

Súlyos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekének vizsgálata

Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék.....	2
Táblázatok listája.....	4
Ábrák listája	4
1. Bevezetés	5
2. Daganatos betegségek	6
2.1. Általános statisztika.....	6
2.2. Daganatos betegségek kezelése és azok mellékhatásai	8
2.3. A daganatos betegségek pszichológiai vonatkozásai.....	9
2.4. Daganatos betegség a családban.....	10
2.5. Daganatos betegségek hatása a gyermekekre	11
3. Mentális betegségek	13
3.1. Általános statisztika.....	13
3.2. Főbb kórképek és azok tünetei.....	14
3.3. A mentális betegség egyéb következményei.....	17
3.4. Mentális betegségek a családban	18
3.5. Mentális betegségek hatása a gyermekekre	19
4. Hozzá tartozó betegsége és vallásosság.....	21
5. Korai maladaptív sémák	22
6. Kérdésfeltevések és hipotézisek.....	23
6.1. A vizsgálat célja	23
6.2. Hipotézisek.....	23
7. Módszerek.....	26
7.1. Vizsgálati személyek	26
7.2. Eszközök	29
7.3. Eljárás	31
8. Eredmények	32
8.1. Leíró statisztika.....	32
8.2. Szorongás	35
8.3. Szubjektív jóllét	36
8.4. Maladaptív séma	37
8.5. Vallásosság	39

8.6.	Félig strukturált interjú.....	41
9.	Diszkusszió	47
9.1.	Megbeszélés.....	47
9.2.	Következtetések	55
10.	Összefoglalás.....	57
11.	Felhasznált irodalom	59
12.	Melléklet	66
12.1.	Szülő betegségére és a betegség családra gyakorolt hatására vonatkozó kérdések- beteg szülők gyermekei.....	67
12.2.	Betegségre vonatkozó kérdések- kontroll	67
12.3.	Oxford Boldogság Kérdőív	68
12.4.	STAI-T	69
12.5.	Young Séma Kérdőív	70
12.6.	Félig strukturált interjú vázlat.....	73
12.7.	Félig strukturált interjú válaszok	74
12.8.	Beleegyezési nyilatkozat.....	76
12.9.	Táblázatok	77

Táblázatok listája

- I. **Táblázat** A daganatos betegségek előfordulása Magyarországon
- II. **Táblázat** Hangulatzavarok jellemző tünetei (Beck, 1967 Idézi: Comer, 2005)
- III. **Táblázat** Szorongásos zavarok jellemző tünetei (Tringer, 2001)
- IV. **Táblázat** Skizofrénia jellemző tünetei (Comer, 2005)
- V. **Táblázat** Aktív maladaptív sémák átlaga és szórása az egyes csoportokban
- VI. **Táblázat** Szorongás és vallásosság kapcsolata az egyes csoportokban (r)
- VII. **Táblázat** Szubjektív jóllét és vallásosság kapcsolata az egyes csoportokban (r)
- VIII. **Táblázat** Maladaptív sémák és vallásosság kapcsolata az egyes csoportokban (r)

Ábrák listája

1. **Ábra** Legmagasabb iskolai végzettség
2. **Ábra** Férfiak és nők megoszlása az egyes csoportokban (fő)
3. **Ábra** Az átlag életkorok az egyes csoportokban (év)
4. **Ábra** A betegségek szülők szerinti előfordulása a daganatos és mentális csoportban
5. **Ábra** A szülők daganatainak típusai
6. **Ábra** A szülők mentális zavarainak fajtái
7. **Ábra** A kontroll csoport családjában a betegségek előfordulása
8. **Ábra** Szorongás átlagok az egyes csoportokban
9. **Ábra** A szubjektív jóllét átlagai és szórása az egyes csoportokban
10. **Ábra** A sématerületek átlagai a különböző csoportokban
11. **Ábra** A mentális betegséget átélt szülők kezeléseinek százalékos előfordulása
12. **Ábra** A daganatos betegséget átélt szülők kezeléseinek százalékos előfordulása
13. **Ábra** A betegségről való tájékoztatás százalékos előfordulása mentális betegséget átélt szülők esetén
14. **Ábra** A betegségről való tájékoztatás százalékos előfordulása daganatos betegséget átélt szülők esetén
15. **Ábra** A gyermek támaszai mentális és daganatos betegség esetén
16. **Ábra** A betegség hatásai a gyermekekre mentális és daganatos betegség esetén

1. Bevezetés

Napjainkban egyre nagyobb populációt érintenek a mentális valamint daganatos betegségek. Egyes felmérések szerint az európai felnőtt populáció (18-65 év) csaknem 27%-a szenved vagy szenvedett legalább egy mentális betegségben (Wittchen és Jacobi, 2005). Magyarország különösen kitüntetett a pszichiátriai kórképek szempontjából, hiszen a hazai lakosság mentális egészségi állapota rosszabb az európai országok döntő többségéhez viszonyítva (Bartkó, 2008). Mindezek mellett az általános életminőség romlása, a mozgásszegény életmód, a helytelen táplálkozás, a szerhasználat növekedése hozzájárul ahhoz, hogy a daganatos betegségek előfordulása is növekvő tendenciát mutat (Dávid, 2002). Évente körülbelül 33000 embernél alakul ki rosszindulatú daganat (Riskó, 1999), Magyarországon több százezren küszködnek daganatos betegséggel (Dávid, 2002).

Ezen betegségek gyakoriságának növekedése hozzájárul ahhoz, hogy 2012-re egyre több gyermek él olyan családban, ahol legalább az egyik szülő mentális vagy daganatos betegséggel küszködik. A mentális betegséggel küzdő nők 60%-ának, a skizofrén anyák negyedének van 16 év alatti gyermeke, míg a pszichiátriai betegek 12%-ának gyermeke még nem töltötte be az első életévét, 25%-uk pedig 5 éven aluli gyermeket nevel (Oates, 1997, Idézi: Mordoch és Hall, 2008). Amerikában a daganatos betegek közel 25%-ának van kiskorú gyermeke (Rauch és Muriel, 2004), és 1000-ból 1 terhes anyánál rákot diagnosztizálnak (Antonelli, Dotters, Katz és Kuller, 1996).

A szülő betegségének hatására változások történnek a családi mindennapokban és szokásokban (Visser, Huizinga, van der Graaf, Hoekstra és Hoekstra-Weebers, 2004), valamint ezek a gyermekek a szülő ismételt hospitalizációja következményeképpen átmenetileg elvesztik szüleiket (Romer, Barkmann, Schulte-Markwort, Thomalla és Riedesser, 2002). Mindezek hozzájárulnak ahhoz, hogy a szülő betegsége nem csak magára a betegre van hatással, hanem családjára, különösképpen gyermekére is, hiszen a diagnózis, a vele járó kezelések komoly stressz forrást jelentenek számukra is (Pretis és Dimova, 2008; Wong, Cavanaugh, MacLeamy, Sojourner-Nelson és Koopman, 2009). Mind a mentális zavarral küszködő, mind a daganatos betegségben szenvedő szülők gyermekei komoly szorongást élhetnek át a szülő betegsége hatására (F. Lassú, 2011). Ennek ellenére ezen gyermekek nagyon gyakran láthatatlanná válnak,

megfelelnek az ő pszichológiai szükségleteikről (Fraiberg, 1978, Idézi: Stallard, Norman, Huline-Dickens, Salter és Cribb, 2004). Kutatások születtek annak tekintetében, hogy a betegség milyen hatással van a gyermekre a szülő betegségének diagnosztizálásakor, azonban arról viszonylag keveset tudunk, hogy ez milyen hosszú távú következménnyel jár a gyermek személyiségfejlődésére nézve (Visser et al, 2004).

Kutatásomban ezeket a hosszútávú eltéréseket kívántam vizsgálni különös tekintettel a szorongásra, a szubjektív jóllétre és a korai maladaptív sémákra. Továbbá arra is választ kívántam kapni, hogy található-e különbség annak tekintetében, hogy a szülő egy szomatikus vagy mentális betegségben szenvedett, valamint hogy beteg szülő esetén a gyermek vallásossága protektív tényező-e a felnőttkori szorongás, szubjektív jóllét és maladaptív sémák szempontjából.

2. Daganatos betegségek

2.1. Általános statisztika

Napjainkban az általános életminőség romlása, az egyre negatívabb irányú életmódszokások (pl.: dohányzás, alkoholfogyasztás, egészségtelen táplálkozás, mozgásszegény életmód, túlhajszoltság) hozzájárulnak ahhoz, a daganatos betegségek előfordulása egyre nő. (Dávid, 2002)

A daganatos betegség egy multifaktoriális, krónikus, degeneratív betegség (Dávid, 2002), amely a sejtek örökítő anyagában (genetikai állomány, DNS) bekövetkező maradandó változás miatt alakul ki. A beteg szervezete ezeket a sejteket nem képes elpusztítani, így a ráksejtek korlátlan burjánzásba kezdenek. Mivel ezek a sejtek sokszor nem veszik figyelembe a kiinduló szerv határait, a kór könnyen áttérjedhet a környező szervekre is, így akár életfontosságú szervek is elpusztulhatnak. A betegség beavatkozás hiányában halálhoz is vezethet. (Nagykála, 2007)

A rák elterjedtségének szempontjából hazánk az utóbbi 20-30 évben az elsők közé került. Magyarországon több százezren küszködnek daganatos betegséggel (Dávid, 2002), évente körülbelül 33000 embernél alakul ki rosszindulatú daganat (Riskó, 1999). A férfiak 23%-át, míg a nők 20%-át érinti ez a kórkép (Riskó, 1999). Nem meglepő

tehát, hogy ez a betegség a második leggyakoribb halálok az országban (Nagykála, 2007).

A daganatos betegségek előfordulását hazánkban az I.sz. táblázatban szemléltetem¹.

Év	A háziorvosokhoz bejelentkezett 19 éves és idősebbek (fő)
1999	140 633
2001	156 682
2003	173 577
2005	187 977
2007	235 621
2009	258 525

I. Táblázat: A daganatos betegségek előfordulása Magyarországon

Férfiaknál a legjellemzőbb, hogy a ráksejtek a tüdőt vagy a vastag- illetve végbélet támadják meg, míg nőknél az emlőrák megjelenése a leggyakoribb. Az emlődaganat megjelenése nőknél 40 éves kor körül csúcsosodik, majd 45 éves kor után süllyedni kezd. 55 évet betöltő nők esetén a mellrák diagnózisának kockázata ismét nő. (Dávid, 2002) Ez a statisztikai adat kutatásom szempontjából különösen releváns, hiszen egy 40 év körüli nő általában serdülőkorú gyermeket nevel.

Ezen betegségek gyakoriságának növekedése hozzájárul ahhoz, hogy 2012-re egyre több gyermek él olyan családban, ahol legalább az egyik szülő küszködik daganatos betegséggel. Amerikában a daganatos betegek csaknem negyedének van kiskorú gyermeke (Rauch és Muriel, 2004), és 1000-ból 1 terhes anyánál diagnosztizálnak rákot (Antonelli et al, 1996). Weaver, Rowland, Alfano és McNeel (2010) eredményei szerint a daganatos betegséget túlélők 14%-a kiskorú gyermeket nevel.

A szülő betegsége nem csak magára a betegre van hatással, hanem a családjára, különösképpen gyermekére is, hiszen a diagnózis, a vele járó kezelések komoly stressz forrást jelentenek számukra is (Wong et al, 2009). Tekintsük hát át azt, hogy a betegség,

¹ http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/QueryServlet?ha=FE1A09_W&lang=hu 2011.11.06. 15:35

illetve a vele járó kezelések milyen hatással lehetnek a betegre, és azok hogyan befolyásolják a családot, különösképpen a gyermekek életét, személyiségfejlődését.

2.2. Daganatos betegségek kezelése és azok mellékhatásai

A daganatos megbetegedések kezelésének klasszikus módszerei: műtét, kemoterápia, sugárkezelés valamint ezen eljárások kombinációja. A terápia célja leggyakrabban a ráksejtek elpusztítása vagy eltávolítása (Tompai, 1996). Amennyiben azonban ez nem lehetséges, palliatív beavatkozásra kerül sor, melynek során a daganatot csupán kisebbítik a tünetek enyhítéséért, az esetleges negatív következmények megszüntetéséért. (Dávid, 2002)

Ezek az eljárások nagyon gyakran súlyos mellékhatásokkal járnak, pszichés változásokat okozhatnak a betegben. Maga a műtéti beavatkozás szorongást és intenzív halálfélelmet válthat ki a kezeltből. Gyakran az eljárás után az életminőség jelentősen romlik: munkájukat kénytelenek otthagyni, megváltozhat a családban illetve a társadalomban vállalt szerepük, mindezek hatására a család anyagi helyzete is romolhat. A műtéten, csonkításon átesett betegek gyakran megbélyegezettnek, csúnyának, szexuálisan taszítónak érzik magukat, úgy vélik, elfogadhatatlanok az emberi kapcsolatokban. Néha a kezelés depresszióval, agresszióval, súlyos lelki regresszióval jár együtt. (Riskó, 1999)

A kemoterápia mellékhatásaként jelentkezhet hajhullás, vérképzőszervi károsodás, hányinger, hányás, fáradékonyság, fogyás, száj és nyálkahártya károsodása, ideg és izomfájdalmak, irritabilitás, koncentrációs zavarok, depresszió valamint szexuális problémák (Riskó, 1999; Tompai, 1996). A haj elvesztése, a kopaszság hatására a beteg önazonossága megkérdőjeleződhet. Gyakran a hasmenés valamint a szájüreg-nyálkahártya érzékenység miatt táplálkozási problémák léphetnek fel, fogyás és rossz közérzet is jelentkezhet. Ráadásul sok esetben a hányinger, hányás kondicionálódhat, és már a kezelés gondolata is kiválthat hányást. A betegnél megjelenhet továbbá a betegség öröklődése miatti aggodalom is. (Riskó, 1999) Mindezek mellett a kezelés hatással van csontvelőre is, így az immunrendszer gyengül, nagyobb mértékben kitéve ezzel a beteget a további fertőzéseknek (Dávid, 2002).

Sugárkezelés során a besugárzott területen bőrelváltozások léphetnek fel (pl.: vörös foltok, kiütések), megjelenhetnek emésztési zavarok (pl.: hasmenés, székrekedés)

valamint limfödéma. Ez az eljárás gyakran jár együtt fáradtsággal, elesettség érzetével, étvágytalansággal és hányingerrel (Dávid, 2002). Gyakori pszichés reakciók a kezelésre: depresszió/ellenségesség, düh, szorongás, bűntudat illetve pszichaszténiás tünetek. Néha súlyos distresszel társulhat: pánikállapottal, súlyosabb tehetetlenség érzettel és kifejezett vegetatív tünetekkel (Riskó, 1999).

2.3. A daganatos betegségek pszichológiai vonatkozásai

A daganatos megbetegedések pszichológiai vonatkozásaival már régóta foglalkoznak (Riskó, 1999). Mára már köztudott, hogy a rákos betegségek kialakulásában központi szerepet játszanak a pszichés tényezők: a lehangoltság, tartós stressz, az állandó örlődés, félelem és szorongás. Mindezek hatására az immunrendszer romlik, így az idegen sejtek könnyebben elszaporodhatnak a szervezetben (Nagykála, 2007). Daganatos betegek anamnézisében gyakran találhatunk érzelmileg feldolgozatlan, elfogadhatatlan válaszokat, egy szeretett személy elvesztését, számukra integrálhatatlan eseményeket, konfliktusok összetorlódását valamint tartós tehetetlenség érzetet. Ezek a személyek gyermekkorukban gyakran élnek át lelki megrázkódtatást, magányt, és nehezebben tudják felismerni vagy kifejezni érzéseiket, szükségleteiket. (Riskó, 1999) De vajon milyen pszichológiai vonatkozásai lehetnek annak, ha a betegség már kialakult?

A daganatos betegségek krízisek sorozata - gyakran intenzív félelemmel és szorongással jár együtt. A beteg úgy érzi, életkilátásai beszűkülnek. Számtalan esetben a kezelések valóban életminőségük radikális romlásához vezetnek: az eljárások során elvesztik önállóságukat, mások gondoskodására szorulnak, és alkalmazkodniuk kell a betegség okozta megváltozott körülményekhez. (Riskó, 1999) Mindezek mellett szembesülniük kell sértetlenségük elvesztésével is. Egy új státuszt kell beépíteniük identitásukba, egy rákényszerített, előnytelen, stigmatizált szerepet: a beteg szerepét (Hajduska, 2010). A félelem valódi oka sok esetben a veszély elháríthatatlansága. A betegség gyakran társul bénító halálfélelemmel. Ez a szorongás sokszor nagyobb károsodást okozhat, mint maga a betegség. Mindezek testi reakciókhoz vezethetnek: bénultság, szótlanság, diagnózist követő zavart, furcsa viselkedésmód. Különböző védekezési mechanizmusok léphetnek életbe, mint például projektív identifikáció, racionalizáció, deperszonalizáció, tagadás, elfojtás, projekció (pl.: családra) vagy regresszió. (Riskó, 1999) A súlyos érzelmi reakciók hatására személyiségbeli

változások is történhetnek: egyes személyiségjegyek felerősödhetnek, mások gyengülhetnek (Dávid, 2002).

A diagnózisra adott reakciót meghatározza a beteg premorbid személyisége, a stresszekkel, konfliktusokkal szembeni küzdőképessége, de nagy szerepet játszanak a társadalmi-kulturális viszonyok, és a hozzátartozók hozzáállása is. A diagnózis során az emberek szembesülnek életük végességével, félhetnek a kapcsolataik megszakadásától, az izolálódástól, a visszautasítástól és elidegenedéstől. További szorongást okozhat, hogy nem tudják már funkcióikat, kötelezettségeiket tovább folytatni családjukban. (Riskó, 1999)

Mindezek mellett a kezelések hatására sok esetben a testi integritás is sérül (pl.: csonkítások, kopaszság): időleges vagy végleges változások történhetnek a beteg testében, a külső megjelenésében, a testi funkciókban. (Dávid, 2002)

A daganatos megbetegedések sokszor általános fáradékonysággal járnak együtt. Fontos azonban megjegyezni, hogy ez a fáradtság eltér a mindennapok kimerültségétől, amely csak átmeneti, és kellő pihenés után elmúlik. Ez a panasz fizikai, szellemi és érzelmi téren is megnyilvánul, tartósan fennáll, és jelentősen akadályozhatja a mindennapi élet tevékenységeit: a megszokott tevékenységek elmaradhatnak, a beteg ingerlékenyebbé válhat. Ez a hangulat sokszor az emberi kapcsolatokra is áttevődik, hatással van a baráti és a családi kapcsolataira is. (Dank, 2004)

Sok esetben ez egy évekig tartó folyamat, amely egyre növekvő lelki teherrel jár, nagy energiákat köt le, így gyakran kimerüléshez, depresszióhoz vezethet. Megjelenhetnek különféle apatikus viselkedések, magukba fordulás, megközelíthetatlenség, szorongás, sírás, esetlegesen agresszió. (Dávid, 2002) Ráadásul még sikeres kezelések esetén is fennáll a betegség kiújulásának lehetősége (Damoklész szindróma) (Riskó, 1999). Az onkológián a „gyógyult” fogalom nagyon ritkán hangzik el. Helyette a „remisszió” kifejezést használják: a kórtünetek ideiglenesen csökkentek vagy megszűntek, azaz egy átmeneti javulás áll fenn. (Tari, 2008) A betegek sokszor még gyógyulás után is szégyellnek beszélni a kórról: félnek az elutasítástól, kiközösítéstől, stigmatizációtól. (Dávid, 2002)

2.4. Daganatos betegség a családban

A szülő betegsége nem csak magára a betegre van hatással, hanem családjára is (Wong et al, 2009): a családtagok érzelmeire is jelentős hatást gyakorol, hiszen az addigi életvitel felborul, a hétköznapi rutinokat új tényezők befolyásolhatják, valamint a család kommunikációs rendszere is megterhelődik a diagnózis hírével. A változás a család minden egyes tagját érinti. A betegség hatására a család egyensúlyi állapota kibillen. Konstruktív rendeződés hiányában, a családi egység szétzilálódik. (Tari, 2008)

Sok családban megfigyelhetjük, hogy nagyon keveset, vagy egyáltalán nem beszélnek a betegség tényéről, a kezelésekről, az esetleges kockázatokról. Így egyfajta „titok” alakul ki a családban, amely negatív hatással lehet a családi kapcsolatokra és a család életére. (Riskó, 1999) A családtagok elszigetelődhetnek, koalíciók alakulhatnak ki, melynek hatására az egyes tagok képtelenné válnak a valódi segítségre. Tudattalan érzelmek jelenhetnek meg, valamint védekezési mechanizmusok a szorongás elhárítására. (Tari, 2008)

A diagnózis hatására a családtagokban sok esetben ugyanúgy szorongás és félelem keletkezik: félelem attól, hogy mi is fog történni. Gyakran a saját egészséggel kapcsolatos kételyek is előtörnek. Ma már tudjuk, hogy az öröklődési tényezők a rákos megbetegedések 5-10%-ában játszanak szerepet. Általánosságban elmondható, hogy nem maga a daganatos betegség öröklődik, hanem az a hajlam, ami növeli a kockázati tényezők kialakulását. Ennek ellenére egy közeli hozzátartozó (legyen itt szó szülőről vagy testvérről) onkológiai megbetegedése komoly szorongást válthat ki a családtagokból, mely háttérben nagyon gyakran a betegség öröklődésétől való rettegés áll. (Tari, 2008)

2.5. Daganatos betegségek hatása a gyermekre

Daganatos betegségek esetén komoly stressz forrást jelenthet a gyermek számára a tünetekkel való találkozás, a kezelés következményei, esetleges mellékhatásai valamint a beteg szülő elvesztésétől való félelem (Christ, Siegel és Sperber, 1994). Ennek következményeképpen a gyermek biztonság érzete csökkenhet (Zahlis és Lewis, 1998). A betegség komoly változásokat okozhat a család mindennapjaiban, a családi szokásokban, rutinokban (Visser et al, 2004), valamint a családi szerepekben is. A hospitalizáció következményében a gyermekek szüleiket átmenetileg elvesztik, mindezek mellett szociális stigmatizáció áldozataivá is válhatnak, kortárs kapcsolataikban is változások történhetnek (Romer, Barkmann, Schulte-Markwort,

Thomalla és Riedesser, 2002). A betegség és a kezelés ideje alatt a szülők nem mindig képesek annyi figyelmet és időt szentelni gyermekeiknek, mint amennyire szükségük lenne: a mindennapi tevékenységek száma csökkenhet, mint például játék, egyéb szabadidős tevékenységek, házimunka (Gates és Lackey, 1998, Idézi: Wong et al, 2009).

A szülő daganatos betegsége nagyon gyakran depresszióval is együtt jár: mind a beteg (White és Macleod, 2002), mind az egészséges szülőnél előfordulhat (Compas et al, 1994), amely által a szülők fizikailag és érzelmileg is elérhetetlenné válhatnak gyermekeik számára (Faulkner és Davey, 2002). Figyelmetlenebbek lesznek, szülői szerepük csökken, a családi kommunikáció károsodhat, felléphetnek nem konzisztens szabályok, és a szülő érzékenysége megnövekedhet (Christ et al, 1994; Lewis és Hammond, 1996). A szülői szerep csökkenése gyakran alacsony önértékeléssel (Lewis és Hammond, 1996) és externalizációs problémákkal jár együtt a gyereknél (pl.: agresszió) (Sigal, Perry, Robbins, Gagne és Nassif, 2003). Gyakori, hogy a gyermekek szülei elrejtik distresszüket, így még kevésbé kapnak választ szükségleteikre (Davey, Askew és Godette, 2003).

Daganatos betegségben szenvedő szülők gyermekeiknél a következő tüneteket figyelték meg az egyes kutatások: depresszió, szorongás, viselkedési problémák, alacsony önértékelés. Ezek a gyermekek magasabb kockázatúnak érzik, hogy ők maguk is betegek lesznek. (Armsden és Lewis, 1994; Compas et al, 1994; Visser et al, 2004). Flahault és Sultan (2010) 52 olyan gyermek Rorschach jegyzőkönyvét vizsgálta meg, akiknek egyik szülője daganatos betegségben szenvedett, más betegségben szenvedő szülők gyermekeivel összehasonlítva. Eredményeik szerint a daganatos szülők gyermekei több szorongásos és depresszív jegyet valamint alacsonyabb önértékelést mutattak.

