negativizmus-pesszimizmus	-5,297	2,38	-2,229	0,030	-0,4139
Érzelmi gátoltság	-2,150	2,11	-1,018	0,313	-0,1473
Könyörtelen mércék	-4,014	1,92	-2,091	0,041	-0,2866
Büntető készenlét	5,026	2,47	2,031	0,047	0,3260

SE = standard hiba

a IV. sématartomány (Kóros másokra irányultság) esetében volt megfigyelhető, negatív irányban ($B = -0,88$, $p = 0,011$, $\beta = -0,31$). Az ebbe a tartományba eső sémák (például önfeláldozás, behódolás) paradox módon a neuroticizmus kisebb értékeivel jártak együtt. A reziliencia esetében szintén szignifikánsnak bizonyult a modell ($F(5,115) = 10,8$, $p < 0,001$; $R^2 = 0,321$). A II. sématartomány (Károsodott autonómia és teljesítőképesség) meghatározó, negatív kapcsolatot mutatott a resilienciával ($B = -1,91$, $SE = 0,32$, $t = -6,07$, $p < 0,001$, $\beta = -0,79$). Az ebbe a tartományba tartozó maladaptív sémák erőteljesebb jelenléte jelentősen alacsonyabb szintű resilienciával társult. Az önértékelés esetében a modell szintén szignifikáns és jól illeszkedő volt ($F(5,115) = 26,3$, $p < 0,001$; $R^2 = 0,533$), vagyis az öt sématartomány

együttesen az önértékelés varianciájának több mint 51%-át magyarázta. A *II. sématartomány* (Károsodott autonómia és teljesítőképesség) ($B = -1,44$, $SE = 0,261$, $t = -5,52$, $p < 0,001$, $\beta = -0,597$) és az *V. sématartomány* (Aggályosság és gátlás) ($B = -0,478$, $SE = 0,238$, $t = -2,01$, $p = 0,046$, $\beta = -0,236$) szignifikáns negatív prediktornak bizonyult, vagyis a magasabb sémapontszám alacsonyabb önértékeléssel járt együtt.

Megbeszélés

A tanulmány során arra kerestük a választ, hogy a korai maladaptív sémák milyen mértékben befolyásolják a meddőséggel küzdő nők életminőségét, valamint miként különböznek az eltérő meddőségi csoportok és a termékeny nők esetében. Külön figyelmet fordítottunk arra is, hogy ezek a sémák milyen összefüggésben állnak az életminőséget potenciálisan befolyásoló különböző személyiségtényezőkkel.

A meddőséggel küzdő nők esetében a Könyörtelen mércék és hiperkritikusság séma, valamint az Önfeláldozás séma is aktívnak bizonyult. A gyermekvállalás sok nő életében jelentős identitásformáló esemény, amely szoros kapcsolatban áll az önértékelés és az önmegvalósítás élményével. Azok a személyek, akik jelentős internalizált elvárásoknak próbálnak megfelelni (például „csak akkor vagyok elég jó, ha...”), a meddőséget saját elégtelenségüként élhetik meg, ami a maladaptív sémák aktivációját okozhatja. Emellett a meddőség kezelésével járó próbálkozások folyamatában a pár és az érintett anya „alárendelődik” a folyamatnak. A saját testi és lelki szükségletek háttérbe szorulnak, az érintett párok, nők a testi és/vagy lelki kimerültség ellenére sem engedik meg maguknak a pihenést vagy akár a kezeléseik felfüggesztését. Az Önfeláldozás séma kialakulása gyakran a korai gyermekkorban szerzett tapasztalatokra vezethető vissza, amelyek során az egyén csak akkor részesült szeretetben, ha másokat kiszolgált. A meddőséggel élő nők életének ezen szakaszában a gyermekvállalási próbálkozások állnak központi helyen, ami túlzott alkalmazkodáshoz és a partneri szerep túllangszúlyozásához vezethet, a saját szükségleteik megélésének rovására [16, 29]. Az eredmények alátámasztják, hogy a vizsgált sémák nem csupán elméleti szinten kapcsolódnak a meddőséggel való megküzdéshez, hanem ténylegesen befolyásolják az érintett nők életminőségét is.

