

A kognitív sémák és a társkapcsolatok fejlődésének különböző útjai gyermekkori daganatos betegségből felgyógyult felnőtteknél

MOLNÁR EDIT^{1*} – FELDMANN ÁDÁM¹ – NAGY LÁSZLÓ² –
SZÚCS ROZÁLIA³ – TIRINGER ISTVÁN¹ –
UNOKA ZSOLT⁴ – MOLNÁR DÉNES³ – KÁLLAI JÁNOS¹

¹Pécsi Tudományegyetem, Magatartástudományi Intézet, Pécs

²Pécsi Tudományegyetem, Pszichológia Intézet, Pécs

³Pécsi Tudományegyetem, Gyermekklinika, Pécs

⁴Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai Klinika, Budapest

(Béérkezett: 2012. április 2.; elfogadva: 2013. június 18.)

Elméleti háttér: Az egyre javuló orvosi ellátás, a gyerekkori onkológiai betegek túlélési arányának növekedése ellenére a trauma következményei a kezelések befejezését követően is még éveken keresztül fennmaradhatnak, befolyásolva a mindennapi adaptációt, szociális kapcsolatok alakulását. A megterhelő életeseményre adott reakciókat, a hosszabb távú pszichoszociális alkalmazkodást a támogató társas környezetben befolyásolja a gyermek életkora és a kognitív érettsége. *Cél:* Vizsgálatunk célja a nyolcéves kor alatt és nyolcéves kor feletti életkorban elszenvedett onkológiai betegség felnőttkori társas kapcsolatokra és értelmező sémákra gyakorolt hatásainak elemzése. Vizsgálati mintánk gyermekkori onkológiai betegséget túlélő felnőttekből (N = 59), míg a kontrollcsoport (N = 53) gyermekkori krónikus betegségben nem szenvedő, a túlélőkhöz hasonló életkorú felnőttekből állt. *Módszerek:* A vizsgált személyek kognitív séma, megküzdési mód, társkapcsolati, szorongás, depresszió, valamint traumatizációs jellemzőinek felmérése az alábbi eszközökkel történt: Young-féle Séma Kérdőív, EMBU (Neveltetésem Emlékei Kérdőív), Közvetlen Kapcsolatok Élményei Kérdőív, COPE (Megküzdés Kérdőív), Kórházi Szorongás és Depresszió Skála, Poszttraumás Stressz Skála. *Eredmények:* Eredményeink szerint a nyolcévesnél idősebb korban diagnosztizált felnőtt túlélők és egészséges kontrollszemélyek között sem a nők, sem a férfiak vonatkozásában nincs a vizsgált paraméterekben különbség. A nyolcévesnél fiatalabb korban kezelt felnőtt nők gyakrabban folyamodnak passzív megküzdési stratégiához, továbbá olyan különféle maladaptív sémák alkalmazásához, mint a fokozott separációs érzés, korlátozott autonómia, függőség és aggodalmaskodás. *Következtetések:* Eredményeink hangsúlyozzák a kora gyerekkorban onkológiai betegségben szenvedő lányok esetén a pszichoszociális ellátás fontosságát, különösen a felnőttkori kapcsolati problémák megelőzésére való tekintettel. A későbbi gondozás során fokozott figyelmet kell fordítani a problémamegoldás aktív formáinak támogatására, az elszakíttottságérzés

* Levelező szerző: Molnár Edit, PTE-ÁOK Magatartástudományi Intézet, 7624 Pécs, Szige-ti út 12. E-mail: edit.molnar@aok.pte.hu

csillapítására, az autonómia erősítésére, a független motivációkból származó cselekedetek támogatására és az aggodalmaskodás enyhítésére.

Kulcsszavak: gyermekkori onkológiai betegséget túlélők, maladaptív sémák, pszichoszociális alkalmazkodás, életkori és nemi különbségek

1. Elméleti háttér

Az elmúlt évtizedekben a hatékony orvosi kezeléseknél köszönhetően az onkológiai betegségben szenvedő gyermekek gyógyulási esélyei jelentősen növekedtek. A túlélési arány emelkedésével párhuzamosan e súlyos testi és lelki nélkülözésekkel járó betegségek pszichoszociális következményeinek elemzése az eredményesebb ellátást elősegítő beavatkozások középpontjába kerültek. A gyógyulófélben lévő vagy már gyógyult gyermekeknek és családjuknak az extrém, esetenként traumatikus stresszel teli kezelési időszakot (mely magába foglalja a megterhelő kórházi kezeléseket, fájdalmas orvosi beavatkozásokat, a szülőktől és barátoktól való szeparációt) követően komplex rehabilitációs feladatokkal kell megbirkózniuk. A kezelési sikerek ellenére, relapszusmentes állapotban lévő gyermekeknél és szüleiknél egyaránt erős a visszaeséstől, az életesemények feletti kontroll ismételt elveszésétől való félelem. A betegséget övező félelem és a visszaesés lehetősége megzavarja az interperszonális kapcsolatok fejlődését, melynek hatásai a maladaptív kognitív sémák, problémamegoldási stratégiák és sajátos érzelmi, társkapcsolati viszonyok alakulásában is tetten érhetők (Brown, Madan-Swain, & Lambert, 2003). Gyerekkori daganatos betegséget túlélő felnőttek sokszor elégedetlenek a kapcsolataikkal, szociális helyzetekben szorongóbbak. A gyógyult betegek önmagukban kételkedők, kapcsolataikban aggodalmaskodóak, másokat pozitívan, önmagukat inkább negatívan értékelik. Szüleikkel szemben ambivalensek, különösen azok a gyógyult betegek, akiknek korábbi betegségükből kifolyólag fizikai károsodásaik maradtak fenn (Barakat, Aldefer, & Kazak, 2006; Joubert és mtsai, 2001).

Számos vizsgálat igazolja, hogy az onkológiai betegséget túlélő gyermekeknél megjelenő poszttraumás stressz tünetei a felnőttkori életvezetést és gondolkodásmódot jelentős mértékben befolyásolják (Hobbie és mtsai, 2000; Kazak és mtsai, 1997, 2004, 2010; Stuber és mtsai, 2010). Hobbie és munkatársai (2000) az elkerülő viszonyulás, az intruzív gondolatok, valamint a vonás- és állapotszorongás emelkedett szintjét mutatták ki azoknál a fiatalabb életkorú gyerekkori daganatos betegséget túlélőknél, akik – a tényleges kezelési intenzitással nem mindig egybevágóan ugyan, de – utólag megterhelőbbnek ítélték betegségük időszakát. Erickson és Steiner (2001)

hosszú távon elkerülő megküzdési stratégiát, erősebb impulzuskontrollt, másokra való fokozott figyelmet, egyfajta „túlszocializáltság” jelenlétét mutatta ki gyermekkori onkológiai betegséget túlélő felnőtt személyeknél.

Az utóbbi évek tanulmányai azonban rámutatnak arra is, hogy a megterhelő életeseményre adott pszichológiai reakciók nem szükségszerűen vezetnek patológiás kimenetelhez, a trauma ténye és élménye a személyiségfejlődés során kreatív és egyben adaptív fejlődési folyamatokat is mozgósíthat (Kazak és mtsai, 2007). Az arousal növekedése, a szociális támaszkeresés fokozódása erősítheti a distressz tűrését, a trauma által megingatott belső reprezentációk, negatív tapasztalatok kognitív feldolgozását, ugyanakkor a betegséggel való fokozott foglalkozás segítséget adhat az események autobiográfiai emlékezetbe való megfelelő beágyazódásához. A hosszú távú életesemények megítélése szempontjából, a veszélyeztetettség ellenére is kompetens viszonyulás, a pszichoszociális fejlődéssel járó feladatok sikeres megoldása szintén gyakori jelenség. A felépüléssel, ellenállóképességgel leírható reziliencia mint pozitív adaptáció, az adaptív megküzdés gyakori azoknál a gyógyult rákbetegeknél, akik a személyes hatékonyság magasabb fokával, pozitív gondolkodással, spiritualitással jellemezhetőek (Masten, Best, & Garnezy, 1990).

A represszív munkamód traumához való alkalmazkodást segítő hatása egyrészt kedvező lehet a kritikus helyzetekkel való küzdelemben: az emocionális disszociáció azáltal, hogy a személy képes távol tartani kevésbé célravezető gondolatait, érzelmeit, emlékeit, nemcsak maladaptív, hanem hosszútávon kifizetődő is lehet (Bonnano, 2004; Phipps, 2007), más oldalról azonban szabaddá teszi az utat diszfunkcionális sémák kialakulásának is.

Traumatikus életeseményeket követően azonban a pszichés fejlődés lehetősége is adott (Seligman & Csikszentmihályi, 2000). A kezelések befejezését követő poszttraumás növekedést onkológiai betegséget túlélőknél számos empirikus tanulmány támasztja alá (Barakat és mtsai, 2006; Kazak és mtsai, 2007; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Masten és mtsai, 1990; Werner & Smith, 2001).

Mindezek fényében számos, a traumát csillapító és a fejlődésment katalizálását elősegítő változót emelhetünk ki: a korai biztonságos kötődés; a szülő-gyermek kapcsolaton alapuló reprezentációs rendszerek, belső munkamodellek hatékony működését (Bretherton, 2005); a betegségre adott szülői reakciók meghatározó szerepét; a támogató tágabb szociális és egészségügyi ellátást biztosító környezeti és temperamentumbeli faktorokat (Cicchetti, Rogosch, & Toth, 2006). Kilmer (2006) a gyermekkori poszttraumás növekedésről alkotott modelljében a kognitív megmunkálás jelentőségét emeli ki; a szülők diagnózist követő érzékenysége, stresszre

adott válaszai mellett a későbbi megfelelő alkalmazkodást, fejlődést elősegítő tényezők előfeltételeként sorolja fel a gyermek rendelkezésére álló, megértés szolgálatában lévő kognitív képességek által meghatározott, jól működő énrendszert. A gyermeknek szüksége van arra, hogy megértse a körülötte zajló történéseket, meg kell teremteni a lehetőséget érzéseinek kifejezéséhez, gondolatainak kifejtéséhez, az észlelt jelenségek értelmezéséhez, melyek segítségével énjének erejét folyamatosan fenn tudja tartani. Kilmer (2006) többekkel egyetemben hangsúlyozza, hogy a megküzdést, észlelt személyes hatékonyságot, kompetenciákat, jövőképet is befolyásoló énrendszer megfelelő működéséhez az adott életszakaszra jellemző affektív és kognitív lehetőségek, az alkalmazott kognitív sémakerkesztési módok megértése elengedhetetlen.