Visser és munkatársai (2004) 52 olyan tanulmányt összesítenek, amely a szülő daganatos betegségének hatását vizsgálja a gyermekekre. Véleményük szerint meglehetősen kevés figyelmet szentelnek ezeknél a betegségnél a gyermekekre, holott náluk is komoly pszichoszociális problémák léphetnek fel: megjelenhet szorongás, zűrzavar, szomorúság, düh érzete, bizonytalanság a betegség kimenetét illetően. Érzelmi problémák terén megjelenhetnek különböző stressz válaszok, félelem a rák tüneteitől, a kezelés mellékhatásától, a szülő halálától, az egészséges szülő sebezhetőségétől,

valamint büntudat érzete: saját magukat okolhatják a szülő betegségéért. Kamasz lányoknál gyakran megjelennek pszichoszomatikus tünetek, hangulatzavar, félelem attól, hogy nekik is mellrákjuk lesz, félelem a visszaeséstől, az anya elvesztésétől. Egyszerre érezhetnek dühöt és büntudatot, mert szeretnék folytatni saját életüket. Kisgyermekeknél megfigyelhető, hogy a szülő betegsége esetén többet sírnak, ragaszkodóbbak, és nehezebben alszanak el. Iskoláskorú gyermekeknel változást találtak a beszélgetés intenzitásában, próbálták magukat távol tartani a betegségtől, jellemző volt a fizikai közelségkeresés vagy visszavonulás. Több konfliktusról számoltak be a családdal, testvérekkel és kortársakkal, több figyelmet szenteltek a beteg szülő szükségleteire, valamint a szülői szerepről is többet beszélgettek másokkal. Az iskolában ezek a gyermekek képtelenek voltak koncentrálni és teljesíteni. Fizikai tünetként megjelenhet alvászavar, fejfájás, hasi fájdalom, izzadás valamint az étvágy elvesztése. Hogy ezek a tünetek megjelentek-e, függött a gyermek korától, a nemétől, a betegség stádiumától, a diagnózis óta eltelt időtől, a szülők pszichológiai működésétől, a családstruktúrától illetve családi kommunikációtól is.

Wong és munkatársai (2009) a szülő betegségének hosszú távú hatásait vizsgálta, különös tekintettel a poszttraumatikus növekedésre. A vizsgálati alanyaik 59%-ánál azonban éppen ellenkező, negatív hatások voltak kimutathatóak: veszteség és üresség érzete, saját egészségükre való koncentráció, negatív változások az életszemléletben valamint a személyes kapcsolatok terén.

3. Mentális betegségek

3.1. Általános statisztika

Napjainkban a mentális betegségek száma egyre növekszik. A Központi Statisztikai Hivatal 2009-es egészségfelmérése szerint a megkérdezettek 6%-a szenvedett depresszióban és további 3% egyéb mentális betegségben. Nagyjából ugyanennyi Magyarországon azoknak a száma, akik mentális zavar miatt gyógyszeres kezelés alatt állnak (KSH, 2009). Az európai felmérések szerint a pszichotikus betegségek prevalenciája körülbelül 1%-ra tehető, azaz az Európai Unióban közel 3,7 millió embert érint. A bipoláris zavarok előfordulási gyakorisága 0,8%, azaz körülbelül 2,4 millió fő. (Bartkó, 2008) Más felmérések szerint az európai felnőtt populáció (18-65 év) körülbelül 27%-a szenved vagy szenvedett legalább egy mentális betegségben az elmúlt 12 hónapban (Wittchen és Jacobi, 2005). A hazai lakosság mentális egészségi

állapota rosszabb az európai országok döntő többségéhez viszonyítva (Bartkó, 2008). Szadóczky, Rihmer, Papp, Vitrai és Füredi (2002) kutatásában a vizsgálati alanyok 38,4%-a szenvedett életében szorongásos vagy hangulat zavarban.

A betegségek gyakoriságának növekedése hozzájárul ahhoz, hogy napjainkban egyre több gyermek él olyan családban, ahol legalább az egyik szülő mentális betegséggel küszködik. Egyes kutatások szerint a családok 21-23%-ában legalább az egyik szülő rendelkezik vagy rendelkezett az élete során mentális zavarral (Maybery, Reupert, Patrick, Goodyear és Crase, 2009). A mentálisan beteg anyák 60%-ának, a skizofrén anyák negyedének van 16 év alatti gyermeke, míg a pszichiátriai betegek 12%-ának gyermeke az egy éves kort sem éri el, 25%-uk 5 éven aluli gyermeket nevel (Oates, 1997, Idézi: Mordoch és Hall, 2008).

3.2. Főbb kórképek és azok tünetei

Ezek a betegségek nem csak a beteg számára, hanem a közeli hozzátartozók számára is komoly megterhelést jelentenek (Pretis és Dimova, 2008). Tekintsük hát át röviden a főbb mentális kórképeket, a jellemző tüneteket, különös tekintettel azokra, melyek stressz forrásul szolgálhatnak a közeli hozzátartozók számára.

A hangulatzavarban szenvedő betegek hosszú ideig képesek arra, hogy megragadjanak egy-egy átmeneti, a világgal való kapcsolatukat alapvetően átszínező életérzésben, amely hatására életük normális menete teljesen ellehetetlenedik. A hangulatzavarokon belül elkülöníthetjük az unipoláris depressziót, ahol a betegek a depressziós állapot lecsengése után visszatérnek normális vagy majdnem normális állapotukba, valamint a bipoláris vagy mániás-depressziós zavart, ahol a depressziós illetve mániás szakaszok váltják egymást. (Comer, 2005) A major depresszió előfordulásának gyakorisága 15%-ra tehető, de nők körében elérheti a 25%-ot is. A bipoláris zavarok előfordulása 1% körüli, döntően 30 éves kor körül jelenik meg. (Tringer, 2001) A depressziós és mániás tüneteket a teljesség igénye nélkül a II. sz. táblázatban szemléltetem.

	Depresszió	Mánia
Érzelmi tünet	nyomott hangulat,	emelkedett hangulat,

	öngyűlölet, a jókedv teljes hiánya	önszeretet, kitörő jókedv
Motivációs tünet	akaratbénulás, menekülésvágy, fokozott függőség igény, halálvágy → öngyilkosság (7-15%)	impulzivitás, tettvágy, függetlenségigény, önérvényesítési vágy
Viselkedési tünet	tehetetlenség/nyugtalanlás, improduktivitás, csöndesség	produktivitás, hiperaktivitás, harsányság
Kognitív tünetek	negatív énkép és elvárások, önmaguk hibáztatása, problémák felnagyítása, határozatlanság	pozitív énkép és elvárások, mások hibáztatása, problémák tagadása, téves döntéshozatal
Szomatikus tünetek	fejfájás, emésztési zavar, szédülés, mellkasi szorítás, étvágytalanság, alvászavar, örökös fáradtság, csökkent libidó	fáradhatatlanság, megnövekedett libidó, álmatlanság

II. Táblázat: Hangulatzavarok jellemző tünetei (Beck, 1967, Idézi: Comer, 2005)

A szorongászavarban szenvedő betegek folyamatosan erős félelmet és szorongást élnek át, minden apró, mások számára jelentéktelen, lényegtelen inger kiválthatja diszkomfortérzetüket, amely túlságosan mély és gyakori. A szorongásos zavarokon belül megkülönböztethetjük a generalizált szorongást, fóbiákat, pánikbetegséget, kényszeres zavarokat és az akut vagy poszttraumás stressz-zavarokat. (Comer, 2005) Az egyes rendellenességekre jellemző tüneteket a teljesség igénye nélkül a III. sz. táblázatban szemléltetem.

	Tünetek
Generalizált szorongás	szorongás minden megnyilvánulása, koncentráció zavar, fáradékonyság, feledékenység, teljesítménycsökkenés, alvászavar, ingerlékenység, állandó feszültség

Fóbia	irracionális félelem tárgytól/állattól/helytől/személytől, ezek elkerülése
Pánikbetegség	szorongás rohamokban, szív táji szorító érzés, légszomj, szapora szívverés, fulladás érzés, szédülés, bizonytalanság, végtagzsibbadás, hő-hideghullám, reszketés, megőrüléstől való félelem, gyakran agorafóbiával társul
Kényszeres zavarok	én-idegenek, irracionálisak, kényszer gondolatok, késztetés, cselekedetek, komoly distresszt okoznak, időigényesek, akadályozzák a mindennapi tevékenységet
Stressz-zavar	traumatikus esemény újraélése, elkerülés, csökkent válaszkészség, fokozott arousal, szorongás, büntudat ²

III. Táblázat: Szorongásos zavarok jellemző tünetei (Tringer, 2001)

A pszichózis egy olyan állapot, amelyben a beteg kapcsolata a valósággal megszűnik, mindezek mellett az észlelés, információfeldolgozás, a környezet ingereire való válaszkészség torzul. A pszichózis egyik leggyakoribb megjelenési formája maga a skizofrénia - a személyes, társas és munkahelyi teljesítmény felborul, torz észlelések, zavart gondolkodási folyamatok jelenhetnek meg. (Comer, 2005) A skizofrénia jellegzetes tüneteit a teljesség igénye nélkül a IV. sz. táblázatban szemléltetem.

	Tünetek
Pozitív tünetek	téveszmék (üldöztetési, vonatkoztatási, nagyzási, irányítási), összefüggéstelen gondolkodás és beszéd (laza asszociációk, neologizmusok, perszeverációk, hangrímszók), felfokozott perceptuális működés és hallucinációk, inadekvát érzelmek
Negatív tünetek	beszéd szegényessége, eltompult érzelmvilág és érzelmi sivárság, akaratvesztés, külvilággal való kapcsolat zavara
Pszichomotoros tünetek	mozgás spontaneitás elvesztése, katatónia, mozgás viharok

² Comer (2005)

A társadalmi beilleszkedési zavarok egy formája a szenvedélybetegség, amely nem más, mint az agy állapotát befolyásoló, szenvedélykeltő anyagok túlzott használata. A szenvedély kialakulása során a hosszú távú célokat és törekvéseket a személy pillanatnyi örömekre cseréli fel. Az egyén az életét már a szenvedélyre irányuló rövidtávú késztetések vezérlik. Ennek során a személy értékorientációja módosul: a korábbi értékek háttérbe, míg a szenvedéllyel kapcsolatosak előtérbe kerülnek (pl.: családi szerepek elhanyagolása). A szenvedélybetegek magatartása veszt sokszínűségéből, viselkedésük egyre inkább sematizálódik. A függőség nagyon gyakran megvonási tünetekkel (nyugtalanág, szorongás, hangulatzavar, reszketés, izzadás stb.), egyes esetekben delíriummal járhat együtt. A szerhasználat egyik következménye lehet a személyiségben történő változások, a szociális kapcsolatokban mutatkozó egyre több konfliktus és a kapcsolatok hanyatlása. A személy fogékonyabbá válik minden más mentális zavar iránt. A különféle szenvedélybetegségek (pl.: alkohol, drog stb.) előfordulásának felmérése meglehetősen nehéz. (Tringer, 2001)

3.3. A mentális betegség egyéb következményei

Krónikus pszichiátriai betegek életük során számos életviteli nehézséggel néznek szembe: a betegség során csökken adaptív, kommunikatív készségük, toleranciájuk, gyengülhetnek a kognitív funkciók. A viselkedésük elfogadása komoly feladatot jelent a család számára is. A betegség hatással van saját valamint hozzátartozóik életminőségére is: sokszor elvesztik állásukat, segélyezésre szorulnak, képtelenné válnak ügyeik intézésére. (Bartkó, 2008) Mindezek mellett a stigmatizáció hatására a munkaerő piacon leértékelődnek, családi pozíciójuk, státuszuk romlik, egy gyermeki, alárendelt szerepbe kerülhetnek. (Hajduska, 2010)

A mentális betegség sokszor jár együtt egy „szégyellnivaló, megbotráncoztató” címkével, melynek hatására a betegek szociálisan izolálódnak, kirekesztődnek. A betegség egyik vonzata, hogy elhanyagolhatják magukat, súlyos egészségügyi problémáik léphetnek fel, élettartamuk 8-20 évvel kevesebb az átlaghoz viszonyítva. Hajlamosabbak lesznek az elhízásra, hipertóniára, cukorbetegségekre és kardiovaszkuláris betegségekre. A mentális zavar gyakran társul kóros szerhasználattal és csökkent immunműködéssel. (Bartkó, 2008)

A mentális zavarban szenvedőket nagyon gyakran betegségük a kontroll és értelmesség érzetétől fosztja meg: erőforrásaik korlátozódnak, szenvedéseiket megmagyarázhatatlannak találják. A megszokott megküzdési módok elégtelenné válhatnak, elkezdik önmagukon kívül keresni az értelem és kontroll forrását. A vallás egy lehetséges válasz lehet az értelem és kontroll kérdéseire. Egyes kutatások eredményei szerint minél előrehaladottabb, súlyosabb a betegség annál valószínűbben fog a beteg a valláshoz fordulni a megküzdés során. (Rogers, Poey, Reger, Tepper és Coleman, 2002)

3.4. Mentális betegségek a családban

A legtöbb mentális rendellenesség diagnosztizálásának kritériumai közé sorolhatjuk, hogy a tünetek distresszt okoznak a betegnek, valamint, hogy hatására jelentős a romlás a munkahelyi, szociális és egyéb fontos áréakban. Habár a kezdeti tünetek sokszor még a közeli családtagok számára sem felismerhetőek, azt gyakran észreveszik, hogy „valami nincs rendben”. Munkahelyi gondok jelenhetnek meg, de maga a szülői szerep is módosulhat, párkapcsolati problémák jelentkezhetnek. (Robinson et al, 2008)

Egy családtag mentális problémája komoly pusztító, destruktív erővel bírhat, akár szét is zilálhatja a család egységét. A legnagyobb problémát a mentális zavarral együttjáró szociális stigma, az anyagi nehézségek, az otthoni konfliktusok okozhatják. Továbbá károsító hatása lehet a visszaesés-javulás érzelmi hullámzásának, a betegséggel együttjáró potenciális káros, sok esetben öndestruktív viselkedésformáknak. (Goldenberg H. és Goldenberg I., 2008)

A krónikus mentális zavarok gyakran abnormális szülői viselkedéssel, családi viszályokkal, maladaptív kommunikációval és sérült szülő-gyermek interakciókkal is együtt járnak. (Malhotra és Kaur 1997)

A beteg ápolása komoly teher a családtagok számára, különösen, ha krónikus mentális zavarról van szó. Amennyiben a mentális zavarban szenvedő fiatal, gyermek, ezt a szerepet a szülők vállalják fel, felnőtt beteg esetén, általában a testvérek, házastársak, idősebb szülők válnak gondozóvá, azonban az is előfordulhat, hogy ezt a szerepet a 18 éven aluli gyermek vállalja magára. (Robinson et al, 2008)

Mindezek mellett komoly problémát jelent, hogy ezek a betegek sokszor nem tartják magukat betegnek, nincsen vagy hiányos betegbelátásuk. Viselkedészavaruk nehezen tolerálható a családtagok számára. (Silling, 2008)

3.5. Mentális betegségek hatása a gyermekekre

A szülő mentális betegsége krónikus stresszor a gyermek biopszichoszociális fejlődésére nézve (Pretis és Dimova, 2008). Ennek ellenére ezek a gyerekek nagyon gyakran „láthatatlanná” válnak: megfeledkeznek arról, hogy nekik is információt kell nyújtaniuk a betegséggel kapcsolatban, és megfeledkeznek arról is, hogy az ő szükségleteiket is ki kellene elégíteniük (Fraiberg, 1978, Idézi: Stallard, Norman, Huline-Dickens, Salter és Cribb, 2004). Ezek a gyermekek nagyon gyakran ugyanolyan komoly szorongást élnek át, mint a szomatikus betegséggel küzdő szülők gyermekei. Fontos különbség azonban a mentális illetve szomatikus zavar között: a legtöbb szomatikus betegség szociálisan elfogadottabb - a környezet megértőbb a betegséget illetően; a szomatikus betegséggel küzdők együttműködőbbek, betegségtudattal rendelkeznek, valamint a szomatikus betegségben szenvedő szülők gyermekei számára világosabb, hogy szüleik betegségéért nem ők a felelősek. Ezzel szemben mentális zavar esetén a társadalom közönyös vagy elutasító, sok esetben a szülők nem rendelkeznek betegségbelátással, ezért nem is keresnek segítséget, a gyermekek magukat okolhatják szüleik tüneteikért. (F. Lassú, 2011)

Mit tapasztalnak ezek a gyerekek szüleik betegségével találkozáskor? Azok a gyerekek, akiknek egyik szülője depresszióval küszködik, különösen érzékenyek a szülő energia és motivációs szintjének változásaira, hiszen nap mint nap szembe kell nézniük azzal, hogy gondozójuk energiátlan, motiválatlan. A szülő néha reagál, néha nem. A család életéből hiányozhatnak a szokásos rendszerek, keretek és szabályok: a bizonytalanság állandósul, a gyermekek aktivációs szintje megnő. Mindezek mellett néha erősen traumatizáló helyzeteknek vannak kitéve a hétköznapi életben (pl.: a szülő öngyilkossági kísérletei). Jellemző viselkedésmódok a szülő depressziójára: fokozott aktivitás a szülői aktivitás növelése érdekében, érzelmi támasszá válás, felelősségátvállalás, parentifikáció. A szülő bipoláris zavara esetén a gyermekek erősen ingadozó hangulatállapotokat élhetnek meg. A mániás periódusokban a szülők elfelejthetnek gondoskodni gyermekükről, a mindennapi élet rendszeressége elveszhet, a szülő fokozódó türelmetlenségét agresszió kísérheti. Skizofrén szülő esetén nagyon

gyakori, hogy a gyermek egy durva, igazságtalan és fenyegető világban találja magát: a felnőtt realitása a gyermek realitásával válhat, „folie á deux” alakul ki. Komolyabb tünetek esetén, a panaszok lekötik a szülő figyelmét, így a gondoskodás jelentősen csökkenhet, az ellátás rendszertelenné válhat, hiányozhatnak a fejlődéshez szükséges ingerek. Amennyiben a szülő szorongásos zavarban szenved, gyakran túlvédi gyermekét, és gátolja annak explorációs tevékenységét. Ez kompetencia hiányhoz és szociális elkerülő magatartásformához vezethet. (F. Lassú, 2011)

Szenvedélybetegséggel küszködő szülők számára a mindennapi adag megszerzése válik elsődlegessé, ebből kifolyólag gyermekeik számára sokszor fizikailag elérhetetlenné válnak, szülői válaszkészségük és gondozási tevékenységük csökken. (F. Lassú, 2011) Mindezek mellett számos kutatás igazolja, hogy azon családokban, ahol az egyik szülő alkoholist, nagyobb arányban vannak kitéve a gyermekek családon belüli erőszaknak (fizikai, szexuális, pszichológiai). Klein és Zobel (2000) kutatása szerint, minden harmadik alkoholist szülővel rendelkező gyermek napi rendszerességgel szenved erőszaktól. Gyakran nem ők maguk az áldozatok: tanúi lehetnek édesanyjuk, testvérük ellen elkövetett erőszaknak. Ennek hatására ezeknél a gyerekeknél gyakran alakulhatnak ki internalizáló betegségek (depresszió, szorongásos zavarok) és externalizációs problémák (antiszociális magatartások). (Rácz és Bodrogi, 2007) A gyermekek betegség alatt átélt distressz mértékét azonban befolyásolja a tünetek fennállásának ideje és intenzitása, a tünetek diszkért vagy rejtett volta valamint a gyermek életkora. (F. Lassú, 2011)

Milyen hatással lehet a szülő mentális betegsége a gyermekekre? Gyakori náluk a csökkent önértékelés, optimizmus és társas kompetencia, valamint a szorongás. A szülő tüneteinek előrejelzésének képtelensége a gyermekeket tehetetlenség érzetéhez, dezorientációhoz, büntudathoz és félelemhez vezetheti. A szülő hospitalizációja szeparációs szorongást okoz a fiatalokban, valamint ezek a gyerekek extrém mértékben koncentrálnak szüleikre. Továbbá szakadékokat találhatnak valóságukban: saját világuk és beteg szüleik világa között. Nagyon gyakran hajlamosak arra, hogy ők maguk vegyék át a szülői szerepet. (Pretis és Dimova, 2008)

Ezek a gyermekek háromszor valószínűbben szenvednek majd később szintén mentális betegségben (Mowbray, Bybee, Oyerman, MacFarlane és Bowersox, 2006). A depressziós szülők gyerekeinek 61%-a serdülőkorában szintén pszichiátriai zavarban fog

szenvedni. 40-70%-uk szerhasználóvá válik, vagy jelennek meg náluk szorongásos jegyek (Beardslee, Versage és Gladstone, 1998, Idézi: Mordoch és Hall, 2008). A szülők depressziója hatására a gyermekeknél viselkedés vagy figyelemzavar, depresszió vagy oppozíciós zavar alakulhat ki (Welner és Rice, 1988). Mentális betegségben szenvedő szülők gyermekeinek harmada állandó érzelmi és viselkedési zavart tapasztal (Rutter és Quinton, 1984). Az anya depressziója hatással van a gyermek kötődésére (Murray, 1992), nyelvfejlődésére és viselkedésére is (Cox, Puckering, Pound és Mills, 1987).

Stallard és munkatársai (2004) kutatásukban 24 mentális betegségben szenvedő (depresszió, pszichózis, hangulatzavar, evészavar) szülő 6-17 éves gyermekeit vizsgálták meg. A 24 szülőből 8-nál a betegség hatására zavar keletkezett a gondozásban és a mindennapi életben: a szülők nem voltak otthon, mikor a gyermek hazaért az iskolából, az iskolai szülői programokon pánik rohamokat kaptak, és képtelennek érezték magukat, hogy gyermekükkel játszanak. A kutatásban azt is megfigyelték, hogy a gyermekek betegségről való tájékoztatása sem volt megfelelő. A gyermekek több mint fele vágyott arra, hogy többet tudjanak meg a betegségről: hogyan lett beteg a szülő (azért mert rossz voltam?), mik a betegség tünetei, milyen kezelést fog kapni stb.. Szerették volna, hogy szüleik jobban legyenek, félték attól, hogy nevelőik már nem fordítanak akkora figyelmet a gyakorlati dolgokra (pénz, munka stb.), de egyik gyermek sem fogalmazta meg azt, hogy attól tartanának, hogy ők is betegek lesznek. A gyerekek 15%-ánál érzelmi és viselkedésproblémát találtak (a szülők bevallása szerint ez 32,3% volt), és 15%-nál volt kimutatható depresszió. A gyermekek kortárs kapcsolataira a betegség negatív hatással volt: feszélyezte őket szüleik betegsége, ezért nem hívták át barátaikat, nagyobb távolságot tartottak a kortársaktól.

4. Hozzá tartozó betegsége és vallásosság

A vallásosság különleges erőforrás lehet a stresszel való megküzdésben, különösen akkor, amikor a helyzet értelmezése, az értelemkeresés, a személyes erőforrások mozgósítása áll középpontban. (Martos és Kézdy, 2007)

Igen jelentős szerepet tölthet be a beteg hozzátartozó gondozásából, betegségéből fakadó stresszel való megküzdésben: sok esetben a beteget gondozó családtagok a vallás felé fordulnak támogatásért a betegség ideje alatt. (Murray-Swank, Lucksted, Medoff, Yang, Wohlheiter és Dixon, 2006) Chang, Noonan és Tennstedt (1998)

eredményei szerint azok, akik a vallásosságot használják a gondozással járó stresszel való megküzdéshez, alacsonyabb depressziót mutattak, és kevésbé voltak hajlamosak „belemerülni” a gondozói szerepbe.

Habár a vallásosság fontos lehet beteg hozzátartozó ápolásakor, viszonylag kis figyelmet szenteltek azokra a családokra, ahol a hozzátartozó mentális betegséggel küzdött (Murray et al, 2006) - holott sok esetben a családok a vallást és a spirituális támogatást használják mentális betegségben szenvedő családtag betegségével való megküzdés során. A vallásosság ebben az esetben növelheti a jóllétet, és csökkentheti a stressz mértékét. (Eaton, Davis, Hammond, Condon és McGee, 2011) Rammohan, Rao és Subbakrishna (2002) kutatásában a résztvevők (skizofrén betegeket ápolók) 90 százaléka számolt be arról, hogy imádkozott Istenhez, 50% tekintett a vallásra vigasz és útmutatás forrásaként. Eredményeik szerint a vallásos hit ereje magasabb jóllétet járt együtt. Johnson (2000) vizsgálatában szintén azt figyelte meg, hogy a hozzátartozók gyakran fordulnak a vallás felé a hozzátartozó mentális betegsége esetén, és a vallásosság pozitívabb betegséggel kapcsolatos kilátásokat jelzett előre. Murray és munkatársai (2006) kutatásában a vallásosság alacsonyabb depresszióval, magasabb önértékeléssel járt együtt a mentálisan beteg hozzátartozót ápolóknál.

