

**A pszichoszociális háttér egészségügyi státuszra gyakorolt
hatásának felmérése**

**Asztmás és pánikbeteg fiatalok családreprezentációjának összehasonlító
vizsgálata**

Tartalomjegyzék

1. Elméleti bevezető	4
1.1. A társadalom alapsejtje: a család	6
1.2. A dinamikus rendszerszemlélet perspektívája	7
1.3. Pszichoszomatikus családok a társadalomban	9
1.4. Asztma és pánikbetegség	12
1.4.1. A légzés szimbolikája	13
1.4.2. Az asztma, mint klasszikus pszichoszomatikus kórkép	14
1.4.3. A pánikzavarban megjelenő szomatizációs effektus	16
1.5. A családstruktúra és –dinamika mérése	19
1.6. A vizsgálat célja és hipotéziseim	21
2. Módszerek	23
2.1. Résztvevők	23
2.2. Eszközök	23
2.3. Eljárás	24
2.4. A FAST teszt elemzésének lépései	26
2.4.1. Kvantitatív elemzés	26
2.4.2. Kvalitatív elemzés	27
2.4.3. A teszt eredményeinek értelmezése	27
3. Eredmények a(z al)rendszer(ek) szintjén	29
3.1. Kvantitatív elemzés	29
3.1.1. Kohézió	29
3.1.2. Hierarchia	30
3.1.3. Rugalmasság	31
3.1.4. Kapcsolati szerkezetek	32
3.2. Kvalitatív elemzés	35
3.2.1. A tesztfelvételt követő interjú	35
3.2.1.1. Tipikus családi helyzetek	36
3.2.1.2. Ideális családi helyzetek	36
3.2.1.3. Konfliktusos családi helyzetek	36
3.2.2. További minőségi paraméterek	37
3.2.2.1. A figurák elhelyezésének sorrendje	37
3.2.2.2. Változtatások a kirakásban	38

3.2.2.3.A figurák tekintetének iránya	38
3.2.2.4.A „háromszögelés” jelensége	39
3.2.2.5.Színválasztás és egyéni asszociációk	40
3.2.2.6.További kiegészítések a családreprezentációkhoz	42
4. Megvitatás	44
5. Hivatkozások	51
6. Mellékletek	56
6.1. A FAST teszt kiegészítő kérdései	56

1. Elméleti bevezető

A test és lélek kérdésköre az emberiség történetével egyidős, annak mibenlétét jellemzően az aktuálisan uralkodó filozófiai nézetek határozták meg (Csabai & Molnár, 2009). A XVII. század elején Descartes dualista megközelítése a fizikai test és a spirituális lélek független entitásokként történő értelmezésével olyan dichotómiát állított, ami nagyon sokáig uralta az emberek felfogását (Ranschburg, 2010). Az orvostudomány ilyen formán csak, mint szervhalmazra - tárgyasító magatartást képviselve - tekintett az egyén organikus állapotára, testi hogylétére (Onnis, 1993). A XX. század elején a klasszikus pszichoanalízis képviselte azon nézőpontot, mely a test megbetegedésének lehetséges okait kutatva a lélek szerepének jelentőségére mutatott rá (Ranschburg, 2010). Dunbar - a holisztikus szemléletet híveként – az első szerző volt, aki tudományos igénnyel publikált pszichoszomatikus betegségekről. Alexander - a másik mélylélektani megközelítésű szerző - pedig modelljében lineáris korrelációs feltételezett a negatív előjelű lelki- és testi szenvedés között. Az általa pszichoszomatikus kórképek közé sorolt betegségek később az ún. klasszikus hetes elnevezéssel váltak ismertté: peptikus fekély, asztma, reumatoid arthritis, colitis ulcerosa, esszenciális magas vérnyomás, neurodermatitis és thyreotoxicosis. Háttérükben maga olyan multikauzális okokat feltételezett, mint: (1) érzelmi sérülékenység (2) organikus vulnerabilitás (3) genetikai okok (3) és környezeti hatások (Bárdos, 2003; Csabai & Molnár, 2009).

Ezen fejlődési vonal mellett azonban – mint azt Bárdos (2003) kifejti – a bizonyos érzelmek által befolyásolt fiziológiai változások ld. túlműködés vagy összeütközés következtében létrejövő betegség-megközelítés is térhódító útjára indult a pszichofiziológiai irányzatokkal, illetve a különböző dinamikus perspektívák mindinkább a jelenségek komplex megközelítését kezdték hangsúlyozni. Utóbbi irányvonal az egyéni válaszminták szerepét emelte ki, melyek az elhárító mechanizmusok és szervrendszerek relációjában fellépő specifikáción keresztül nyilvánulnak meg. Ám a nézőpont képviselői a reaktívabb- vagy szenzitívebb szervi jelenlétén túl valamilyen megoldatlan érzelmi konfliktus jelenlétét is szükségesnek ítélték az abnormális- és patológiás állapot kialakulásához. Ezen felül úgy látták, hogy az egyén megküzdési potenciálja, az általa gyakorolható kontroll, valamint a szociális-interperszonális környezet (főként a korai kapcsolatok) is meghatározóak az egyén egészségi státuszának alakulását tekintve. Összességében tehát elmondható, hogy „a betegséget, diagnózist, viselkedést és terápiát csak komplex, rendszerszemléletű, szociális,

pszichológiai és élettani folyamatokat egységben szemlélő megközelítéssel lehet helyesen értelmezni” (Schwartz, 1983; idézi Bárdos, 2003, 179. oldal).

Engel az egységes szemléletű orvoslás léte mellett kiállva alkotta meg biopszichoszociális modelljét, melyben a szociális tényezők kiemelt szerephez jutottak. S noha maga egyaránt tanulmányozta a pszichoanalízis által leírt gondolatokat, az egyén élettörténete és a kötődési-, valamint fiziológiai hatások szemléletében hasonlóképp fontosnak tartott elemekként jelentek meg (Csabai & Molnár, 2009). „Az egészség eszerint a teljes jóllétet jelenti, egyéni- és környezeti vonatkozásban egyaránt – azaz homeosztázis, míg a betegség eszerint a homeosztázis megbomlása” (Bárdos, 2003, 180. oldal).

Mindannyian kapcsolatok hálójában létezünk – és optimális esetben - törekszünk életünk kiteljesítésére, melynek tekintetbe vétele nem nélkülözhető az egészségről (egészségről) való gondolkodásunkhoz, avagy a pszichoszomatikus betegségek, illetve a testnyelv, vagyis a tünetek megértéséhez (Onnis, 1993). Amennyiben tehát egy adott személyt magát, illetve működését a maga teljességében kívánjuk megragadni, úgy őt ezen rendszerszemlélet segítségével, bonyolult, kontextuális relációban kell vizsgáljuk (Onnis, 1993; Bárdos, 2003; Mentzos, 2003).

Az egyén fő pszichoszociális környezete pedig jellemző módon a család (Onnis, 1993). De mi van akkor, ha az egyén ezen legalapvetőbb kapcsolati rendszere, melybe beleszületik, s amiben fejlődik és él, diszfunkcionális működést mutat, illetve – annak rendszerszemléletű megközelítését alapul véve - milyen hatások lehetnek döntő befolyással a pszichoszomatikus kórképek létrejöttére vonatkozóan? Dolgozatomban ezen kérdésekre keresem a választ olyan két – a környezettel való kapcsolat nehezítettségét mutató – pszichoszomatikus kórképpel összefüggésben, mint az asztma és a – sok esetben asztmatikus előzménnyel bíró - pánikbetegség.

1.1. A társadalom alapsejtje: a család

A család a társadalom tagjainak biológiai- és szocializációs téren is alapvető, reprodukív egysége, mely a körülvevő változásokra rezonálva a kultúra mediátoraként és a társadalmi stabilitás fenntartójaként áll (Buda, 1994).

A tagok – interakcióik révén - olyan sajátos belső dinamikát valósítanak meg a család rendszerén belül, amely – optimális esetben - mind a gyermek egyéniségének formálódása és szocializációja, mind pedig a benne élő felnőttek személyiségének stabilitása terén megfelelő közeget jelent az érintettek számára, a különböző pszichológiai – és magatartászavarok prevencióját ellátva (Vajda & Kósa, 2005).

A XXI. századra azonban az individuumok társadalmi integrációjának lehetőségei nagymértékben a családon kívülre helyeződtek, a családszerep változását vonva maga után. A házasságok normájának hanyatlása, az egyszülős családok arányának növekedése, a társadalmi szinten jelentkező életstratégia-változás és egyéni versengés a család mentálhigiénés védő szerepét nagymértékben gyengítették, a szociális adaptáció nehézségeit, értékvesztést, kétségbeesett identitáskeresést is okozva (Vajda & Kósa, 2005).