A trauma által kiváltott emocionális folyamatok személyes értékelése összetett folyamat. Egyrészt függ a betegséget megelőző kognitív sémáktól, a betegségről alkotott reprezentációktól, másrészt, nem megfelelő támogatás esetén a korábbi hátrányos sémák megerősödése mellett új negatív értelmező sémák kialakulásán is múlik. Bizonyos, a traumát megelőző időszakban kialakult reprezentációk, mint például a korai maladaptív sémák a betegségfeldolgozást nehezíthetik (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). A korai időszakban elszenvedett betegségélmény megrendítheti a beteg gyermek családdal és a biztonságosnak vélt világgal kapcsolatos elképzeléseit, hiedelmeit, és negatív sémák kialakulásához vezethet. Az életet veszélyeztető betegségek, a tartós kórházi tartózkodás, a kiszolgáltatottság érzése, a testsémát érintő károsodások (műteti hegek, kopaszodás stb.) okozta gyermekkori traumatikus élmények megingathatják az olyan alapvető szükségletek kielégíthetőségébe vetett hitet is, mint a biztonság, a kiszámíthatóság, a kötődési személyek stabil hozzáférhetősége, az önérvényesítés, és ennek következtében a fenti szükségletek kielégíthetlenségére vonatkozó hiedelmek alakulhatnak ki.

A sémák ilyen negatív irányú változása azzal a következménnyel jár, hogy a személyre és kapcsolataira vonatkozó új, a traumatikus élményektől különböző információk kevésbé integrálódnak, idegenként, a szelf egészétől izoláltan vannak jelen. A traumatikus élményhez hasonló helyzetek újra aktiválják a sémákat, melyek negatív irányban torzítják az új élményeket, nem teszik lehetővé az új, pozitívabb kimenetelű reprezentációk integrálását. Az egyénnek a negatív sémák kialakulása után egy sémák által torzított valósággal kell megküzdenie. Az emocionális és kognitív kiértékelés érése során a sémák megfelelő rekonstrukciójával azonban lehetséges a pozitív kimenetel, a fejlődés is (Calhoun & Tedeschi, 2001).

A trauma keltette maladaptív sémák (mint például „az események kiszámíthatatlanok, bejósolhatatlanok”) kezelésének képessége az életkorral, a

kognitív fejlettségi szinttel, a realisztikus oki attribúciókra, észlelt személyes hatékonyságra, a kontrollra vonatkozó elvárások fejlődésével együtt változik (Calhoun & Tedeschi, 2001; Compas, 1987). A traumával kapcsolatos élmények kognitív tudatosítására már 7–9 éves korban képesek a gyerekek, azok differenciált, több szempontú kiértékelésével egyetemben. Piaget kognitív fejlődésről alkotott nézeteivel összhangban a betegségrepresentációk alakulásában 6–7 éves korban a betegség feldolgozását jobban előmozdító, jelentős változás tapasztalható: az adaptívabb megküzdést eredményező, belső kontrollal összefüggő meggyőződések aránya ugrásszerűen megnő a szerencse és a mások általi kiszolgáltatottság érzésével szemben.

Aldefer, Labay és Kazak (2003) az iskolába lépés időszakát – 5–6 éves kort – tartja a demarkációs vonalnak a gyermekkori onkológiai betegségre adott reflexiók, a kiértékelési folyamat sikeressége tekintetében. Tanulmányukban az ötéves vagy annál fiatalabb korban diagnosztizált túlélő rák-betegeknél a poszttraumás növekedés csökkent lehetőségéről számolnak be. Barakat és munkatársai (2006) a kamaszkorban diagnosztizált, idősebb gyógyult rákbetegek magasabb arányú pozitív poszttraumás mutatóit a kognitív kiértékelés komplexitásával magyarázza. Későbbi életkorban, kamaszkorban a már korábban megszilárdult sémákat kevésbé képes megingatni a traumatikus életesemény, az erre adott pozitív reakciók így nagyobb arányban jelentkezhetnek. A kamaszokhoz képest az 5–6 éves korosztály esetén a trauma komolyabb nyomokat hagyhat a szelf-fejlődés rendszerében, a kevésbé szilárd sémarendszer miatt kedvezőtlenül befolyásolhatja a pozitív szelf-fejlődés menetét. Stuber és munkatársai (2010) a gyermekkori rákot túlélők csoportját vizsgálva a poszttraumás stressz tünetei szempontjából a diagnóziskor négy év alatti, kraniális radioterápiás kezelésben részesült beteg gyerekeknél a kamaszkori megbetegedéshez képest nagyobb fokú veszélyeztetettséget tapasztalt.

Néhány tanulmány azonban arra is rámutat, hogy azok a gyerekek, akik kamaszkorukban lettek betegek, jóval több késői pszichoszociális nehézséggel szembesültek, mint korábbi életkorban, hasonló betegségből gyógyult társaik (Hill & Stuber, 1997; Kazak és mtsai, 2004, 2010; Thompson, Marsland, Marshal, & Tersak, 2009).

Mivel a kezeléseik alatt, illetve az azt követő rövid időintervallumban önkítöltős kérdőívek – a gyermek életkorából fakadó önreflexiós kapacitás, kognitív tudatosítás kevésbé kialakult volta miatt – nem alkalmazhatóak, közvetlen a kezeléseik végét követő, a poszttraumás vizsgálatokról beszámoló tanulmányok többsége kamaszok pszichoszociális adaptációját dolgozza fel. Sajnos így keveset tudunk a kamaszkort megelőző, fiatalabb túlélők korai poszttraumás reakcióiról, későbbi pszichoszociális problémáiról.

Az életkori faktor mellett a betegséghez való alkalmazkodásban, megküzdésben, a sémák átdolgozásában jelentős tényező a szülő-gyerek kapcsolat, a betegséghez való szülői alkalmazkodás. A kapcsolat minősége befolyásolja a gyermek betegségfeldolgozással kapcsolatos kompetenciáit, a megküzdési folyamatokat és realiztikus kontrollattitűdők, hiedelmek terén modellként működve biztonságot nyújt, erősíti a jövővel kapcsolatos pozitív elvárásokat. A biztonságos kötődésen alapuló, empatikus szülői környezet nehéz élethelyzetben is bátorítja a gyereket érzései kifejezésében, elfogadja, hogy olykor negatív gondolatok is helyénvalók. A szociális védőfaktorok minél korábbi életkorban fejtik ki hatásukat, annál nagyobb mértékben képesek pozitív irányba befolyásolni a sémák fejlődési menetét (Kilmer, 2006).

Vizsgálatunkban két különböző életkorban, az iskoláskor előtt és az iskoláskorban, illetve kamaszkorban megjelenő onkológiai betegség felnőttkori kapcsolatokra gyakorolt eltérő hatásait kívánjuk feltárni. Feltételezéseink szerint, az adott életkori övezetre jellemző szocializációs követelmények és a kognitív értelmező sémákhoz kötődő, a betegség megjelenéséből és az azzal való küzdelemből származó affektív terhek megváltoztatják a felnőtté válás folyamatát. A betegséggel való küzdelem nyoma a felnőttkori élettel kapcsolatos vélekedésekben és problémamegoldási gyakorlatban is tetten érhető. Úgy gondoljuk, hogy a gyermekkori családi kapcsolatokra való visszaemlékezés, az elutasító, túlító vagy támogató szülői magatartással kapcsolatos reprezentációk feltárása, a felnőttkori társkapcsolatokra vonatkozó attitűdök és gondolkodási sémák, valamint a szorongásosság, depresszív élményfeldolgozás, poszttraumás tünetek megjelenése ismeretében megtaláljuk a különböző életkori csoportokra jellemző fejlődési eltérések lehetséges okait. Hipotézisünk szerint a különböző életkorokban kezdődő onkológiai betegség felnőttkori társkapcsolatokra gyakorolt hatásainak egy részét az adott életkori fejlődés szempontjából szenzitív sémákon keresztül ragadhatjuk meg. Úgy gondoljuk, hogy a fejlődés szempontjából veszélyeztetett sémák torzulásainak ismeretében a gyermekek kezelésekor pontosabban meghatározhatók azok a pszichoszociális tényezők és célszerűen megválaszthatók azok az intervenciók eljárások, amelyek a lehetőségekhez mérten hozzájárulhatnak a betegség traumatizáló hatásának enyhítéséhez és a lehetséges pozitív fejlődési kapacitás kiteljesítéséhez – javítva ezzel a leendő felnőtt életminőségét és elősegítve a személyes stabilitás megszerzését.

2. Módszerek

2.1. Személyek

A vizsgálatban gyermekkorban tumoros és leukémiás betegségen átesett felnőtt személyek, valamint életkor és demográfiai mutatók tekintetében illesztett, gyermekkorban krónikus betegségben nem szenvedő felnőtt személyek vettek részt. A kontrollcsoportba való bekerülés feltétele az illesztési kritériumoknak – nem, életkor, iskolai végzettség, lakóhely, családi állapot – való megfelelés volt; a résztvevők a vizsgálatban segédkező egyetemi hallgatók ismerősei közül kerültek ki. A részvételtől a személyek előzetes (telefonon vagy levélben történő) tájékoztatás alapján dönthettek; hozzájárulásukat a beleegyezést követően bármikor, bármilyen indokkal, következmények nélkül visszavonhatták. A vizsgált csoport kiválasztásában szelekciós szempont volt az öt évnél hosszabb túlélési időtartam és a véleménynyilvánítást nem akadályozó pszichikai vagy organikus betegségállapot. A Pécsi Tudományegyetem Gyermekklinikájának Onko-Hematológiai Osztályán 1975 és 2001 között kezelt és gyógyultnak nyilvánított 209 személy (életkor: 18–40 év között) képezte a vizsgálati populációt. A regisztrált, gyógyult betegek közül 90 fő volt telefonon vagy levélben elérhető.¹ A vizsgálat végrehajtása a Regionális Kutatásértékelési Bizottság engedélyével, az orvos-etikai szempontoknak megfelelően történt.²

A megkeresett résztvevőknek – gyógyult felnőtteknek, valamint egészséges kontrollszemélyeknek – demográfiai és betegséggel kapcsolatos információkat szolgáltató orvosi adatlapjai álltak rendelkezésünkre, melyet postai úton eljuttatott kérdőívek segítségével szerzett adatokkal egészítettünk ki. A felkeresett személyek 71%-a küldte vissza a kérdőíveket. Többen telefonos egyeztetést követően vállalták ugyan a vizsgálatban való részvételt, de a kitöltött tesztcsomag valamilyen oknál fogva nem érkezett meg, 6 személy pedig visszautasította felkérésünket. Többen nem indokolták döntésüket, néhányan pedig arra hivatkoztak, hogy a korábbi történések, gyerekkori traumák annyira megviselték őket, hogy nem szeretnék korábbi élményeiket felidézni. A krónikus betegségben nem szenvedő, egészséges önkéntesek demográfiai paraméterei a gyerekkori onkológiai betegséget túlélőkéhez illesztettek nem, iskolai végzettség és családi állapot tekintetében.