5. Korai maladaptív sémák

Young (2003)³ séma elmélete szerint a korai tanulási tapasztalataink alakítják sémáinkat, így a negatív gyermekkori tapasztalatok központi jelentőségűek a korai maladaptív sémák kialakulása szempontjából, melyek felnőttkorban hozzájárulhatnak hangulat és szorongásos zavarok megjelenéséhez. A maladaptív sémák ugyanis hatással lesznek arra, hogy hogyan észleli az egyén a körülötte lévő világot, belső történéseit, valamint arra is, hogy hogyan reagál bizonyos helyzetekre. Ezek a diszfunkcionális sémák főleg gyermekkorban és serdülőkorban jönnek létre. Elmélete szerint a maladaptív sémáknál 5 alapvető érzelmi szükséglet frusztrálódik: biztonságos kötődés (biztonságra, stabilitásra, gondoskodásra, elfogadásra való igény), autonómia (kompetencia, énazonosság érzés), jogos szükségletek és érzések szabad kifejezése, reális keretek, önkontroll és spontaneitás, játékoság. Negatív gyermekkori

³ Young, Klosko, Weishaar (2003)

tapasztalatok közé sorol minden olyan eseményt, amely ezeknek a szükségleteknek kielégülését zavarja. Ezen belül 4 típust határoz meg:

- biztonság igény, gondozás sérül: pl.: elhanyagolás, elhagyás
- viktimizáció/traumatizáció: pl.: fizikai, érzelmi, szexuális abúzus
- „túl sok a jó dolgokból”: pl.: dédelgetés, túlzott engedékenység, egészséges korlátok, szabályok hiánya
- szelektív identifikáció és internalizáció a jelentős másokkal

6. Kérdésfeltevések és hipotézisek

6.1. A vizsgálat célja

A szülő betegsége nem csak magára a betegre van hatással, hanem családjára, különösképpen gyermekére is, hiszen a diagnózis, a vele járó kezelések komoly stressz forrást jelentenek számukra is (Pretis és Dimova, 2008; Wong et al, 2009). Kutatások születtek annak tekintetében, hogy a betegség milyen hatással van a gyermekekre, azonban arról viszonylag keveset tudunk, hogy ezek milyen hosszú távú következménnyel járnak (Visser et al, 2004).

Kutatásom célja megvizsgálni, hogy a gyermek viszonylag korai életkorában (serdülőkorban) a szülő daganatos vagy mentális betegsége milyen hosszú távú következménnyel járhat személyiségfejlődésére, különös tekintettel a szorongásra, szubjektív jóllétre és a korai maladaptív sémákra, illetve hogy található-e különbség annak tekintetében, hogy a szülő szomatikus vagy mentális betegséggel küzdött.

Továbbá kutatásomban arra is választ kívántam kapni, hogy mely tényező moderálhatja a felnőttkori szorongást, szubjektív jóllétet és maladaptív sémákat, különös tekintettel a vallásosságra.

6.2. Hipotézisek

Dolgozatomban vizsgálni kívántam, hogy a daganatos valamint mentális betegséget átélt szülők gyermekeinek egyes személyiségjegyei különböznek-e a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekeiétől. A korábbi kutatások fényében a következő hipotéziseket állítottam fel.

Flahault és Sultan (2010) daganatos szülők gyermekeinek Rorschach jegyzőkönyvében több szorongásos jegyet talált.

H1: A daganatos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei magasabb szorongással rendelkeznek, mint a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekei.

Pretis és Dimova (2008) szerint a mentális betegségben szenvedő szülők gyermekeinél gyakori a szorongás.

H2: A mentális betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei magasabb szorongással rendelkeznek, mint a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekei.

Mentális betegség esetén háromszor nagyobb a valószínűsége annak, hogy a gyermek szintén mentális zavarban fog szenvedni (Mowbray et al, 2006). Mindezek mellett úgy gondolom, hogy a mentális betegség sokkal megfoghatatlanabb a gyermekek számára, kevésbé kezelhető, több bizonytalansággal jár (nem lehet kivenni, vagy megoperálni, mint a daganatot). Daganatos megbetegedés esetén sokkal inkább aktivizálódhatnak a családi dinamizmusok és tartalékok, mint egy mentális betegség esetén. Ebből kifolyólag feltételezem:

H3: A mentális betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei magasabb szorongással rendelkeznek, mint a daganatos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei.

Wong és munkatársai (2009) a daganatos betegséggel küzdő szülők gyermekeinek 59%-ának életszemléletében negatív változásokat talált.

H4: A daganatos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei alacsonyabb szubjektív jólléttel rendelkeznek, mint a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekei.

Pretis és Dimova (2008) mentális betegségben szenvedő szülők gyermekeinél gyakori a csökkent optimizmus.

H5: A mentális betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei alacsonyabb szubjektív jólléttel rendelkeznek, mint a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekei.

Mindezek mellett úgy gondolom, hogy daganatos megbetegedés esetén a családi tartalékok sokkal inkább aktivizálódhatnak, ebből kifolyólag több támogatást kaphat a gyermek, míg a mentális megbetegedés esetén nagyobb valószínűséggel állhat fenn a stigmatizáció lehetősége, akár családon belül is. Továbbá a gyermek identitásába is nehezebb beépíteni egy mentális betegséget, mint a rákot („Az édesapám skizofrén. De mi vagyok én?” Martos, 2011). Ezek alapján feltételezem:

H6: A mentális betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei alacsonyabb szubjektív jólléttel rendelkeznek, mint a daganatos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei.

A korai maladaptív sémák kapcsolatban állnak a negatív gyermekkori tapasztalatokkal, melyben a gyermekek 5 alapvető érzelmi szükséglete frusztrálódik, köztük a biztonságos kötődés (biztonságra, stabilitásra, gondoskodásra, elfogadásra való igény) valamint jogos szükségletek és érzések szabad kifejezése (Young et al, 2003). Daganatos betegségben szenvedő szülőknél a gyermekek biztonság érzete csökken a szülő elvesztésétől való félelem miatt (Zahlis és Lewis, 1998). A szülők nem mindig képesek annyi figyelmet és időt szentelni gyermekeiknek, mint amennyire szükségük lenne (Gates és Lackey, 1998, Idézi: Wong et al, 2009). Gyakori, hogy a gyermekek szüleik elől elrejtik distresszüket (Davey et al, 2003). A mentális betegségben szenvedő szülők gyermekei gyakran tehetetlennek érzik magukat a betegség tüneteinek előrejelzésének képtelensége miatt (Pretis és Dimova, 2008). Stallard és munkatársai (2004) kutatásukban azt találták, hogy a családok egy nagy részében a gondozás és a mindennapi élet zavart szenved a mentális betegség hatására.

H7: A daganatos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei aktívabb valamint több aktív maladaptív sémával rendelkeznek, mint a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekei.

H8: A mentális betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei aktívabb valamint több aktív maladaptív sémával rendelkeznek, mint a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekei.

Mivel daganatos betegség esetén a szülő halálának, elvesztésének lehetősége is fennáll, a gyermeknek több alapvető érzelmi szükséglete frusztrálódik (pl.: biztonság), mint mentális betegség esetén. Feltételezem:

H9: A daganatos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei aktívabb valamint több aktív maladaptív sémával rendelkeznek, mint a mentális betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei.

Választ kívántam arra is kapni, hogy súlyos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei esetén a vallásosság kapcsolatban áll-e az egyes személyiségdimenziókkal. A korábbi kutatások fényében az alábbi hipotézist tettem.

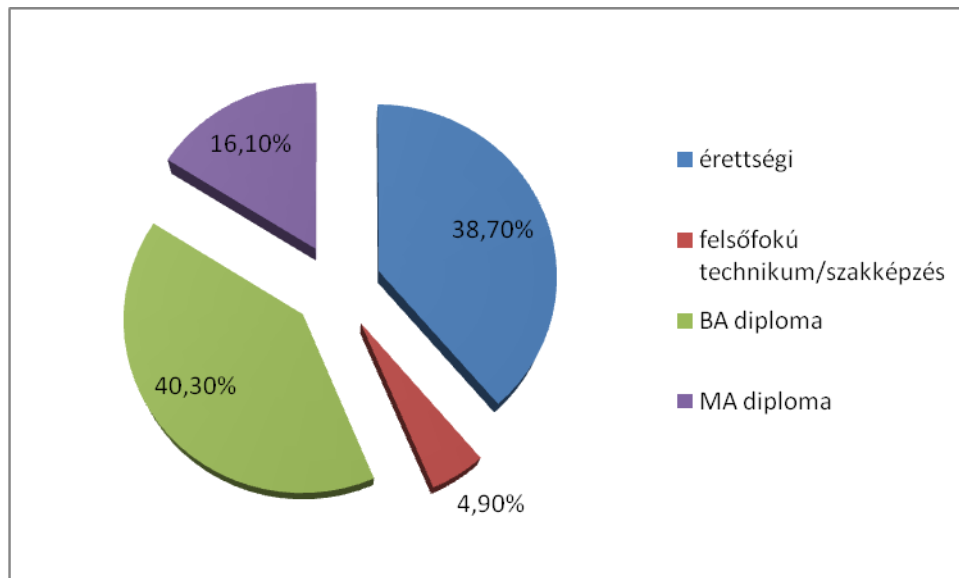
A vallás fontos szerepet tölthet be egy közeli hozzátartozó betegségével való megküzdésében. (Murray et al, 2006) A vallásosság magasabb jólléttel (Rammohan et al, 2002) és alacsonyabb depresszióval jár együtt hozzátartozójukat ápolók körében (Murray et al, 2006). A vallásosság csökkentheti a stressz mértékét is (Eaton et al, 2011).

H10: Súlyos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekeinek vallásossága pozitív kapcsolatban áll a szubjektív jólléttel, míg negatívan korrelál a szorongással és a maladaptív sémákkal.

7. Módszerek

7.1. Vizsgálati személyek

Vizsgálatomban 62 fiatal vett részt: 17 férfi és 45 nő. A legfiatalabb vizsgálati alany 20, a legidősebb 29 éves volt, átlag életkoruk 23,1 ($s=2,17$). 38,7%-uknak (24 fő) legmagasabb iskolai végzettsége érettségi, míg 4,9%-uknak (3 fő) felsőfokú technikum vagy szakképzés volt, illetve 40,3%-uk (25 fő) rendelkezett főiskolai, BA diplomával, további 16,1% (10 fő) egyetemi, MA diplomával. A legmagasabb iskolai végzettség százalékos eloszlását az 1. sz. ábrán szemléltetem. 4,8%-uk (3 fő) munkanélküli, 24,2%-uk (15 fő) dolgozik (jogász, kormánytisztviselő, színész, óvónő, fodrász, szerkesztő, gyógymasször, koordinátor, IT operátor, mérnök állatorvosi asszisztens, benzin kutas) és 71%-uk (44fő) hallgató (pszichológia- ELTE, Károli, Pázmány, pénzügy, kommunikáció, szociológia, molekuláris bionika, gazdaság tudomány, esztétika, nemzetközi tanulmányok, tájépítész, anglisztika, turizmus, kereskedelem és marketing, turizmus, mechatronika, magyar, sportszervező). A vizsgálati személyek 4,8%-a (3 fő) volt házas, 11,3%-uk (7 fő) él élettársi kapcsolatban, és további 41,9% (26 fő) párkapcsolatban és 41,9% (26 fő) volt egyedülálló. Két alanynak volt saját gyermeke. Átlagosan egy hétfokú skálán 3,61 ($s=2,05$) mértékben tartották magukat vallásosnak.

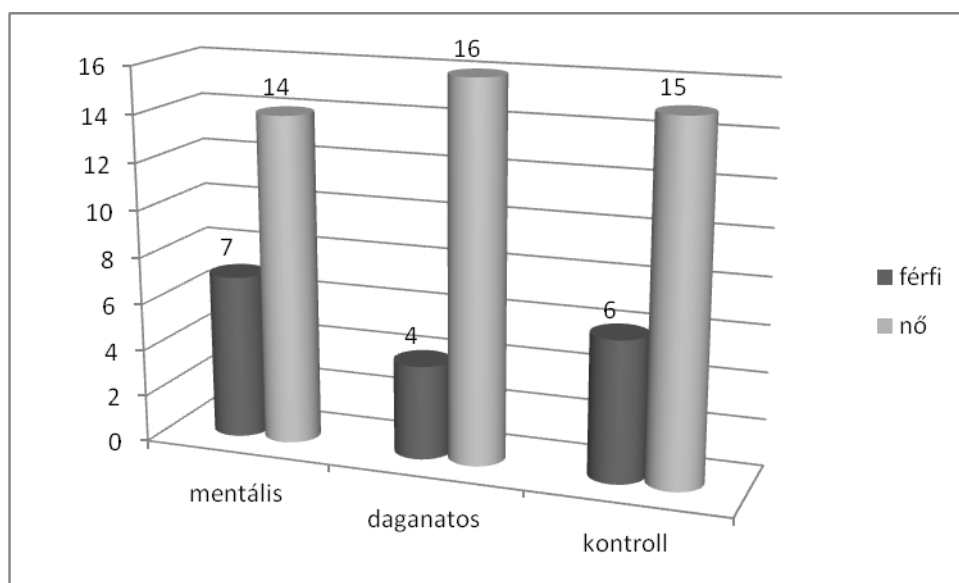


1. Ábra Legmagasabb iskolai végzettség

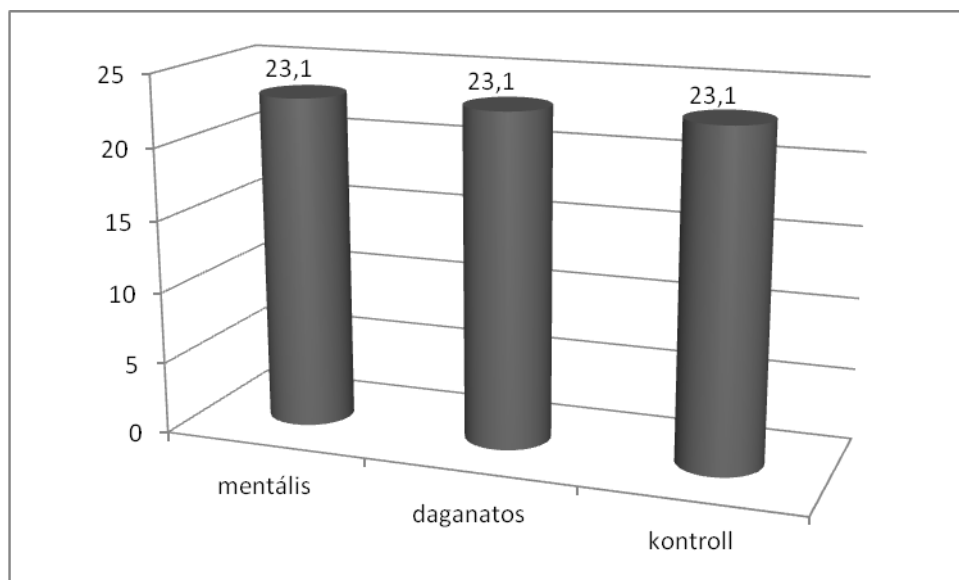
Kutatásomban három különböző csoportot vizsgáltam: a mentális zavart átélt szülők felnőtt gyermekeit, a daganatos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekeit valamint a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekeit (kontroll csoport). Alanyaikat a különféle közösségi portálokon keresztül, a mentális valamint daganatos betegek illetve hozzátartozóik számára fenntartott fórumokon keresztül kerestem fel. Mindezek mellett különböző, főleg budapesti egyetemek Hallgatói Önkormányzatát és hallgatóit is megkerestem, hogy kutatási felhívásomat jutassák el egyetemeik internetes felületeire, levelezőlistáikra. A kutatásban való részvétel kritériuma az volt, hogy a vizsgálati alanyok töltsék be 20. életévüket, de ne haladják meg a 30. életévet, illetve, hogy teljes családban éljenek (szüleik nem váltak el). A beteg csoportok esetén további kitétel volt, hogy a szülő betegségét a vizsgálati alany 13-17 életévében diagnosztizálták, amely Young séma elmélete szempontjából releváns. Csak az egyik szülő lehetett beteg, a beteg szülő nem szenvedhetett egyszerre mentális és daganatos betegségben is, valamint, hogy a szülőnek túl kellett élnie a betegséget.

A „daganatos” csoportban összesen 20 személy vett részt: 4 férfi és 16 nő. Átlag életkoruk 23,1 év ($s=2,38$). Egyik alany sem szenvedett daganatos betegségben. A „mentális” csoport esetén fontos kritérium volt még, hogy a szülő nem szenvedélybetegségben szenvedett. Ahogy azt a korábbi kutatások is igazolták, szenvedélybeteg szülők esetén a gyermek nagyon gyakran erőszak, bántalmazás áldozata lesz (Klein és Zobel, 2000). Kutatásomban azonban a bántalmazás hatását a gyermek személyiségfejlődésére nem kívántam vizsgálni. Így ebben a csoportban

összesen 23 vizsgálati alany vett részt, azonban két személyt utólag kizártam a vizsgálatomból, mivel ők maguk is mentális zavarral küszködtek. Így végül a mintában 21 személy vett részt: 7 férfi és 14 nő. Átlag életkoruk 23,1 év ($s=1,91$). A kontroll csoportban 27 személy töltötte ki a kérdőívet, azonban 6 személy adatait nem használtam fel kutatásomban. Ennek okai: a szülő egyéb súlyos szomatikus betegségben szenvedett, halmozott daganatos vagy mentális betegség a családban, a testvér mentális vagy daganatos betegsége. 21 vizsgálati alany között 6 férfi és 15 nő volt. Átlag életkoruk 23,1 év ($s=2,31$). A férfiak és nők megoszlását az egyes csoportokban a 2. sz. ábrán szemléltetem. Az átlag életkorokat az egyes csoportokban a 3. sz. ábrán mutatom be.



2. Ábra Férfiak és nők megoszlása az egyes csoportokban (fő)



7.2. Eszközök

Kutatásom két részből állt: egy 4 részből álló kérdőív csomagból valamint egy félig strukturált interjúból.

Az első részben a vizsgálati alanyok demográfiai adataira kérdeztem rá: nem, kor, legmagasabb iskolai végzettség (1= 8 általános vagy kevesebb, 2= szakiskola, szakmunkásképző, ipari iskola, 3= érettségi, 4= felsőfokú technikum, felsőfokú szakképzés, 5= főiskola, BA, 6= egyetem, MA). Továbbá rákérdeztem a vizsgálatban résztvevők foglalkozására (amennyiben egyetemi, főiskolai hallgatók voltak, a szakukat is meg kellett adniuk). Ezek után jelölniük kellett családi állapotukat (1= házas: ... éve, 2= élettársi kapcsolat: ... éve, 3= elvált, 4= özvegy, 5= párkapcsolat: éve, 6= egyedülálló), hogy hány gyermekük van, valamint azt is, hogy szubjektív megítélésük szerint egy hétfokú skálán mennyire tartják magukat vallásosnak (1= egyáltalán nem, 7= teljes mértékben).

Ezt egy általam összeállított rövid kérdőív követte, amelyben a szülő betegségével kapcsolatos információkat kívántam feltárni. Itt a vizsgálati alanyoknak jelölniük kellett, hogy melyik szülőjük szenvedett daganatos vagy mentális betegségben, és hogy pontosan mi volt ez a betegség. Azt is meg kellett adniuk, hogy ők maguk hány évesek voltak a betegség diagnosztizálásakor. (Lásd: Melléklet: Szülő betegségére vonatkozó kérdések – beteg szülők gyermekei)

Kontroll csoport esetén megkérdeztem őket, hogy szenved-e édesanyjuk vagy édesapjuk bármilyen betegségben, és ha igen miben. Választ kellett adniuk arra is, hogy volt-e családjukban daganatos vagy mentális megbetegedés, és ha igen kinek. (Lásd: Melléklet: Betegségre vonatkozó kérdések – kontroll)

A harmadik rész a Spielberg Állapot-Vonás Szorongás Kérdőív (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) magyar változatának (Sipos K. és Sipos M., 1978) vonás szorongást mérő skálája volt (STAI-T). Ezzel a teszttel kívántam mérni a vizsgálati alanyok szorongásra való hajlamát. (Kopp és Fóris, 1993) (Lásd: Melléklet: STAI-T) Jelen vizsgálatban a Cronbach-alfa 0,885 volt.

Az ötödik kérdőív az Oxford Boldogság Kérdőív (Oxford Happiness Questionnaire, OHQ, Hills és Argyle, 2002) volt, mellyel a kutatásomban résztvevők

szubjektív jóllétét kívántam feltérképezni. (Lásd: Melléklet- Oxford Boldogság Kérdőív) A kérdőív magas reabilitással rendelkezik: Cronbach-alfa: 0.91. (Hills és Argyle, 2002). Saját vizsgálatomban a Cronbach-alfa 0,9 volt. A magyar fordítást Martos végezte 2008-ban, a validitálás jelenleg is folyik (Martos és Konkoly-Thege, megjelenés alatt).

A kérdőív csomag utolsó része a rövidített Young Séma Kérdőív (Schema Questinaaire- Short Form, Young, 1998, Idézi: Wellburn, Coristine, Dagg, Pontefranc és Jordan, 2002) magyar változata (Unoka, Rózsa, Fábán, Mervó és Simon, megjelenés alatt) volt, amellyel azt kívántam feltérképezni, hogy a vizsgálati alanyok milyen aktív maladaptív sémákkal rendelkeznek.

A rövidített Young Séma Kérdőív 75 itemet tartalmaz és 15 maladaptív sémát vizsgál. (Wellburn, Coristine, Dagg, Pontefranc és Jordan, 2002) A magyar változat további 4 sémát mér, összesen 95 itemet tartalmaz. A válaszadóknak minden egyes itemet egy 6 fokú Likert skálán kell jelölniük (1= Egyáltalán nem jellemző rám, 6= tökéletesen jellemző rám). Minden egyes sémába 5 item tartozik. (Unoka és mtsai, megjelenés alatt)

A kérdőív 19 alskálája a Young által azonosított 19 séma, amelyet 5 magasabb szintű sématerületbe sorolhatunk: Elszakítottság és az elutasítottság, Károsodott autonómia és teljesítőképesség, A határok károsodott volta, Másokra irányultság, Aggályosság és gátlás (Unoka, Rózsa, Fábán, Mervó és Simon, 2004).

Azon egyéneknek, akiknek az Elutasítottság és az elszakítottság sémái aktívak, képtelenek kielégítően és biztonságosan kötődni. Úgy vélik, hogy a stabilitás, a biztonság, a gondoskodás, a valakihez tartozás és a szeretet iránti vágyuk nem fog kielégülni. (Unoka és mtsai, 2004)

A következő sématerület a Károsodott autonómia és teljesítőképesség. Azoknak, akiknek idetartozó maladaptív sémái aktívak, úgy vélik, hogy vagy ők nem képesek, vagy a külvilág akarja megakadályozni, hogy leváljanak szüleikről, és önálló életet alakítsanak ki. (Unoka és mtsai, 2004)

A határok károsodott volta sématerület aktív sémáival rendelkezők nem alakítottak ki megfelelő belső korlátokat az önfegyelem és a kölcsönösség területein. Emiatt nehézségeik vannak mások jogainak tiszteletben tartásával, másokkal való

együttműködéssel, az elköteleződéssel, de gondot okozhat számukra a realisztikus személyes célok felállítása és elérése. Önzők, elkényeztetettek, felelőtlenek és nárcisztikusak lehetnek. (Unoka és mtsai, 2004)

A Másokra irányultság aktív sémáival rendelkező személyek túlzottan igazodnak mások szükségéleteihez, hajlamosak rá, hogy saját igényeiket háttérbe szorítsák. Ennek oka az elismerés utáni vágy, a kapcsolat fenntartásának szükséglete, valamint a büntetés elkerülése. (Unoka és mtsai, 2004)

Az utolsó sématerület az Aggályosság és gátlás. Ezen terület aktivitása esetén az egyének túlzott hangsúlyt fektetnek az impulzusok, spontán érzések elnyomására. Rendkívül fontosak a merev belső szabályok, teljesítményelvárások és etikai normák, amelyeknek mindig igyekeznek megfelelni akár annak az árán is, hogy eközben lemondanak saját boldogságukról, önkifejezésükről, ellazulásukról, szoros kapcsolataikról. (Unoka és mtsai, 2004)

A kutatás második része egy félig strukturált interjú volt. Az interjú során választ kívántam kapni arra, hogy ők maguk hogyan emlékeznek vissza a szülő betegségére, milyen kezeléseket kapott a szülő, milyen gyakran volt kórházban, hogyan viszonyult családjuk a betegséghez, hogyan változtatta meg mindennapjaikat, a családi szokásokat, szerepeket, kapcsolatokat, és legfőképp változott-e a beteg szülő személyisége, és ha igen, miben. Továbbá arra is rákérdeztem, hogy ők hogyan élték meg a betegséget, és hogy szerintük milyen hatással volt életükre ez a krízis. Fontosnak tartottam, hogy kitől tudtak a betegségről, és milyen mértékben tájékoztatták őket a zavarról, annak kezeléséről, esetleges következményeiről, hogy beszéltek-e valakivel a történetekről, voltak-e alternatív támogatók akár családon belül, akár kívül. (Lásd: Melléklet: Félig strukturált interjú vázlat)

A statisztikai elemzéshez az SPSS 16.0-s verzióját használtam.