Hiszen miként is alakul az emberek egészségügyi állapota napjainkban, közelebbről pedig Magyarországon? Kopp (2008) a népesség idő előtti egészségromlásáról, a vezető morbiditási- és mortalitási tényezőkről és az „empowerment” vagy „agency” néven jegyzett és definiált, életeseményeink felett érzett kontroll jelentőségéről számol be. A hazai társadalomra jellemző depressziós tünetegyüttes (és krónikus stressz) hátterében olyan – szociális értelemben - súlyosan leszakadó, alacsony végzettséggel, csekély társas támogatással bíró, az élet értelmébe vetett hitében és értékrendjében sérült, belső célt veszített, egészségügyi státuszára nézve magas kockázatú magatartást mutató (dohányzás, kóros alkoholfogyasztás) társadalom képét festi elénk, amely súlyosabb életeseményeivel és veszteségeivel megbirkózni csupán kis mértékben képes. A felgyorsult életmód, a média világa és az ún. civilizációs betegségek mellett mind magasabb az ismeretlen eredetű szomatizációs problémával élők száma, illetve a pszichoszociális problémák két vezető haláloki tényezőre (szív- és érrendszeri-, valamint daganatos megbetegedések) gyakorolt hatását is számos vizsgálat igazolta (Balogh & Purebl, 2008; Dégi, 2008).

Az emberek rendszerint valamiféle belső motiváció, cél által hajtva igyekeznek előbbre jutni életük során. Ha pedig azt tapasztalják, hogy ennek megvalósítása akadályokba ütközik, illetve realitását veszti, úgy nyugtalanságot, szorongást és depressziót éreznek. A

betegség tehát ilyen formán ezen maladaptív érzések manifesztációjaként jelentkezhet a személynél (Scheier & Bridges, 1985).

A következő alfejezetet az egyén biopszichoszociális helyzetét és -működését befolyásoló, számára kontextuális tényezőként álló azon rendszer(ek) áttekintésének szenteltem, melyek – direkt vagy indirekt formában - a család és egészségügyi státusz összefüggéseire világítanak rá, a dinamikus rendszerszemléletű megközelítés perspektívájából tárgyalva a témát.

1.2. A dinamikus rendszerszemlélet perspektívája

Mi emberek társas lények vagyunk (Aronson, 2008), akik kapcsolatok hálójában létezünk és éljük mindennapjainkat, vagyis működésünk vizsgálatával összefüggésben nem nélkülözhető a pszichoszociális- és kontextuális hatások figyelembe vétele (Onnis, 1993). Noha hosszú időn keresztül az egyénre, mint független létezőre orientált a tudomány és lineáris folyamatmodellekkel próbálta értelmezni annak működését, az elmúlt évtizedekben az egyén környezetével való interakciója, a közösségben végbemenő folyamatok és kulturális közeg jelentőségére mind erőteljesebb hangsúlyt fektető, s a komplex folyamatok tanulmányozásához és megértéséhez korszerű szemléleti keretet biztosító dinamikus rendszerszemlélet népszerűsége is megnövekedett. Ezen felfogás szerint az organizmus és annak környezete egymással közös rendszert alkotnak, s az élőlény belső állapotai a szituáció dinamikájából eredeztethetőek (Szokolszky, 1998). A rendszert alkotó individuumok egymásra hatást gyakorolnak, s azoknak, mint részeknek a változása, a beágyazó szervezeti struktúra egészére is befolyással van (Dallos & Procter, 2001; Bárdos, 2003).

A rendszerszemléletű gondolkodás a családban zajló rövidtávú- (pl. diádikus interakciók) és hosszú távú folyamatok (pl. interakciós mintázatok több éven áthidaló változásai) terén is jól alkalmazható szemléleti keret (Geert & Lichtwarck-Aschoff, 2005), melynek terápiás vonatkozásai is vannak (Minuchin, Rosman, & Baker, 1995; Bárdos, 2003).

De milyen alapvetésekkel is dolgozik a család rendszerszemléletű megközelítése? Minuchin (1985) elsőként azt emeli ki, hogy bármely rendszer szervezett egészként kezelendő, melynek tagjai kölcsönös függésben vannak egymással. A kontextuális hatások éppen úgy egymásba ágyazódnak, miként az orosz matrjoska babák összecsúsztathatóak. Az egyéni viselkedésformák jelentéstartalma tehát a családban alakuló kapcsolati mintázatok feltárása révén válhat számunkra igazán megérthetővé. Továbbá ezen társas rendszer

mintázatai inkább cirkulárisnak, mintsem lineárisnak tekinthetők. A rendszer homeosztatikus tulajdonsága a kapcsolati mintázatok stabilitásának fenntartását támogatja, amely egyfelől a családi működésekre való rálátás záloga, másfelől pedig – emergens módon – a család változó körülményekhez történő adaptációjának szolgálatában áll.

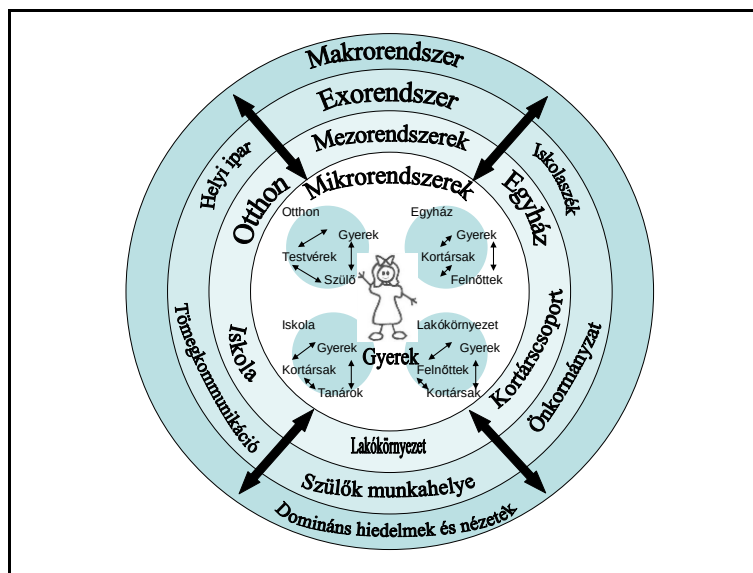
A nyitott rendszereknek sajátja a fejlődés és a változás. Az egyensúlyából kibillent szisztéma mielőbb törekszik az újraszerveződésre, illetve olyan korszerűbb mintázatok kialakítására, melyek a megváltozott környezethez való alkalmazkodást segítik. Noha a családok mindenkor elkerülni igyekeznek ezen átmeneteket, azok a családi életciklus elkerülhetetlen velejárói (Minuchin, 1985).

Az egyéni életciklusok és a család fejlődésének szakaszai azonban igen összetett módon keresztezik egymás útját. A komplex rendszerek ugyanis alrendszerekből épülnek fel. Valójában minden családtag egy-egy ilyen alrendszer, noha inkább szokás a családterápiás szakemberek részéről házastársi-, szülői-, szülő-gyermek, testvéri-, férfi-/női-, nagyszülői-, unokákhoz kapcsolódó- és egyéb alrendszereket differenciálni. Ezen nagyobb rendszeren belüli alrendszereket egymástól határok választják el, s a közöttük létesített interakciók implicit szabályok és minták által vezéreltek. Ám míg a jól működő családok esetében ezen kimondatlan elvárások az idők során a családciklusokkal és külső tényezők okán bizonyos változásokon mennek keresztül, addig a diszfunkcionális családokra az alrendszerek közti határok bizonytalansága, a dinamikus átalakulásra való képesség deficitje, illetve a konfliktuskezelés problematikája és a gyermek(ek) túlvédelmezése jellemzőek. Utóbbi esetben a szülői nézeteltérések megoldása az alrendszerek szintjén ellehetetlenedik, mellyel összefüggésben a gyermekek könnyen mediátori- vagy bűnbak szerepbe kerülhetnek (Sargent, 1983; Minuchin, 1985).

Az eddigi kutatások, melyek a családdal, mint rendszerrel foglalkoztak, fokozott figyelmet tulajdonítottak az azon belül végbement jelentésváltozásoknak és ennek a csalárendszer tulajdonságait érzékeltető átmenetekkel és változásaival fennálló viszonyának (Geert & Lichtwarck-Aschoff, 2005), továbbá a gyermek szociokulturális kontextusba ágyazott érzelmi fejlődése – mint önszerveződő dinamikus folyamat - is több kutatásnak képezte tárgyát (Fogel et al., 1992).

Mindezekkel összefüggésben Bronfenbrenner modellje négy rendszerszintet differenciál a jelen tanulmány centrumába helyezett gyermekre, avagy fiatalra befolyást gyakorló hatótényezőket illetően: (1) makrokörnyezet (2) exorendszerek (3) mezorendszerek (4) mikrorendszerek. De mit is takarnak ezek a fogalmak? A makrorendszer az egyént befogadó kulturális közeg által mediált domináns hiedelmek és nézetek összességét kínálja

számunkra, míg az ebben foglalt exorendszerek a személy hétköznapijait meghatározó, fejlődését közvetett formában irányító interakciókat internalizálják. A mezorendszerek a személy olyan közösségi kapcsolati hálójának egymással – normál esetben – kompatibilis elvárásait vonják hatókörükbe, melyek az adaptáció támogatására szolgálnak, míg a mikrorendszerek pszichológiai szintjén, prioriter formában, a gyermek családi- és lakókörnyezetét, iskolai kapcsolatait és fenntartott kortárs kapcsolatait találjuk (1. ábra).