¹ A 209 volt beteg közül többen a regionális egészségügyi körzet területéről elköltöztek vagy elhaláloztak, így a tesztidőszakban 90 fő volt a vizsgálat számára elérhető.

² A vizsgálat kivitelezésében közvetítőként működött közre a Tölösi Péter Alapítvány a Leukémiás és Tumoros Megbetegedésű Gyermek Gyógyításáért, Pécs.

Összesen így 59 gyógyult onkológiai, illetve 53 egészséges, gyerekkorukban krónikus betegségben nem szenvedő, 18–40 éves személy vett részt a vizsgálatban. A gyerekkorukban onkológiai beteg személyek közül nem találtunk különbséget a vizsgálatban részt vevő és azt visszautasító vagy nem elérhető személyek között az életkor, valamint egyéb demográfiai és orvosi paraméterek tekintetében. A gyógyult betegek 34%-a visszaesett, vagy a későbbiekben lett másodlagos daganata, de az utóbbi öt évben mindegyikük recidívamentes. A túlélők legnagyobb részét leukémiával vagy limfómával kezelték (65,5%), a többieket különféle szolid (nem vérképzőszervi daganatok) tumorról (34,4%) diagnosztizálták. A vizsgált mintában a korábbi orvosi kezelések minden esetben közepes intenzitásúnak tekinthetők; maradandó, komoly kognitív és fizikális károsodást szenvedett, végtagamputáción vagy csontvelő-transzplantáción átesett betegeket mintánk nem tartalmazott. A traumatizáció mértéke, a maladaptív sémák

1. táblázat. A vizsgálatban részt vevő onkológiai betegek és kontrollszemélyek demográfiai adatai és a betegek orvosi paraméterei. A feltüntetett p-értékek az összes onkológiai beteg (n = 59) és az egészséges kontrollcsoport (n = 53) közötti összefüggéseket mutatják (χ^2 és kétmintás t-próba)

	Gyermekkori onkológiai betegséget túlélők		Egészséges kontrollszemélyek	p
	< 8 év	≥ 8 év		
N	59		53	
Csoport a diagnózis óta eltelt idő alapján	< 8 év	≥ 8 év	-	
Férfi/nő	9/17	10/23	18/35	0,840
Családi állapot, n (%)				
házas	14 (53,8)	24 (72,7)	39 (73,5)	0,220
egyedülálló	12 (46,2)	8 (24,2)	13 (24,5)	
elvált	0 (0)	1 (3,1)	1 (1,9)	
Iskolai végzettség, n (%)				
alapfokú	2 (7,7)	4 (12,1)	1 (1,9)	0,100
középfokú	21 (80,7)	21 (63,6)	36 (67,9)	
felsőfokú	3 (11,6)	8 (24,3)	16 (30,2)	
Átlagéletkor, év (szórás)	26,6 (5,2)	28,9 (6,3)	28,7 (6,6)	0,500
Onkológiai betegség típusa, n (%)			-	
leukémia/limfóma	18 (69,2)	18 (54,5)		
szolid tumor	8 (30,8)	15 (45,5)		
Átlagéletkor a diagnóziskor, év (szórás)	4,5 (2,4)	13,5 (2,8)	-	
Diagnózis óta eltelt idő, év (szórás)	22,1 (4,4)	15,4 (7,0)	-	

feldolgozása, a pszichoszociális adaptáció esetükben ugyanis nehezebb, másképp alakul; a minta heterogenitását csökkentendő ezért nem tartalmazza őket vizsgálati mintánk. Mindegyik betegnél az utolsó kezelés óta eltelt idő legalább öt év, a korábbi hospitalizáció és kezelések időtartama egytől négy évig terjedt. A résztvevők iskolai végzettségét három csoportra: alap-, közép- és felsőfokú képzettségre; családi állapotát házas, elvált és egyedülálló kategóriára osztottuk. A minta demográfiai jellemzőit, valamint fontosabb orvosi adatait az 1. táblázat tartalmazza. A demográfiai adatok alapján az egészséges csoport illesztett mintának tekinthető.

2.2. Eszközök

A vizsgálatban a maladaptív hiedelmek, a személyiségvonások módosulásának, a kapcsolati dimenzióknak, valamint a különféle stresszhelyzetekkel való megküzdésnek a mérésére önkítöltős tesztekkel használtunk. A tesztcsomag az alábbi kérdőíveket tartalmazta.

A Young-féle Séma Kérdőív (Young Schema Questionnaire, YSQ; Unoka, Rózsa, Fábán, Mervó, & Simon, 2004; Young & Brown, 1990) a Young által azonosított, alapvető szükségletek kielégítését akadályozó kognitív sémák mérésére szolgál. A biztonságos kötődés, az intimitás, a társasintegráció-szükséglet megjelenését akadályozó kognitív sémákat mérő *elszakítottság és elutasítottság sémataromány* (I.) az alábbi sémákat tartalmazza: érzelmi depriváció – érzelmegvonás, elhagyatottság-instabilitás, bizalmatlanság-abúzus, társas izoláció-elidegenedettség, csökkentértékűség-szegény, társas elutasítottság érzése. A független, autonóm működést akadályozó kognitív sémákat mérő *károsodott autonómia és teljesítőképeség sématarományba* (II.) tartozik a kudarcra ítélttség, a dependencia-inkompetencia, a sérülékenység-veszélyeztetettség, az összeolvadás-éretlenség sémák. A kölcsönösség és az önfegyelem terén észlelhető zavarokért felelős kogníciókat mérő *károsodott határok sématarományba* (III.) két séma tartozik: feljogosítottság-grandiozitás és elégtelen önkontroll-önfegyelem. A saját szükségletek érvényesítési képességét akadályozó kogníciókat a *kóros másokra hagyatkozás sématarományba* (IV.) tartozó behódolás, önfeláldozás, valamint elismeréshajszolás sémái mérik. A spontán önkifejezés szükségletét akadályozó kogníciókat pedig az *aggályosság és gátlás sématarományba* (V.) tartozó sémák, a negativizmus-pesszimizmus, az érzelmi gátoltság, a könnyörtelen mércék-hiperkritikusság és a büntető készenlét jelenítik meg. A 205 tétel tartalmazó kérdőívre hatfokú skálán adhatók válaszok, az „egyáltalán nem igaz rám” állítástól a „tökéletesen igaz rám” válaszig. A teszt magyar adaptációja, reliabilitása a legtöbb faktor tekintetében igen jó (Cronbach-alfa ér-

téke 0,86 és 0,95 közé esik) (Unoka és mtsai, 2004). Vizsgálati mintánkban az egyes sématautomatizált-faktorok megbízhatósága megfelelő: 0,87 és 0,78 közötti Cronbach-alfa-értékeket mutatnak.

A 142 kérdésből álló Közvetlen Kapcsolatok Élményei Kérdőív (Experiences in Close Relationships, ECR; Brennan, Clark, & Shaver, 1998; Nagy, 2005) Bartholomew és Horowitz (1991) teoretikus modellje alapján nyújt információt a felnőtt romantikus kapcsolati kötődésről. A teszt a biztonságos kötődést, a közvetlen kapcsolattól való félelmet, a szociális elkerülő magatartást és a kapcsolati elárasztottság különböző paramétereit méri az alábbi kategóriákban: a partner kötődési jellemzői, szeparációs szorongás, önállóság, kényelmetlenségérzés a partner közelségétől, harag vagy frusztráció a partnerekkel szemben, bizonytalanság a partner érzéseit illetően, a partnertől való függés kényelmetlen, bizalom a partnerekben, szerethetőség vagy kapcsolati önértékelés, sürgető vágy a partnerrel való egybeolvadásra, a függetlenség fenntartása a kapcsolaton belül, félelem az elhagyatástól. A kérdésekre a vizsgálati személyeknek 7-fokú Likert-skálán kell válaszolniuk, a „nagyon nem értek egyet” állítástól a „nagyon egyetértek” változatig. Az eszköz pszichometriai mutatói a magyar adaptációban megfelelőek (Cronbach-alfa 0,67–0,96 között mozog; Nagy, 2005). Mintánkban a megbízhatósági értékek 0,64 és 0,81 közé esnek.

Poszttraumás Stressz Skála (Impact of Event Scale-Revised, IES-R; Weiss & Marmar, 1996) Az intruzív gondolatok, elkerülő reakció, hiperarousal terén méri a poszttraumás stressz aktuális szintjét. A gyógyult betegeket arra kértük, hogy a jelentkező tünetek gyakoriságára és korábbi rákbe-tegségükre vonatkoztatva, négy fokozati lehetőség kiválasztásával válaszoljanak a kérdésekre. Mintánkban a Cronbach-alfa-értékek megfelelőek, 0,84–0,89 közé estek.

Kórházi Szorongás és Depresszió Skála (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS; Snaith, 2003, Zigmond & Snaith, 1983). A rövid, 14 kérdésből álló kérdőív négy fokozatból történő kiválasztással az aktuális szorongások, negatív hangulati elemek mértékéről, a szorongás és depresszió általános faktorain keresztül tájékoztat (Cronbach-alfa: a szorongás vonatkozásában = 0,81; a depresszióra utaló tünetek terén = 0,83 (Muszbek és mtsai, 2006; Tiringér és mtsai, 2008). Vizsgálati anyagunkban a Cronbach-alfa-értékek a szorongás terén jónak tekinthetők (0,84), a depressziót mérő kérdések kapcsán elfogadhatók (0,7).