7.3. Eljárás

Kutatásomban először a „beteg” csoporttal végeztem el a tesztfelvételt és az interjút, mivel a kontroll csoportot mindenképpen illeszteni kívántam a két „beteg” csoporthoz. A vizsgálat minden esetben egy csendes egyszobás lakásban zajlott. Esetünkben először az interjút vettem fel, ezt követte a kérdőív kitöltése, melyet papír-ceruza formátumban

kaptak meg. Az interjú felvétele körülbelül 15-20 percet vett igénybe, a kérdőív kitöltése 20-25 percig tartott.

A kutatásban való részvétel előtt a vizsgálati alanyokat tájékoztattam arról, hogy pszichológiai felmérésen vesznek részt, kutatásomban a szülők betegségének hatását vizsgálom a gyermek személyiségfejlődésére nézve. Az alanyokat biztosítottam arról, hogy a kérdőív kitöltése teljesen anonim, válaszaikat csak összesített statisztikai formátumban fogom dolgozatomban megjeleníteni. A kérdőív kitöltése előtt a résztvevőktől beleegyezési nyilatkozatot kértem. A betegséget átélt szülők gyermekei esetén engedélyüket kértem arra is, hogy beszélgetésünket diktafonon rögzítsem, válaszaikat név nélkül szabadon idézhessem. Felhívtam figyelmüket arra, hogy amennyiben olyat kérdezek tőlük, amire nem szívesen válaszolnának, megtagadhatják a válaszadást. Továbbá biztosítottam őket arról is, hogy ami köztünk elhangzik azt, senkinek nem fogom tovább adni. Amennyiben a vizsgálat bármelyik pontján úgy érezték, hogy még sem kívánnak részt venni a kutatásban, szabadon visszaléphettek a kutatásban való részvételtől.

A kérdőívre a hangfelvételi fájl kódját kellett ráírniuk, ezzel biztosítva anonimitásukat, valamint a hangfelvétel teszthez való párosításának lehetőségét.

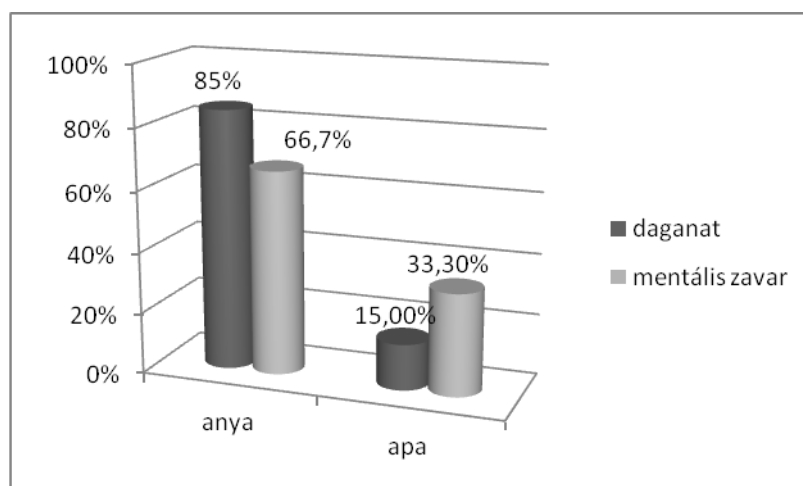
A kontroll csoport kialakítása során törekedtem arra, hogy mintám mind nemben, mind életkorban illeszkedjen a „beteg” csoportokhoz, ezért főleg azokat az egyetemeket kerestem fel kérésemmel, ahonnan a „beteg” csoport személyei is kikerültek. A kontroll csoport esetén a vizsgálati alanyok a kérdőívet papír-ceruza formátumban kapták meg egy boríték kíséretében. Megkértem őket, hogy a teszt kitöltése után, a kérdőívet zárják a borítékba, ezzel is biztosítva anonimitásukat. A kérdőíveket hazavihették, pár napon belül kellett visszajuttatniuk hozzám.

8. Eredmények

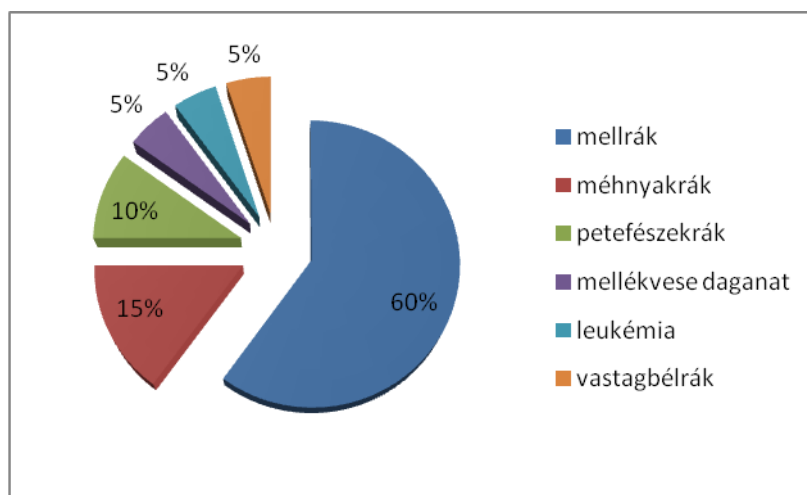
8.1. Leíró statisztika

Kutatásomban összesen 62 20-30 év közötti fiatalot vizsgáltam: 20 személyt (4 férfi, 16 nő), akinek egyik szülője daganatos betegségben szenved vagy szenvedett, 21 személyt (7 férfi, 14 nő), akik egyik szülője mentális zavarban szenved vagy szenvedett, és 21 főt (6 férfi, 15 nő), akinek egyik szülője sem szenved vagy szenvedett súlyosabb betegségben.

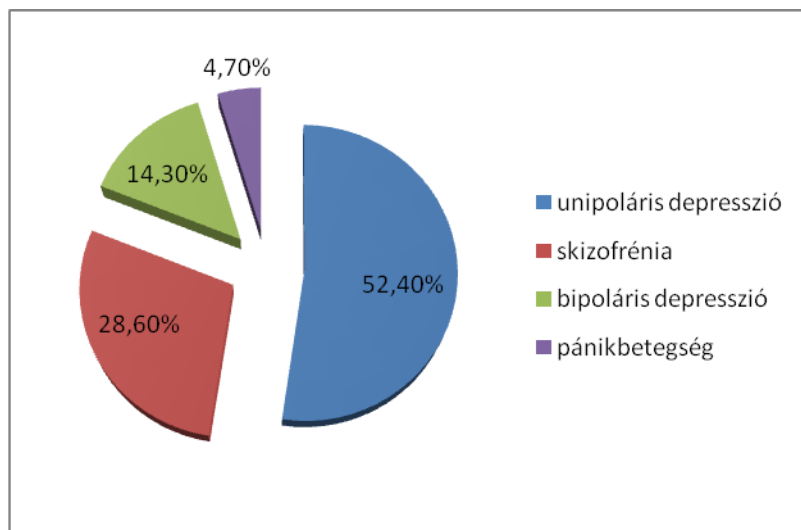
A „daganatos” csoportban 85%-ban (17 fő) az anya szenvedett daganatos betegségben, 17%-ban (3 fő) az apa. A daganatos betegség a következőket jelentette: 60% (12 fő) mellrák, 15% (3 fő) méhnyakrák, 10% (2 fő) petefészekrák, 1 fő mellékvese rák, 1 fő leukémia és 1 fő vastagbélrák. A daganat típusokat az 5. sz. ábrán szemléltetem. A mentális csoport esetén 66,7%-ban (14 fő) az anya, 33,3%-ban (7 fő) az apa szenvedett mentális zavarban. A következő mentális zavarok fordultak elő a szülők között a mintában: 52,4% (11 fő) unipoláris depresszió, 28,6% (6 fő) skizofrénia, 14,3% (3 fő) bipoláris depresszió, 1 fő pánikbetegség. A mentális betegségek fajtáit a 6. sz. ábrán szemléltetem. A betegségek szülők szerinti előfordulását az egyes csoportokban a 4. sz. ábrán szemléltetem.



4. Ábra A betegségek szülők szerinti előfordulása a daganatos és mentális csoportban

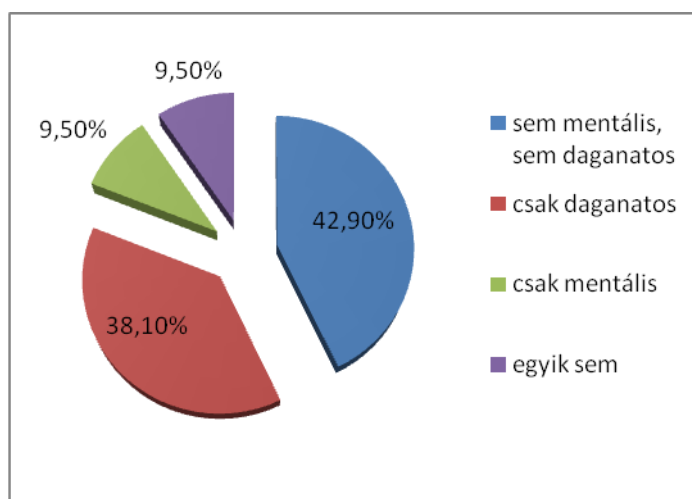


5. Ábra A szülők daganatainak típusai



6. Ábra A szülők mentális zavarainak fajtái

A kontroll csoportban 42,9%-nak (9 fő) sem mentális, sem daganatos megbetegedés nem fordult elő családjában, 38,1%-nak (8 fő) mentális zavar nem, de daganatos betegség előfordult családjában (nagyszülők), 9,5%-nak (2 fő) daganatos betegség nem, de mentális zavar előfordult, és 9,5%-nak (2 fő) mind mentális mind daganatos betegség előfordult családjában. A kontroll csoport családjában a betegségek előfordulását a 7. sz. ábrán szemléltetem.



7. Ábra A kontroll csoport családjában a betegségek előfordulása

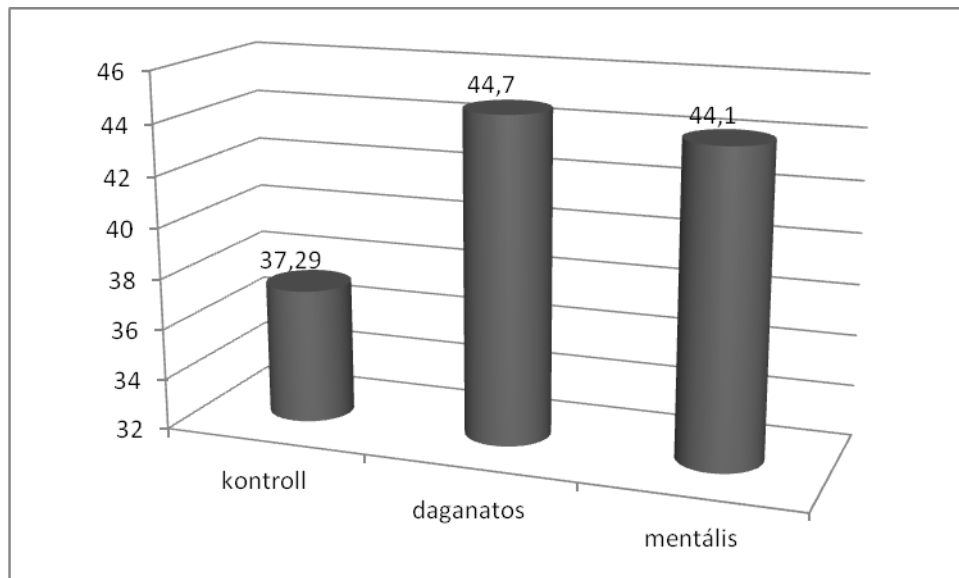
A daganatos csoportban a vizsgálati alanyok átlagosan 14,95 évesek ($s=1,64$) voltak a szülő betegségének diagnosztizálásakor, a mentális csoportban 14,24 évesek ($s=1,51$). A független mintás t-próba nem mutatott szignifikáns különbséget a két csoport között annak tekintetében, hogy hány évesen diagnosztizálták szüleik

betegségét ($t=1,447$ $df=39$ n.sz.).⁴A daganatos szülők felnőtt gyermekei átlagosan 3,05 ($s=1,73$), a mentális betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei 3,9 ($s=2,14$), a betegségben nem szenvedő szülők gyermekei pedig 3,86 ($s=2,22$) mértékben tartotta magát vallásosnak. Az egyszempontos ANOVA nem mutatott szignifikáns eltérést a csoportok között vallásosság tekintetében ($F=1,119$ n.sz.).

8.2. Szorongás

Kutatásomban feltételeztem, hogy mentális zavart átélt szülők felnőtt gyermekeinek szorongása magasabbnak bizonyul a daganatos valamint a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekeiéhez viszonyítva, illetve, hogy a daganatos szülők felnőtt gyermekei szorongóbbak, mint a betegségben nem szenvedő szülők gyermekei. Ennek eldöntésére egyszempontos ANOVA-t alkalmaztam. A próba szignifikáns különbséget mutatott az egyes csoportok között ($F=3,841$ $df=59$ $p=0,027$). Annak eldöntésére, hogy mely csoport rendelkezett magasabb szorongással, Post Hoc tesztet alkalmaztam. A Tukey's B próba alapján mind a mentális zavart, mind a daganatos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei szorongóbbak voltak a betegségben nem szenvedő szülők gyermekeinél. Ezzel szemben a daganatos és mentális betegséget átélt szülők gyermekeinek szorongása között nem volt kimutatható szignifikáns különbség. Az egyes csoportok szorongásának átlagát a 8. sz. ábrán szemléltetem. (Átlagok és szórások részletesen lásd: Melléklet: Táblázatok)

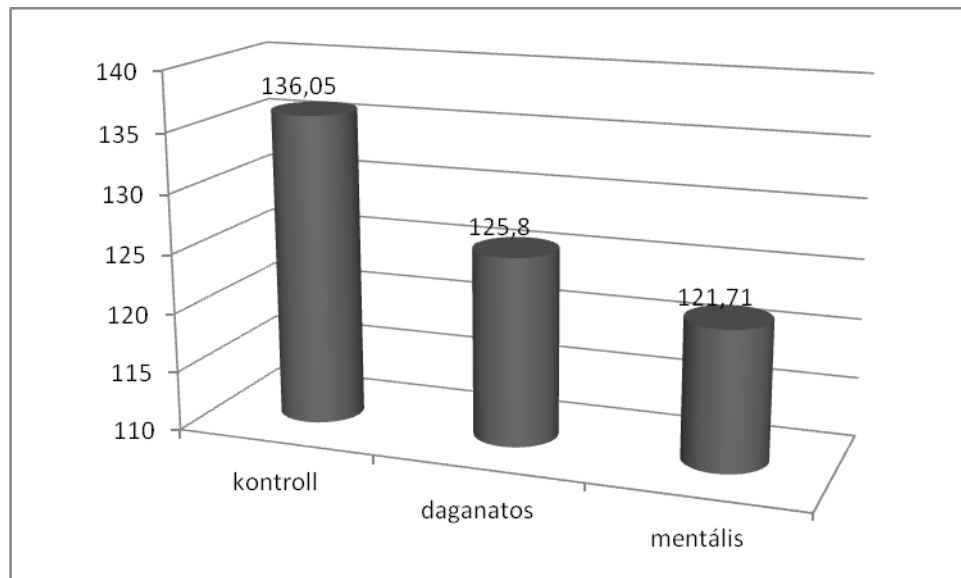
⁴Mivel a függő változó nem normál eloszlást követett az adatokat Mann-Whitney próbának is alávettem. Ezen próba szintén megerősítette az eredményeket ($Z=-1,473$ $p=0,141$).



8. Ábra Szorongás átlagok az egyes csoportokban

8.3. Szubjektív jóllét

Vizsgálatomban feltételeztem, hogy a mentális betegséget átélt szülők felnőtt gyermekeinek szubjektív jólléte alacsonyabb lesz a daganatos valamint a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekeinek szubjektív jóllétéhez viszonyítva. Továbbá azt vártam, hogy a daganatos betegséget átélt szülők gyermekei alacsonyabb szubjektív jólléttel rendelkeznek, mint a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekei. Ennek eldöntésére egyszempontos ANOVA-t használtam. Kutatásomban szignifikáns különbség volt kimutatható szubjektív jóllét terén az egyes részcsoportok között ($F=3,579$ $df=59$ $p=0,034$). Annak eldöntésére, hogy mely csoport rendelkezett alacsonyabb szubjektív jólléttel, Post Hoc tesztet alkalmaztam. A Tukey's B próba szerint a mentális zavarban szenvedő szülők felnőtt gyermekei szignifikánsan alacsonyabb szubjektív jólléttel rendelkeztek, mint a nem beteg szülők felnőtt gyermekei. A nem beteg valamint daganatos szülők gyermekeinek szubjektív jólléte, illetve a mentális valamint daganatos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekeinek szubjektív jólléte között nem volt kimutatható szignifikáns eltérés. Az egyes csoportok szubjektív jóllétének átlagát a 9. sz. ábrán szemléltetem. (Átlagok és szórások részletesen lásd: Melléklet: Táblázatok)

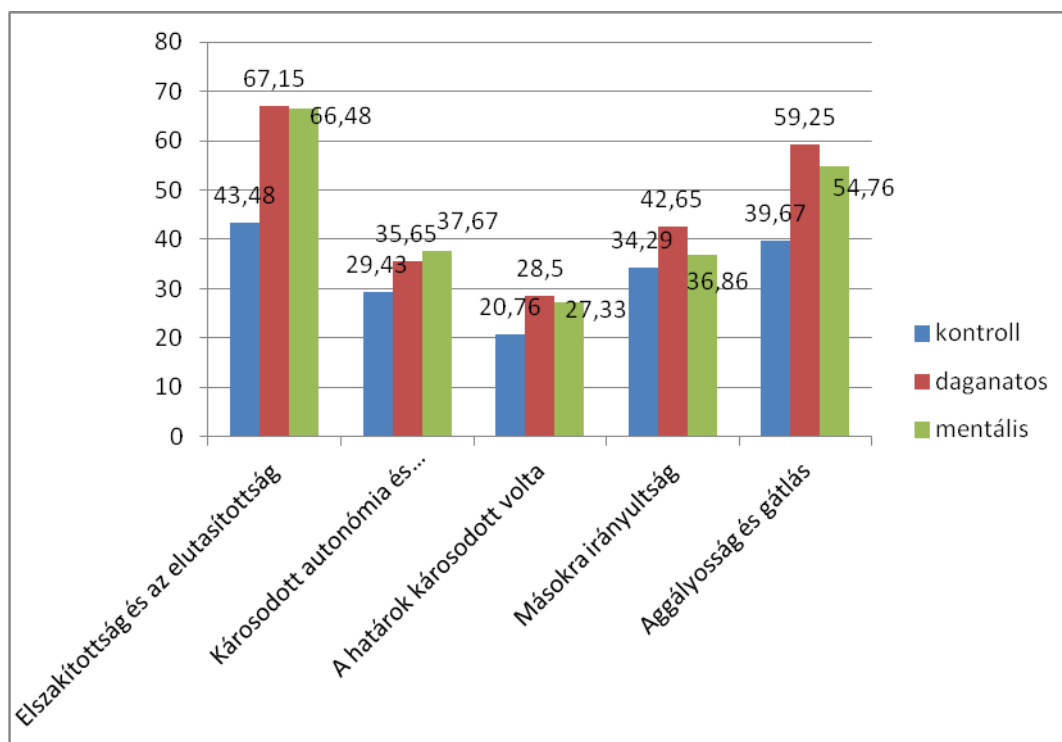


9. Ábra A szubjektív jóllét átlagai és szórása az egyes csoportokban

8.4. Maladaptív séma

Kutatásomban feltételeztem, hogy a daganatos szülők felnőtt gyermekei kifejezettebb maladaptív sémával rendelkeznek, mint a mentális zavart átélő, valamint betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekei, illetve hogy a mentális zavarral kezelt szülők gyermekeinek maladaptív sémái kifejezettebbek lesznek a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekeiénél. Ennek alátámasztására egyszempontos ANOVA-t használtam. A próba szignifikáns eltérést mutatott a csoportok között az alábbi sématerületeken: Elszakítottság és az elutasítottság ($F=12,109$ $df= 59$ $p=0,000$), Károsodott autonómia és teljesítőképesség ($F=3,732$ $df= 59$ $p=0,03$), A határok károsodott volta ($F= 4,577$ $df= 59$ $p=0,014$), Másokra irányultság ($F=4,408$ $df= 59$ $p=0,016$), Aggályosság és gátlás ($F=10,143$ $df= 59$ $p=0,000$). Annak eldöntésére, hogy mely csoport rendelkezett kifejezettebb maladaptív sémával, Post Hoc tesztet alkalmaztam. A Dunnett T3 próba szerint a mentális valamint daganatos betegséget átélő szülők gyermekeinek Elszakítottság és az elutasítottság és Aggályosság és gátlás sématerülete aktívabb volt a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekeiénél, valamint a mentális zavarral kezelt szülők felnőtt gyermekeinek Károsodott autonómia és teljesítőképesség sématerülete aktívabb volt, mint a betegséggel nem kezelt szülők felnőtt gyermekeié. A Tukey's B próba kimutatta, hogy mind a daganatos, mind a mentális zavart átélő szülők felnőtt gyermekeinek A határok károsodott volta sématerülete aktívabb volt a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekeiénél, valamint a daganatos betegséggel kezelt szülők felnőtt gyermekeinek Másokra

irányultság sématerülete kifejezettebb volt, mint a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekeié. Az egyes átlagokat csoportonként a 10. sz. ábrán szemléltetem. (Átlagok és szórások részletesen lásd: Melléklet: Táblázatok)



10. Ábra A sématerületek átlagai a különböző csoportokban

Arra is választ kívántam kapni kutatásomban, hogy vajon a mentális és daganatos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei több aktív maladaptív sémával rendelkeznek-e a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekeihez viszonyítva. Ennek eldöntésére, minden olyan sémát aktívnak tekintettem, amelyben a vizsgálati alanyok átlag pontértéke nagyobb volt, mint 4. Az egyszempontos ANOVA szignifikáns különbséget mutatott az egyes csoportok között annak tekintetében, hogy hány aktív sémájuk volt ($F=6,376$ $df= 59$ $p=0,003$).⁵ A Post Hoc teszt az alábbi szignifikáns eltéréseket mutatta a részcsoportok között: a Dunett T3 próba eredményei alapján mind a daganatos, mind a mentális betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei több aktív maladaptív sémával rendelkeztek, mint a betegségben nem szenvedő szülők gyermekei. A daganatos és mentális betegséget átélt szülők gyermekeinek aktív maladaptív sémája

⁵ Mivel a függő változó nem normál eloszlást követett Kruskal-Wallis próbát is végre hajtottam adataimon. A próba megerősítette az ANOVA eredményeit ($\chi=11,986$ $p=0,002$).

között nem volt kimutatható szignifikáns különbség. Az aktív maladaptív sémák átlagát a különböző csoportokban a V. sz. táblázatban szemléltetem.