1. ábra: Bronfenbrenner ökológiai modellje (Solymosi, 2004, 40. oldal)

Mindezek értelmében tehát a család olyan szocializációs háttérként tűnik elénk, melynek prioriter- és szekunder mechanizmusai – az internalizált valóságon keresztül – az azonosulás bázisát, majd vonatkoztatási keretét nyújtják az egyén számára, meghatározva ezzel az adott személy társadalomban elfoglalt helyét, potenciálisan elfoglalt szerepeit, viszonyítási kereteit és általános szociokulturális mintázatát (Solymosi, 2004).

1.3. Pszichoszomatikus családok a társadalomban

„A tünet.. beszél, közöl: kifejez egyfajta szimbolikus értelmet.. magába egyesíti, összeszedi, összefoglalja kommunikációs és kapcsolati környezete, jellemzői és szabályai kommunikációs értelmét” (Onnis, 1993, 10. oldal). A szimptomák (tünetek), illetve szindróma (tünetegyüttes) kialakulásának hátterében – főként gyermekkorban – a család szerepe jelentős (Bárdos, 2003). Az intra- és interperszonális folyamatok egyaránt manifesztálódhatnak a szimbolikus- vagy metaforikus jelentésre szert tett, csupán a test révén kifejezhető „szavak”, vagyis tünetek révén (Onnis, 2008; Csabai & Molnár, 2009).

A gyermek betegsége sok esetben nem egyszerűen a tünetok megjelenése, de mintegy megoldás is valamilyen struktúrán belüli problémára ld. elvonja a figyelmet a valódi gondokról. Ezáltal azonban – mivel tüneteinek fenntartásáért cserébe a gyermek pl. fokozott gondoskodásban részesül (elsődleges betegségelöny) – a család diszfunkcionális működése megerősítést nyer, vagyis többirányú kondicionálás történik a rendszerben (Bárdos, 2003).

Az elmúlt években nagy fejlődés következett be a családon belüli interakciók és több pszichoszomatikus megbetegedés (gyermekkori cukorbetegség, asztma és anorexia nervosa) közti kapcsolat megértésének vonatkozásában (Haggerty, 1983). Wood (1993) ehhez többszintű, a biológiai-, pszichológiai- és társas folyamatokat egyaránt magába foglaló, heurisztikus rendszermodellt ajánl, amelyben mind a család- (interpersonal responsivity), mind pedig az egyén szintjén (biobehavioral reactivity) megjelenő válaszkészség és azok egymásra gyakorolt hatása megjelennek.

A tapasztalatok azt mutatják, hogy a tüneteikkel orvoshoz forduló személyek mintegy harmada érzelmi tényezőkből fakadó zavarral küzd, melyek az organikus működésekre is kihatással vannak. A pszichoszomatikus zavarok típusai a következők: (1) konverziós tünetek, melyekben „a neurotikus konfliktus másodlagosan szomatikus válaszban fejeződik ki” és az egyénnél jelentkező tünet szimbolikus jelentéssel bír (Luban-Plozza, Pöldinger, & Kröger, 1994, 28. oldal) (2) funkcionális szindrómák, melyek esetén a tünetek sajátos jelentéssel nem rendelkeznek, viszont diffúz problémák mutatkoznak (3) szűkebb értelemben vett pszichoszomatikus betegségek vagy pszichoszomatózisok, melyek bázisát a konfliktusra adott elsődleges testi válaszok képezik, organikus deformitást is okozva. Ezen utóbb csoportba tartozik az ún. klasszikus, pszichoszomatikus hét szent betegség: asthma bronchiale, colitis ulcerosa, hypertonia essentialis, neurodermatitis, rheumatoid arthritis, ulcus duodeni és anorexia nervosa (Luban-Plozza, Pöldinger, & Kröger, 1994).

De milyen kutatások is zajlottak a témában, immár a jelen dolgozat fókuszába helyezett asztmával és pánikzavarral összefüggésben, mely utóbbi szorongásos zavart a két betegség egymással való komorbiditása, illetve tünetváltást mutató jellege okán látjuk – a tudomány terén eddig zajlott vizsgálatok nyomán – újszerű módon paralel formán tekinthetőnek a kilégzés zavarát mutató asztmával? Lange és munkatársainak (2011) vizsgálata anyai- és apai vonatkozású pszichoszociális faktorok asztmatikus megbetegedésre való hatását tárta fel kisgyermekeknél: az anyai depressziós tünetek az asztma diagnózisával és a hospitalizációval, az apai depresszió pedig utóbbival és a szájon át történő szteroidok használatával mutattak együttjárást. Williams (2006) asztmás gyermekeknél fokozott függőség-függetlenség konfliktust talált az intenzív anya-gyermek kapcsolatban és a

fenyegető szétválasztást illetően alapvető szorongást mutatott ki, mely tényezők együttállását asztma-specifikusnak ítélte.

Tapasztalataink nyomán – és a rendszerszemlélet értelmében – azonban a gyermek betegsége a családtagokra is visszahat, mely tényezők kutatását Staudenmayer (1981) vállalta fel. Szülői kérdőíves módszere a következő jelentős változók szerepére világított rá: érzelmi distressz, interferencia, manipuláció, túlvédés és családi kommunikáció. Összességében úgy találta, hogy a betegség kimenetele nagymértékben függ a szülők és gyermekek részéről mutatott és másik fél által érzékelt- és perceptualizált információktól.

Smith és Nicholson (2001) - a nehézlégzési panaszokkal arányosan – asztmás felnőttek körében a negatív életeseményeknek magasabb-, a szociális támogatásnak pedig alacsonyabb szintjét mutatták ki. Kolbe, Fergusson, Vamos és Garrett (2002) pedig a különböző pszichológiai zavarok nagyobb arányú előfordulását találták ezen populációban, illetve a betegség akut formájához képest annak krónikus megjelenésének hátterében - a betegség létrejöttében meghatározó pszichés faktorok közül - magasabb szorongásszintet és depressziós tüneteket dokumentáltak mind a teljes életút, mind pedig bizonyos életesemények vonatkozásában.

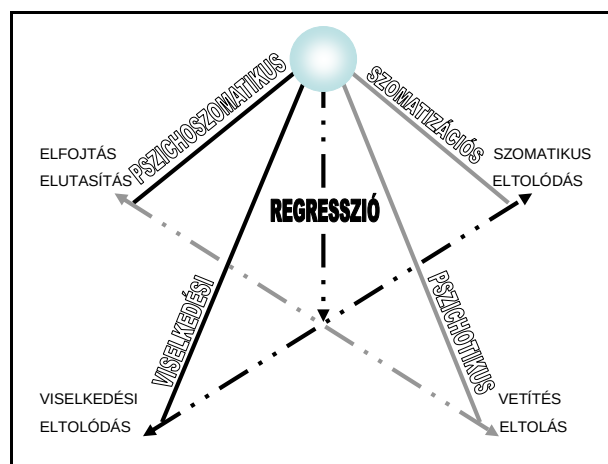
Rogerson (1943) – mintegy hét évtizeddel ezelőtt írt tanulmányában - egyenesen asztmatikus személyiségről számolt be, mely a következő speciális jellemzőkkel bír: (1) átlagon felüli intelligencia (2) ingerlékenység és agresszivitás, valamint gyors reakciókészség (3) ideges, bizonytalan alkat. Ennek eredményeképpen pedig az ilyen fiatal – első látásra - gyakran visszafogottnak, alázatosnak tűnhet, noha mindez leginkább a légvételnél manifesztálódik, miközben az egyén valójában agresszív és hatalmaskodó volna. Teiramaa (1979) az introverzió - mint családi halmozódás hiányában is – figyelemreméltó, prediktív tényező szerepét hangsúlyozza. Deshmukh, Toelle, Usherwood, Grady és Jenkins (2007) az asztmatikus panaszokkal küzdő személyek körében – a normál populációhoz képest – a szorongásos- és pánikzavar, valamint pánikrohamok magasabb szintű előfordulását tárták fel, miként vizsgálati személyeiknél a szorongásértékek asztmával és pánikzavarral való komorbiditása is szignifikánsnak mutatkozott. Korostiy és Kozhyna (2012) vizsgálatai – az asztma – pánikzavaron túl – agorafóbiával és szociális fóbiával való szignifikánsan gyakoribb együttes előfordulását igazolták magas vérnyomással is küzdő betegcsoportnál, sok esetben generalizált szorongással társulva. Powers és Westen (2009) pánikbetegek személyiségére vonatkozó munkájukban az alábbi 4 alcsoportot különítették el: (1) magasan funkcionáló (2) érzelmileg szabályozatlan (3) gátolt/ elkerülő (4) szomatizáló egyének. Katon (1984) retrospektív tanulmánya pedig pánikzavarral küzdő személyek 89%-a esetében számol be 1

vagy 2 szomatizációs problémáról, mely(ek) téves diagnózishoz vezetett/ vezettek ld. kardiális- (mellkasi fájdalom, tachikardia, szívritmuszavar), gyomor-bélrendszeri- (különösen gyomortáji distressz) és neurológiai tünetek (fejfájás, szédülés/vertigo, ájulás , paresztéziák). A két nehézlégzéssel járó kórkép esetében tehát nagyszámú kutatás foglalkozott a pszichoszociális háttér és személyiségjegyek kórképekkel való együttes előfordulásával, ám ezekben - a magas komorbiditás ellenére – az asztmás és pánikzavarral küzdő személyek családstruktúráinak összehasonlító vizsgálatára ez idáig nem került sor. Tanulmányom így ezen hiányosság pótlására vállalkozik.