A COPE ('megküzdés') nevű kérdőív (Carver, Scheier, & Weitraub, 1989) a betegségekkel és a mindennapi stresszhelyzetekkel való megküzdés módjait vizsgálja tizennégy kategóriában: (1) aktív – problémafókuszú megküzdés, (2) tervszerű problémamegoldás, (3) konkurens tevékenységek felfüggesztése, (4) cselekvés megfontolása, (5) segítségkérés-információgyűjtés,

(6) érzelmi támaszkeresés, (7) pozitív visszacsatolás, (8) elfogadás-beletörődés, (9) nem adaptív, deviáns megoldások, (10) tagadás – a probléma háritása, (11) érzelmi indíttatású cselekvések, (12) vallásos magatartás, tétlenség, (13) mentális passzivitás, (14) passzív viselkedés-tehetetlenség. A megküzdési módok alkalmazásának négy különböző gyakoriságát kell bejelölni a vizsgálati személyeknek. Az angol verzió Cronbach-alfa-értékei a mentális passzivitás faktor kivételével (0,45) elégségesnek tűntek (Carver és mtsai, 1989), vizsgálati mintánkban a Cronbach-alfa-értékek elfogadhatóak, 0,55–0,78 közé estek.

A szülői viselkedéssel kapcsolatos emlékeket mérő, „Egna Minnen Beträffande Uppfostran” (‘neveltetésem emlékei’) nevű kérdőív (EMBU; Perris, Jakobsson, Lindström, von Knorring, & Perris 1980) jobb statisztikai mutatókkal rendelkező, rövidített változatát (EMBU-R) használtuk (Arrindell és mtsai, 1999). A kérdőív az érzelmi melegség, a szülői visszautasítás, valamint a szülői (túl)féltés vonatkozásában vizsgálja felnőtt személyek gyerekkorukban, szüleik által tapasztalt viszonyulásainak jelenbeli értékelését. A kérdésekre négyfokú skálán válaszolva kellett felelniük a vizsgálati személyeknek a „soha” kategóriától az „idő nagy részében” terjedő válaszig. A teszt magyar verziója jó pszichometriai mutatókkal bír (Cronbach-alfa értéke az apai hozzáállás értékelésénél 0,72 és 0,85 közötti, az anyai viszonyulás megítélésénél 0,71-től 0,81-ig (Arrindell és mtsai, 1999). Mintánkban a Cronbach-alfa-értékek az eredeti magyar adaptációnál valamivel rosszabbak: 0,7 körüliek – az apai túlvédés kivételével. Az utóbbihoz tartozó érték 0,31 volt, ami nem tekinthető megbízhatónak.

2.3. Alkalmazott statisztikai eljárások

A statisztikai próbák kiválasztását megelőzően a normalitás vizsgálatára a Kolmogorov–Smirnov-tesztet alkalmaztuk. A szociodemográfiai adatok közül a normális eloszlású változók (életkor) elemzésére kétmintás t-próbát használtunk. A nemi arányok, családi állapot, iskolai végzettség összevetését χ^2 -próbával végeztük. A kognitív fejlettség és az érettség betegségfeldolgozásra és későbbi szociális kapcsolatokra gyakorolt hatását a túlélők csoportjának életkor mentén történő szétválasztásával vizsgáltuk, az egészséges személyek összehasonlításával egyetemben. A trauma keltette maladaptív sémák rugalmasabb feldolgozását, a kognitív funkciók komplexitását figyelembe véve, korábbi adatokra hivatkozva a két túlélő csoport közötti demarkációs vonalat 8 éves kornál húztuk meg, így kaptuk meg a vizsgálat három alcsoportját. Jóllehet külföldi irodalmi adatok néhány évvel korábbra, 5–6 éves korra teszik a választóvonalat (Aldefer és

mtsai, 2003; Kilmer, 2006), hazánkban azonban az iskolakezdés későbbre, 7 éves korra tolódik, arra a korra, amikor a gondolkodás már jelentős változásokon ment keresztül, a kognitív élmények tudatosításának nagyobb fokú képességével, s így a traumafeldolgozás másfajta módjával egyetemben (Compas, 1987).

A három alcsoport különböző tesztekben nyújtott teljesítményét egyes kétutas varianciaanalízisek (ANOVA) segítségével értékeltük ki. A varianciák homogenitását a Levene-féle teszt segítségével ellenőriztük. Mivel a három csoport mérete eltérő volt, ezért a post hoc összevetések során a nem azonos elemszámú minták összevetéséhez kifejlesztett Unequal N HSD eljárást alkalmaztuk.

Az ANOVA-eljárások eredményeképpen kiemelhető a nyolc év alatti gyógyult női csoport. A nők összesített csoportjában (az alacsony elemszám miatt az összehasonlítást kibővített csoportban volt célszerűbb elvégezni) a szülői viszonyrendszer és a sémák közötti kapcsolat exploratív elemzéséhez a nem normális eloszlású mintáknál használatos Spearman-féle korrelációs eljárást alkalmaztuk.

3. Eredmények

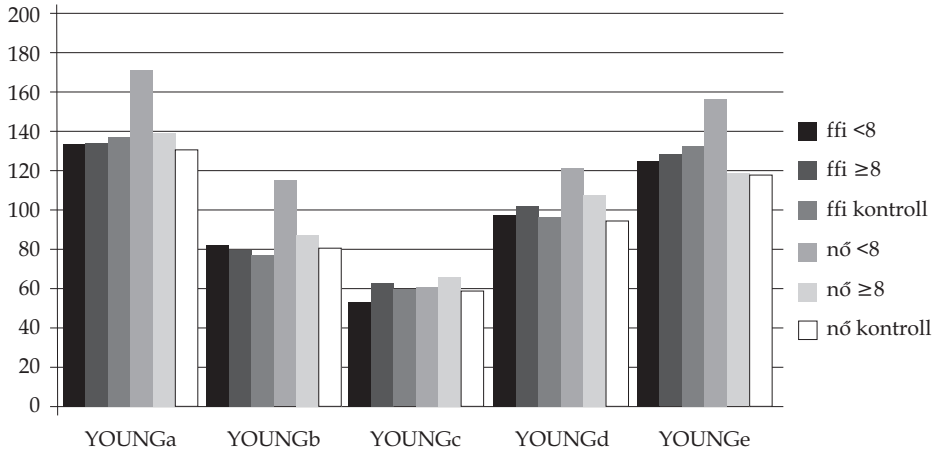
A gyermekkori daganatos betegséget túlélő felnőttek emocionális nehézségeinek, párkapcsolati viszonyulásainak feltérképezésére független mintás t-próbát alkalmaztunk. Mivel traumatikus onkológiai események a kontrollcsoportban nem voltak, így az összehasonlítás csak az onkológiai betegséget túlélő két különböző életkori csoport között történt. A csoportok között poszttraumás stressz tekintetében nem volt számottevő különbség (intruzív gondolatok gyakorisága: 8 év alatt: $1,70 \pm 0,74$; 8 év felett: $1,66 \pm 0,56$, $t = 0,24$, n.s.; elkerülő reakció: 8 év alatt: $1,88 \pm 0,8$, 8 év felett: $1,58 \pm 0,65$, $t = 1,61$, n.s.; hiperarousal: 8 év alatt: $1,64 \pm 0,76$, 8 év felett: $1,53 \pm 0,73$, $t = 0,56$, n.s.).

A szorongásos és depresszív tünetek tekintetében (HADS) alkalmazott ANOVA egyik esetben sem mutatott a vizsgált csoportok között jelentős különbséget (szorongásos tünetek a 8 év alatti csoportban: $8,42 \pm 7,24$, a 8 év felettiekénél: $7,12 \pm 4,16$, a kontrollszemélyeknél pedig: $6,2 \pm 4,0$; $F_{(2,109)} = 2,43$; $p = 0,09$). A nem szignifikáns eredmény szerint az affektív tónus és szorongás tekintetében a csoportok tehát nem különböztek egymástól. A depresszív tünetekre adott pontszámok átlaga a 8 év alatti gyógyult betegek esetében $3,92 \pm 2,29$. A nyolc év feletti gyógyult betegek esetében az átlag pontérték $3,09 \pm 2,98$. A kontrollcsoport depresszió-pontátlaga $3,88 \pm 3,36$. A különbségek szintén nem szignifikánsak ($F_{(2,109)} = 0,82$; $p = 0,44$).

A kognitív sémák, betegségfeldolgozás, szülőkkal való kapcsolat emlékeinek, párkapcsolat megélésének különbségeit 2×3 -as faktoriális varianciaanalízissel (ANOVA) vizsgáltuk. Az elemzés nemek közötti összehasonlítás, valamint a diagnózis idejével kapcsolatos betegségváltozók (8 éves kor alatt megbetegedett, 8 éves korban vagy azt követően megbetegedett, továbbá egészséges kontroll) alapján történt. A nyolcévesnél idősebb korban diagnosztizált rákbetegek és egészséges kontrollszemélyek között nem találtunk szignifikáns különbséget egyik tesztparaméter terén sem. Ezzel szemben a nyolcéves korukat megelőzően kezelt gyógyult nőknél a maladaptív sémák (YSQ) vonatkozásában számos faktorban fokozottabb veszélyeztetettségre utaló különbségek jelentkeztek. A kontrollcsoport-hoz és az idősebb korban kezdődő rákos megbetegedéstől szenvedő személyekhez mérve lényeges különbség mutatkozik a *károsodott autonómia és teljesítőképesség* sématarományában ($F_{(5,96)} = 6,23$; $p = 0,003$). A post hoc

2. táblázat. A 8 éves kor alatt vagy azután megbetegedett, illetve a kontrollcsoport nem és életkori csoportok szerinti összehasonlítása a Young-féle Séma Kérdőíven elért pontszámok tekintetében

		<8	≥8	Kontroll	F-érték	p	Post hoc
I. Elszakíttottság	ffi	135,2 (35,6)	136,1 (55,4)	138,8 (49,5)	0,1	n.s.	-
	nő	173,2 (51,3)	141,6 (41,3)	131,7 (49,8)	4,3	0,016	kontroll vs. <8 $p = 0,035$
II. Károsodott autonómia	ffi	83,0 (23,2)	79,4 (31,5)	77,9 (21,2)	0,1	n.s.	-
	nő	116,2 (34,8)	88,9 (33,2)	81,9 (32,2)	6,2	0,003	kontroll vs. <8 $p = 0,009$; <8 vs. ≥8 $p = 0,048$
III. Károsodott határok	ffi	53,6 (20,4)	64,0 (26,5)	60,7 (20,7)	0,5	n.s.	-
	nő	61,4 (23,0)	66,6 (26,5)	59,5 (17,7)	0,7	n.s.	-
IV. Kóros másokra hagyatkozás	ffi	98,8 (11,3)	102,0 (20,9)	98,3 (24,0)	0,1	n.s.	-
	nő	123,2 (25,1)	110,2 (33,0)	93,5 (39,7)	4,4	0,015	kontroll vs. <8 $p = 0,039$
V. Aggályosság	ffi	127,0 (31,3)	130,0 (28,9)	133,0 (42,3)	< 0,1	n.s.	-
	nő	157,6 (46,9)	122,4 (35,0)	118,6 (53,0)	4,2	0,018	kontroll vs. <8 $p = 0,045$