	Átlag	Szórás
Kontroll	0,57	0,81
Daganatos	2,6	2,3
Mentális	1,95	2,13

V. Táblázat Aktív maladaptív sémák átlaga és szórása az egyes csoportokban

8.5. Vallásosság

Kutatásomban arra is választ kívántam kapni, hogy a felnőttkori szorongás, szubjektív jóllét és maladaptív sémák kapcsolatban állnak-e a vallásossággal betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei esetén. Ennek eldöntésére a „daganatos” és „mentális” mintát egyesítettem. A Pearson korreláció szignifikáns pozitív kapcsolatot mutatott a vallásosság és a szorongás között ($r=0,448$ $p=0,003$) súlyos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei esetén. Daganatos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekeinek vallásossága tendencia szinten korrelált a vallásossággal ($r=0,422$ $p=0,064$), míg mentális zavarban szenvedő szülők gyermekeinél ez az együttjárás szignifikánsnak bizonyult ($r=0,526$ $p=0,014$). Ezzel szemben betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekeinél nem volt kimutatható kapcsolat vallásosság és szorongás között ($r=0,007$ $p=0,975$). Az egyes korrelációs értékeket a VI. sz. táblázatban szemléltetem.

		Vallásosság
Szorongás	Súlyos betegség	0,448 *
	Daganatos	0,422 ^t
	Mentális zavar	0,526 *
	Kontroll	0,007

*szignifikáns kapcsolat $p<0,05$

^t tendencia szintű együttjárás $p<0,1$

VI. Táblázat Szorongás és vallásosság kapcsolata az egyes csoportokban (r)

A szubjektív jóllét tendencia szinten negatívan korrelált a vallásossággal ($r=-0,292$ $p=0,064$) súlyos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei esetén. A daganatos

betegséget átélt szülők felnőtt gyermekeinek vallásossága szignifikánsan negatívan korrelált a szubjektív jóléttel ($r = -0,581$ $p = 0,007$). Ezzel szemben a szubjektív jóllét pozitív kapcsolatban állt a vallásossággal betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekeinél ($r = 0,517$ $p = 0,017$). Az egyes korrelációs értékeket a VII. sz. táblázatban szemléltetem.

		Vallásosság
Szubjektív jóllét	Súlyos betegség	-0,292 ^t
	Daganatos	-0,581 *
	Kontroll	0,517 *

*szignifikáns kapcsolat $p < 0,05$

^t tendencia szintű együttjárás $p < 0,1$

VII. Táblázat Szubjektív jóllét és vallásosság kapcsolata az egyes csoportokban (r)

Súlyos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekeinek vallásossága szignifikáns pozitív kapcsolatban állt az Elszakítottság és az elutasítottság ($r = 0,363$ $p = 0,02$) és a Károsodott autonómia és teljesítőképesség ($r = 0,486$ $p = 0,002$) sématerülettel, valamint tendencia szinten az Aggályosság és gátlás ($r = 0,292$ $p = 0,064$) sématerülettel. Daganatos szülők felnőtt gyermekeinek vallásossága tendencia szinten pozitívan korrelált az Elszakítottság és az elutasítottság ($r = 0,42$ $p = 0,065$) és az Aggályosság és gátlás ($r = 0,397$ $p = 0,083$) sématerülettel, valamint szignifikáns pozitív kapcsolatot mutatott a Károsodott autonómia és teljesítőképesség ($r = 0,455$ $p = 0,044$) sématerülettel. Mentális betegséget átélt szülők felnőtt gyermekeinek vallásossága szignifikáns pozitív kapcsolatot mutatott a Károsodott autonómia és teljesítőképesség ($r = 0,470$ $p = 0,031$) és a Másokra irányultság ($r = 0,48$ $p = 0,028$) sématerülettel. Ezzel szemben betegségben nem szenvedő szülők gyermekeinél a vallásosság nem állt kapcsolatban a maladaptív sémákkal. Az egyes korrelációs értékeket a VIII. sz. táblázatban szemléltetem.

		Vallásosság
Elszakítottság és az elutasítottság	Súlyos betegség	0,363 *
	Daganatos	0,42 ^t
	Mentális zavar	0,517 *

Károsodott autonómia és teljesítőképesség	Súlyos betegség	0,486*
	Daganatos	0,455*
	Mentális zavar	0,470*
Másokra irányultság	Mentális zavar	0,48*
Aggályosság és gátlás	Súlyos betegség	0,292 ^t
	Daganatos	0,397 ^t

*szignifikáns kapcsolat $p < 0,05$

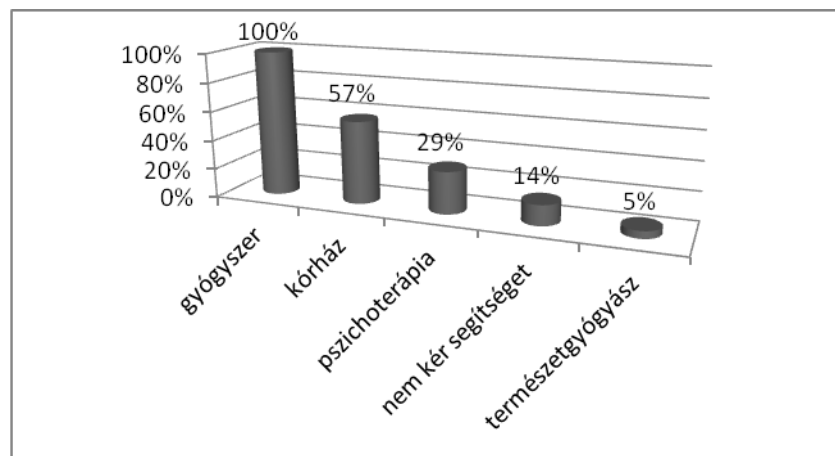
^t tendencia szintű együttjárás $p < 0,1$

VIII. Táblázat Maladaptív sémák és vallásosság kapcsolata az egyes csoportokban (r)

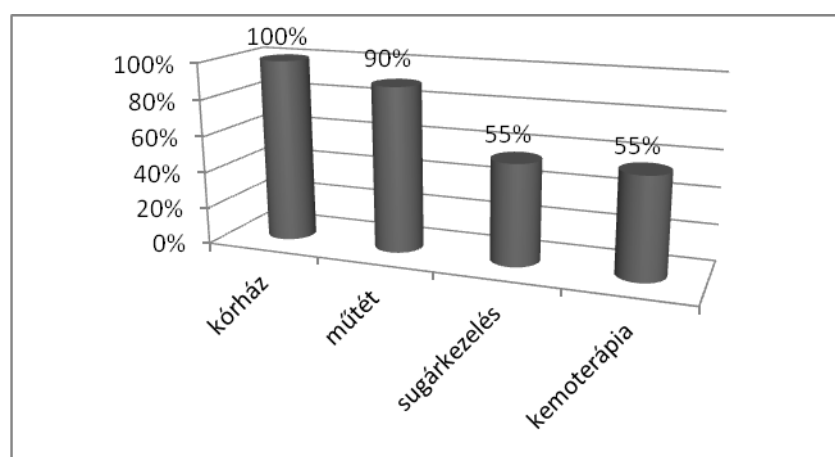
8.6. Félig strukturált interjú

Vizsgálatomban a mentális illetve daganatos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekeivel egy félig strukturált interjút is felvettem, hogy feltárjam, hogyan élték meg gyerekként szüleik betegségét, milyen egyéb, a tesztekkel nem mért hatásai lehetnek a szülő betegségének a gyermek életére, későbbi személyiség fejlődésére nézve, hogy egy általános képet kapjak magáról a betegségről, és annak a család életére gyakorolt hatásáról. Az alábbiakban leggyakrabban elhangzott válaszokat összegeztem.

Mentális betegséget átélt szülő esetén a szülő minden esetben gyógyszeres kezelésben részesült, a szülők 57%-a (12 fő) került be kórházba a betegség következményeképpen (pár hetes kezeléstől, több hónapos benntartózkodásig), 29% (6 fő) részesült pszichoterápiában, de volt olyan szülő is, aki a betegség hatására természetgyógyászhoz fordult, vagy nem akart segítséget kérni (14%). A kezelések százalékos megjelenését a 11. sz. ábrán szemléltetem. Daganatos szülők esetén 90% (18 fő) esett át műtéten a betegség következményeképpen (1 vagy 2 műtét), 55% (11 fő) kapott sugárterápiát és további 55% (11 fő) kemoterápiát. Nem volt olyan szülő, aki ne került volna kórházba a daganatos betegség következményeképpen. A kezelések százalékos megjelenését a 12. sz. ábrán szemléltetem. 30% (6 fő) számolt be arról, hogy a műtét csonkítással járt együtt, valamint további 30% (6 fő) számolt be arról, hogy a kezelés mellékhatásaként a szülő haja kihullott (minden esetben a vizsgálati alanyok jelezték, hogy szörnyű volt édesanyjuk/apjukat kopaszon látni).

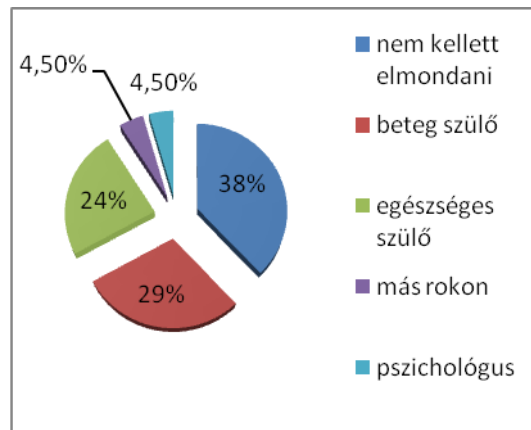


11. Ábra A mentális betegséget átélt szülők kezeléseinek százalékos előfordulása

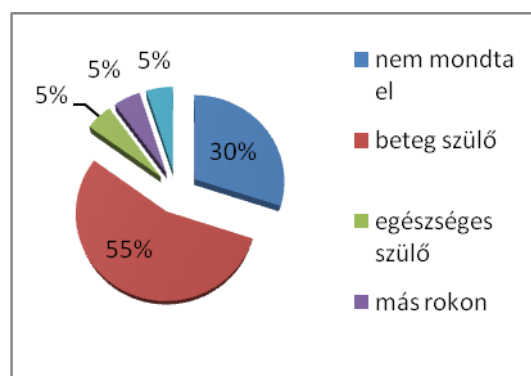


12. Ábra A daganatos betegséget átélt szülők kezeléseinek százalékos előfordulása

Mentális betegség esetén a vizsgálati alanyok 38%-a (8 fő) számolt be arról, hogy nem kellett nekik elmondani szülőjük betegségét, hiszen látták mi történik, 29%-nak (6 fő) maga a beteg szülő mondta el a betegséget, 24%-nak az egészséges szülő valamint 1-1 főnek más rokon vagy egy pszichológus. 19%-uk (4 fő) sokkal később szerzett tudomást a betegségről, 24% (5 fő) gondolta úgy, hogy a betegségről magát a szülőt sem tájékoztatták kellőképpen. A betegségről való tájékoztatás százalékos előfordulását a 13. sz. ábrán szemléltetem. Daganatos betegség esetén 55%-ban (11 fő) a beteg szülő maga mondta el a gyermeknek a betegséget, 1-1 esetben az egészséges szülő vagy más rokon illetve a házi orvos, és 30%-ban a szülők nem mondták el a gyermeknek (6 fő) a betegséget. 15%-uk (3 fő) számolt be arról, hogy szülei enyhítve mondták el nekik a történeteket, hogy ne aggódjanak. 20%-ban (4 fő) a gyermekek maguk olvastak a betegségnek utána interneten, vagy különböző könyvekben. A betegségről való tájékoztatás százalékos előfordulását a 14. sz. ábrán szemléltetem.



13. Ábra A betegségről való tájékoztatás százalékos előfordulása mentális betegséget átélt szülők esetén

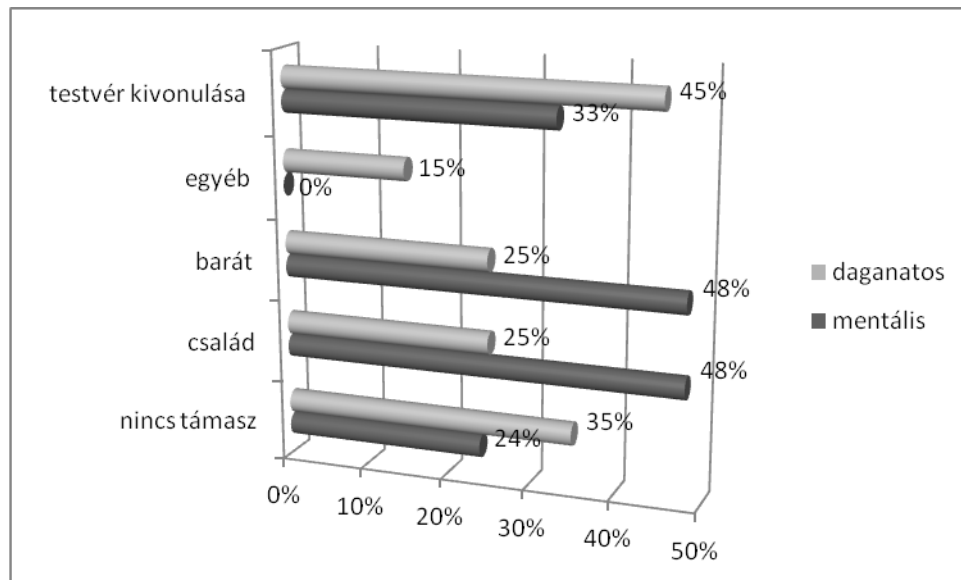


14. Ábra A betegségről való tájékoztatás százalékos előfordulása daganatos betegséget átélt szülők esetén

Mentális betegség esetén a szülők 14%-a (3 fő) fenyegetőzött rendszeresen öngyilkossággal, és további 14% (3 fő) próbált meg öngyilkos lenni (ezeknek az öngyilkossági kísérleteknek a gyermek szemtanúja is volt). 33%-uk (7 fő) számolt be arról, hogy otthonukban állandó veszekedés volt, további 24% (5 fő), hogy rendkívül gyakori volt mindennapjaikban az ordibálás, 2 fő arról is beszámolt, hogy a beteg szülő gyakran volt agresszív (habár a gyermek szemtanúja volt az agresszióknak, az egyik esetben sem a gyermek felé irányult). 19% (4 fő) számolt be arról, hogy rendkívül nehéz volt azzal megküzdeniük, hogy a beteg szülő csak feküdt egész nap. Gyakori volt ezekben a családokban az ingerültség, tehetetlenség érzés (29%), félelem (14%), bűntudat, lelkiismeret-furdalás (14%), valamint hogy a gyermek magát hibáztatja a szülő betegségének kialakulásáért (14%). 14% (3 fő) számolt be arról, hogy a betegség negatív hatással volt az egészséges szülőre is, a családok 19%-ánál (4 fő) a szülők kapcsolata romlott. A vizsgálati alanyok 33%-a (7 fő) említette, hogy nem értette, hogy mi történik.

Daganatos szülő esetén 10% (2 fő) számolt be arról, hogy gyakori volt otthon a kiabálás, további 10% jelezte, hogy megijedt, amikor megtudta a betegséget, 40%-uk tartott a beteg szülő elvesztésétől. 20% (4 fő) nem értette, hogy mi történik. 14%-uk (3 fő) számolt be arról, hogy a beteg szülőnek a betegség alatt depresszív hangulata volt. 10% (2 fő) említette, hogy a betegség negatív hatással volt az egészséges szülőre, és 14% (3 fő) szerint a betegség hatására szüleik kapcsolata romlott.

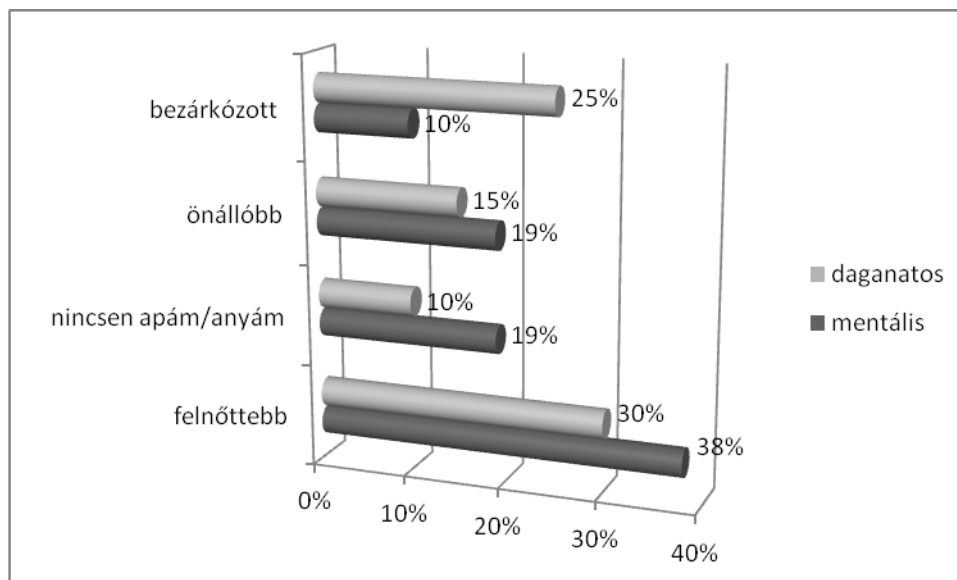
Mentális betegséget átélt szülők felnőtt gyermekeinek 24%-a (5 fő) említette, hogy a betegség alatt nem volt kire támaszkodniuk, 48%-uk (10 fő) családjukra, 48%-uk (10 fő) barátokra támaszkodott (volt, aki családra és barátira is számíthatott). További 24% (5 fő) nem beszélt a betegségről családon kívül. 2 fő fordult pszichológushoz, és további 1 személy számolt be arról, hogy testvérével orvosi konzultáción vettek részt a betegséget illetően. A vizsgálati alanyok 71%-ának (15) volt testvére, közülük 5 fő említette, hogy idősebb testvére kilépett a szituációból, nem vett részt a beteg szülő ápolásában. Daganatos szülők felnőtt gyermekei közül 35% (7 fő) említette, hogy akkor úgy érezték, nem volt kire támaszkodniuk, 40 % (8 fő) nem is beszélt senkivel a betegségről, 5-5 fő említette, hogy barátira, vagy a családjukra támaszkodtak, 15% (3 fő) esetén a támasz családon kívüli volt (dada, szomszéd, osztályfőnök). A vizsgálati alanyok 15%-a (3 fő) fordult a betegség hatására segítő szakemberhez (egy esetben ez a segítségkérés negatív színezetű volt, mivel a pszichológus visszamondta a gyermek szavait a szülőnek, és a gyermek ezt csalódásként élte meg). A vizsgálati alanyok 55%-ának (11 fő) volt testvére, közülük 5 fő számolt be arról, hogy idősebb testvérük teljesen kilépett a szituációból, rá nem számíhattak. Azt, hogy a fiatal felnőttek kire támaszkodhattak a betegség ideje alatt a 15. sz. ábrán szemléltetem.



15. Ábra A gyermek támaszai mentális és daganatos betegség esetén

A szülő betegségének hatása a gyermekre mentális zavar esetén: „felnőtként kellett viselkednem” (38%), „azt éreztem, ő az én gyerekem” (29%), „önállóbb lettem” (19%), „elmenekültem otthonról” (19%), kapcsolati problémák (24% „biztonságot kerestem, de senkiben nem bíztam meg”), a gyerek, mint lelki támasz (14%), közelebb került a szülőhöz (19%), „nem volt apám/anyám” (19%), „bezártam, falat alakítottam ki magam körül” (2fő), „megvan bennem a betegség” (19%), „hatással volt a pályaválasztásomra” (24%), „hozzájárult az önismeretemhez” (14%), „realista vagyok” (14%), „nincsenek hosszú távú terveim” (14%). Egyéb megjelenő jellegzetes válaszok: „érettebbé váltam”, „tüskés lettem”, „nem vagyok szerethető”, „szégyelltem”, „ennél rosszabb már nem lehet”, „csalódtam benne”.

A szülő betegségének hatása a gyermekre daganatos megbetegedés esetén: állandó aggodalom, hogy a betegség visszatér (20%), egészségre jobban odafigyel (25%), „a család fontosabb lett” (20%), „érettebb, felnőttébb lettem” (30%), „önállóbb lettem” (15%), „elzárkóztam” (25%), „megerősített” (10%), „nem volt anyám/apám” (10%), „tisztelem, felnézek rá” (20%), „nekem kellett rá vigyáznom”, „nem törődtek velünk”. A betegség hatásait a 16. sz. ábrán szemléltetem.



16. Ábra A betegség hatásai a gyermekekre mentális és daganatos betegség esetén

Néhány szemléletes példa a válaszokból (továbbiak lásd: Melléklet: Félig strukturált interjú válaszok):

„Az biztos, hogy soha senkit nem vittem haza, nem szerettem vele mutatkozni.” (10. v.sz. vizsgálati személy – mentális betegséget átélt szülő)

„De inkább kezdjük ott, hogy az anyu által gondosan eldugott orvosi papírokból kellett rájönnöm, hogy éppen milyen vizsgálatot csináltak apun, és miért, és feltételezhetően mi a diagnózis.” (2. v.sz. vizsgálati személy – daganatos betegséget átélt szülő)

„Mindenki ideges volt, velem sokat kiabáltak. Sokszor olyan dolgok miatt is kaptam büntetést, szidást, amit nem követtem el, és számos esetben előfordult, hogy nem értettem, miért kapok ki, akkor éppen miért kiabálnak velem. Iskolai teljesítményem jelentősen lecsökkent anélkül, hogy úgy éreztem volna, megviselnek az események.” (20. v.sz. vizsgálati személy – mentális betegséget átélt szülő)

„...mikor először késsel rohangált, hogy meg akar ölni.” (30. v.sz. vizsgálati személy – mentális betegséget átélt szülő)

„Nagyon rosszul, a mai napig az kb. egyetlen téma, ami annyira el tud keseríteni, hogy elcsuklik a hangom, vagy akár el is sírom magam. Nagyon nehéz volt normális keretek közé szorítani az aggodalmamat és a félelmemet, és úgy élni a mindennapokat, hogy ne

nyomja rá a bélyegét az édesanyámmal való kapcsolatomra.” (35. v.sz.- daganatos betegséget átélt szülő)

„Nagyon sokáig azt hittem, hogy véglegesen elrontottak engem: az akkori énem egyáltalán nem szerethető és soha nem fogják szeretni, merthogy nem voltam egyszerű és gondjaim voltak, mert nem tudtam beilleszkedni. És akkor úgy gondoltam, hogy tők jogosan utálnak.” (17. v.sz. vizsgálati személy – mentális betegséget átélt szülő)

9. Diszkusszió

9.1. Megbeszélés

A mentális és a daganatos betegségek egyre szélesebb körű elterjedtsége (Dávid, 2002; Riskó, 1999; Wittchen és Jacobi, 2005) hozzájárul ahhoz, hogy napjainkban egyre több gyermek él olyan családban, ahol valamelyik szülő mentális vagy daganatos betegséggel küszködik. (Antonelli et al, 1996; Oates, 1997. Idézi: Mordoch és Hall, 2008; Rauch és Muriel, 2004).

A szülő betegsége, a kezelések, azok esetleges mellékhatásai nem csak magára a beteg szülőre van hatással, hanem családjára, különösképpen gyermekére is: komoly stressz forrást jelentenek számukra is (Pretis és Dimova, 2008; Wong et al, 2009). Habár különböző kutatások születtek annak tekintetében, hogy a szülő betegsége milyen hatást gyakorol a gyermekre a diagnózist követően, arról viszonylag keveset tudunk, hogy ezek milyen hosszú távú következménnyel járnak a gyermek személyiségfejlődésére nézve (Visser et al, 2004). Kutatásomban ezeket a hosszú távú eltéréseket kívántam vizsgálni, különös tekintettel a szorongásra, a szubjektív jóllétre valamint a maladaptív sémákra olyan fiatal felnőttek körében, akiknek serdülőkorukban diagnosztizálták édesanyjuk vagy édesapjuk betegségét.

H1-H3. Számos kutatás érvel amellett, hogy a szülő szomatikus vagy mentális betegsége hatására a gyermek gyakran szorongást él át (F. Lassú, 2011). Flahault és Sultan (2010) kutatásukban daganatos szülők gyermekeinek Rorschach jegyzőkönyvében több szorongásos jeget talált. Mindezek mellett Pretis és Dimova (2008) eredményei szerint a mentális betegségben szenvedő szülők gyermekeinél gyakori a szorongás. Mindezek alapján vizsgálatomban feltételeztem, hogy mind a daganatos, mind a mentális betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei szorongóbbak lesznek, a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekeihez viszonyítva. Habár

mind a három csoport szorongása a magyar átlag övezetébe esett (egyik csoport sem szorongott kórosan), előfeltevéseim megerősítést nyertek, hiszen mind a daganatos, mind a mentális csoport szignifikánsan szorongóbbnak bizonyult a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekeinél. Tehát nem csak a diagnózis ideje alatt bizonyultak ezek a gyermekek szorongóbbnak, hanem évekkal a diagnózis kimondása utána is fennmarad ez az eltérés.