1.4. Asztma és pánikbetegség

Az asztma és pánikzavar is olyan légzési nehézséggel járó kórképek, melyeknél – a szeparációs szorongással összefüggésben - szén-dioxid-érzékenységet találunk. „A gyermekkori asztma és egyéb fulladásos élményekkel járó betegségek felnőttkorban valószínűbbé teszik a pánik kialakulását.. az asztmások közt 6,5-24%-os gyakorisággal mozog a pánik” (Szendi, 2009, 71. oldal). Ám hogyan is függ össze egymással ez a két kórkép?

Bárdos (2003) az egyén megküzdési stílusának komoly jelentőséget tulajdonít a betegségképződésben. Míg a szomatizáció alatt tudatos, ún. a beteg aktív közreműködése révén létrehozott rendellenességet ért, melyben a konverzió az egyén megkönnyebbülését szolgálja, addig a megoldatlan konfliktusok eredményeként létrejövő pszichoszomatikus tünetek háttérében tudattalan, a feszültség csökkentését nem támogató tényezőket feltételez. Utóbbira vonatkozóan a szerző Bahnson kétdimenziós modelljének továbbfejlesztett változatában, immár négy dimenzió és két sík mentén gondolja el a folyamatot (2. ábra).



2. ábra: Bárdos-féle négydimenziós megküzdés-modell (Bárdos, 2003, 197. oldal)

A pszichoszomatikus és a pszichotikus zavarok tehát a belső-, míg a szomatizációs- és viselkedési problémák a külső irányultság síkján foglalnak helyet. Míg előbbiek mediátoraiként elsősorban az élettani mechanizmusok, addig utóbbiak vonatkozásában a szomatikus mechanizmusok és szándékosság nevezhetőek meg. A kiindulóponttól ld. fent a regresszió mind mélyebb, miként nevezett dimenzióktól távolodva a megküzdés válik egyre szélsőségesebbé. Továbbá a vertikális tengelytől két oldalra eső kórképek egymás komplementereiként, mintegy párba is rendezhetőek (Bárdos, 2003).

Az asztma és a pánikzavar esetén is jelentős tényezőként áll a stressz, ám míg előbbi tisztán pszichoszomatikus betegség, úgy utóbbi „a pszichoszomatikus és szomatizációs betegségek határán” foglal helyet (Bárdos, 2003, 257. oldal). S noha a biológiai-fizikai tünetek itt fokozhatják ld. önrontó kör a beteg tüneteit – ezzel az állapot súlyosságát növelve-, a fiziológiásan jelentkező például hiperventilláció és verejtékezés a menekülési-támadási reakció részeként mutatkoznak (Kopp & Skrabski, 1995; Bárdos, 2003).

Mindezek nyomán pedig elmondható, hogy míg az asztma inkább befelé irányuló kórkép, addig a pánikzavarban a kifelé irányultság is megjelenik. Tehát, ha a pánikzavar megjelenését nagyszámban megelőző asztmatikus előzményeket vesszük alapul, úgy az egyén megküzdése a korábbi teljes elutasításból vagy elfojtásból immár a projekció vagy az érzelmi eltolódás felé mutat, a coping technika immár ellentétes iránya felé elmozdulva. Bárdos (2003) pedig pont ezen szélsőségek mentén írja le a betegségek kialakulását. Ám milyen környezetnek szánt üzenete is van ezen két betegségnek? A következő alfejezetet ennek bemutatására szánom.

1.4.1. A légzés szimbolikája

Légzés – lélek – szellem, lélegezni annyi tesz, mint élni. Az első légvétel a posztnatális élet kezdetét jelenti. Míg korábban az anyától függött a magzat, immár tőle elkülönülten képes lélegezni, létezni. Tüdőnk normál légzés funkciója, mely a környezettel való gázcserét biztosítja, ilyenformán az azzal fenntartott jó szociális- és szellemi kapcsolat jelképe (Chiozza, Baldino, Funosas, & Obstfeld, 1998).

Chiozza és munkatársai (1998) az egyén környezetével való nehezített kapcsolatának eszerint két lehetséges útjáról számolnak be. Ezek egyike, mely döntően a belégzéshez kapcsolódik, két formában mutatkozhat meg: (1) azon érzésben, hogy az egyént a társas

környezet elhanyagolja vagy kizárja, ami a hiányzó levegő által szimbolizált, s melyet a személy elutasításként, légszomjként él meg (dis-air) (2) a szükséges támogatás és ingerek deficitje, ami képtelenné teszi a személyt a légvételre. Ilyenformán a „meghiúsult lehelet” valamiféle sóhajként áll, mintegy az érzelmek kifejezőjeként. Az egyén ezen frusztrált állapotát pedig tudattalan formán, helytelen értelemmel (étel- és oxigénhiány) ruházza fel, amire filogenetikusan a megfelelő motoros válasz indukcióját hozza létre, mely azonban az adott helyzetben nem minősül adekvátnak. Ez pedig a perinatális fázis szimbolikus reprezentánsa, ami annak mindenható fantáziáját érzékelteti, hogy ne függenék a bennünket körülvevő környezettel folytatott interakcióktól. A jelenség bizonyos körülmények között projekciónak minősül (Chiozza et al., 1998).

A nehézlégzés krízisében tehát egyfelől a védelem iránti igény, másfelől az anyával kapcsolatos túlzott függőségi viszony elutasítása fejeződik ki. Hiszen az asztmás rohamban éppen úgy manifesztálódik a szeparációval szemben mutatott tiltakozás és az önálló oxigénhez jutás szükséglete, miként az anyával való függőségi kapcsolat helyreállítására való törekvés, melyre a figyelmet egy kisgyermek sírásával vagy sikolyával hívná fel. A pszichoanalitikus felfogás nárcisztikus, ambiciózus anyákról számol be az asztmával érintettek körében, akik a gyengéd érzelmek kifejezésére nem képesek, illetve az apa játssza a baba szerepét a gyermek életében (Chiozza et al., 1998).

Más megközelítésekben a gyermek nem kívánt születése, illetve magának a világra jövetelnek a megismétlése mutatkozik meg az asztmás rohamban. Hasonlóképpen a regresszióba süllyedt, mintegy születésének néhai mintázatát megismétlő gyermek képét is idézi az asztmatikus roham során jelentkező állapot. Ezen lehetséges tényezők pedig együttvéve a fiatal szorongásérzetének létrehozását és fenntartását indukálják a későbbiekben (Chiozza et al., 1998).

1.4.2. Az asztma, mint klasszikus pszichoszomatikus kórkép

Az immár népbetegségnek is nevezhető kilégzési zavar, az asthma bronchiale, nem egységes kórkép, eltérő pszichikus- és szomatikus tényezők végstádiumaként is emlegetik, melynek előfordulása férfiak körében gyakoribb (Magyar, Pálfi, & Bártfai, 2006). Az asthma bronchialenak két formáját differenciálhatjuk: (1) extrinsic/atopic (allergiás) (2) és intrinsic/topic (nem allergiás). A klinikusi tapasztalatok szerint a betegség összefüggést mutat

a bőr – mint test- és énhatár – különböző megbetegedéseivel (Luban-Plozza, Pöldinger, & Kröger, 1994).

A gyermekkori krónikus megbetegedések között az asthma bronchiale magas prevalenciával bír, azonban a háttérben álló és kimenetelét meghatározó fizikai- és pszichológiai faktorokról ez idáig kevés információ áll rendelkezésünkre (Ulrik, Backer, Dirksen, Pedersen, & Koch, 1995), bár azok jelenléte és interakciója egyaránt meghatározónak tűnnek a betegség (ki)alakulása szempontjából, illetve az extrinsic és intrinsic asztma patogenezise – Ulrik, Backer, Dirksen, Pedersen és Koch (1995) vizsgálata nyomán – eltérőek. De Boer (1965) az anyához fűződő ambivalens viszonyt és a gyermek felé megnyilvánuló domináns attitűdöt, Bräutigam (1969) az egyén – lélegzetével együtt - visszafojtott érzelmeit, Marty (1958) erőteljes identifikációs vágyat, Weizsäcker (1951) és Fuchs (1965) pedig az elfogadás problematikáját hangsúlyozzák, mint a betegség lehetséges eredőit.

Ezen személyek ösztönei és onnipotenciára való igénye kielégületlenek lehetnek (Pierloot & de Bleeker, 1972), anyjuk pedig elutasítja vagy éppen túlvédelmezi őket, illetve ambivalens magatartást, avagy ambivalens érzelmeket tanúsít irányukba (Rees, 1956; Wahlström et al., 2001). Parker és Lipscombe (1979) azonban az asztmás gyermek túlvédését inkább tekintik a szülők szorongása nyomán fellépett, adaptív válasznak, amely a gyermek krónikus, váratlanul jelentkező betegsége okán mutatkozik.