1. ábra. A 8 éves kor alatt vagy azután megbetegedett, illetve a kontrollcsoport összehasonlítása a Young-féle Séma Kérdőívben elért pontszámok tekintetében

YOUNG_a = elszakítottság sémartomány, YOUNG_b = károsodott autonómia, YOUNG_c = károsodott határok, YOUNG_d = kóros másokra hagyatkozás, YOUNG_e = aggályosság sémartomány

elemzés eredményei alapján eltérést mutattak a 8 éves koruk előtt megbetegedett, túlélő nők ($116,2 \pm 34,8$) és a női kontrollcsoport ($81,9 \pm 32,2$) között ($p = 0,009$), valamint a 8 éves koruk előtt megbetegedett nők ($116,2 \pm 34,8$) és a 8 éves koruk után megbetegedett nők ($88,9 \pm 33,2$) között ($p = 0,048$). Vagyis a 8 évnél fiatalabb korban kezdődő rákos megbetegedést túlélő nők felnőttkorukban a férfikontrollhoz és a női kontrollhoz képest is az autonómia- és teljesítménydeficit élményétől szenvednek. A részletesebb nemi bontásban végzett egyutas ANOVA elemzés feltárta a sémarendszer deficitjének nemhez kötött természetét is (2. táblázat és 1. ábra).

Míg a férfiak vonatkozásában a 8 év alatt megbetegedett, 8 év feletti korban megbetegedett és a kontrollcsoport összehasonlításában sem mutatkozik számottevő eltérés, addig a nők vonatkozásában egyértelműen látható, hogy a károsodott határtartás sémartomány kivételével valamennyi YSQ által felmért dimenzió tekintetében határozott különbség van a 8 év alatt megbetegedett és a kontrollcsoport adatai között. Ugyanakkor, a fiatalabb és idősebb korban megbetegedett nők között csak a károsodott autonómia és a teljesítőképesség sémáiban mutatkozott különbség. Az adatok tanúsága szerint tehát a 8 évnél fiatalabb korban megbetegedett onkológiai betegséget túlélő nők körében az életkorban illesztett női kontrollcsoporthoz képest magasabb értékek találhatóak az elszakítottság-elutasítottság és a károsodott autonómia és teljesítőképesség sémája tekintetében. Azaz ese-

tenként tévesen értelmezik mások magatartását, önmagukról alkotott véleményük pedig nem szolgálja az adekvát szociális percepciót. Továbbá a kóros másra hagyatkozás, valamint az aggályoskodás és gátlás sémáinak tekintetében is szignifikánsak a kontrollcsoporthoz képest megmutatkozó különbségek.

A szülőkkal való gyerekkori kapcsolat szubjektív megélése (EMBU) mindkét nem esetében nagyjából megegyezően alakult a három vizsgálati csoportban: a támogató, túlvívó és visszautasító szülő-reprezentációk megjelenése hasonló eredményeket hozott. A 2×3 -as faktoriális ANOVA eredményei szerint az érzelmileg visszautasító, meleg gondoskodó és túlvívó szülő-reprezentációk mértéke szignifikánsan nem különbözött (anyai érzelmi visszautasítás: $F_{(5,98)} = 0,96$; $p = 0,44$; anyai érzelmi melegség: $F_{(5,98)} = 1,25$; $p = 0,29$; anyai túlvívás: $F_{(5,98)} = 1,97$; $p = 0,08$; apai érzelmi visszautasítás $F_{(5,98)} = 0,85$; $p = 0,51$; apai érzelmi melegség: $F_{(5,98)} = 1,09$; $p = 0,37$; apai túlvívás: $F_{(5,98)} = 1,80$; $p = 0,11$).

Az interperszonális kapcsolatokban (ECR) a diszkomfort a függéstől ($F_{(5,82)} = 4,68$; $p = 0,008$) és az elkerülő viszonyulás ($F_{(5,82)} = 2,94$; $p = 0,002$) szignifikánsan magasabb értékeit kaptuk a fiatalabb korokban megbetegedett női vizsgálati személyeknél a női kontrollmintához képest. A párok kapcsolati hozzáállás egyéb faktoraiban a csoportok között szintén nem kaptunk szignifikáns eltéréseket.

A megküzdési stratégiák alkalmazási gyakorisága terén (COPE) a 2×3 -as faktoriális ANOVA eredményei (3. táblázat) szerint, a nők csoportján belül, a 8 évnél fiatalabb korban megbetegedett személyek a kontrollcsoporthoz képest magasabb értékeket mutattak a passzív viselkedés és tehetetlenség tekintetében ($F_{(5,96)} = 3,67$; $p = 0,004$). A post hoc analízis eredményei alapján különbséget tapasztaltunk a 8 éves koruk előtt megbetegedett túlélő nők ($9,23 \pm 1,95$) és a női kontrollcsoport ($7,34 \pm 1,53$) között ($p = 0,018$). További összehasonlítások elsősorban a férfiak és nők tesztérték-különbségeit emelték ki, az érzelmi indíttatású cselekedetek ($F_{(5,96)} = 5,00$; $p < 0,001$), illetve a mentális passzivitás ($F_{(5,96)} = 3,26$; $p = 0,008$) vonatkozásában. A 8 év alatt megbetegedett nők ($10,35 \pm 2,80$) a férfi kontrollcsoporthoz ($7,47 \pm 1,73$) képest ($p = 0,013$), valamint a 8 év alatt megbetegedett férfiakhoz ($7,44 \pm 1,58$) képest ($p = 0,033$) is gyakrabban folyamodnak érzelmi indíttatású cselekedetekhez a post hoc analízis eredményei alapján. Ehhez hasonlóan a 8 éves kort megelőzően megbetegedett nők ($10,29 \pm 2,66$) a 8 éves kor előtt megbetegedett férfiakhoz ($6,66 \pm 1,93$) képest lényegesen magasabb mentális passzivitás pontszámokkal rendelkeznek ($F_{(5,96)} = 3,26$; $p = 0,008$).

Csupán utalásszerűen említjük meg, hogy a 2×3 -as faktoriális ANOVA további különbséget jelzett ugyan a tagadás és a vallásos magatartás te-

3. táblázat. A 8 éves kor alatt vagy azután megbetegedett, illetve a kontrollcsoport nem és életkori csoportok szerinti összehasonlítása a COPE Kérdőíven elért pontszámok tekintetében

			<8	≥8	Kontroll	F-érték	p	Post hoc
	ffi	nő						
1. Problémafókuszú megküzdés	ffi	11,11 (1,26)	11,77 (2,72)	11,29 (2,51)	1,35	0,24	-	
	nő	9,94 (2,13)	10,56 (1,77)	10,94 (1,81)				
2. Tervszerű problémamegoldás	ffi	12,11 (1,45)	11,66 (3,67)	12,47 (2,5)	0,68	0,63	-	
	nő	11,52 (2,45)	11,17 (1,66)	11,65 (2,31)				
3. Konkurens tevékenység felfüggesztése	ffi	10,55 (1,74)	9,88 (3,29)	11,7 (3,11)	2,11	0,06	-	
	nő	9,52 (2,50)	9,34 (2,08)	9,88 (2,42)				
4. Cselekvés megfontolása	ffi	10,33 (2,00)	9,22 (2,227)	10,88 (2,59)	1,95	0,09	-	
	nő	10,76 (2,61)	9,26 (1,76)	9,62 (2,01)				
5. Segítségkérés, információgyűjtés	ffi	10,66 (1,50)	11,33 (2,78)	12,11 (2,23)	0,65	0,65	-	
	nő	12,00 (2,52)	11,78 (1,83)	11,74 (2,13)				
6. Érzelmi támaszkérés	ffi	10,88 (1,90)	9,88 (2,36)	10,76 (2,65)	2,14	0,06	-	
	nő	12,29 (2,46)	12,08 (2,37)	11,94 (2,28)				
7. Pozitív visszacsatolás	ffi	12,33 (1,65)	12,44 (3,53)	12,41 (1,58)	0,44	0,81	-	
	nő	11,88 (2,23)	12,00 (1,83)	11,65 (2,11)				
8. Elfogadás, beletörődés	ffi	8,88 (1,45)	9,88 (2,61)	9,11 (2,71)	1,36	0,24	-	
	nő	10,64 (2,95)	9,86 (2,61)	8,91 (2,44)				
9. Tagadás	ffi	7,22 (1,92)	6,66 (1,50)	6,82 (1,33)	3,16	0,010	-	
	nő	8,52 (2,03)	8,00 (2,25)	6,60 (2,10)				
10. Érzelmi indíttatású cselekvés	ffi	7,44 (1,58)	6,77 (2,48)	7,47 (1,73)	5,00	<0,001	nő < 8 vs. ffi kontroll p = 0,013; nő < 8 vs. ffi < 8 p = 0,033	
	nő	10,35 (2,80)	9,91 (2,53)	8,48 (2,75)				
11. Vallásos magatartás	ffi	6,22 (2,53)	6,22 (2,63)	7,58 (3,21)	3,09	0,011	-	
	nő	9,94 (2,68)	8,95 (3,74)	8,77 (2,99)				
12. Mentális passzivitás	ffi	6,66 (1,93)	7,33 (2,59)	8,29 (2,14)	3,26	0,008	nő < 8 vs. ffi < 8 p = 0,028	
	nő	10,29 (2,66)	8,78 (2,90)	8,42 (2,29)				
13. Passzív viselkedés	ffi	7,66 (1,41)	7,33 (1,58)	7,82 (1,42)	3,67	0,004	nő < 8 vs. nő kontroll p = 0,018	
	nő	9,23 (1,95)	8,52 (2,01)	7,34 (1,53)				
14. Nem adaptív megküzdés	ffi	1,77 (2,33)	1,55 (0,72)	1,29 (0,58)	1,10	0,36	-	
	nő	2,52 (2,26)	2,13 (2,49)	1,74 (0,95)				

kintetében is, de az alkalmazott post hoc teszt a csoportok között nem mutatott ki szignifikáns különbséget (tagadás, probléma-hárítás: $F_{(5,96)} = 3,16$; $p = 0,01$; vallásos magatartás: $F_{(5,96)} = 3,09$; $p = 0,011$).