Mentális betegség esetén a gyermek háromszor olyan valószínű, hogy szintén mentális zavarban fog szenvedni (Mowbray et al, 2006). Továbbá úgy gondoltam, hogy a mentális betegség sokkal megfoghatatlanabb a gyermekek számára, kevésbé kezelhető, több bizonytalansággal jár együtt (nem lehet kivenni, vagy megoperálni, mint a daganatot), míg a daganatos megbetegedés esetén sokkal inkább aktivizálódhatnak a családi dinamizmusok és tartalékok, mint egy mentális betegség esetén. Mindebből kifolyólag feltételeztem, hogy szorongás tekintetében szignifikáns különbség mutatható ki a mentális illetve daganatos betegségben szenvedő szülők felnőtt gyermekei között, a mentális betegséget átélt szülők gyermekei javára. Ezen hipotézisem nem nyert alátámasztást, ugyanis a mentális valamint daganatos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekeinek szorongása között nem volt kimutatható szignifikáns különbség. Ez megerősíti azt a korábbi kutatási eredményt, mely szerint a mentális betegségben szenvedő szülők gyermekei is ugyanolyan erős szorongást élhetnek át, mint a szomatikus betegségben szenvedő szülők gyermekei (F. Lassú, 2011).

H4-H6. Vizsgálatomban a beteg szülők felnőtt gyermekeinek szubjektív jóllétére is kíváncsi voltam. Wong és munkatársai (2009) kutatásában a daganatos betegséggel küzdő szülők gyermekeinek 59%-a életszemléletében negatív változásról számolt be. Mindezek mellett Pretis és Dimova (2008) mentális betegségben szenvedő szülők gyermekeit vizsgálva azt találta, hogy ezek a gyermekek csökkent optimizmussal rendelkeznek. Mindezek alapján feltételeztem, hogy mind a mentális, mind a daganatos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei alacsonyabb szubjektív jólléttel rendelkeznek, mint a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekei. Továbbá úgy gondoltam, hogy a daganatos betegség esetén a családi tartalékok sokkal inkább aktivizálódhatnak, ebből kifolyólag több támogatást kaphat a gyermek. A daganatos betegség szociálisan elfogadottabb, a környezet megértőbb a betegséget illetően (F. Lassú, 2011), így egy mentális megbetegedés esetén nagyobb valószínűséggel állhat fenn a stigmatizáció lehetősége is (akár családon belül). Továbbá a gyermek identitásába is nehezebb

beépíteni egy mentális betegséget, mint a rákot („Az édesapám skizofrén. De mi vagyok én?” Martos, 2011). Mindezek alapján feltételeztem azt is, hogy a mentális betegséget átélt szülők felnőtt gyermekeinek szubjektív jólléte alacsonyabb lesz, mint a daganatos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekeié.

Hipotéziseim némileg alátámasztást nyertek. A mentális betegséget átélt szülők felnőtt gyermekeinek szubjektív jólléte valóban alacsonyabb volt, mint a betegségben nem szenvedő szülők gyermekeié. A mentális és daganatos betegségben szenvedő szülők felnőtt gyermekeinek szubjektív jólléte valamint a daganatos és betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekeinek szubjektív jólléte között nem volt kimutatható szignifikáns különbség. Ennek oka talán valóban a mentális betegség esetén fellépő túlzott stigmatizáció lehet, valamint az, hogy ezek a gyermekek nagyon sokszor nincsenek tisztában azzal, hogy szüleik betegségéért nem ők a felelősek. Nagyon gyakran erőteljesen traumatizáló eseményeknek lehetnek kitéve (pl.: a szülő öngyilkossága, azzal való fenyegetése, amely mintámban is elég magas arányban jelent meg), akár agresszióval is szembetalálhatják magukat (F. Lassú, 2011). Mindezek hozzájárulhatnak ahhoz, hogy ezen személyek valóban alacsonyabb szubjektív jólléttel rendelkeznek, mint ahogy azt Pretis és Dimova (2008) is kimutatta kutatásában optimizmus terén.

H7-H9. Mivel a korai maladaptív sémák kapcsolatban állnak a negatív gyermekkori tapasztalatokkal, feltételeztem, hogy a szülő betegsége, mint negatív tapasztalat is befolyással lesz a fiatalok maladaptív sémáira. Young (2003) elméletében a maladaptív sémákkal kapcsolatban olyan gyermekkori tapasztalatokat ír le, amelyben a gyermek 5 alapvető érzelmi szükséglete frusztrálódik, köztük a biztonságos kötődés (biztonságra, stabilitásra, gondoskodásra, elfogadásra való igény) valamint jogos szükségletek és érzések szabad kifejezése (Young et al, 2003). Zahlis és Lewis (1998) kutatásukban megfigyelték, hogy daganatos szülő esetén a gyermekek biztonság érzete csökkenhet a szülő elvesztésétől való félelem miatt. Gates és Lackey (1998) szerint a szülők nem mindig képesek annyi figyelmet és időt szentelni gyermekeiknek, mint amennyire szükségük lenne (Idézi: Wong et al, 2009). Ráadásul gyakori, hogy a gyermekek szüleik elől elrejtik distresszüket (Davey et al, 2003). Mindezek mellett Pretis és Dimova (2008) mentális betegségben szenvedő szülők gyermekeit vizsgálva figyelték meg, hogy a gyermekek gyakran tehetetlennek érzik magukat a betegség tüneteinek előrejelzésének képtelensége miatt (Pretis és Dimova, 2008). Stallard és

munkatársai (2004) kutatásukban azt találták, hogy a családok egy nagy részében a gondozás és a mindennapi élet zavart szenved a mentális betegség hatására. Mindezen eredmények alapján feltételeztem, hogy mind a daganatos, mind a mentális zavart átélt szülők felnőtt gyermekei aktívabb illetve több aktív maladaptív sémával rendelkeznek betegségben nem szenvedő szülők gyermekeihez viszonyítva. Mivel daganatos betegség esetén a szülő halálának, elvesztésének lehetősége is fennáll, a gyermeknek több alapvető érzelmi szükséglete frusztrálódik (pl.: biztonság), mint mentális betegség esetén. Így kutatásomban azt vártam, hogy a daganatos betegségben szenvedő szülők felnőtt gyermekeinek aktívabb illetve több aktív maladaptív sémával rendelkeznek, mint a mentális betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei.

Hipotéziseim némileg megerősítést nyertek: mind a daganatos, mind a mentális betegséget átélt szülők felnőtt gyermekeink Elszakítottság és az elutasítottság, Aggályosság és gátlás valamint A határok károsodott volta séma területe aktívabb volt, mint a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekeié. A mentális zavarral kezelt szülők felnőtt gyermekeinek Károsodott autonómia és teljesítőképesség séma területe kifejezettebb volt, mint a betegségben nem szenvedő szülők gyermekeié. A daganatos szülők felnőtt gyermekei aktívabb sémákkal rendelkeztek a Másokra irányultság séma területén, mint a betegséggel nem küzdő szülők felnőtt gyermekei. A daganatos és a mentális betegséget átélt szülők felnőtt gyermekeinek maladaptív séma területei között azonban nem volt szignifikáns különbség.

Mindezek értelmében mind a daganatos, mind a mentális betegséggel kezelt szülők felnőtt gyermekei kevésbé képesek biztonságosan és kielégítően kötődni másokhoz. Hajlamosabbak azt gondolni, hogy a biztonság, stabilitás, gondoskodás, szeretet és valakihez tartozás utáni vágyuk nem nyer kielégítést. Ez egybeesik Faulkner és Davey (2002) és F. Lassú (2011) megfigyelésével, amely szerint mind daganatos, mind mentális betegség esetén a szülők gyakran fizikailag és érzelmileg is elérhetetlenné válnak gyermekeik számára. A daganatos és mentális betegséget átélt szülők gyermekei kevésbé képesek realisztikus személyes célokat felállítani, másokkal együttműködni és elköteleződni. Hajlamosabbak túlzott hangsúlyt fektetni a spontán érzések, impulzusok elnyomására. Úgy gondolom, mivel a gyermekek a betegség ideje alatt hajlamosak distresszüket elrejtteni szüleik elől (Davey et al, 2003), egy idő után rátanulhatnak érzéseik, distresszük elrejtésére.

Eredményeim szerint a mentális betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei kevésbé képesek leválni szüleikről, önálló életet kialakítani a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekeihez viszonyítva. F. Lassú (2011) arra hívja fel a figyelmet, hogy mentális betegséggel küzdő szülők gyermekei hajlamosak a parentifikációra, a felelősségátvállalásra, az érzelmi támasszá válásra. Ezáltal a családi szerepek megcserélődhetnek, és ők maguk lehetnek saját szüleik gondozói. Úgy gondolom, ez lehet az oka annak, hogy később kevésbé képesek leválni családjukról, és önálló életet kialakítani.

Továbbá eredményeim alátámasztják, hogy a daganatos szülők gyermekei hajlamosabbak túlzottan igazodni mások igényeihez saját szükségleteiket háttérbe szorítva. Ez egybeeshet Visser és munkatársai (2004) eredményével, mely szerint az iskoláskorú gyermekeknél gyakori, hogy a szülő daganatos betegsége hatására sokkal inkább a szülő szükségleteire kezdenek el figyelni.

Kutatásomban az az előfeltevésem is megerősítést nyert, hogy mind a daganatos, mind a mentális betegséggel kezelt szülők felnőtt gyermekei szignifikánsan több aktív maladaptív sémával rendelkeztek a betegségben nem szenvedő szülők gyermekeihez viszonyítva. A két betegség között azonban nem volt kimutatható szignifikáns különbség.

Összességében elmondható, hogy kutatásomban nem volt kimutatható szignifikáns eltérés az egyes személyiségdimenziók mentén annak tekintetében, hogy a szülő szomatikus vagy mentális betegségben szenvedett. Csupán abból a szempontból volt kimutatható különbség, hogy a kontroll csoporttól, azaz a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekeitől miben és milyen módon tértek el. Úgy gondolom, ennek egyik oka lehet az is, hogy mindkét betegségtípus esetén a szülő betegsége elég tartósan megterheli a családi mindennapokat. Mind egy mentális, mind egy daganatos betegség esetén, sok esetben nem beszélhetünk teljesen „gyógyult” állapotról, és habár a szülő tünetmentes lehet, mindkét esetben retteghet a család a betegség kiújulásának lehetőségétől, amely komoly megterhelést jelenthet a mindennapokban.

H10. A vallás fontos szerepet tölthet be egy közeli hozzátartozó betegségével való megküzdésében. (Murray et al, 2006) A vallásosság csökkentheti a stressz mértékét is (Eaton et al, 2011), magasabb jólléttel (Rammohan et al, 2002) és alacsonyabb depresszióval jár együtt hozzátartozójukat ápolók körében (Murray et al, 2006).

Mindezek alapján feltételeztem, hogy súlyos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekeinek vallásossága pozitív kapcsolatban áll a szubjektív jólléttel, míg negatív összefüggést mutat a szorongással és maladaptív sémákkal.

A vallásosság az összesített mintában feltételezésemmel ellentétben pozitív kapcsolatban állt a szorongással, az Elszakítottság és az elutasítottság, a Károsodott autonómia és teljesítőképesség sématerületekkel, valamint negatív kapcsolatban állt a szubjektív jólléttel, tendencia szinten pozitívan korrelált az Aggályosság és gátlás sématerülettel. Minél vallásosabbak voltak a súlyos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei, annál szorongóbbak voltak, annál kevésbé voltak képesek biztonságos kötődés kialakítására, annál kevésbé voltak képesek leválni szüleikről, és annál inkább gátolták spontán érzéseiket, impulzusaikat. Daganatos szülők felnőtt gyermekeinél a vallásosság negatívan korrelált a szubjektív jólléttel, a Károsodott autonómia és teljesítőképesség sématerülettel, valamint tendencia szinten az Elszakítottság és az elutasítottság sématerülettel. Tendencia szinten pozitívan korrelált a szorongással. Mentális betegséget átélt szülők felnőtt gyermekeinél a vallásosság pozitív kapcsolatban állt a szorongással, a Károsodott autonómia és teljesítőképesség valamint a Másokra irányultság sématerülettel. Ezzel szemben a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekeinek szorongása és maladaptív sémái nem álltak kapcsolatban a vallásossággal, sőt a szubjektív jólléttel ellentétes, pozitív kapcsolatot mutatott a vallásossággal.

Kutatásom eredményei ellentmondanak a korábbi vizsgálatok eredményeinek, melyekben a vallásosság pozitív kapcsolatot mutatott a lelki egészséggel, a jólléttel, míg a szorongással negatív kapcsolatban állt (Koenig, McCullough és Larson, 2001). Úgy gondolom, hogy a vallásosság és szorongás, valamint maladaptív sémák pozitív együttjárása, illetve a vallásosság és szubjektív jóllét negatív kapcsolata mögött különféle megbetegítő, torz istenképek húzódnak. Frielingsdorf (2007) elmélete szerint, ahogy a személyiség fejlődésében, úgy az istenkép alakulásában is elakadások lehetnek, amelyek hamis istenképek kialakulásához vezethetnek. Ilyen lehet például a „démoni bíró”, vagy a „halál istene”, aki büntet és megbetegít. Ezen istenképek könnyen szorongáshoz vezethetnek. Mindezek mellett a vallásosság mögött egy negatív, maladaptív vallási megküzdés is húzódnak (Pargament, 1997), ilyen lehet például az értelemadáson belül a szülő betegségének Isten büntetéseként való újraértelmezése. A szigorú erkölcsi előírások szintén gátolhatják a negatív érzések megélésének

lehetőségét, amely nehezítheti a folyamat sikeres lezárását (Martos és Kézdy, 2007). Fontos azonban megjegyeznünk, hogy kutatásomban a vallásosságot csupán egy 7 fokú Likert skálán vizsgáltam. Így esetünkben mindenképpen csupán egy szubjektív vallásosságról beszélhetünk. A vallásosság szerepének feltérképezésére további, mélyebb és átfogóbb kutatás szükséges a differenciáltabb vizsgálatokkal, az esetleges torz istenképek valamint vallási megküzdések feltárása által.

Vizsgálatomban a súlyos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekeivel egy félig strukturált interjút is felvettem. Ennek célja az volt, hogy egy szélesebb képet kapjak a szülő betegségéről, arról, hogy az milyen változásokat okozott a család mindennapjaiban, valamint hogy a gyermek szerint a betegség milyen hatással volt saját életére. Fontos megjegyezni, hogy mivel félig strukturált interjú volt, csak azokat a hatásokat összesítettem százalékosan, amit a vizsgálati személyek maguk említettek. Így elképzelhető, hogy egy-egy hatás nagyobb arányban is jellemző volt mintámra, pusztán a vizsgálati személy magától nem említette azt. A mentális zavarban szenvedő szülők 28%-a mondta, hogy beteg szülőjének öngyilkossági kísérletei voltak, vagy rendszeresen fenyegetőzött öngyilkossággal. A minta 34%-a említette, hogy otthonukban rendszeres volt a veszekedés, ordibálás és kiabálás. 17% számolt be arról, hogy a betegség hatására szüleik kapcsolata romlott, és további 12%, hogy a betegség negatív hatással volt az egészséges szülőre is. 12%-nál a betegség, mint titok jelent meg a családban. A vizsgálati alanyok 29%-a gondolta úgy, hogy nem volt kire támaszkodnia a betegség ideje alatt. 41 főből csupán 6 fő kapott orvosi, pszichológusi segítséget. Azon alanyoknak, akiknek testvérük volt, 38%-a számolt be arról, hogy testvére kivonult a szituációból, elzárkózott. Gyakori reakciók a betegségre: „felnőttként kellett viselkednem”, „önállóbb, érettebb lettem”, „úgy éreztem nem volt anyám/apám”, „hatással volt a pályaválasztásomra”, valamint a mentális betegséget átélt szülők gyermekeinek 24%-a számolt be kapcsolati problémákról. Úgy vélem, a félig strukturált interjúból nyert adatok kiinduló pontként szolgálhatnak a későbbi kutatásokhoz.

Eredményeimet azonban fenntartásokkal kell kezelni. Mintám elemszáma meglehetősen limitálva volt, és habár törekedtem arra, hogy minél szélesebb körbe eljusson kutatási felhívásom, legtöbb esetben csak egyetemistákat értem el, azon belül is nagyon sok pszichológushallgató volt, így mintám nem tekinthető reprezentatívnak. Úgy vélem a téma mélyebb vizsgálata során, rendkívül fontos lenne egy nagyobb, reprezentatív mintát megvizsgálni.

Mindezek mellett vizsgálatomban a mentális és daganatos betegségek csoportján homogénnek tekintettem. Fontos megjegyeznünk azonban, hogy mind a daganatos, mind a mentális zavarok csoportja meglehetősen heterogén. Kutatásomban volt olyan alany, akinek édesanyja vagy édesapja évek óta tünetmentesnek mondható, de akadt olyan is, aki jelenleg is intenzív kórházi kezelés alatt áll. Daganatos betegség esetén éles különbség vonható aszerint is, hogy a szülő milyen kezelésben részesült, hiszen a sugárkezelés valamint kemoterápia sokszor jelentős mellékhatásokkal jár együtt, amely további stresszorként szolgálhat a gyermek illetve a szülő számára. Mentális zavarban szenvedő szülőknél is jelentős különbség lehet aszerint, hogy a betegség milyen tünetekkel jár együtt (pl.: öngyilkossági kísérletek, öngyilkossággal való fenyegetés, hallucinációk, agresszió). Így úgy vélem nem csak a nagyobb kórképek között találhatók esetlegesen különbségek, hanem egy-egy betegségen belül is (pl.: katatón skizofrénia vagy hallucinációkkal, téveszmékkel rendelkező paranoid skizofrén). Éles különbségek voltak annak tekintetében is, hogy hány év telt el a betegség óta (volt, akinél még csak 2 év, másoknál már akár 10 év is eltelt). Vizsgálatomban azonban egyik személyiségdimenzió sem korrelált szignifikánsan a betegség óta eltelt idővel.

Habár kutatásomban számos tényezőt igyekeztem kontrollálni, úgy vélem, ezen betegségek esetén nagyon nehéz pusztán a betegség hatását vizsgálni. Sok esetben a betegség együtt jár a szülők közti kapcsolat megromlásával, válással, ami szintén negatívan hathat a gyermekre, stressz forrásul szolgálhat személyiségfejlődésére nézve. Habár mintámban kitétel volt, hogy a gyermekek teljes családban nevelkedjenek, az alanyok 17%-a számolt be arról, hogy ha szülei nem is váltak el, de kapcsolatuk jelentősen romlott, valamint további 12%, hogy a betegség negatív hatással volt az egészséges szülőre is. Sok esetben tapasztaltam, hogy a szülő szomatikus betegsége később mentális zavarral járt együtt vagy a beteg vagy az egészséges szülőnél, habár ezeket az egyéneket nem vettem bele kutatásomba. Mindezek mellett ezeknek a betegségeknek a széles körű elterjedtsége miatt a kontroll csoportban is meglehetősen alacsony volt azoknak a száma, akik családjukban egyáltalán nem találkoztak ezzel a betegséggel (42,9%). Úgy vélem, ezek a betegségek annyira összetettek egy család életében, hogy meglehetősen nehéz pusztán a betegség hatását vizsgálni egy családban.

Eredményeim értelmezésénél nem szabad elfelejtenünk az öröklődés kérdéskörét. Számos kutatás bizonyította, hogy mind mentális, mind daganatos betegség esetén elég nagymértékben fennállhat az öröklődés lehetősége. Mowbray és munkatársai (2006)

vizsgálati eredményei szerint a mentális betegségben szenvedő szülők gyermekei háromszor valószínűbben szenvednek majd később szintén mentális betegségben. Daganatos betegség esetén habár nem maga a daganatos betegség öröklődik, hanem az a hajlam, ami növeli a kockázati tényezők kialakulását (Tari, 2008). Így elképzelhető, hogy eredményeimet, például a szignifikánsan magasabb szorongást nem csak a betegség hatására bekövetkező családon belüli változások okozták, hanem a betegségek öröklődése, a gének is szerepet játszottak.

9.2. Következtetések

Fontos megjegyezni, hogy mivel kutatásom egy keresztmetszeti vizsgálat volt, ezért semmiképpen sem beszélhetünk oksági viszonyról, illetve arról, hogy a betegség hatására váltak volna ezen fiatalok szorongóbbá, vagy rendelkeztek volna több aktív maladaptív sémával. Csupán együttjárásokról és szignifikáns eltérésekről beszélhetünk. A pontosabb hatásmechanizmusok megvizsgálása érdekében longitudinális vizsgálat elvégzésére lenne szükség. Úgy vélem, a betegség hatásait jelentősen befolyásolhatják a család betegség előtti működése, a gyermek betegség előtti személyiségjegyei. Úgy vélem ahhoz, hogy mélyebb képet kaphassunk ezen súlyos betegségek hatásairól, feltétlen szükség lenne, a betegség előtti, alatti és utáni állapotokat megvizsgálni.

Vizsgálatomban a serdülők korosztályát elemeztem, tehát olyan alanyok kerültek be kutatásomba, akik szülőjét a gyermek serdülőkorában diagnosztizálták. A jövőben érdemes lenne azt is megvizsgálni, hogy a gyermek korai életkorában a szülő betegsége milyen változásokat eredményezhet, valamint számít-e a gyermek életkora a későbbi hatások szempontjából.

Kutatásomban a vallásosság feltételezéseimmel ellentétben nem bizonyult protektív faktornak súlyos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei esetén, sőt magasabb szorongással, alacsonyabb szubjektív jólléttel és kifejezettebb maladaptív sémákkal járt együtt. Úgy gondolom, nagyobb hangsúlyt kéne fektetni ezen gyermekek esetén a vallásosság vizsgálatára. Ahhoz hogy pontosabb képet kaphassunk, miként moderálja ezeket a személyiségdimenziókat a vallásosság, differenciáltabb eszközökkel kellene megvizsgálni a vizsgálati alanyok vallásosságát (pl.: vallásos megküzdés, vallás mögött meghúzódó istenképek).

A félig strukturált interjú során adott válaszok számos jövőbeli kutatás kiindulópontjául szolgálhatnak. Kutatásomban mind a daganatos, mind a mentális betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei elég magas arányban számoltak be arról, hogy a betegség ideje alatt felnőttként kellett viselkedniük, sok esetben úgy érezték, hogy ők a szülők, míg a szülő a gyermek. Úgy vélem, érdemes lenne megvizsgálni ezeknek a fiataloknak a körében, hogy ténylegesen milyen mértékben áll fenn a parentifikáció, felelősségátvállalás, érzelmi támasszá válás.

A testvérrel rendelkező vizsgálati alanyok 38%-a számolt be arról, hogy idősebb testvére kivonult a szituációból, elzárkózott. Véleményem szerint a jövőbeli kutatásoknak érdemes lenne testvérpárokat megvizsgálni annak tekintetében, hogy vajon van-e eltérés az idősebb illetve fiatalok reagálási módja között a betegségre.

Mentális zavarban szenvedő szülők felnőtt gyermekei közül 24% is beszámolt kapcsolati problémákról. Érdemesnek tartom azt is megvizsgálni, hogy ezen fiatalok felnőtt korukban milyen lehetséges kapcsolati, párkapcsolati problémákkal küszködhetnek.

A félig strukturált interjúban sok alany beszámolt arról, hogy habár nehéz volt átélni a szülő betegségét, összességében úgy gondolják pozitív hatással volt az életükre. Kutatásomban a szülő betegségének csupán negatív aspektusait vizsgáltam, míg az esetleges posztraumatikus növekedésre nem helyeztem hangsúlyt. Csak úgy, mint Wong és munkatársai (2009) érdemesnek tartom a jövőben azt megvizsgálni, hogy ezen életeseményeknek milyen pozitív hatásai lehetnek a gyermek személyiségfejlődésére nézve.

Habár kutatások születtek annak tekintetében, hogy ezek a betegségek milyen hatással vannak a gyermekekre a szülő diagnosztizálásakor, azonban arról viszonylag keveset tudunk, hogy ezek milyen hosszú távú következménnyel járnak a gyermek személyiségfejlődésére nézve (Visser et al, 2004). A magyar szakirodalom még kevesebb adattal szolgál arról, hogy egy esetleges mentális vagy daganatos betegség milyen változásokat okozhat a családban, milyen hatással lehet magára a gyermekekre. Ahogy kutatásom adatai is bizonyítják, mind a mentális, mind a daganatos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekeinél szignifikáns eltérések mutatkoznak az egyes személyiségdimenziók mentén. Fontosnak tartom hát, hogy még több kutatás szülessen a témán belül főleg hazai mintán.