Az asthma bronchiale sajátosságának tűnik kondicionálhatósága is ld. ilyenkor az asztmás roham – melyet többen az elfojtott sírás megfelelőjeként tartanak számon - már egy művirág látványára is bekövetkezhet (Luban-Plozza, Pöldinger, & Kröger, 1994). A betegség létrejöttében több sejt(produktum) vesz részt. De mi a helyzet a beavatkozási-, illetve kezelési lehetőséggel? „A betegség meggyógyítására nincsenek eszközeink” (Magyar, Pálffy, & Bártfai, 2006, 247. oldal).

A betegség epidemiológiáját tekintve az ún. allergiás menetelés elmélete a következő három fázis egymást követő/váltó/párhuzamos jelenlétét mutatja: (1) néhány hetes korban: ételallergia (atópiás dermatitis) (2) három év felett: légúti allergia (asthma) (3) az 5-6 évesen kimutatható inhalatív allergia (Magyar et al., 2006).

Ammon, Schibalski-Ammon, Herold és Finke (2004) holisztikus szemléletű teóriája – a rendszerszemlélettel összefüggésben - a test (szoma) és a lélek (psziché) egymástól elválaszthatatlan egységét hangsúlyozzák, mely az egyén körülvevő csoportokba, társadalomba, kultúrába, vallásba és természetbe ágyazott létezését hangsúlyozza. S noha maga a bőr, mint érzékszervünk, s így kommunikációs csatornánk, különböző elváltozásai

kapcsán, mint az ego és nem-ego közti határ, illetve a belső és külső formák közötti átmenet nehezítettségét ragadják meg a probléma háttérében, a ki- és belégzés relációjában hasonló jelenséggel állunk szemben. A fizikai kiváltó okok mellett tehát „feltétlenül gondolni kell a riasztóan emelkedő asthma bronchiale esetek pszichoszomatikus vonatkozására is” (Kopp & Berghammer, 2009, 197. oldal).

1.4.3. A pánikzavarban megjelenő szomatizációs effektus

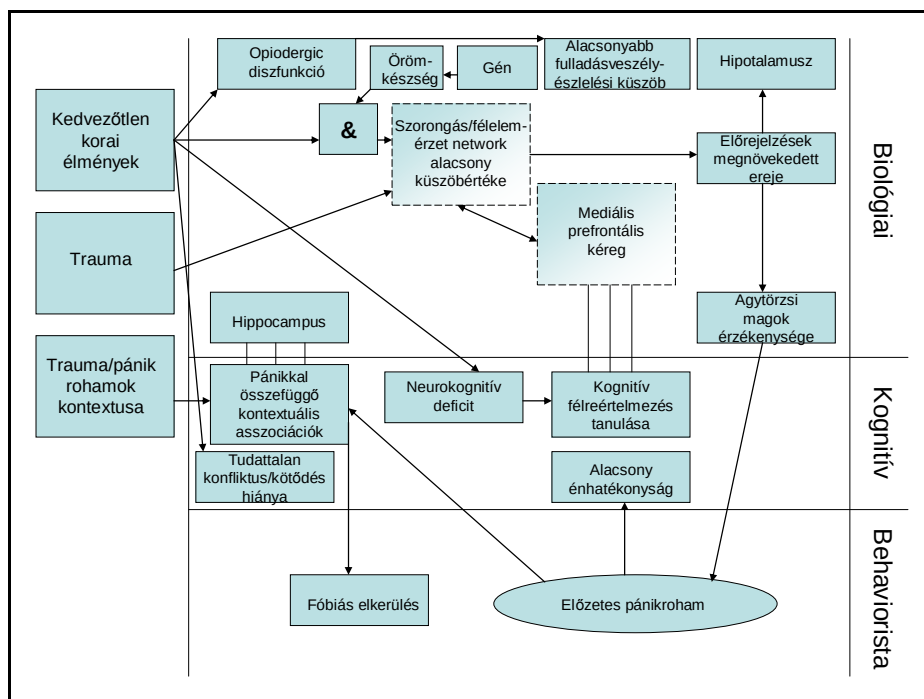
A pánikbetegség számos jelentős kutatás és vita tárgyát képezte az elmúlt években, s noha ezekben a biológiai megközelítések túlsúlya volt jellemző, a pszichológiai elméletek a kondicionálásra, a személyiségre és a kognitív folyamatokra is mind nagyobb figyelmet fordítottak (McNally, 1990). Ám milyen ismeretekkel is bírunk a zavart illetően?

A serdülőkor második felében, illetve a harmincas évek elején jelentkező, világátlagot tekintve 2-5%-os prevalenciájú pánikzavar esetén központi szereppel bír a szorongás, mely mintegy 10 perc alatt attackbe torkollva szörnyű rettegés közepette keríti hatalmába a beteget, aki ilyenkor kontrollt veszít viselkedése felett. A többségében női betegek „életüket a következő roham esetleges megjelenése köré szervezik” (Comer, 2005, 190. oldal). Az érintettek szemszögéből ez a következőképpen néz ki: „az történik, hogy érezzük, észleljük a válaszok okozta szomatikus változások rezonálását testünk belsejében, s ezek a változások valami érthetetlen neurovegetatív vihar képében jutnak el tudatunkig. Ez az esemény félelem, szorongás, pánik érzését kelti” (Della Seta, 2006, 35. oldal). Amikor a szorongásos zavarok összetorlódnak, s az egyén elveszíti a viselkedése feletti kontrollt és pánikrohamban tör ki (Comer, 2005).

Della Seta (2006) a folyamat sémáját a következőkben foglalja össze: (1) elgondolt veszély (2) agyunk automatikus válasza ld. a testnek adott utasítás a futásra/ küzdelemre (3) bennünk rekedt energia megküzdés hiányában, ami szomatikus tüneteket okoz (4) félelem – szorongás – pánik megélése (Della Seta, 2006).

„Úgy tűnik, a pánik valamiért erősebben összefügg a családi traumákkal.. a gyermekkori szeparációs élmények.. [és a] traumatikus elválások [pedig tovább] fokozzák az agy szén-dioxid-érzékenységet” (Szendi, 2009, 56-57. oldal) ezáltal növelve a felnőttkori pánikzavar kockázatát. A szorongás, testi tünetek és negatív gondolatok egymást erősítve súlyosbítják a létrejött állapotot, vagyis „a szorongás az értelemben gyökerezik” (Della Seta, 2006, 43. oldal).

Fava és Morton (2009) – az oksági modellezés semleges keretrendszerét alkalmazva – több olyan elméletet vetettek össze, melyek a pánikbetegség kauzális tényezőinek feltárására irányultak. Kialakított modelljük a kulcsfontosságú elemeket és azok interakcióját ábrázolva szemléletesen mutatja meg nekünk a zavar hátterében felmerülő problémákat, miközben a szerzők a biológiai kognitív- és behaviorista tényezők elhatárolására is gondot fordítanak (3. ábra).



3. ábra: Fava és Morton pánikzavarra vonatkozó oksági modellje

(Fava & Morton, 2009, 635. oldal)

Továbbá figyelemreméltó a tanulmányban felvetett azon gondolat is, miszerint a szakirodalom a biológiai-, illetve kognitív elméletekre vonatkozóan milyen lényegi különbségeket jegyez. Hiszen ez felveti a kérdést: a pánikzavarral küzdő betegek helyzetének megértéséhez vajon alcsoportokra történő bontásuk (alapvetően társult agorafóbia szerint) jelenthet-e hatékonyabb megoldást, avagy inkább a multifaktoriális tényezők szerepének fokozott súlya állhat ezen teoretikus differenciák hátterében? Mindenesetre Fava és Morton (2009) modellje igen jól érzékelteti, hogy pánikbetegségben külső- és belső tényezők egyaránt aktiválhatnak bizonyos elemeket, melyek mind annak kezdetét, mind pedig a kórkép lefolyását befolyásolják. Valójában pedig az adott eset és az annak során megnyilvánuló tünetek határozzák meg az optimális terápia irányát, illetve – a szerzők véleménye szerint- a pánikbetegséget inkább helyes valamiféle szindrómaként kezelni, mintsem önálló diagnosztikai kategóriaként tekinteni arra.

De miként is alakul a szomatizációs effektus pánikzavarban? Katon (1984) pánikbetegséggel diagnosztizált egyének retrospektív kutatásában az érintettek szomatikus panaszait tekintette. Az általa vizsgált 55 személy 89%-ánál ugyanis hónapokon, avagy éveken keresztül akár téves diagnózist állított fel a medicina, a betegeknél mutatkozó 1 vagy 2 szomatikus panasz nyomán. A leggyakrabban 3 szimptóma jelenlétére figyeltek fel az orvosok: (1) kardiális- (mellkasi fájdalom, tachikardia, rendszertelen szívverés) (2) gyomor-bélrendszeri- (különösen gyomortáji distressz) (3) és neurológiai (fejfájás, szédülés/ vertigo, syncope, paresztéziák) tünetek. A betegek 81%-a ezek kapcsán fájdalomkról is beszámolt. A leggyakoribb orvosi diagnózisok között a magas vérnyomás és gyomorfekély szerepeltek, míg a pszichiáterek leginkább depresszióval és alkoholizmussal társították a fennálló problémát. Katon, Vitaliano, Russo és Jones (1987) a pánikzavar súlyosságára vonatkozóan spektrumról beszéltek, melyen változó számú vegetatív tünet jelentkezhet. Furer, Walker, Chartier és Stein (1997) kutatásai pedig pánikzavarban 48%-ban igazoltak hipochondriát, valamint - kontroll csoporthoz képest - magasabb arányú szomatizációs tüneteket, betegségtől való félelmet és szociális fóbiát. Fava, Portelli, Rafanelli, Mangelli és Grandi (2010) szintén a szorongással összefüggést mutató problémák nagyobb mértékű előfordulását tárták fel pánikbetegségben.