Megállapítható tehát, hogy a 8 éves kort megelőzően onkológiai betegséget szenvedő nők felnőttkorukban passzívabbak, viselkedéses szinten nagyobb fokú tehetetlenséget mutatnak gyermekkorukban krónikus betegségben nem szenvedő nő társaikhoz képest. A 8 éves kort megelőzően megbetegedett férfiakhoz képest viselkedésüket inkább emocionálisan irányítják, de 8 évnél idősebb korban megbetegedett hölgyekkel összehasonlítva ez a markáns emóció-hangsúlybeli különbség már nem jelenik meg. Ugyanakkor látható, hogy a 8 éves kor alatt szerzett onkológiai betegség különbséget alakít ki a környezeti események mentális feldolgozásában vállalt aktív vagy passzív részesség tekintetében: a férfiak aktivitása ezen a területen meghaladja a nők esetében tapasztalható mértéket.

Figyelembe véve, hogy a rákos megbetegedés felnőttkori társkapcsolatokra és kognitív sémákra gyakorolt hatása elsősorban a nők körében mutatkozott meg, a lélektani fejlődési mechanizmusok dinamikájának pontosabb megértése, az esetleges fejlődési gátak felderítése érdekében részletesebben elemeztük a markáns különbségeket közvetítő kognitív sémarendszer és szülői magatartással kapcsolatos reprezentációk összefüggéseit. Megvizsgáltuk, hogy az apával és az anyával való kapcsolat reprezentációi milyen összefüggést mutatnak a traumát követő sémafejlődés eredményeivel. Korábbi feltételezéseink szerint az érzelmileg megfelelő szülői környezettel kapcsolatos reprezentáció bizonyos értelemben tompítja a maladaptív sémák kifejlődését, és a felnőtté válás folyamatában, mint biztonsági referenciamodell – az elszenvedett trauma kompenzációjaként – hozzájárul a kevésbé célravezető kognitív sémák átdolgozásához.

Eredményeink szerint (4. táblázat), a nők körében a tárgykapcsolat felnőttkori reprezentációiban (EMBU) az elszakítottság (elutasítottság), aggályoskodás (gátlás), továbbá részben a kóros másokra hagyatkozás és a károsodott autonómia sémák összefüggést mutatnak a gyermekkorban átélt szülői, elsősorban az anya magatartásáról kialakított véleményekkel. Az elutasítottság és elszakítottság érzésének tartós megléte ebben a csoportban az érzelmileg visszautasító, túlvédő és egyben alacsony érzelmi melegséget közvetítő anya esetében befolyásolja az elutasítottság-séma markáns felnőttkori megerősödését. Aggályoskodás és gátlásosság esetén az anya visszautasító és túlvédő magatartása jelez kapcsolatot a felnőttkori sémátípussal. A kóros másokra hagyatkozás az alacsony érzelmi melegséget nyújtó anya esetében marad meg, míg károsodott autonómia a túlvédő anya hatására válik dominánssá. Az apával kapcsolatos vélekedések szintén befolyásolják a sémarendszer alakulását, de ez a hatás elsősorban az

4. táblázat. A szülőkhöz való viszonyra történő visszaemlékezés (EMBU) és a maladaptív sémaszerkezet közötti kapcsolat a vizsgált nőknél (N = 68)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
(1) Érzelmi visszautasítás – anya	1,00					
(2) Érzelmi melegség – anya	-0,43**	1,00				
(3) Túl(védés) – anya	0,42**	-0,03	1,00			
(4) Érzelmi visszautasítás – apa	0,57**	-0,12	0,25*	1,00		
(5) Érzelmi melegség – apa	-0,35**	0,54**	-0,06	-0,28*	1,00	
(6) Túl(védés) – apa	0,18	0,09	0,54**	0,32**	0,28*	1,00
I. Elszakítottág és elutasítottág	0,28*	-0,24*	0,28*	0,25*	-0,29*	0,02
II. Károsodott autonómia	0,25	-0,15	0,36**	0,19	-0,15	0,11
III. Károsodott határok	0,12	-0,21	0,19	0,07	-0,12	0,12
IV. Kóros másokra hagyatkozás	0,16	-0,30*	0,25	0,13	-0,21	0,07
V. Aggályosság és gátlás	0,30**	-0,15	0,42**	0,18	-0,16	0,10

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

elszakítottág és elutasítottág dimenziójában jelenik meg. Az elszakítottág-elutasítottág gyermekkori élménye az apa elutasító magatartásával és alacsony érzelmi szintű támogatásával jár együtt.

4. Megbeszélés

Eredményeink szerint a gyógyult gyerekkori daganatos betegek közül sokan vannak, akik betegségüket követően érzelmi és szociális téren jól alkalmazkodnak, párkapcsolataikban egészséges társaikhoz hasonlóan kiegyensúlyozott viszonyokat tartanak fenn, megküzdési módjaik alapvetően adaptívak. Felnőttkori depresszió, szorongás, poszttraumás stressz-tünetek, egyes megküzdési módok tekintetében bemutatott adatainkat más vizsgálatok is alátámasztják (Aldefer és mtsai, 2003; Schwartz, Werba, & Kazak, 2010; Trask és mtsai, 2003), az életkori csoportok veszélyeztetettsége kapcsán azonban eredményeinkkel más vizsgálatok nem teljesen egybevágnak (Kazak és mtsai, 2010; Thompson és mtsai, 2009). Eredményeink egy része szerint a férfiak és a nők az elszenvedett rákos betegségük megjelenésének időpontjától függetlenül sem sorstársaikhoz, sem a kontrollcsoporthoz mérten nem szenvednek számottevő pszichoszociális deficittől. Akadnak azonban olyan túlélők is, akik számára a felnőtt lét bizonyos területei súlyos nehézségekkel terheltek.

A kezeléseket alatti adaptív betegségfeldolgozás életkori és társasereőforrás-korlátai miatt a korai traumatikus tapasztalatok a későbbi kapcsolatokra is kihathatnak, az örömteli élet akadályává válhatnak. A traumati-

záció nyomait elsősorban a nyolc év alatt megbetegedő lányok kognitív sémarendszerében, felnőtt társkapcsolati viszonyaikban és egyes inadaptív problémamegoldási módszerek alkalmazásában érhetjük tetten. A gyermekkori rákot túlélő, nyolcéves koruk előtt megbetegedett nők felnőttkorukban passzívabb megküzdéssel, fokozott tehetetlenségérzéssel, passzivitással jellemezhetőek. A világ eseményeivel kapcsolatos értelmezési sémáikban komoly deficit mutatkozik. Aggályoskodóak, kétségeik vannak autonómiájuk és teljesítőképességük iránt, a problémák megoldásakor gyakran másra hagyatkoznak. Úgy érzik, hogy el vannak szakítva a biztonságos szeretetteljes kapcsolatokról, ezért fokozottan törekednek arra, hogy másoktól látványos elismerésben részesüljenek. Párkapcsolataikban elkerülő-ambivalens viszonyt tartanak fenn, kiszolgáltatottnak érzik magukat és gyakran alkalmaznak érzelmi fókuszú megküzdést.

A 8 éves kor előtt megbetegedő lányok egy speciális csoportjában – akik felnőttkorukban elsősorban anyjukkal, de apjukkal kapcsolatban is elutasító magatartással kísért, korlátozó szülői hozzáállás emlékeit őrzik – fokozott veszélyeztetettség mutatkozik, melyet a maladaptív sémákban érhetünk tetten. A szülői gondoskodás jellege és a sémaképzési adatok kapcsolata azt mutatja, hogy a fájdalomtól, izolációtól, reményvesztettségétől szenvedő lányok és szüleik közötti interakció során a gyermek kognitív apparátusa magára marad, aki olyan sémákat rögzít, melyeket hosszabb tünetmentes időszak után sem tud átértékelni. Passzivitása miatt a segítőket sem képes aktivizálni és bevonni az inadaptív sémák későbbi feloldásába.

Eredményeink egybecsengnek Janoff-Bulman (2006) sémaváltozással kapcsolatos gondolataival, melyek szerint a séma gyökere érzelmi, képzeleti, tudattalan következtetési forrásokból táplálkozik ugyan, de nyitott a megfelelő pillanatban feltett kérdések befogadására. A kérdésre adott felelet pedig nem más, mint eszköz a kiértékelésre, a jelentés közös megfogalmazására. Azt, hogy a kognitív kiértékelési folyamatok során milyen sémákban mutatkoznak torzulások, milyen típusú érzelmek rögzülnek és válnak adaptívvá és melyek nem, számos trauma-, illetve betegség-specifikus tényező is meghatározza.

A kórházi szeparáció mint hosszabban tartó elszakíttóságélmény az onkológiai kezelések során az „örökös” magára hagyatottság érzését keltetheti a gyermekben; a megváltozott külső (pl. a haj elvesztése) pedig a környezet felől érkező távolságtartáshoz, nem természetes közeledéshez, a társas elutasíttóság élményének fokozódásához vezethet. Az idegenektől való függés, másokra utaltság a túlító környezeti attitűddel egyetemben a dependencia, összeolvadás érzését erősíti, az élettér beszűkülése miatt a gyerek számos teljesítménye kevésbé kap megerősítést, a kudarcból való félelem meghatározó lesz számára felnőttkori kapcsolataiban is. A fájdalmas

beavatkozások az állandó sérülékenység szubjektív érzetét tartják fenn, a kezelések kiszámíthatatlansága, a folyamat bejósolhatatlansága fokozott pesszimizmushoz, aggodáshoz vezethet. Kora gyermekkori mágikus hiedelmek, büntudaton alapuló betegségfantáziák is hozzájárulhatnak a beteg gyermek saját érzéseinek, belső haragjának elnyomásához, ez az állapot fokozott önfeláldozáshoz, mások elismerésének kereséséhez vezethet. Eredményeink egybecsengnek azon álláspontokkal, melyek szerint a felnőttkorban onkológiai betegségen átesett személyekre nagyobb mértékben jellemző, hogy indulataikat elnyomják, a kétségbeesés és reménytelenség érzése fokozottabban van jelen életükben, alkalmazkodóbbak, fegyelmezettebbek, mint egészséges társaik (Riskó, 1999).