Annak ellenére, hogy ezek a betegségek komoly stressz forrásként szolgálnak a gyermekekre nézve (Pretis és Dimova, 2008; Wong et al, 2009), sokszor ezek a gyermek „láthatatlanná” válnak: nem kapnak megfelelő tájékoztatást a betegséget illetően, megfélelkeznek a gyermek pszichológiai szükségleteiről (Fraiberg, 1978, Idézi: Stallard et al, 2004). Úgy vélem, nagyobb hangsúlyt kéne fektetni arra, hogy a szülő mentális valamint daganatos betegsége, az azzal járó kezelések, azok esetleges mellékhatásai, milyen hatással vannak a gyermekekre, hogy ennek megfelelően hatékony módszereket dolgozhassunk ki arra, hogy ezek a gyermekek zökkenőmentesen jussanak túl szüleik betegségén. Megfelelő tájékoztatásban részesüljenek a betegségről, arról, hogy milyen valószínűségben hordozhatják ők maguk is a betegséget, és hogy szükség esetén a gyerekek is kaphassanak pszichológiai segítséget.

10.Összefoglalás

Napjainkban mind a mentális, mind a daganatos betegségek száma egyre nő. Ezeknek a betegségeknek az egyre szélesebb elterjedése hozzájárul ahhoz, hogy egyre több gyermek él olyan családban, ahol legalább az egyik szülő daganatos vagy mentális betegséggel küszködik. A szülő betegsége, a kezelések, azok esetleges mellékhatásai nem csak magára a beteg szülő számára jelentenek stressz forrást, hanem családjára, különösképpen gyermekére is (Pretis és Dimova, 2008; Wong et al , 2009). Habár egyre több kutatás születik annak tekintetében, hogy a szülő betegsége milyen hatással van a gyermekekre a diagnózist követően, arról viszonylag keveset tudunk, hogy ezek milyen hosszú távú következménnyel járnak a gyermek személyiségfejlődésére nézve (Visser et al, 2004). Kutatásomban ezeket a hosszú távú eltéréseket kívántam vizsgálni különös tekintettel a szorongásra, a szubjektív jóllétre valamint a maladaptív sémákra olyan fiatal felnőttek körében, akiknek serdülőkorukban diagnosztizálták édesanyjuk vagy édesapjuk betegségét. Választ kívántam kapni arra is, hogy található-e különbség annak tekintetében, hogy a szülő szomatikus vagy mentális betegségben szenvedett, valamint hogy a vallásosság kapcsolatban áll-e ezen személyiségdimenziókkal súlyos betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei esetén.

Mintámban 20 daganatos és 21 mentális betegséget átélt szülő felnőtt (20-30év közötti) gyermekét vizsgáltam. A szülő betegségét a gyermek 13-17 éves kora között kellett diagnosztizálniuk. Mindezek mellett 21 olyan fiatalt vizsgáltam még, akik teljes családban éltek, és egyik szülőjük sem szenvedett súlyos betegségben. A vizsgálatot egy

félíg strukturált interjú, a STAI-T, az Oxford Boldogság Kérdőív valamint a Young Séma Kérdőív rövidített változata tette ki.

Habár mind a három csoport értékei a magyar standard átlag övezeteiben helyezkedtek el, mind a daganatos, mind a mentális betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei szignifikánsan szorongóbbnak bizonyultak a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekeihez viszonyítva. A mentális betegséggel kezelt szülők felnőtt gyermekei alacsonyabb szubjektív jóléttel rendelkeztek, mint a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekei. Mind a daganatos, mind a mentális betegséget átélt szülők gyermekei több aktív maladaptív sémával rendelkeztek: az Elszakítottság és az elutasítottság, Aggályosság és gátlás valamint A határok károsodott volta sématerülete aktívabb volt, mint a betegségben nem szenvedő szülők gyermekeié. A mentális zavarral kezelt szülők felnőtt gyermekeinek Károsodott autonómia és teljesítőképesség sématerülete, a daganatos szülők felnőtt gyermekeinek a Másokra irányultság sématerülete bizonyult kifejezettebbnek a betegségben nem szenvedő szülők gyermekeiéhez viszonyítva.

Kutatásom keresztmetszeti vizsgálat volt, így ok-okozati összefüggésekről nem beszélhetünk, mintám elemszáma is meglehetősen korlátolt volt, így a jövőben feltétlen szükségesnek tartom egy nagyobb elemszámmal végzett longitudinális vizsgálat elvégzését, hogy pontos eredményeket kapjunk annak tekintetében, hogy a szülő mentális vagy daganatos betegsége milyen hatással van a gyermek személyiségfejlődésére nézve. Vizsgálatomban alátámasztást nyert, hogy mind a daganatos, mind a mentális betegséget átélt szülők felnőtt gyermekei szignifikánsan különböznek egyes személyiségdimenzióban a betegségben nem szenvedő szülők felnőtt gyermekeitől. Fontosnak tartom, hogy egyre nagyobb figyelmet kapjanak ezek a gyermekek, hogy olyan prevenciós programok alakulhassanak ki, amelyek segítik a gyermekeket a szülő betegségével való megküzdésben, megelőzve ezzel a későbbi esetleges negatív hatásokat.

11. Felhasznált irodalom

- ANTONELLI, N. M., DOTTERS, D. J., KATZ, V. L., KULLER, J. A.** (1996). Cancer in pregnancy: A review of the literature. Part I. (online) *Obstetrical and Gynecological Survey*, 51. 125–134. Absztrakt forrása: PubMed **PMID:** 8622836
- ARMSDEN, G. C., LEWIS, F. M.** (1994). Behavioral adjustment and self-esteem of schoolage children of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 2. 39–45.
- BARTKÓ, GY.** (2008). A súlyos mentális betegségek ellátásának aktuális problémái. In: Oriold, K. (szerk.), *Pszichiátriai gondozási kézikönyv*. Lélekben Otthon Kiadó, Budapest.
- BEARDSLEE, W. R., VERSAGE, M. A., GLADSTONE, T. R.** (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1134–1141. (Idézi: Mordoch és Hall, 2008)
- BECK, A. T.** (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. International University Press, New York. (Idézi: Comer, 2005)
- CHANG, B-H., NOONAN, A. E., TENNSTEDT, S. L.** (1998). The role of religion/spirituality in coping with caregiving for disabled elders. *The Gerontologist*, 38. 463–470.
- CHRIST, G. H., SIEGEL, K., SPERBER, D.** (1994). Impact of parental terminal cancer on adolescents. (online) *American Journal of Orthopsychiatry*, 64. 604–613. Absztrakt forrása: PubMed **PMID:** 7847576
- COMER, R. J.** (2005). *A lélek betegségei: Pszichopatológia*. Osiris Kiadó, Budapest.
- COMPAS, B. E., WORSHAM, N. L., EPPING-JORDAN, J. E., GRANT, K. E., MIREAULT, G., HOWELL, D. C., MALCARNE, V. L.** (1994). When mom or dad has cancer: Markers of psychological distress in cancer patients, spouses, and children. *Health Psychology*, 13., 507–515.

- COX, A.D., PUCKERING, C., POUND, A., MILLS, M.** (1987). The impact of maternal depression in young children. (online) *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28. 917–928. Absztrakt forrás: DOI: 10.1111/j.1469-7610.1987.tb00679.x
- DANK, M. (2004).** *Fáradékonyság és vérszegénység a daganatos betegségekben.* Springemed Kiadó, Budapest.
- DAVEY, M. P., ASKEW, J., GODETTE, K.** (2003). Parent and adolescent responses to non-terminal parental cancer: A retrospective multiple-case pilot study. *Family, Systems & Health*, 21. 245–258.
- DÁVID, ZS.** (2002). *Segítség, Rák! Amit a rákról tudni kell.* Egész-ember-ség Alapítvány a rákbetegekért, Szolnok.
- EATON, P. M., DAVIS, B. L., HAMMOND, P. V., CONDON, E. H., MCGEE, Z. T.** (2011). Coping Strategies of Family Members of Hospitalized Psychiatric Patients. *Nursing Research and Practice*, 2011.
- FAULKNER, R. A., DAVEY, M.** (2002). Children and adolescents of cancer patients: The impact of cancer on the family. *American Journal of Family Therapy*, 30. 63–72.
- FLAHAULT, C., SULTAN, S.** (2010). On being a child of an ill parent: A Rorschach investigation of adaptation to parental cancer compared to other illnesses. *Rorschachiana*, 31. 43-69.
- F. LASSÚ, ZS.** (2011). *Gyermekek mentálisan sérülékeny családokban: Kézikönyv pedagógusoknak.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- FRAIBERG, S.** (1978). The invisible children. In: Anthony, E. J., Koupernik, C., Chiland, C. (Eds.), *The child and his family, vulnerable children.* Wiley, New York. (Idézi: Stallard et al, 2004)
- FRIELINGSDORF, K.** (2007). *Istenképek.* Szent István Társulat, Budapest.
- GATES, M. F., LACKEY, N. R.** (1998). Youngsters caring for adults with cancer. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30, 11–16. (Idézi: Wong et al, 2009)
- GOLDENBERG, H., GOLDENBERG, I.** (2008). *Áttekintés a családról III.* Animula, Budapest.

- HAJDUSKA, M.** (2010). *Krízislélektan*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- HILLS, P., ARGYLE, M.** (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 33. 1073-1082.
- JOHNSON, E. D.** (2000). Differences among families coping with serious mental illness: a qualitative analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70. 126–134.
- KLEIN, M., ZOBEL, M.** (2000). Sucht sucht Beziehung - Partner und Kinder im Umfeld von Abhängigkeitsstörungen. *Sucht Aktuell*, 2. 29-34.
- KOPP, M., FÓRIS, N.** (1993). *A szorongás kognitív viselkedésterápiája*. Végeken Sorozat, Budapest.
- KÖTELES, F., SIMOR, P., BÁRDOS, GY.** (2011). A rövidített egészségszorongás-kérdőív magyar verziójának kérdőíves validálása és pszichometria értékelése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 12. 191-213.
- KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL** (2009). Egészségfelmérés. *Statistikai Tükör*, IV. 50.
- LEWIS, F. M., HAMMOND, M. A.** (1996). The father's, mother's and adolescent's functioning with breast cancer. *Family Relations: Journal of Applied Family & Child Studies*, 45. 456–465.
- MALHOTRA, S., KAUR, R. P.** (1997). Temperament study on children of mentally ill parents. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 7. 39-45.
- MARTOS, T.** (2011). *Kutatásmódszertan*. 2011/2012. őszi félév, Pázmány Péter Katolikus Egyetem - BTK, Piliscsaba, Magyarország.
- MARTOS, T., KÉZDY, A.** (2007). Vallásosság, lelki egészség, boldogság. In Horváth-Szabó, K. (szerk.), *Vallásosság és személyiség*. Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Kar, Piliscsaba.
- MARTOS, T., KONKOLY-THEGE, B.** (megjelenés alatt) *Az Oxford Boldogság Kérdőív (Oxford Happiness Questionnaire, OHQ) bemutatása és pszichometria jellemzői*.

- MAYBERY, D., REUPERT, A., PATRICK, K., GOODYEAR, M., CRASE, L.** (2009). Prevalence of children whose parents have a mental illness. *Psychiatric Bulletin*, 33. 22-26.
- MORDOCH, E., HALL, W. A.** (2008). Children's Perceptions of Living With a Parent With a Mental Illness: Finding the Rhythm and Maintaining the Frame. *Qualitative Health Research*, 18. 1127-1144.
- MOWBRAY, C. T., BYBEE, D., OYERMAN, D., MACFARLANE, P., BOWERSOX, N.** (2006). Psychosocial outcomes for adult children of parents with severe mental illnesses: Demographic and clinical history predictors. *Health and Social Work*, 32. 99-108.
- MURRAY, L.** (1992). The impact of postnatal depression on infant development. (online) *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33. 543–561. Absztrakt forrása: DOI: 10.1111/j.1469-7610.1992.tb00890.x
- MURRAY-SWANK, A. B., LUCKSTED, A., MEDOFF, D. R., YANG, Y., WOHLHEITER, K., DIXON, L. B.** (2006). Religiosity, Psychosocial Adjustment and Subjective Burden of Persons Who Care for Those With Mental Illness. *Psychiatric Services*, 57. 361-365.
- NAGYKÁLA, T.** (2007). *Kérdezz!-Felelek! Daganatos betegségek*. SpingMed Kiadó, Budapest.
- OATES, M.** (1997) Patients as parents: The risk to children. *British Journal of Psychiatry*, 170(Suppl. 32), 22-27. (Idézi: Mordoch és Hall, 2008)
- PARGAMENT, K. I.** (1997). *The psychology of religion and coping. Theory, research and practice*. Guilford Press, New York.
- PRETIS, M., DIMOVA, A.** (2008). Vulnerable children of mentally ill parents: towards evidence- based support for improving resilience. *Support for Learning*, 23. 152-159.
- RAUCH, P. K., MURIEL, A. C.** (2004). The importance of parenting concerns among patients with cancer. (online) *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 49. 37-42. Absztrakt forrása: DOI: 10.1016/S1040-8428(03)00095-7

RAMMOHAN, A., RAO, K., SUBBAKRISHNA, D. K. (2002). Religious coping and psychological wellbeing in carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105. 356–362.

RÁCZ, J., BODROGI, A. (2007). Beszámoló a DAPHNE-Project “Családi helyzet, kockázatok és források”; „Erőszakot, baleseteket és sérüléseket tapasztaló, alkoholproblémákkal küzdő családokban élő gyermekek vizsgálata” című együttműködésről 2005-2007. *Addiktológia*, 7. 69-78.

RISKÓ, Á. (1999). *A test, a lélek és a daganat: Bevezetés az onkopszichológiába*. Animula, Budapest.

ROBINSON, E., RODGERS, B., BUTTERWOTH, B. (2008). Family relationships and mental illness: Impacts and services responses. *Australian Family Relationships Clearinghouse*, 4.

ROGERS, S.A., POEY, E. L., REGER, G. M., TEPPER, L., COLEMAN, E. M. (2002). Religious coping among those with persistent mental illness. *International Journal for the Psychology of Religion*, 12. 161-175.

ROMER, G., BARKMANN, C., SCHULTE-MARKWORT, M., THOMALLA, G., RIEDESSER, P. (2002). Children of somatically ill parents: A methodological review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7. 17–38.

RUTTER, M., QUINTON, D. (1984). Parental psychiatric disorder; Effects on children. (online) *Psychological Medicine*, 14. 853–880. Absztrakt forrása: PubMed **PMID:** 6554419

SIGAL, J. J., PERRY, J. C., ROBBINS, J. M., GAGNE, M. A., NASSIF, E. (2003). Maternal preoccupation and parenting as predictors of emotion and behavioral problems in children of women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 21. 1155–1160.

SIPOS, K., SIPOS, M. (1978). The development and validation of the hungarian form of the STAI. In: Spielberger, C. D., Diaz-Guerrero, R. (szerk.), *Cross-Cultural Anxiety*, 2. Hemisphere, Washington-London.

- SILLING, T.** (2008). Pszichiátriai gondozás, mint a járóbeteg-szakellátás speciális formái. In: Oriold, K. (szerk.), *Pszichiátriai gondozási kézikönyv*. Lélekben Otthon Kiadó, Budapest.
- STALLARD, P., NORMAN, P., HULINE-DICKENS, S., SALTER, E., CRIBB, J.** (2004). The Effects of Parental Mental Illness upon Children: A Descriptive Study of the Views of Parents and Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9. 39-52.
- SZADÓCZKY, E., RIHMER, Z., PAPP, ZS., VITRAI J., FÜREDI, J.** (2002). Gender differences in major depressive disorder in a Hungarian community survey. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 6. 31-37.
- TARI, A.** (2008). *Sejtem...a daganatos betegségek pszichológiája*. Európa Könyvkiadó, Budapest.
- TOMPA, A.** (1996). *Tények és gondolatok a rákról*. Rákbetegek Országos Szövetsége, Budapest.
- TRINGER, L.** (2001) *A pszichiátria tankönyve*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- UNOKA, ZS., RÓZSA, S., FÁBIÁN, Á., MERVÓ, B., SIMON, L.** (2004). A Young-féle Séma Kérdőív: A korai maladaptív sémákat mérő eszköz pszichometriai jellemzőinek vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 3. 235-243.
- UNOKA, ZS., RÓZSA, S., FÁBIÁN, Á., MERVÓ, B., SIMON, L.** A rövidített Young féle Séma Kérdőív (Schema Questinaaire- Short Form, Young) magyar változata munkacím (megjelenés alatt).
- YOUNG, J. E.** (1998). *Young Schema Questionnaire Short Form (1st ed.)*. Cognitive Therapy Center, New York. (Idézi: Wellburn et al.)
- YOUNG, J. E., KLOSKO, J. S., WEISHAAR, M. E.** (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. NY: Guilford, New York.
- VISSER, A., HUIZINGA, G. A., VAN DER GRAAF, W. T. A., HOEKSTRA, H. J., HOEKSTRA-WEEBERS, J. E. H. M.** (2004). The impact of parental cancer on children and the family: A review of the literature. *Cancer Treatment Reviews*, 30. 683–694.

WEAVER, K. E., ROWLAND, J. H., ALFANO, C. M., MCNEEL, T. S. (2010). Parental cancer and the family: A population-based estimate of the number of US cancer survivors residing with their minor children. *Cancer*, 116. 4395-4401.

WELLBURN, K., CORISTINE, M., DAGG, P., PONTEFRANC, A., JORDAN, S. (2002). The Schema Questionnaire- Short Form: Factor Analysis and Relationship Between Schemas and Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26. 519- 530,

WELNER, Z., RICE, J. (1988). School-aged children of depressed parents: A blind and controlled study. (online) *Journal of Affective Disorders*, 15. 291-302. Absztrakt forrása: PubMed **PMID:** 2975301

WHITE, C. A., MACLEOD, U. (2002). ABC of psychological medicine: Cancer. *British Medical Journal*, 325. 377–380.

WITTCHEN, H-U, JACOBI, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15. 357-376.

WONG, M. L., CAVANAUGH, C. E., MACLEAMY, J. B., SOJOURNER-NELSON, A., KOOPMAN, C. (2009). Posttraumatic Growth and Adverse Long-Term Effects of Parental Cancer in Children. *Families, Systems, & Health*, 27. 53–63.

ZAHLIS, E. H., LEWIS, F. M. (1998). Mothers' Stories of the School-Age Child's Experience with the Mother's Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 16. 25-43.

http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/QueryServlet?ha=FE1A09_W&lang=hu 2011.11.06. 15:35

12.Melléklet

Kedves Kérdőívkitöltő!

A Pázmány Péter Katolikus Egyetem végzős pszichológus hallgatója vagyok, és OTDK kutatásomhoz kérem segítséged a kérdőívek kitöltésével. Vizsgálatomban a szülők betegségének hatását vizsgálom a gyermekek személyiség fejlődésére nézve. A kérdőív kitöltése önkéntes és anonim, válaszaid csak összesített statisztikai formátumban fogom megjeleníteni.

Kérlek, hogy a kérdőív kitöltése során ne hagyj ki egyetlen kérdést sem, mert akár egy hiányzó válasz jelentősen csökkentheti a többi válasz felhasználhatóságát, illetve az eredményeket is.

A kérdőív során nincsenek helyes/helytelen válaszok, minden esetben a Te véleményedre vagyok kíváncsi.

Amennyiben kérdésed, észrevételed van a vizsgálattal, kérdőívvel kapcsolatban, szívesen állok rendelkezésedre az alábbi elérhetőségeket:

rossurenata@gmail.com 0620/3492071

Előre is köszönöm közreműködését!

Rossu Renáta

Nem: férfi/nő (Kérlek, húzd alá!)

Kor:

Legmagasabb iskolai végzettség: (Kérlek, húzd alá/karikázd be!)

- a) nyolc általános vagy kevesebb
- b) szakiskola, szakmunkásképző, ipari iskola
- c) érettségi
- d) felsőfokú technikum, felsőfokú szakképzés
- e) főiskola, BA

f) egyetem, MA

Mi a foglalkozásod (amennyiben hallgató vagy, kérlek, írd oda a szakodat is):

.....

Családi állapot: (Kérlek, húzd alá/karikázd be!)

- a) házas: ... éve
- b) élettársi kapcsolat: ... éve
- c) elvált
- d) özvegy
- e) párkapcsolat: éve
- f) egyedülálló

Saját gyermekek száma:...

Mennyire tartod magad vallásosnak (1 egyáltalán nem 7 teljes mértékben): (Kérlek, húzd alá/karikázd be!)

1 2 3 4 5 6 7

12.1. Szülő betegségére és a betegség családra gyakorolt hatására vonatkozó kérdések- beteg szülők gyermekei

Milyen betegségben szenved/szenvedett egyik szülőd?

Melyik szülő volt az: anya/apa

Hány éves voltál mikor diagnosztizálták: éves

12.2. Betegségekre vonatkozó kérdések- kontroll

Szenved-e bármelyik szülőd komolyabb betegségben? anya/apa betegség:

Volt-e a családban daganatos megbetegedés: igen/nem Ki volt az:

Volt-e a családban mentális megbetegedés: igen/nem Ki volt az:

12.3. Oxford Boldogság Kérdőív

A következőkben boldogságra vonatkozó állításokat fogsz olvasni. Kérlek, jelezd, milyen mértékben értesz egyet a felsoroltakkal kapcsolatban. Olvasd el figyelmesen az állításokat, mert néhány pozitív, néhány negatív megfogalmazásban szerepel. Az egyes kérdésekre azonban ne szánj túl sok időt; nincsenek jó vagy rossz válaszok, ahogy beugratások sem. Általában az első eszedbe jutó válasz a legmegfelelőbb számodra. Ha egy kérdés nehéznek bizonyul, azt a választ add meg, mely általában vagy az esetek többségében igaz Rád nézve.

1 – Egyáltalán nem értek egyet 2 – Nem igazán értek vele egyet 3 – Inkább nem értek vele egyet 4 – Inkább egyetértek vele 5 – Majdnem teljesen egyetértek vele 6 – Teljesen egyetértek vele						
1.	Nem igazán vagyok elégedett magammal.	1	2	3	4	5 6
2.	Rendkívüli módon érdekelnek az emberek.	1	2	3	4	5 6
3.	Úgy érzem, hogy az élet nagyon bőkezű.	1	2	3	4	5 6
4.	Meleg szívvel gondolok szinte mindenkire.	1	2	3	4	5 6
5.	Ritkán ébredek kipihenten.	1	2	3	4	5 6
6.	Nem vagyok túlságosan optimista a jövőt illetően.	1	2	3	4	5 6
7.	A legtöbb dolgot szórakoztatónak találom.	1	2	3	4	5 6
8.	Mindig elkötelezett vagyok, és mindig foglalkozom valamivel.	1	2	3	4	5 6
9.	Az élet jó.	1	2	3	4	5 6
10.	A világot nem találom jó helynek.	1	2	3	4	5 6
11.	Sokat nevetek.	1	2	3	4	5 6
12.	Mindennel elégedett vagyok az életemben.	1	2	3	4	5 6
13.	Nem hiszem, hogy vonzó a külsőm.	1	2	3	4	5 6
14.	Egy dolog az, amit megtennék, és egy másik, amit már megtettem.	1	2	3	4	5 6
15.	Nagyon boldog vagyok.	1	2	3	4	5 6
16.	Néhány dologban meglátom a szépséget.	1	2	3	4	5 6
17.	Mindig felvidítok másokat.	1	2	3	4	5 6
18.	Amit akarok, arra mindig jut energiám.	1	2	3	4	5 6
19.	Úgy érzem, hogy nem igazán én irányítom az életem.	1	2	3	4	5 6
20.	Úgy érzem, bármit képes vagyok megcsinálni.	1	2	3	4	5 6
21.	Szellemileg teljesen frissnek érzem magam.	1	2	3	4	5 6
22.	Gyakran vagyok vidám és lelkes.	1	2	3	4	5 6
23.	Nem könnyű döntéseket hoznom.	1	2	3	4	5 6
24.	Nem igazán érzem, hogy lenne valami különleges értelme vagy célja az életemnek.	1	2	3	4	5 6
25.	Úgy érzem, rengeteg energiám van.	1	2	3	4	5 6
26.	Általában jó hatással vagyok az eseményekre.	1	2	3	4	5 6
27.	Nem érzem magam jól más emberekkel.	1	2	3	4	5 6

28.	Nem igazán érzem magam egészségesnek.	1	2	3	4	5	6
29.	Nincsenek különösen szép emlékeim a múltból.	1	2	3	4	5	6

A kérdőív eredeti változatát, az Oxford Boldogság Leltárt (Oxford Happiness Inventory-OHI) Argyle, Martin és Crossland (1989) a személyes boldogság mérésére hozták létre, amely még 29 többválasztós itemet tartalmazott. A kérdőív hosszúsága miatt azonban kifejlesztették az Oxford Boldogság Kérdőívet (Oxford Happiness Questionnaire, OHQ), mely hasonló tételeket tartalmaz, azonban az itemekre egy hat pontos Likert-skálán kell válaszolniuk a vizsgálati alanyoknak (1-egyáltalán nem értek egyet, 6 teljesen egyetértek vele). (Hills és Argyle, 2002).