A meddőséggel küzdő, valamint a termékeny nők maladaptív sémáinak vizsgálata során statisztikailag jelentős különbség mutatkozott az Érzelmi depriváció és érzelemmegvonás séma esetében. Az organikus eredetű meddőségben szenvedő nők mind a funkcionális eredetű meddőséggel küzdő nőknek, mind pedig a termékeny nőknek a csoportjához képest magasabb pontszámot mutattak ebben a sémában. Az organikus eredetű meddőségben szenvedő nők tehát feltételezhetően erősebb hiedellel rendelkeznek arra vonatkozóan, hogy a

környezetüktől nem fognak megfelelő mértékű érzelmi támogatást kapni, ami a szorongás fokozódását okozhatja, súlyosbítva ezzel a meddőség okozta krízist. Az Érzelmi depriváció és érzelemmegvonás séma aktivációjának hátterében több ok is valószínűsíthető. Már önmagában a meddőség ténye is elindíthat izolációs folyamatokat, s az a tény, hogy hátterében konkrét ok is feltárható – mint ahogyan az organikus meddőség esetében –, fokozhatja a kilátástalansággal, „lemondással”, érzelmi elszigeteléssel járó helyzeteket. A séma aktivációja fokozhatja a nőkben azt az érzést, hogy környezetük nem képes érzelmi támogatási igényüket kielégíteni, vagy éppen kerül az érzelmi megosztásokat a csalódás elkerülése érdekében, de az is lehet, hogy követelődőbbé válnak társukkal vagy más, számukra fontos emberekkel szemben ebben az időszakban [29]. Mindezek akadályozhatják őket a megfelelő támaszkeresésben és az optimális érzelmi támogatottság megélésében.

A funkcionális eredetű meddőséggel küzdő nők esetében a korai maladaptív sémáknak a meddőségspecifikus életminőséget bejósoló szerepe is igazolást nyert. A legerősebb hatást a Negativizmus-pesszimizmus séma mutatta, amelyre jellemző az élet negatív aspektusaira helyezett figyelem és az élet pozitív/optimista aspektusainak figyelmen kívül hagyása vagy bagatellizálása [16]. Termékenységi problémákkal küzdő nők esetében – különösen, ha már sikertelen próbálkozásokat is megéltek – érthető e séma aktivizálódása. Az érintett nők különösen érzékenyek lehetnek a környezetükből származó negatív megjegyzésekre, például a gyermekvállalással vagy a családi élettel kapcsolatban, ami tovább növelheti negatív érzéseiket. A pesszimizmus következtében a nők távolságtartóvá válhatnak a barátokkal való találkozásokkal és egyéb társas eseményekkel szemben. Hajlamosak lehetnek folyamatosan összehasonlítani életüket mások életével és sikereivel (különösen azokéval, akik könnyen teherbe estek), ami szintén fokozhatja az elszigeteltségüket és elégedetlenségüket [30, 31].

A meddőségspecifikus életminőség előrejelzőjeként került még azonosításra a Könyörtelen mércék és hiperkritikusság séma, továbbá a Büntető készenlét séma is. A meddőség következtében a nők megkérdőjelezhetik saját értéküket és női identitásukat [32]. Amennyiben úgy érzik, hogy nem felelnek meg saját és társadalmi normáiknak, fokozódhat az önkritikájuk és a szorongásuk. Hajlamosak lehetnek önmaguk hibáztatására és általuk észlelt „hiányosságaik” felnagyítására, például meddőségüket a saját teljesítményük elégtelenségeként élik meg. Továbbá attól is tarthatnak, hogy környezetük kritikusan értékeli helyzetüket. A Büntető készenlét séma hajlamosá teszi az egyént saját, illetve mások hibáinak és hiányosságainak szigorú értékelésére. Eredményeink szerint ez a séma a meddőségspecifikus életminőségre való kedvező hatásként is megmutatkozhat. Úgy véljük, a meddőségi kezelések sokszor nagyon körültekintő, szigorú és pontosan kivitelezett eljárásoknak és azon

keresztül elvárásoknak való megfeleléssel járnak. Akár a pár és a nő, akár a kezelőorvos részéről óriási tétje van a hibának/hibázásnak. A meddőségi kezeléseknél történő maradéktalan és szigorú megfelelés és „számmonkérés” növelheti a nők kontrollérzetét („Szigorúan követem az utasításokat!”) és ezen keresztül a meddőségspecifikus jóllét megélését. Mindhárom említett séma az *V. sématartomány* (Aggályosság és gátlás) részét képezi, ami felhívja a figyelmet a saját érzések és késztetések spontán megélésének nehezítettségére és a „merev”, „intellektualizált”, szigorú szabályoknak való megfelelés dominanciájára. Az Aggályosság és gátlás sématartomány hangsúlyossága a jövőbeli vizsgálatok szükségességére hívja fel a figyelmet.