Powers és Westen (2009) Q-rendezéssel a pánikbetegséggel küzdő egyéneket 4 alcsoportba sorolták: (1) magasan funkcionáló (2) érzelmileg szabályozatlan (3) gátolt/ elkerülő (4) és szomatizáló. A vizsgált, 96 fős mintán belül kialakított csoportok a DSM-diagnosztikai rendszerének I. és II. tengelye, vagyis a klinikai szindrómák (pl. major depressziós-, skizofrén epizód, pánikzavar) és (rendszerint élethosszig tartó, már gyermekkori indulású) személyiség-/intellektuális zavarok, adaptív működés és fejlődési-/ családtörténet terén eltérést mutattak.

Figyelmünket – az eddigiek tükrében - a továbbiakban azon mikrokörnyezeti rendszerre irányítjuk, melynek számos komponense, mint pszichoszociális faktor meghatározó lehet az individuális fejlődés során. Hiszen, miként láttuk, ezen hatóoki tényezők – a veleszületett érzékenység mellett – fokozott jelentőséggel bírnak az egyén későbbi egészségügyi státuszára és a világban való működésére egyaránt. A következő részben így a családi háttér és pánikzavar kapcsán eddig végzett kutatásokról kívánok egy rövid áttekintést nyújtani az olvasó számára.

1.5. A családstruktúra és –dinamika mérése

Az elmúlt 2-3 évtizedben – a lineáris kauzalitáson alapuló gondolkodásmódon túllépve - több rendszerszemléletű, teoretikus modell született a családi működés reprezentálására, illetve a házastársak- és családok kapcsolati viszonyainak diagnosztizálására, melyekben a személyek pszichés- és magatartásbeli jellemzőinek kölcsönös hatása fokozott hangsúlyt nyert (Minuchin et al., 1995; Olson & Gorall, 2003). S noha a biológiai, pszichológiai- és szociális tényezők azonos arányú jelentőségét többen is kiemelték, végül mégis leginkább ezek egyikére építve gondolták tovább a teoretikusok az adott modellt (Onnis, 1993). A különböző elméletekben három dimenzió fokozott szerephez jutott: (1) kohézió (2) flexibilitás (3) kommunikáció (Olson & Gorall, 2003). (1. táblázat).

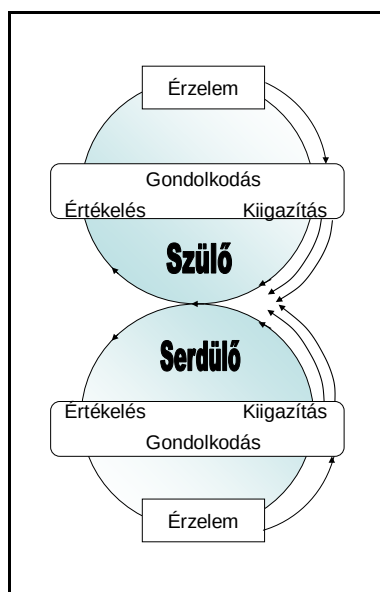
		Kohézió	Flexibilitás	Kommunikáció
1.	Beavers & Hampson (1990)	Stilisztikai dimenzió	Alkalmazkodóképesség	Befolyásolás
2.	Benjamin (1977)	Hovatartozás	Egymásrautaltság	
3.	Epstein & Bishop (1993)	Érzelmi bevonódás	Viselkedéskontroll, problémamegoldás	Kommunikáció, érzelmi válaszkészség
4.	Gottman (1994)	Érvényesítés	Ellentmondás	
5.	Kantor & Lehr (1975)	Befolyásolás	Erő	-
6.	Leary (1975)	Szeretet, ellenségeskedés	Dominancia, önérvényesítés	-
7.	Leff & Vaughn (1985)	Távolságtartás	Problémamegoldás	
8.	Parsons & Bales (1955)	Szerepkifejezés	Instrumentális szerep	-
9.	Reiss (1981)	Koordináció	Bezárkózás	-
10.	Walsh (1998)	Összekapcsolódás	Flexibilitás	Kommunikációs hitrendszerek

1. táblázat: Házastársak- és családok kapcsolati viszonyainak elméleti modelljei a kohézió, flexibilitás és kommunikáció dimenziók mentén elrendezve
(Olson & Gorall, 2003, 516. oldal)

A gyermek elsődleges szocializációs közegének, a családnak a gyermek biopszichoszociális fejlődésére gyakorolt hatása nagyszámú kutatásnak képezte tárgyát az elmúlt évtizedekben. Idővel számos – a családszerkezet és –dinamika feltárását szolgáló - eszköz került kialakításra és ellenőrzésre a csalárendszerben megjelenő problémák és azok összefüggéseinek mélyebb szintű megismerését célozva. Ezek egyúttal új utakat is nyitottak

mind a diagnosztikai-, mind pedig a terápiás munkában (pl. Bray, Williamson, & Malone, 1984; Gehring & Wyler, 1986; Dawson, 1991; Kenny & Donaldson, 1991; Carlson & Corcoran, 2001; Roskam, Stiévenart, Deschuyteneer, & Heenen-Wolff, 2010).

Az egyén fejlődése tehát nem valamiféle légüres térben, hanem alapvetően relációs folyamatokon keresztül megy végbe. Az ismétlődő visszacsatolási körök - főként a szülő és a gyermek (serdülő) érzelmi-gondolati működéseire vonatkozóan - szorosabb összekapcsolódást hoznak létre, minőségileg komplexebb konfigurációt létrehozva (3. ábra). Idővel a szülő-gyermek diád különféle relációs állapotok repertoárját fejleszti ki, melyek csupán az adott kontextusban ragadhatóak meg. Ezen egyedi kapcsolódási tér pedig számos lehetséges interakciós mintázat képviselőjére kínálhat módot, melyhez a valós időben történő diádikus önszerveződés - a szülő-gyermek rendszer fejlődéstörténetén keresztül - vezet (Granic, Dishion, & Hollenstein, 2003).



3. ábra: Szülő-serdülő interakció visszacsatolási hurok (Granic, Dishion, & Hollenstein, 2003, 71. oldal)

A leírt rendszer számára azonban fokozott kihívást jelent a gyermek serdülőkorba lépése. Ilyenkor ugyanis a fiatal számára a kortársak elfogadása és csodálata, a szerelmi kapcsolatokban való részvétel szükséglete éppen olyan nagy hangsúlyt nyernek, miként az, hogy a szülők és más tekintélyszemélyek elismerését és tiszteletét is kívívják. Granic, Dishion és Hollenstein (2003) azonban úgy vélik, hogy mindezen mikro- és makro célok – természetüket tekintve – interperszonális jellegűek és a megvalósításukra tett mindennapos törekvések sajátos affektív-kognitív struktúrákat hoznak létre, melyek éppen úgy tovább korlátozzák a fejlődési mintázatokat, miként a személyiség konszolidációját. A fiatal

egymással össze nem egyeztethető céljai gyakran érzelmi konfliktusokba torkollhatnak, melyek kimenetele terén a szülők komoly szereppel bírnak. Ezen helyzetben pedig a felek egymás céljaira vonatkozó percepciója támogató, avagy éppen gátat jelentő magatartást válthat ki a másiktól, annak alakulóban lévő megnyilvánulásait befolyásolva.

De miként is értelmezhetjük közelebbről ezen, a rendszerben végbemenő folyamatokat, s mi módon is ragadhatjuk meg ezen egyedi formán perceptualizált világot? A különböző vizsgálatok azt mutatják, hogy az állapot-reprezentációk térbeli ábrázolása vagy a feltételezett mögöttes folyamatok matematikai modellekkel való leírása szolgálhatják a leghatékonyabban ezt a célt (Geert & Lichtwarck-Aschoff, 2005). A pszichológia tudományának projektív technikái pedig ezzel sok esetben jól összeegyeztethetőek, hiszen azok egyfelől lehetőséget biztosíthatnak számunkra egy másik személy rejtett érzelmeinek, belső konfliktusainak megismeréséhez, másfelől pedig észlelési folyamataira is jó rálátást engednek.

1.6. A vizsgálat célja és hipotéziseim

Kutatásom célja a pszichoszociális tényezők egészségügyi státuszra gyakorolt hatásának vizsgálata. Ezzel összefüggésben egészséges-, asztmás- és pánikzavarral diagnosztizált, fiatal felnőtt korban lévő személyek körében végeztem családreprezentációs vizsgálatot Gehring (2010) Családstruktúra tesztjének (FAST) felhasználásával, mely eszköz – hazai szinten – csak nemrégiben került validálásra, illetve nemzetközi viszonylatban is behatároltabb területeken alkalmazott és ismeretesek vele összefüggésben eredmények. Továbbá asztmával és pánikzavarral élő fiatalok relációjában a korábbi kutatásokban még nem tekintették az ezen egymással komorbiditást mutató zavarok háttérében meghúzódó lehetséges közös vagy differenciáló tényezőket, avagy próbálták feltárni az összefüggéseket, melynek okán jelen kutatásom hiánypótló jellegű lehet, de legalább is újszerű az említett betegségek rendszerszemléletű egészség-megközelítésének és –értelmezésének perspektívájából.