Vizsgálatunk eredménye rámutat arra, hogy a felsorolt negatív érzelmi és viselkedéses változások a nyolcéves koruk előtt megbetegedett lánygyermeknél tartósan rögzülnek, a későbbi stresszel való megküzdésben a tehetetlenséget, romantikus kapcsolatokban az elkerülő viszonyulást erősítve. Mindez inkább a mindennapi életet megnehezítő körülményként van jelen néhány gyógyult beteg életében, nem utal közvetlenül pszichiátriai szintű traumát követő állapotra, depresszióra.

A sémák átstrukturálásában, a gyermekhez közel álló jelentős másik személynek, főként az anyának – mivel a hospitalizáció alatt többnyire ő tölti a legtöbb időt beteg gyermekével – kiemelkedő szerepe van. Nehéz helyzetében – hisz gyermekével egyetemben ő is szembesül a traumával – a világról alkotott, adaptációt segítő vélekedések modellértékű közvetítése az azonosulás kapcsán, különösen lányoknál lehet meghatározó. Kora gyerekkorban diagnosztizált fiúknál azonban a maladaptív sémák terén, kapcsolati vonatkozásban az egészségesekéhez és idősebb korban megbetegedett társaikéhoz hasonló egészséges fejlődésmenet oka lehet a teljesítmény más irányú megközelítése, az érzelmi-kapcsolati mintázatokban mutatkozó hiányosságok hangsúly helyett a dolgok funkcionalitására való fókuszálás.

A szülői viszonyulásmódokkal kapcsolatos emlékek és egyes maladaptív sémák közötti kapcsolat jóllehet nem minden esetben meghatározó (aminek hátterében a kis elemszám mellett egyéb párhuzamos hatások, mint temperamentumbeli tényezők, a gyerek hiedelem- és énrendszere, trauma előtti mentális állapota stb. állhatnak), azonban a korai kapcsolati dimenzióknak érdemes külön figyelmet szentelni, további vizsgálatok, elemzések tárgyává tenni.

A támogató környezet, a család megfelelő működése a betegséget követő hosszú távú alkalmazkodásban szintén elengedhetetlen (Barakat, Kazak, Meeske, & Stuber, 1997). A meleg, empátikus szülői hozzáállás, a világba vetett bizalom leképeződéseként még fiatalabb korban elszenvedett be-

tegség esetén is a torzult emóciók elleni munkában facilitáló erőként lehet jelen, még a megfelelő kognitív érettség hiányában is. A biztonságos kötődésen alapuló empatikus, meleg szülői környezet nehéz élethelyzetben is biztatja a gyereket érzései kifejezésében, bátorítja, hogy olykor negatív gondolatai is helyénvalók, mely később támogató erőként lehet jelen egy koherens betegség történet megalkotásában.

A maladaptív sémák újraértelmezéséhez elengedhetetlen kognitív tudatosság, a kompetenciák terén mutatkozó érettség más szerzők szerint azonban együtt jár a betegség életet veszélyeztető voltáról, későbbi következmények súlyosságáról alkotott reális elképzelésekkel (Kazak és mtsai, 2010). Más szerzők eredményeiben a distressz, a poszttraumás tünetek magasabb szintje, társkapcsolatok problematikus volta kamaszkorban diagnosztizált túlélőknél markánsan megjelenik (Hill & Stuber, 1997; Kazak és mtsai, 2010; Thompson és mtsai, 2009). Későbbi életkorban, az élmények megmunkálásának más fokú érettségével a kognitív feldolgozás lehetőségeinek „terhei” mellett a konstruktív rumináció segíthet a trauma új szempontok szerinti átértékelésében, pozitív jelentések keresésében.

A veszélyeztetett csoportok életkori vonatkozásában az eltérő eredményekből fakadó különbségek a vizsgálati minta különbözőségével is magyarázhatók. A fentebb említett vizsgálatok egyikében, Kazak és munkatársainak (2010) közleményében a túlélő személyek a vizsgálat időpontjában átlagban húsz év körüli korosztályból kerültek ki. A kamaszkor végén, a fiatal felnőttkorban számos új kihívással – önálló élet, párválasztás, munkahelyteremtés – kell megküzdeniük a fiataloknak. A nehezebb élethelyzet a korábbi traumatikus élmények átmeneti előtérbe kerülését mobilizálhatja, ezáltal azonban lehetőséget is teremtve az újbóli átdolgozásra, személyiségbe történő integrálásra, poszttraumás növekedésre, értelemkeresésre. Saját vizsgálatunkban a gyógyult betegek átlagéletkora közel harminc évre tehető, ebben az időszakban a volt betegek többsége stabil párkapcsolatban élt, kompetenciát szerzett az élet legkülönbözőbb területén, önállóan fenntartotta magát és gondoskodott gyermekeiről. Ezen esetekben a több év távlatában vizsgált onkológiai betegség traumája a kamaszkori, átmeneti fejlődési krízisek lezárulásával háttérbe szorulnak.

A fiatal felnőttkor, a kamaszkort követő életciklus más természetű nehézségekkel, pszichoszociális kihívásokkal szembesíti a gyógyult betegeket. Az identitáskézis megoldatlanságának következményeit a korábbi életciklus-szakaszok feldolgozatlanságával egyetemben ugyan továbbviheti a gyógyult beteg, azonban másképp megnyilvánulva, az életkor legfőbb megoldandó konfliktusához, az intimitás-izoláció problémaköréhez kapcsolódva. Jóllehet, a korábbi életkorban megbetegedett, gyógyult nők egészséges társaikhoz hasonló arányban élnek házasságban, vagy stabil

párkapcsolatban, nevelnek gyerekeket, kapcsolataikban a gyógyult betegek többi csoportjához, illetve az egészséges személyekhez képest kevésbé képesek kellő intimitással bevonódni, érzelmi közelséget, kiegyensúlyozott viszonyt megélni. Kötődésbeli elkerülő viszonyulásmódjuk, autonómia-törekvésekkel kapcsolatos nehézségeik, kezdeményezőkétségük hiánya, gátolt, passzív viselkedésük jól tükrözi azoknak az életciklus-feladatoknak feldolgozatlanságát, melyek a trauma idején alapvető fontosságúak lettek volna.

Eredményeink általánosításakor figyelembe kell azonban venni (és a későbbiekben a minta elemszámának növelésével, ezáltal az onkológiai betegség típus heterogenitásának csökkentésével kiküszöbölni) vizsgálatunk néhány hiányosságát. A megbetegedés idejével kapcsolatban érdemes lenne több, szűkebb életkori intervallumban, az adott fejlődési korra leginkább jellemző deficiteket specifikusabban körbejárni. Szintén szélesebb körű, prospektív vizsgálatokra lenne szükség annak igazolásához, hogy a korai maladaptív sémák által meghatározott késői társas kapcsolatokban megmutatkozó pszichoszociális problémák nagyrészt a korai életkorban bekövetkezett traumatikus betegségnek tudhatók be, annak következményeként jelentek meg, vagy már nagyrészt a korai kapcsolatok problematikusságából eredeztethető, betegség előtti működésmód velejárói. A statisztikai elemzések értékelésénél figyelembe kell vennünk egyes kérdőív-alskálák megbízhatóságának alacsony voltát. A kérdéses faktorok (COPE Kérdőív: nem adaptív megküzdés, EMBU: apai túlvédés) kapcsán azonban nem kaptunk szignifikáns eltéréseket, így a kapott szignifikáns összefüggések értékelését ez nem befolyásolja, legfeljebb azt nem zárhatjuk ki, hogy megbízhatóbb mérőeszközök használatával e konstruktumokkal is találtunk volna kapcsolatokat.

5. Következtetések

A pszichoszociális fejlődés egészséges útját, feltételeit ismerve továbbra is szükséges hangsúlyozni a célzott pszichoszociális és pszichoterápiás intervenciók bevetését daganatos betegségen átesett gyerekek esetében. Ezen intervenciók segíteni tudnák a későbbi megküzdést, a kapcsolati problémák szempontjából kiemelten veszélyeztetett személyeknél, mint ahogy azt a gyermekkori onkológiai betegségek gyógyításáról, gondozásáról szóló Ericce Nyilatkozat (The Ericce Statement) is hangsúlyozza (Magyarosy, 2008).

Vizsgálatunk eredményei szerint a legvesélyeztetettebb csoportot a nyolcéves kor előtt megjelenő onkológiai betegségtől szenvedő lányok képezik. Kazak és munkatársai (2007) két modell (gyermekkori, pszicho-

szociális, prevenció egészség-modell és orvosi traumás stressz-modell) integrációjának gyakorlati megvalósítását javasló elképzelése alapján a fokozott rizikófaktóru csoportba sorolással már az első kezeléstől kezdve meg lehetne adni az intenzív odafigyelés lehetőségét. Azaz, a nyolcévesnél fiatalabb korukban megbetegedett lányok számára többek között a betegségreprezentációk, interperszonális hiedelmek megmunkálására kellene helyezni a hangsúlyt. Az intervenció célja a vulnerabilitás ellensúlyozása, az életminőséget befolyásoló negatív hatások megelőzése; kivitelezése pedig a klinikai pszichológiai szakmai protokoll által javasolt szempontok alapján, a gyerekek életkori sajátosságaihoz, valamint a kezeléseket folytatáshoz igazodva lenne célravezető. A fejlődési szempontok alapján a legkorábbi életkorban (0–3 év) nem elhanyagolható, hangsúlyos szerepet kellene kapnia a pszichoedukációnak, az egyéni és csoportos szülőkonzultációknak, szükség esetén terápiás foglalkozásoknak. Kisgyermekeknél (3–8 év) egyéni vagy csoportos játéktérapiás, dramatikus foglalkozásokkal kiegészítve, a kezeléseket során felmerülő nehézségek (szeparációs félelem, regresszió, halálfélelem stb.) feldolgozása kerülhetne a középpontba. A maladaptív sémák (torzítások, sémaelkerülések, kompenzatorikus folyamatok) realiztikus célokra fókuszáló, kognitív sématerápiával történő átdolgozása vezethetne az érzések egészséges kifejezése és harmonikus interperszonális kapcsolatok felé.