A neuroticizmus és a Károsodott autonómia és teljesítőképesség sématartomány közötti pozitív kapcsolat összhangban áll azzal az elméleti feltevessel, miszerint az önállóság és a kompetencia hiányának élménye fokozott érzelmi instabilitással és szorongásra való hajlammal társul [33]. A Kóros másokra irányultság sématartomány negatív irányú kapcsolata a neuroticizmussal arra utalhat, hogy az ilyen sémák mentén működő személyek hajlamosak lehetnek saját érzelmi szükségleteiket háttérbe szorítva, alkalmazkodó stratégiákkal szabályozni distresszélményeiket, ami alacsonyabb pontszámokat idézhet elő a neuroticizmus skáláján, de nem feltétlenül jelent adaptív megküzdést.

A Károsodott autonómia és teljesítőképesség sématartomány erőteljes negatív kapcsolatban állt a resilienciával, ami alátámasztja, hogy az énhatékonyságba, a döntési képességbe és a kompetenciába vetett bizalom hiánya gyengítheti az adaptív megküzdési kapacitást [34]. Továbbá a Károsodott autonómia és teljesítőképesség, valamint az Aggályosság és gátlás sématartományok fokozott jelenléte szignifikánsan alacsonyabb szintű önértékeléssel járnak együtt. Az előbbi tartományba tartozó sémák – például a kudarcra ítéltesség, a dependencia-inkompetencia – csökkenthetik az egyén önmagába vetett hitét, akadályozhatják a kompetenciaélmény kialakulását, valamint a belső kontroll megtapasztalását. Az önkritikus és túlzott megfelelési igényen alapuló mintázatok pedig merev önszabályozáshoz és folyamatos önkritikához vezethetnek, amelyek szintén alááshatják az önértékelés stabilitását. Mindez összhangban áll azokkal az elméleti megközelítésekkel, amelyek szerint a maladaptív sémák központi szerepet játszanak az énkép és az önértékelés alakulásában [29].

Tekintettel arra, hogy a neuroticizmus mint személyiségvonás, valamint a resiliencia és az önértékelés mint pszichológiai működésmódok jelentős hatással vannak az életminőség alakulására – amint azt korábbi, azonos mintán végzett vizsgálatunk is igazolta –, feltételezhető, hogy az ezekhez kapcsolódó maladaptív sémák közvetett módon, e pszichológiai tényezőkön keresztül is befolyásolják a meddőséggel küzdő nők életminőségét [1, 22, 35, 36].

Következtetés

Az eredmények kiemelik az önsorsrontó érzelmi és kognitív mintázatok, valamint a személyiségtényezők figyelembevételének fontosságát a meddőséggel kapcsolatos pszichológiai vizsgálatok során. Rávilágítanak a pszichológiai segítségnyújtás szükségességére, figyelembe véve az organikus és a funkcionális eredetű meddőség közötti eltéréseket. A pszichológiai támogatás nemcsak a diagnosztikai folyamatban, hanem a meddőségi kezelés során és annak lezárása után is alapvető szerepet játszik. Az eredmények útmutatást adhatnak a meddőséggel küzdő nők egészségügyi ellátását célzó beavatkozások tervezéséhez, és hozzájárulhatnak a kezelésből történő kilépésük megelőzéséhez.

A jövőbeli kutatások számára több potenciális irányvonal is felvetődhet. További vizsgálatokra lenne szükség egy olyan modell kidolgozásához, amely az organikus és ismeretlen eredetű meddőséggel küzdő nők esetében is képes magyarázni a meddőségspecifikus életminőség varianciájának nagyobb százalékát. Emellett hosszú távú, longitudinális vizsgálatok segíthetnék a sémák dinamikájának, változásának és életminőségre gyakorolt hatásának nyomon követését. Fontos lenne a partneri és családi tényezőket is figyelembe venni, mivel a maladaptív sémák gyakran párkapcsolati interakciók során aktiválódnak, és közvetlen hatással lehetnek a meddőségi kezelésekre kimenetelére is.

Anyagi támogatás: A dolgozat megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka nem részesült anyagi támogatásban.