A FAST elsősorban a családrendszer és annak alrendszerei (szülők, testvérek) kohézióját és hierarchiáját teszi megragadhatóvá, mely dimenziók kombinációjából az adott rendszerszint szerkezete (kiegyensúlyozott, labilis-kiegyensúlyozott és kiegyensúlyozatlan) differenciációja válik lehetségessé. A teszt továbbá az ábrázolásokat létrehozó vizsgálati személy gondolkodásáról és a családján belüli érzelmi kapcsolatok szubjektív percepciójáról

is hasznos információkat szolgáltat a vizsgálatvezető számára. Az eredmények kvantitatív- és kvalitatív elemzése pedig egy valóban széles spektrumú vizsgáló eljárást kínál részünkre.

Kutatási kérdéseim: mennyiben más a vizsgálatba vont egészséges-, asztmás- és pánikzavarral élő fiatalok családrendszerének és annak alrendszerének struktúrája? Milyen közös pontok és eltérések vannak a vizsgálni kívánt két betegcsoport családrendszerre, valamint szülői- és testvéri alrendszerre vonatkozó kapcsolati mintázataiban?

Hipotézisem szerint – a pszichoanalitikus felfogás tükrében a külvilággal való kapcsolat nehezítettségét kifejező – asztmával és pánikbetegséggel élő fiatalok családjukat kevésbé érzik egységesnek (azok kisebb kohézióval rendelkeznek) és az azon belüli kapcsolatokat is kevésbé összetartóként perceptuálják, illetve – ezzel összefüggésben – magukat izoláltabbnak, a családon belüli hierarchiában alacsonyabb szinten lévőknek érzik. Tehát az egészségeseknél várhatóan kiegyensúlyozottabb kapcsolati struktúrát találok a család és annak alrendszerei vonatkozásában, mint a betegcsoportok esetében. Ennek jelentősége pedig abban rejlik, hogy amennyiben a különben is magasabb szorongásértékekkel rendelkező egyének valamilyen stresszként felfogott ingerrel találkoznak, melynek feszültségét az egészséges ember inkább tudja környezete felé ventillálva és családtagjai támogatására (társas támogatási háló) számítva enyhíteni, addig a magukat magányosnak érző, énjükben és hatékonyságukban gyengébb státuszú fiatalok inkább válhatnak elszigeteltté. Ezen állapotból pedig számukra – mintegy segélykiáltásként – mutatkozhat a fulladásos tünet, illetve a pánikroham, mint valamiféle kitörésnek a metaforája az aktuális helyzetből.

2. Módszerek

2.1. Résztvevők

A kísérleti csoportokba 12 asztmával- (életkor: 19,5-28 év között, átlag: 21,625 SD: 2,2475; 1 férfi/ 11 nő) és 12 pánikzavarral – és asztmatikus előzménnyel - diagnosztizált fiatal került (életkor: 19,5-26 év között, átlag: 21,917 SD: 1,9521; 12 nő), akik jelenleg felsőoktatási intézmények hallgatói. A vizsgálatban történő beválogatás kritériumaként az orvosi diagnózis állt, s a végleges mintába csak azon fenti asztmás személyek kerülhettek be, akiknél az anamnézis során a betegség családi halmozódása nem igazolódott, miáltal a probléma kialakulására nézve a pszichoszociális faktorok hangsúlya inkább vélelmezhető.

A kontrollcsoportba 57 egészséges fiatal került (életkor: 17,5-29 év között, átlag: 21,474 SD: 1,6351; 3 férfi/ 54 nő). A vizsgálatba történő beválogatásnál szempontként az egészséges státusz állt.

A vizsgálati személyek megfelelő tájékoztatásban részesültek a tesztel összefüggésben, továbbá a kutatásban való részvételhez szükséges hozzájárulási nyilatkozatot valamennyien aláírták. A vizsgálat során egyetemünk és a képzésért felelős intézet által kiadott etikai szabályok szerint jártam el.

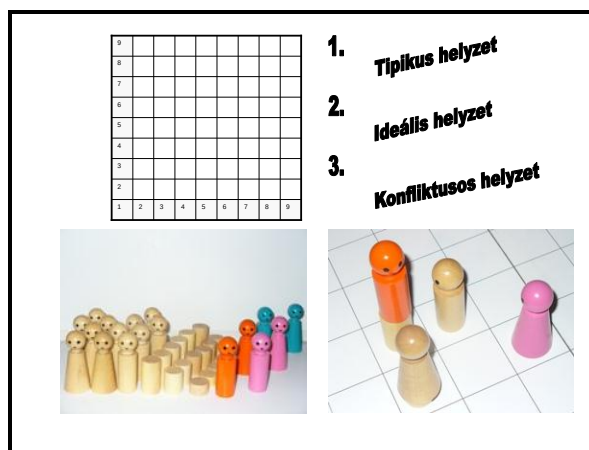
2.2 Eszközök

Kutatásomban a Családstruktúra Tesztet (Family System Test, FAST) használtam. A mind egészséges-, mind pedig klinikai személyekkel gyorsan felvehető és sokoldalú teszt a családi dinamika olyan kulcsfogalmainak kvalitatív- és kvantitatív feltárását is lehetővé teszi, mint a vizsgált mikrokörnyezetben tapasztalható kohézió és hierarchikus viszonyok (Gehring, 2010). A más alakok elhelyezésének technikáját alkalmazó teszt kiértékelését, valamint az individuális- és kollektív reprezentációk összehasonlítását a család több szintjén is elvégezhetjük, miáltal a családi dinamika komplexebb képe rajzolódik ki előttünk (Rigazio-DiGilio, 2003).

Annak érdekében, hogy a családok struktúrája valóban jól megítélhető lehessen, éppen úgy tekintetbe kell venni az egyént, miként annak interakcióit. Ezen észleletek pedig az egymással folytatott kölcsönös relációban folyamatosan változnak, ami összességében az interakciós mintázat változásához vezet (Gehring & Wyler, 1986).

A rendelkezésre álló tesztanyag (4. ábra) a vizsgálatvezető számára Vizsgálati űrlapokat (4 részből álló), valamint kiegészítő lapokat tartalmaz. A válaszadó egyszínű, koordináta rendszerrel jelölt, négyzetes táblán dolgozik, melyre fabábukat (6 férfi és 6 nő, illetve 1-1 férfi és női színes ld. narancssárga, rózsaszín és kék figurák) rendez el, opcionálisan alkalmazott magasító korongok (3 méret, összesen 18 darab) felhasználásával (Gehring, 2010).

A vizsgálat során a családi viszonyok és kapcsolati struktúrák három változatban kerülnek megjelenítésre: (1) tipikus- (2) ideális- (3) és konfliktusos családi helyzetek. Jelen kutatás során a FAST teszt egyéni formában került alkalmazásra a vizsgált személyeknél, mintegy 5-15 perc időtartamban, melyet követően félig strukturált interjú felvételére került még sor (kb. 40-50 percben) az ábrázolt konfigurációk alanyi értelmezésének jobb megismerése érdekében. A tesztben megadott kérdések kiegészítésére csak akkor került sor, amennyiben a vizsgálati személytől kapott válasz Gehring (2010) kategóriarendszerébe nem volt egyértelműen beilleszthető, így további információra volt szükségem az értékeléshez. A tesztben megadott kiegészítő kérdések a 6.1 számú mellékletben olvashatóak.



4. ábra: A FAST teszt mezőrendszere, a megjelenített három helyzet (tipikus, ideális, konfliktusos) és a rendelkezésre álló fabábuk, henger alakú magasító korongok (hierarchia kifejezésére), valamint személyes tulajdonságokat reprezentáló színes figurák (narancssárga, rózsaszín, kék), valamint példa egy lehetséges kirakásra

2.3. Eljárás

A FAST teszt egyéni formában történő alkalmazása előtt a vizsgálati személyek tájékoztatást kaptak a kutatás céljáról, biztosítva lettek személyes adataik diszkrét kezeléséről, melyet követően hozzájárulási nyilatkozatot írtak alá az önkéntes részvételbe történő

beleegyezésükről. Ezután az anamnesztikus adatok felvétele, majd a teszt instrukciók megosztása következett. A tesztfelvétel közben figyeltem a válaszadók viselkedését, a három családreprezentációt – a vizsgálati személy által kirakott fabábu elrendezés szerint – rögzítettem, illetve kirakásonként feltettem a FAST tesztben előírt kiegészítő kérdéseket, melynek válaszait – későbbi, kvalitatív feldolgozásra – dokumentáltam.