Irodalom

- Aldefer, M.A., Labay, L.E., & Kazak, A.E. (2003). Does posttraumatic stress apply to siblings of childhood cancer survivors? *Journal of Pediatric Psychology, 28*(4), 281–286.
- Arrindell, W.A., Sanavio, E., Aguilar, G., Sica, C., Hatzichristou, C., Eisemann, M., et al. (1999). The development of a short form of the EMBU: Its appraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary, and Italy. *Personality and Individual Differences, 27*(4), 613–628.
- Barakat, L.P., Aldefer, M., & Kazak, A.E. (2006). Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *Journal of Pediatric Psychology, 31*(4), 413–419.
- Barakat, L.P., Kazak, A.E., Meeske, K., & Stuber, M.L. (1997). Families surviving childhood cancer: A comparison of posttraumatic stress symptoms with families of healthy children. *Journal of Pediatric Psychology, 22*(6), 843–859.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personal and Social Psychology, 61*(2), 226–244.
- Bonnano, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist, 59*(1), 20–28.
- Brennan, K.A., Clark, C.L., & Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J.A. Simpson, & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (46–76). New York: Guilford

- Bretherton, I. (2005). In pursuit of the working model construct and its relevance to attachment relationships. In K.E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood* (13–47). New York: Guilford Press
- Brown, R.T., Madan-Swain, A., & Lambert, R. (2003). Posttraumatic stress symptoms in adolescent survivors childhood cancer and their mothers. *Journal of Traumatic Stress, 16*(4), 309–318.
- Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (2001). Posttraumatic growth: The positive lesions of loss. In R.A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss* (157–172). Washington DC: American Psychological Association
- Carver, C.S., Scheier, M., & Weitraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267–283.
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A., & Toth, S.L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Developmental Psychopathology, 18*(3), 623–649.
- Compas, B.E. (1987). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review, 7*(3), 270–302.
- Erickson, S.J., & Steiner, H. (2001). Trauma and personality correlates in long term pediatric cancer survivors. *Child Psychiatry and Human Development, 31*(3), 195–213.
- Hill, J.M., & Stuber, M.L. (1997). Long-term adaptation, psychiatric sequelae, and PTSD. In J.C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (923–929). New York: Oxford University Press
- Hobbie, W.L., Stuber, M., Meeske, K., Wissler, K., Rourke, M.T., Ruccione, K., et al. (2000). Symptoms of posttraumatic stress in young adult survivors of childhood cancer. *Journal of Clinical Oncology, 18*(24), 4060–4066.
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In L.G. Calhoun, & R.G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth* (81–99). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers
- Joubert, D., Sadéghi, M.R., Elliott, M., Devins, G.M., Laperrière, N., & Rodin, G. (2001). Physical sequelae and self-perceived attachment in adult survivors of childhood cancer. *Psycho-oncology, 10*(4), 284–292.
- Kazak, A.E., Aldefer, M., Rourke, M.T., Simms, S., Streisand, R., & Grossmann, J.R. (2004). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and posttraumatic stress symptoms (PTSS) in families of adolescent childhood cancer survivors. *Journal of Pediatric Psychology, 29*(3), 211–219.
- Kazak, A.E., Barakat, L., Meeske, K., Christakis, D., Meadows, A., Casey, R., et al. (1997). Posttraumatic stress, family functioning, and social support in survivors of childhood leukemia and their mothers and fathers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(1), 120–129.
- Kazak, A.E., DeRosa, W.B., Schwartz, L.A., Hobbie, W., Carlson, C., Ittenbach, R.F., et al. (2010). Psychological outcomes and health beliefs in adolescent and young adult survivors of childhood cancer and controls. *Journal of Clinical Oncology, 28*(12), 2002–2007.
- Kazak, A.E., Rourke, M.T., Aldefer, M.A., Pai, A., Reilly, A.F., & Meadows, A.T. (2007). Evidence-based assessment intervention and psychosocial care in pediatric oncology: A blueprint for comprehensive services across treatment. *Journal of Pediatric Psychology, 32*(9), 1099–1110.
- Kilmer, R.P. (2006). Resilience and posttraumatic growth in children. In L.G. Calhoun, & R.G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth* (264–288). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers

- Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543–562.
- Magyarosy, E. (2008). A gyermekkori rosszindulatú daganatos megbetegedések tartós túlélői: gyógyulás és gondozás. Az Érice nyilatkozat. *Magyar Onkológia, 52*(4), 401–403.
- Masten, A.S., Best, K.M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology, 2*(4), 425–444.
- Muszbek, K., Székely, A., Balogh, M., Molnár, M., Rohánszky, M., Ruzsa, A., et al. (2006). Validation of the Hungarian translation of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Quality of Life Research, 15*(4), 761–766.
- Nagy, L. (2005). A felnőtt kötődés mérésének új lehetősége: a Közvetlen Kapcsolatok Él-ményei Kérdőív. *Pszichológia, 25*(3), 223–245.
- Perris, C., Jacobsson, L., Lindström, H., von Knorring, L., & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 61*(4), 265–274.
- Phipps, S. (2007). Adaptive style in children with cancer: Implications for a positive psychology approach. *Journal of Pediatric Psychology, 32*(9), 1055–1066.
- Riskó, Á. (1999). *A test, a lélek és a daganat. Bevezetés az onkopszichológiába*. Budapest: Anima
- Schwartz, L.A., Werba, B.E., & Kazak, A.E. (2010). Adult survivors of childhood cancer. In J.C. Holland, W.S., Breitbart, P.B. Jacobsen, M.S. Lederberg, M.J. Loscalzo, & R. McCorkle (Eds.), *Psycho-oncology* (562–568). New York: Oxford University Press
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihályi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5–14.
- Snaith, R.P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes, 1*, 29.
- Stuber, M.L., Kazak, A.E., Meeske, K., Barakat, L., Guthrie, D., Garnier, H., et al. (2010). Predictors of posttraumatic stress symptoms in childhood cancer survivors. *Pediatrics, 100*(6), 958–964.
- Thompson, A.L., Marsland, A.L., Marshal, M.P., & Tersak, J.M. (2009). Romantic relationships of emerging adult survivors of childhood cancer. *Psycho-oncology, 18*(7), 767–774.
- Tiringer, I., Simon, A., Herrhurth, D., Suri, I., Szalai, K., & Veress, G. (2008). Szorongásos és depresszív zavarok előfordulása akut kardiológiai állapotokat követő osztályos rehabilitáció során. A Kórházi Szorongás és Depresszió Skála szűrőtesztként való alkalmazása. *Psychiatria Hungarica, 23*(6), 430–443.
- Trask, P.C., Paterson, A.G., Trask, C.L., Bares, C.B., Birt, J., & Maan, C. (2003). Parent and adolescent adjustment to pediatric cancer: Associations with coping, social support, and family function. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 20*(1), 36–47.
- Unoka, Zs., Rózsa, S., Fábíán, Á., Mervó, B., & Simon, L. (2004). A Young-féle Séma Kérdő-ív: a korai maladaptív sémák jelenlétét mérő eszköz pszichometriai jellemzőinek vizsgálata. *Psychiatria Hungarica, 19*(3), 244–256.
- Weiss, D.S., & Marmar, C.R. (1996). The Impact of Event Scale – Revised. In J. Wilson, & T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (399–411). New York: Guilford
- Werner, E.E., & Smith, R.S. (2001). *Journeys from childhood to midlife risk, resilience, and recovery*. London: Cornell University Press
- Young, J.E., & Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. New York: Cognitive Therapy Center of New York

- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.

Szerzői munkamegosztás

Molnár Edit: a vizsgálat kivitelezése, ötletek felvetése, kidolgozása, megszövegezése. *Feldmann Ádám*: statisztikai elemzés, értelmezés, a szöveg statisztikai részének megfogalmazása. *Unoka Zsolt*: a sémaképzést mérő teszttel kapcsolatos értékelés, értelmezés és hipotézisfelvetés. *Nagy László*: a Közvetlen Élménykapcsolatok Kérdőív kiértékelésében, az adatok értelmezésében való részvétel. *Szűcs Rozália*: a betegekhez való hozzáférésben, orvosi adatok szolgáltatásában nyújtott segítséget, a gyógyult betegek korábbi kezelőorvosaként segítette a kapcsolatfelvételt, motiválta a gyógyult felnőtteket a vizsgálatban való részvételre. *Tiringer István*: az eredmények értelmezésében, a szöveg egyes részeinek újragondolásában volt szerepe. *Molnár Dénes*: a vizsgálat engedélyezésében, a vizsgálat orvosi-szakmai felügyeletében volt része. *Kállai János*: a munka teljes szakmai részének irányításában, az ötletek kidolgozásától, megvalósításától, a hipotézisalkotáson, módszerek megválasztásán keresztül az eredmények értelmezésében, megfogalmazásában vállalt szerepet.

Different process of development in cognitive schemata and social relations in cancer survivals whose illness onset dated from early or late childhood

MOLNÁR, EDIT – FELDMANN, ÁDÁM – NAGY, LÁSZLÓ –
SZŰCS, ROZÁLIA – TIRINGER, ISTVÁN –
UNOKA, ZSOLT – MOLNÁR, DÉNES – KÁLLAI, JÁNOS

Background: Despite the improving medical care and increasing survival rate, the consequences of pediatric cancer may persist for many years after the end of treatment, which can influence everyday adaptation and social relationships. Perception of the stressful life events and the long term psychosocial adaptation are influenced by social support and cognitive appraisal determined by many factors including cognitive maturity and age. *Aim*: The aim of this study is to investigate the effects of social relationships and cognitive schemata in childhood cancer survivors. The patient group consisted of persons suffered from cancer before and after eight years of age (N = 59) and a matched control group without chronic childhood illness (N = 53). *Methods*: The participant's cognitive schemata system, coping capacity, close relationships, anxiety, depression, and trauma-related data were measured by a test battery involving Young Schema Questionnaire, COPE (Coping questionnaire), Experience of Close Relationships, My Memories of Upbringing (Egna Minnen Beträffande Uppfostran), Hospital Anxiety and Depression Scale, and Impact of Event Scale-R. *Results*: No differences were found in test parameters of survivors diagnosed after eight years of age and healthy control participants, among males and females. However,

women with cancer diagnosed before eight years of age reported more passive coping style and different kind of maladaptive schemata including feelings of separation, limited autonomy, dependency, and apprehensiveness. *Conclusion:* Our data underline the importance of psychosocial care of early childhood cancer which might have significant influences on adult interpersonal problems, first of all among females. During follow-up, psychosocial interventions – focusing on active problem-solving, decreasing feelings of separation, strengthening autonomy, reducing dependency – are highly recommended.

Keywords: cancer survival, childhood onset, maladaptive schemata, psychosocial adaptation, gender and age differences