Szerzői munkamegosztás: K. Zs. Zs.: A kutatói kérdésfeltevés kidolgozása és a kutatás módszertanának összeállítása, adatgyűjtés, szakirodalmi feldolgozás, az adatok elemzése és értékelése. M. H.: A kutatói kérdésfeltevés kidolgozása, a szakmai irányelvek meghatározása, a kutatás módszertani tervezése, az adatok értelmezése, az írott szöveg gondozása és lektorálása. A közlemény végleges változatát mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

A kutatást az EPKEB jóváhagyta (engedélyszám: EPKEB2023-29).

Irodalom

- [1] Lakatos E, Szabó G, Szigeti FJ, et al. Relationships between psychological well-being, lifestyle factors and fertility. [A pszichés jóllét, az életmód és a termékenységek összefüggései.] *Orv Hetil.* 2015; 156: 483–492. [Hungarian]
- [2] Namdar A, Naghizadeh MM, Zamani M, et al. Quality of life and general health of infertile women. *Health Qual Life Outcomes* 2017; 15: 139.
- [3] Lakatos E, Szigeti FJ, Ujma PP, et al. Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. *BMC Womens Health* 2017; 17: 48.

- [4] Lakatos E, Pápay N, Ádám Sz, et al. Paradigms in the interpretation of infertility. [Paradigmák a meddőség értelmezésében.] *Pszichológia* 2014; 34: 261–287. [Hungarian]
- [5] Bernard A, Krizsa F. About infertility in general. In: Kovács P. (ed.) Modern diagnostics and treatment of infertility. [A meddőségről általában. In: Kovács P. (szerk.) A meddőség korszerű diagnosztikája és kezelése.] *Medicina Könyvkiadó, Budapest*, 2006; pp. 13–23. [Hungarian]
- [6] Pónusz-Kovács D, Molnár Csákvári T, Pónusz R, et al. Utilization rates of publicly funded *in vitro* fertilization procedures in Hungary between 2010 and 2023. [A közfinanszírozott *in vitro* fertilizációs eljárások igénybevétele mutatói Magyarországon 2010 és 2023 között.] *Orv Hetil.* 2025; 166: 1139–1152. [Hungarian]
- [7] Szigeti FJ, Konkoly-Thege B, Lőrincz J. Psychological concerns of female reproductive health. [A női reproduktív egészség pszichoszociális vetületeiről.] *Orvosképzés* 2014; 89: 406–414. [Hungarian]
- [8] Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW, et al. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update* 2007; 13: 27–36.
- [9] Boivin J, Takefman J, Braverman A. The Fertility Quality of Life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Hum Reprod.* 2011; 26: 2084–2091.
- [10] Szigeti FJ, Soltész K, Sipos M, et al. The role of psychological screening and care in assisted reproduction. [A pszichológiai szűrés és ellátás helye az asszisztált reprodukcióban.] *Orv Hetil.* 2024; 165: 455–463. [Hungarian]
- [11] Pogány J. The development of the cognitive approach in psychopathology: dysfunctional schemas and therapeutic perspectives. [A kognitív szemlélet fejlődése a pszichopatológiában: diszfunkcionális sémák és terápiás szempontok.] *Pszichoterápia* 2000; 9: 355–362. [Hungarian]
- [12] Beck AT, Freeman A, Davis DD. Cognitive therapy of personality disorders. [A személyiségzavarok kognitív terápiája.] *Animula Kiadó, Budapest*, 2004. [Hungarian]
- [13] Freeman A, Martin DM. A psychosocial approach for conceptualizing schematic development. In: Freeman A, Mahoney MJ, DeVito P, Martin D. Cognition and psychotherapy. 2nd edition. Springer Publishing Company, New York, 2004; pp. 221–256.
- [14] Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach. 3rd ed. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange, Sarasota, FL, 1999.
- [15] Martin R, Young J. Schema therapy. In: Dobson KS. (ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. Guilford Press, New York, NY, 2010; pp. 317–346.
- [16] Unoka Zs, Rózsa S, Fábán Á, et al. The Young Schema Questionnaire: examination of the psychometric properties of the tool measuring the presence of early maladaptive schemas. [A Young-féle Séma Kérdőív: a korai maladaptív sémák jelenlétét mérő eszköz pszichometriai jellemzőinek vizsgálata.] *Psychiatr Hung.* 2004; 19: 244–256. [Hungarian]
- [17] Unoka Zs. Schema therapy. [Sématerápia.] *Magy Pszichol Szle.* 2011; 66: 31–45. [Hungarian]