A kérdőív 29 tételből áll, és 14 fordított itemet tartalmaz. Minimum 29, maximum 145 pontot érhetnek el a kitöltők - a pontszám növekedése egyenesen arányos a szubjektív jóllét mértékével.

12.4. STAI-T

Néhány olyan megállapítást olvashatsz az alábbiakban, melyekkel az emberek önmagukat szokták jellemezni. Figyelmesen olvasd el valamennyit, és karikázd be a megfelelő számot attól függően, hogy **ÁLTALÁBAN HOGYAN ÉRZED MAGAD**. Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok. Ne gondolkodj túl sokat, hanem a jelenlegi érzéseidet a legjobban kifejező választ jelöld meg.

- 1: egyáltalán nem
- 2: valamennyire
- 3: eléggé
- 4: nagyon/teljesen

1. Jól érzem magam.	1	2	3	4
2. Gyorsan elfáradok.	1	2	3	4
3. A sírás ellen küszködnöm kell.	1	2	3	4
4. A szerencse engem elkerül.	1	2	3	4
5. Sokszor hátrányos helyzetbe kerülök, mert nem tudom elég gyorsan elhatározni magam.	1	2	3	4
6. Kipihentnek érzem magam.	1	2	3	4
7. Nyugodt, megfontolt és tetterre kész vagyok.	1	2	3	4
8. Úgy érzem, hogy annyi megoldatlan problémám van, hogy nem tudok úrrá lenni rajtuk.	1	2	3	4
9. A semmiséget is túlzottan a szívemre veszem.	1	2	3	4
10. Boldog vagyok.	1	2	3	4
11. Hajlamos vagyok túlságosan komolyan venni a dolgokat.	1	2	3	4
12. Kevés az önbizalmam.	1	2	3	4
13. Biztonságban érzem magam.	1	2	3	4

14. A kritikus helyzeteket szívesen kerülöm.	1	2	3	4
15. Csüggedtnek érzem magam.	1	2	3	4
16. Elégedett vagyok.	1	2	3	4
17. Lényegtelen dolgok is sokáig foglalkoztatnak, és nem hagynak nyugodni.	1	2	3	4
18. A csalódások annyira megviselnek, hogy nem tudom a fejemből kiverni őket.	1	2	3	4
19. Kiegyensúlyozott vagyok.	1	2	3	4
20. Feszült lelkiállapotba jutok és izgatott leszek, ha az utóbbi időszak gondjaira gondolok.	1	2	3	4

12.5. Young Séma Kérdőív

Az alábbi lista olyan állításokat tartalmaz, amelyek segítségével bárki jellemezheti saját magát. Kérlek, olvasd el az egyes állításokat, és értékeld, hogy mennyire illenek rád. Amennyiben bizonytalan vagy, válaszod arra alapozd, amit igaznak érezel, és ne mérlegelés alapján dönts.

- 1- egyáltalán nem igaz rám
- 2- többnyire nem igaz rám
- 3- valamivel többször igaz, mint nem igaz rám
- 4- valamennyire igaz rám
- 5- többnyire igaz rám
- 6- tökéletesen igaz rám

1	Többnyire nem volt senkim, akihez tanácsért vagy érzelmi támogatásért fordulhattam volna.	1	2	3	4	5	6
2	Általában nem voltak olyan emberek, akik melegséget, biztonságot, és szeretetet adtak volna.	1	2	3	4	5	6
3	Életem során többnyire nem éreztem, hogy valaki számára különösen fontos vagyok.	1	2	3	4	5	6
4	Többnyire nem volt olyan személy, aki valóban meghallgatott és megértette volna valódi szükségleteimet, érzelmeimet.	1	2	3	4	5	6
5	Ritkán volt részem abban, hogy egy rátermett személy igazi tanácsot és útmutatást nyújtott volna, amikor nem tudtam, hogy mihez kezdjek.	1	2	3	4	5	6
6	Azt veszem észre, hogy a hozzám közel állókhoz betegesen ragaszkodom, mert attól félek, hogy el fognak hagyni.	1	2	3	4	5	6
7	Aggódom, hogy szeretteim elhagynak vagy elhanyagolnak.	1	2	3	4	5	6
8	Kétségbe esek, mikor azt érzem, hogy egy szeretett személy kezd eltávolodni tőlem.	1	2	3	4	5	6
9	Néha annyira félek, hogy elhagynak, hogy inkább elüldözöm magamtól az embereket.	1	2	3	4	5	6
10	Annyira szükségem van másokra, hogy aggódom, mi lesz, ha elveszítem őket.	1	2	3	4	5	6
11	Úgy érzem, ki akarnak használni.	1	2	3	4	5	6

12	Úgy érzem, mások jelenlétében nem engedhetem el magam igazán, mert akkor szándékosan bántani akarnak.	1	2	3	4	5	6
13	Csak idő kérdése, mielőtt valaki elárul.	1	2	3	4	5	6
14	Elég gyanakvó vagyok mások hátsó szándékait illetően.	1	2	3	4	5	6
15	Általában próbálom kitalálni, mi lehet a másik hátsó gondolata.	1	2	3	4	5	6
16	Nem illek sehova.	1	2	3	4	5	6
17	Alapvetően más vagyok, mint a többi ember.	1	2	3	4	5	6
18	Nem tartozom sehova; magamnak való vagyok.	1	2	3	4	5	6
19	Úgy érzem, a többi ember számára idegen vagyok.	1	2	3	4	5	6
20	Mindig csoporton kívülinek éreztem magam.	1	2	3	4	5	6
21	Senki, akire vágyom, nem kívánna, nem szeretne, ha ismerné a hiányosságaimat.	1	2	3	4	5	6
22	Senki, akire vágyom, nem maradna a közelemben, ha megismerné valódi énemet.	1	2	3	4	5	6
23	Nem érdemlem meg mások szeretetét, figyelmét, megbecsülését.	1	2	3	4	5	6
24	Úgy érzem, nem vagyok méltó a szeretetre.	1	2	3	4	5	6
25	Alapvető tulajdonságaim túlságosan elfogadhatatlanok ahhoz, hogy felfedjem magam mások előtt.	1	2	3	4	5	6
26	Nem vagyok szexuálisan vonzó.	1	2	3	4	5	6
27	Csúnya vagyok.	1	2	3	4	5	6
28	Társasági helyzetben buta és unalmas vagyok.	1	2	3	4	5	6
29	Azok az emberek, akiket tisztelek, nem állnának szóba velem, alacsony társadalmi helyzetem miatt (pl. gazdasági helyzetem, iskolázottságom, karrierem miatt).	1	2	3	4	5	6
30	Az emberek nem akarnak bevenni a köreikbe.	1	2	3	4	5	6
31	Szinte semmi, amit a munkahelyemen (iskolában) csinálok, nem annyira jó, mint amit mások meg tudnak csinálni.	1	2	3	4	5	6
32	Ha teljesítenem kell, nem tudok megfelelni.	1	2	3	4	5	6
33	A legtöbb ember nálam többre képes a munka és a teljesítmény terén.	1	2	3	4	5	6
34	Nem vagyok olyan tehetséges a munkámban, mint a legtöbb ember.	1	2	3	4	5	6
35	Ha munkáról (iskoláról) van szó, nem vagyok olyan intelligens, mint a legtöbben.	1	2	3	4	5	6
36	Úgy érzem, egyedül nem tudok elboldogulni a mindennapi életben.	1	2	3	4	5	6
37	Úgy gondolom, hogy a hétköznapi életben másoktól függő személy vagyok.	1	2	3	4	5	6
38	Nincs józan ítélőképességem.	1	2	3	4	5	6
39	A hétköznapi életben nem támaszkodhatom a saját véleményemre.	1	2	3	4	5	6
40	Nem érzem magam képesnek a mindennapi életben felmerülő problémák megoldására.	1	2	3	4	5	6
41	Úgy tűnik, nem tudok szabadulni a gondolattól, hogy bármelyik percben történhet valami.	1	2	3	4	5	6
42	Úgy érzem, bármelyik percben jöhet valami katasztrófa (természeti, bűncselekmény, gazdasági vagy egészségügyi).	1	2	3	4	5	6
43	Félek, hogy megtámadnak.	1	2	3	4	5	6
44	Attól félek, hogy minden pénzemet elvesztem, és nyomorogni fogok.	1	2	3	4	5	6
45	Aggódok, hogy valami komoly betegségem van, annak ellenére, hogy ilyesmit nem mondott az orvosom.	1	2	3	4	5	6

46	Nem tudtam olyan mértékben leválni a szüleimről, mint ahogy ezt – látszólag – a velem egykorú emberek tették.	1	2	3	4	5	6
47	A szüleim és én túlságosan is hajlamosak vagyunk beleszólni egymás életébe és problémáiba.	1	2	3	4	5	6
48	A szüleimnek és nekem nagyon nehezen megy, hogy büntudat és csalódás érzése nélkül bármilyen intim apróságot elhallgassunk egymás elől.	1	2	3	4	5	6
49	Gyakran érzem, hogy nincs saját identitásom, ami elkülönítene a szüleimtől vagy a partneremtől.	1	2	3	4	5	6
50	Gyakran érzem, hogy a szüleim rajtam keresztül élnek – nincs saját, külön életem.	1	2	3	4	5	6
51	Azt hiszem, sok bajom származna abból, ha azt csinálnám, amit akarok.	1	2	3	4	5	6
52	Úgy érzem, nincs más választásom, mint hogy mások kérésére beadjam a derekam, különben valamilyen módon megtorolnák, vagy elutasítanának.	1	2	3	4	5	6
53	Kapcsolataimban hagyom, hogy a másik fél diktáljon.	1	2	3	4	5	6
54	Úgy érzem, hogy életem legfontosabb döntéseit nem én hoztam.	1	2	3	4	5	6
55	Nehezemre esik, hogy megköveteljem saját jogaim tiszteletben tartását, és érzelmeim figyelembe vételét.	1	2	3	4	5	6
56	Legtöbbször végül én vagyok az, aki gondoskodik a hozzám közel állókról.	1	2	3	4	5	6
57	Jó ember vagyok, mert másokkal többet törődöm, mint saját magammal.	1	2	3	4	5	6
58	Annyira lefoglal, hogy a szeretteimről gondoskodjak, hogy magamra alig marad időm.	1	2	3	4	5	6
59	Mindig is én voltam az, aki mindenki mást meghallgatott.	1	2	3	4	5	6
60	Más emberek úgy látják, hogy túl sok mindent teszek meg másokért, és túl keveset magamért.	1	2	3	4	5	6
61	Túlságosan zavarban vagyok, ha pozitív érzelmeimet ki kell fejeznem mások előtt (pl. szeretet, törődés kimutatása).	1	2	3	4	5	6
62	Szégyellem kifejezni az érzelmeimet mások előtt.	1	2	3	4	5	6
63	Nehezemre esik, hogy barátságos és spontán legyek.	1	2	3	4	5	6
64	Annyira uralkodom magamon, hogy az emberek azt hiszik, nincsenek érzelmeim.	1	2	3	4	5	6
65	Az emberek úgy látják, érzelmileg merev vagyok.	1	2	3	4	5	6
66	Muszáj, hogy mindenben, amit csinálok, a legjobb legyek, nem fogadom el a második helyet.	1	2	3	4	5	6
67	Próbálom a lehető legjobbat nyújtani, a „megfelelő” nem elég jó.	1	2	3	4	5	6
68	Minden feladatomat teljesíteni kell.	1	2	3	4	5	6
69	Úgy érzem, állandó nyomás alatt állok, hogy teljesítsek, és véghez vigyek dolgokat.	1	2	3	4	5	6
70	Nem engedhetem meg magamnak, hogy könnyelműen elnézzek magamnak dolgokat, vagy kifogásokat találjak a hibáimra.	1	2	3	4	5	6
71	Amikor akarok valamit másoktól, nagyon nehezemre esik elfogadni a visszautasítást.	1	2	3	4	5	6
72	Különleges ember vagyok, és nem kell elfogadnom a többi emberre vonatkozó korlátokat.	1	2	3	4	5	6
73	Utálom, ha korlátoznak, vagy visszatartanak attól, hogy azt csináljam, amit akarok.	1	2	3	4	5	6
74	Úgy érzem, nem kellene elvárni, hogy betartsam a normális szabályokat és azokat a megkötéseket, amelyeket mások betartanak.	1	2	3	4	5	6

75	Úgy érzem, amit én tudok nyújtani, az többet ér mások hozzájárulásánál.	1	2	3	4	5	6
76	Úgy tűnik, képtelen vagyok erőt venni magamon, hogy elvégezzek egy unalmas vagy rutinfeladatot.	1	2	3	4	5	6
77	Ha nem sikerül elérnem a célom, könnyen frusztrált leszek és feladom.	1	2	3	4	5	6
78	Nagyon nehezemre esik, hogy az azonnali kielégülést feláldozzam egy hosszú távú cél elérése érdekében.	1	2	3	4	5	6
79	Nem tudom magam arra kényszeríteni, hogy olyasmit csináljak, amit nem élvezek; még akkor sem, ha tudom, hogy ez a jól felfogott érdekem.	1	2	3	4	5	6
80	Ritkán tudtam betartani elhatározásaimat.	1	2	3	4	5	6
81	Azért, hogy jobban szeressenek, attól függően változtatok magamon, hogy éppen kivel vagyok.	1	2	3	4	5	6
82	Annyira figyelek arra, hogy elfogadtassam magam másokkal, hogy néha nem is tudom, ki vagyok.	1	2	3	4	5	6
83	Azt akarom, hogy szeressenek, még azok is, akiket nem kedvelek.	1	2	3	4	5	6
84	Önbecsülésem elsősorban azon múlik, hogy mások milyennek tartanak.	1	2	3	4	5	6
85	Sok dicséretre és bókra van szükségem, hogy értékesnek érezzem magam.	1	2	3	4	5	6
86	Többet foglalkozom az élet és a velem történt dolgok rossz oldalával, mint a jóval.	1	2	3	4	5	6
87	Még ha jól is mennek a dolgok, azt érzem, hogy ez csak átmeneti.	1	2	3	4	5	6
88	A hozzám közelálló aggodalmaskodónak tartanak.	1	2	3	4	5	6
89	Nem lehet az ember elég elővigyázatos; szinte mindig akad valami, ami rosszul sül el.	1	2	3	4	5	6
90	Ha valami jó történik, aggódok, hogy valószínűleg valami rossz fogja követni.	1	2	3	4	5	6
91	Ha hibázom, megérdemlem a büntetést.	1	2	3	4	5	6
92	Felidegesít, ha arra gondolok, hogy valaki túl könnyen megúszott valamit.	1	2	3	4	5	6
93	Még az után is neheztelek, hogy valaki bocsánatot kért.	1	2	3	4	5	6
94	Ha hibázom, nincs bocsánat.	1	2	3	4	5	6
95	Nem számít, miért követtem el a hibát, amikor valamit rosszul csinálok, meg kell fizetnem az árát.	1	2	3	4	5	6

12.6. Félig strukturált interjú vázlat

Milyen betegségben szenved/szenvedett egyik szülőd?

Melyik szülő volt az?

Hány éves voltál mikor diagnosztizálták?

Milyen kezelést kapott?

Milyen gyakran volt kórházban?

Hogyan változtatta meg a mindennapi életeteket a betegség?

Hogy emlékszel vissza édesanyád/édesapád betegségére?

Hogyan élted meg édesanyád/édesapád betegségét?

Hogyan hatott ez a te életedre, kapcsolataidra?

Ki mondta el, hogy édesanyád/édesapád beteg?

Milyen mértékben tájékoztattak a betegségről (miért alakul ki, milyen kezelést fog kapni, annak milyen mellékhatásai lesznek, mennyire az esély a túlélésre)?

Beszélgettél-e valakivel édesanyád/édesapád betegségéről, ha igen kivel?

Hogyan változtatta meg a betegség édesanyád/édesapád szülői szerepét? Hogyan változtatta meg kettőtök kapcsolatát?

Hogyan változtatta meg a betegség a családi viszonyokat, szerepeket?

Voltak-e más, támogató emberek akár a családon belül akár kívül?

Milyen volt a kapcsolatok az egészséges szülőddel?

Hogyan változtatta meg a betegség édesanyád/édesapád személyiségét?

Mit gondolsz milyen hatással volt rád édesanyád/apád betegsége (mind pozitív, mind negatív)?

Tartasz-e attól, hogy nálad is hasonló betegséget diagnosztizálnak?

Hogy viszonyult családod édesanyád/édesapád betegségéhez?

Mit vársz az élettől, hogyan látod a jövődet?

12.7. Félig strukturált interjú válaszok

„...én pedig egyre jobban és jobban felhangosítottam a zenét, amit hallgattam, mert nem akartam hallani ezt (Santana valamelyik száma volt), ő pedig berohant a szobámba, és kiabált velem, hogy hogy lehetek ilyen érzéketlen a saját anyámmal. Sok ehhez hasonló élményem volt, ami miatt nagyon-nagyon haragudtam rá, sokszor kívántam, hogy ölje meg magát, vagy legalább tűnjön el.”

„Bár próbáltam segíteni neki, nem igazán fogadta se az én, se mások jó szándékát. Mindent ő akart megoldani, de végül mindenbe belebukott. Azóta nagyon nagymértékben romlott a kapcsolatunk, előfordul, hogy hetekig nem beszélünk, de volt rosszabb periódus is, akkor hónapokig nem találkoztunk. Minden tanácsot kioktatásnak tekint, irritálják a vidám, motivált emberek, sajnálja önmagát és nem tud mit kezdeni a könnyed optimizmussal, ezért kisöpri az életéből. Mindenkire egyfajta nyomott, kiábrándult hangulatot próbál ráerőltetni, néha úgy látom, hogy elégedettség tölti el, ha mások is problémákkal küszködnek és ezt ki is mutatják, nagyon negatív a hozzáállása mindenhez és mindenkihez.”

„Már a tünetek megjelenésekor elhagyta magát, ingadozó volt a hangulata, kiegyensúlyozatlan volt, hisztériás rohamokat kapott. A tüneteket még jobban fokozta a feszült családi légkör, a problémák, de különösebb gondok nélkül is hasonló problémákkal küszködött. A barátokat, ismerősöket rendszerint megbántotta, elidegenítette, csapongott, nem találta sehol a helyét, semmiben az örömet. Mindig kellett valaki, aki támogatja, utat mutat neki, és kihúzza a mélységekből, amikbe saját magát taszította.”

„Mivel minket, gyerekeket mellőztek a betegség alatt és után is, ezért felnőttünk, de nem kaptunk olyan érzelmi támogatást és nevelést, amilyenre szükségünk lett volna. Ezért a problémás gyerekből csapnivaló egyetemista vált belőlem.

„Tehát ezek ilyen nagy öngyilkossági kísérletek voltak, gyógyszeres - de ilyen egyszer volt olyan neki, hogy bedobta a hajszárítót a fürdőkádba és ő meg bent ült a fürdőkádban de akkor lekapcsoltuk az áramot”

„Amúgy így nagyon kizártam ezt a részt, és volt olyan időszak, hogy bezárkóztam a szobába, és ő meg az övébe, és nagyon nem beszéltünk, és akkor én nagyon-nagyon rosszul voltam. Ez a: nagyon kiakarok menni hozzá, és segíteni akarok neki, és ott akarok lenni de így nem tudtam ezt megcsinálni. Tehát nagyon ilyen belső harcok dúltak.”

„Bezártam előtte. Mindig csak őt hallgattam, de ő meg ez a tipikusan energia vámpír személy, aki kihasználja, hogy a másik odafigyel. És olyan mintha a falnak beszéltem volna, de nem volt foganatja annak, amit mondtam. Különböző módszereket próbáltam vele: volt, hogy meghallgattam, kivártam, máskor ingerülten kiabálva vagy nem voltam

hajlandó beszélgetni a témáról. Mindent kipróbáltam, de semmi nem használt, szép lassan oda vezetett, hogy egyre kevesebbet jártam haza. De ha hazajáram, akkor meg én voltam a terapeutája, de magamról semmit nem meséltem neki.”

„Nagyon sokáig azt hittem, hogy véglegesen elrontottak engem: az akkori énem egyáltalán nem szerethető és soha nem fogják szeretni, merthogy nem voltam egyszerű és gondjaim voltak, mert nem tudtam beilleszkedni. És akkor úgy gondoltam, hogy tök jogosan utálnak.”

12.8. Beleegyezési nyilatkozat

Kedves Kérdőívkitöltő!

Rossu Renáta vagyok, a Pázmány Péter Katolikus Egyetem, végzős pszichológia szakos hallgatója. OTDK kutatásom elvégzéséhez szeretnék segítséget kérni.

Vizsgálatomban a szülők betegségének hatását vizsgálom a gyermekek személyiség fejlődésére nézve. A kérdőív kitöltése önkéntes és anonim, válaszaid kutatásomban csak összesített statisztikai formátumban fogom megjeleníteni.

Kérem, alul jelöld be, hogy beleegyezel-e a kutatásban való részvételbe, az interjú diktafonos rögzítésébe valamint, hogy kérdőíves válaszaidat összesített, statisztikai formátumban, az interjút szabadon felhasználjam!

Budapest, 2011.

Köszönettel:

Rossu Renáta

Beleegyezem

Nem egyezem bele

Budapest, 2011.....

.....
Aláírás

12.9. Táblázatok

Szorongás

	Átlag	Szórás
Mentális zavar	44,1	8,93
Daganatos	44,7	10,75
Kontroll	37,29*	9

* szignifikáns eltérés $p < 0,05$

Szubjektív jóllét

	Átlag	Szórás
Mentális zavar	121,71 *	19,23
Daganatos	125,8	19,44
Kontroll	136,05	14,61

* szignifikáns eltérés $p < 0,05$

Maladaptív sémák

	Kontroll		Daganatos		Mentális zavar	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Elszakítotttság és az elutasítotttság	43,48	8,84	67,15	24,3	66,48	16,79

Elhagyatottság-instabilitás	10,29	4,04	14,4	7,03	11,62	5,65
Érzelmi depriváció-érzelem- megvonás	6,38	1,96	13,05	5,63	11,71	6,24
Bizalmatlanság-abúzus	7,86	3,97	12,1	5,16	11,62	5,29
Csökkentértékűség-szégyen	5,67	1,28	7,75	4,23	7,76	2,96
Társas izoláció-elidegenedettség	6,71	1,93	11,1	5,89	14,9	5,86
Elutasítottság érzés	6,57	1,69	8,75	3,26	8,86	3,69
Károsodott autonómia és teljesítőkéesség	29,43	7,3	35,65	11,31	37,67	11,43
Dependencia-inkompetencia	6,67	2,31	8,4	2,96	8,57	3,11
Sérülékenység- veszélyeztetettség	6,76	2,43	10,25	5,13	9,95	4,5
Összegabalyodottság-éretlenség	8,14	2,99	9,15	4,46	9,05	3,71
Kudarca ítélttség	7,86	2,9	7,85	3,59	10,1	5,86
A határok károsodott volta	20,76	6,9	28,5	9,77	27,33	9,72
Feljogosítottság-grandiozítás	10,57	3,91	15,55	4,8	14,14	4,62
Elégtelen önkontroll- önfegyelem	10,19	4,29	12,95	6,48	13,19	5,89
Másokra irányultság	34,29	8,02	42,65	10,35	36,86	9,18
Behódolás	7,62	2,31	10,95	5,6	9,48	3,19
Önfeláldozás	15,62	4,92	16,35	5,01	14,71	4,7
Elismerés-hajszolás	11,05	4,55	15,35	4,23	12,67	4,94

Aggályosság és gátlás		39,67	9,9	59,25	18,3	54,76	14,74
	Negativizmus-pesszimizmus	7,24	2,12	14,05	6,15	13,67	4,99
	Érzelmi gátoltság	7,86	3,47	11,5	4,98	11	5,48
	Könyörtelen mércék- hiperkritikusság	14,1	5,17	19,75	8,17	17,14	5,19
	Büntető készenlét	10,48	3,67	13,95	4,62	12,95	4,82