- [18] Young JE, Klosko JS, Weishaar M. Schema therapy: a practitioner's guide. Guilford Publications, New York, NY, 2003.
- [19] Vankó T. Investigation of attachment and early maladaptive schemas in certain mental disorders. [Kötődés és korai maladaptív sémák vizsgálata egyes pszichés zavarokban. Doktori értekezés.] Pécsi Tudományegyetem, Pszichológia Doktori Iskola, Pécs, 2013. [Hungarian]
- [20] Szklenárik P, Körmendi A. Maladaptive schemas in children living in state care. [Maladaptív sémák állami gondoskodásban élő gyerekeknél.] *Tanulmányok* 2012; 229–239. [Hungarian]
- [21] Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practical guide. [Sématerápia: Gyakorlati kézikönyv.] Magyar Viselkedéstanulmányi és Kognitív Terápiás Egyesület, Budapest, 2020. [Hungarian]
- [22] Kántor ZsZs, Makó H. Changes in infertility-related quality of life in relation to personality traits. [A meddőséggel összefüggő életminőség alakulása a személyiségjellemzők mentén.] *Orv Hetil.* 2025; 166: 982–989. [Hungarian]
- [23] Cserepes RE. Investigation of psychological characteristics of Hungarian infertile couples at individual, relationship, and socio-cultural levels. PhD dissertation. [A magyar meddő párok pszichológiai jellegzetességeinek vizsgálata egyéni, párkapcsolati és szociokulturális szinteken. Doktori értekezés.] Debreceni Egyetem, Egészségtudományi Doktori Iskola, Debrecen, 2015. [Hungarian]
- [24] Campbell-Sills L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. *J Trauma Stress* 2007; 20: 1019–1028.
- [25] Járai R, Vajda D, Hargitai R, et al. Characteristics of the 10-item Connor–Davidson Resilience Scale. [A Connor–Davidson reziliencia kérdőív 10 tételes változatának jellemzői.] *Appl Psychol.* 2015; 15: 129–136. [Hungarian]
- [26] John OP, Donahue EM, Kentle RL. The big five inventory – Versions 4a and 54. Institute of University of California, Personality and Social Research, Berkeley, CA, 1991.
- [27] Rózsa S. A Big Five Inventory Hungarian adaptation. [A Big Five Inventory magyar adaptációja. Kézirat.] Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest, 2010. [Hungarian]
- [28] Sallay V, Martos T, Földvári M, et al. Hungarian version of the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES-H): an alternative translation, structural invariance, and validity. [A Rosenberg Önértékelés Skála (RSES-H): alternatív fordítás, strukturális invariancia és validitás.] *Mentálhig Pszichoszom.* 2014; 15: 259–275. [Hungarian]
- [29] Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy. [Sématerápia.] Magyar Viselkedéstudományi és Kognitív Terápiás Egyesület, Budapest, 2010. [Hungarian]
- [30] Anari M, Taebi M, Tarrahi MJ, et al. Relationship between emotional intelligence, quality of life, and infertility stigma in infertile woman: a descriptive-correlational study. *Int J Reprod Biomed.* 2024; 22: 739–748.
- [31] Ergin RN, Polat A, Kars B, et al. Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turk J Obstet Gynecol.* 2018; 15: 46–49.
- [32] Facchin F, Buggio L, Dridi D, et al. A woman's worth: the psychological impact of beliefs about motherhood, female identity, and infertility on childless women with endometriosis. *J Health Psychol.* 2021; 26: 1026–1034.
- [33] Thimm JC. Personality and early maladaptive schemas: a five-factor model perspective. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2010; 41: 373–380.
- [34] Mohammadkhani S, Foroutan A, Akbari M, et al. Emotional schemas and psychological distress: mediating role of resilience and cognitive flexibility. *Iran J Psychiatry* 2022; 17: 284–293.
- [35] Darolia S, Ghosh D. Importance of personality factors in determining the psychological consequences of infertility: a systematic review. *Health Educ Behav.* 2022; 49: 708–723.
- [36] Herrmann D, Scherg H, Verres R, et al. Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life. *J Assist Reprod Genet.* 2011; 28: 1111–1117.

(Makó Hajnalka dr.,
Pécs, Ifjúság útja 6., 7624
e-mail: mako.hajnalka@pte.hu)