A teszt előírt menete szerint először a tipikus-, majd az ideális- és konfliktusos helyzet kirakását kértem a válaszadóktól, natúr színű bábuk felhasználásával. Utána a családtagok hatalmának, befolyásának kifejezésére az egyes figurák 1-2-3-as szintű korongokra állítása következett. Végül – szubtesztként - az adott szituációban résztvevő figurák közül a vizsgálati személy néhányat színesre (narancssárga, rózsaszín, kék) cserélhetett a családtagok jellemzőinek érzékletesebb bemutatására. A kirakásokat a Vizsgálati űrlap megfelelő részén rögzítettem. A három helyzet megjelenítését követő kiegészítő kérdések során további gazdag információs anyag gyűlt össze, mely adatok a Vizsgálati űrlap erre kialakított helyén leírásra kerültek. A válaszadó tesztfelvétel közben tanúsított és részemről megfigyelt viselkedése, az eredmények kiértékelésének fontos elemeként, szintén dokumentálva lett (5. ábra).



Konfliktusos családreprezentáció (KR)

	P	M	Gy1	Gy2	Gy3	F
Figura magassága	2	-	1	-	-	-
Figura színe	kék	-	pi	ró	-	-

9									
8									
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									

Konfliktustípus

☐ szülői (sz)

☐ testvéri

☒ sz-gyermek

☐ egyéb

Szituáció

☐ rutin

☒ speciális

Gyakoriság

☒ gyakori

☐ ritka

VM/CSIM A válaszadó elmondja, hogy a konfliktus központja az apa.

5. ábra: Példa a FAST teszt családi reprezentációjának (konfliktusos helyzet - KR) egy lehetséges változatára és dokumentálására

A Vizsgálati űrlapok ld.: (1) anamnesztikus adatok (2) megfigyelt viselkedés (3) családreprezentációk (4) kiegészítő kérdések kitöltését követően pedig a FAST teszt pontozása és értelmezése következett.

2.4. A FAST teszt elemzésének lépései

A teszt kiértékelésének kvantitatív- és kvalitatív lehetőségei közül először a FAST teszttel könnyen megragadható családi kohézió- és hierarchia dimenziók kiszámításának módját mutatom be, majd a flexibilitás és családi struktúra meghatározásáról értekezem.

2.4.1 Kvantitatív elemzés

A kohéziót (erős, közepes, gyenge) az egész család és az alrendszerek szintjén is értelmezhetjük. Ennek meghatározása a legkönnyebben úgy történhet, hogy képzeletben egy 3*3-as négyzetet rávetítünk a családreprezentációt megjelenítő táblára, s ha az ott felhasznált összes bábu elfedhető ezen kis négyzettel, úgy a kohézió erősnek (csak szomszédos mezőn állnak a figurák) vagy közepesnek mondható. Gyenge kohézió esetén egy vagy két figura is kívül esik a vizualizált 3*3-as négyzeten (Gehring, 2010).

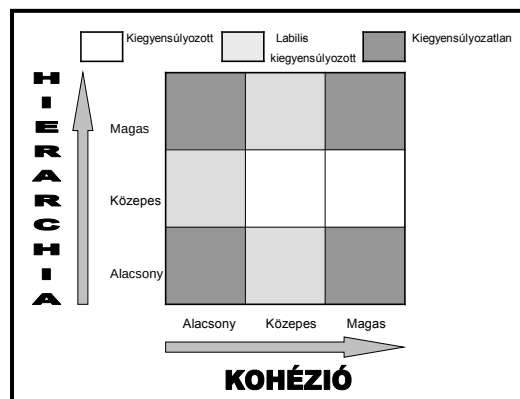
A családi struktúrában megnyilvánuló hierarchia szintén erős, közepes vagy gyenge lehet. Kiszámítása a szituációkban felhasznált fabábukat magasító korongok számértékétől, illetve mennyiségétől függ. A család szintjén erős hierarchiáról beszélünk, ha a kisebb hatalommal bíró (tehát kevésbé megemelt vagy meg nem emelt) szülő és legnagyobb hatalommal rendelkező gyermek között legalább 3 korongnyi a szintkülönbség. Közepes hierarchia esetén a figurák közti eltérés legfeljebb két korong lehet, míg a gyenge hierarchia alapvetően egyező hatalmi befolyással élő családtagokat feltételez (Gehring, 2010).

A flexibilitás két kirakás kohéziós és hierarchikus pontértékének különbségeként számolható ki. Jellemző módon a tipikus helyzetben kapott pontszámból vonjuk ki valamely másik szituáció pontértékét, ami így mind a rugalmasság mértékére, mind pedig annak irányára vonatkozóan adatot biztosít számunkra (Gehring, 2010).

Gehring (2010) a vizsgálati személy családjának struktúráját, ami lehet: (1) kiegyensúlyozott (2) labilis-kiegyensúlyozott (3) kiegyensúlyozatlan, a fent leírt, kohézió és hierarchia dimenziók együttes mintázataként határozza meg. A kategóriába sorolás a család- és az egyes alrendszerek szintjén is értelmezhető (6. ábra).

Az alrendszerek vizsgálata révén a generációk közötti koalíció is meghatározhatóvá válik, illetve a teszttel a generációs határok eltolódása is feltárható (Gehring, 2010).

6. ábra: A családi kohézió és hierarchia szerkezet típusai (Gehring, 2010, 37. oldal)



2.4.2. Kvalitatív elemzés

A tesztfelvételt követően kiegészítő kérdésekkel további információ gyűjthető a vizsgálati személy családjának észlelésére vonatkozóan. Eszerint a tipikus helyzet stabilitása alacsony vagy magas, a korábbi és aktuálisan megjelenített családszerkezet különbsége pedig kicsi vagy nagy lehet (Gehring, 2010).

Az ideális helyzet családi reprezentációja szituatív értelemben rutin vagy speciális, létrejöttének gyakorisága pedig ritka (évente kevesebb, mint hatszor fordulnak elő) vagy gyakori (évente legalább hatszor van ilyen alkalom) lehet (Gehring, 2010).

A konfliktusos helyzet az abban résztvevő családtagok szerint tipizálható: (1) szülői (2) szülő-gyermek (3) testvéri (4) egyéb. A szituáció továbbá ez esetben is rutin (kisebb félreértésekből adódó) vagy speciális (nagyobb problémák pl. lopás, drogfogyasztás esetén) lehet, továbbá az előzőekhez hasonlóan értelmezett a konfliktus gyakorisága (Gehring, 2010).

2.4.3. A teszt eredményeinek értelmezése

A FAST teszttel gyűjtött adatok kvantitatív- és kvalitatív elemzésének hasonló jelentőségtulajdonítást kell adjunk, hiszen a vizsgálati személy által megjelenített családi struktúrák válaszdó számára fennálló jelentőségére a minőségi elemzés révén nyerhetünk igazi rálátást. Vagyis a kontextusfüggő információk feltétlen számításba vétele szükséges az adott válaszkategóriákba sorolás mind pontosabb eléréséhez (Gehring, 2010).

A válaszdó tesztfelvétel során megnyilvánuló nonverbális- és verbális kommunikációja, illetve olyan viselkedési jegyek, mint pl. a családtagokat szimbolizáló fabábuk adott családreprezentáció során történő lerakási sorrendje, avagy annak változtatása, esetleg azon döntés verbális megosztása, hogy valamely személy szerepeljen-e a kirakásban

mind fontos információkat hordoznak számunkra a vizsgálati személy részére centrális karakterekről, valamint a kapcsolati rendszer és megjelenített kapcsolatok stabilitására vonatkozóan (Gehring, 2010). Továbbá a vizsgálati személy fabábukra vonatkozó színválasztása is kommunikációt facilitáló eszközként áll rendelkezésünkre. A színek segítségével a dolgok szubjektív jelentései kerülhetnek a felszínre, egymással szoros kapcsolatban lévő alakok azonos módon jelölhetőek, miként az éppen bűnbak szerepben lévő családtag úm. nem vonzó színnel válhat jelöltté a többiek között (Gehring, 2010).

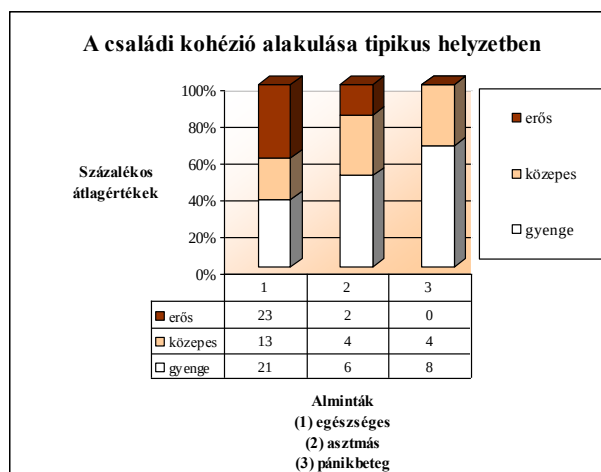
3. Eredmények a(z al)rendszer(ek) szintjén

A FAST-feladattal végzett vizsgálataim eredményeit az alábbiakban döntő módon a család, mint rendszer szint elemzésén keresztül mutatom be. S „mivel behatárolt számú egyedi esetekre nem lehet statisztikai értelemben vett általános érvényű következtetést alapozni”, így a teszt által kínált kvantitatív- és kvalitatív módszertant – noha a családreprezentációkat követő interjú döntően strukturált, jól számszerűsíthető kérdéssorral dolgozik, melyet olykor további kérdésekkel éreztem szükségesnek kiegészíteni - ötvözöm további munkámban (Szokolszky, 2004, 455. oldal).

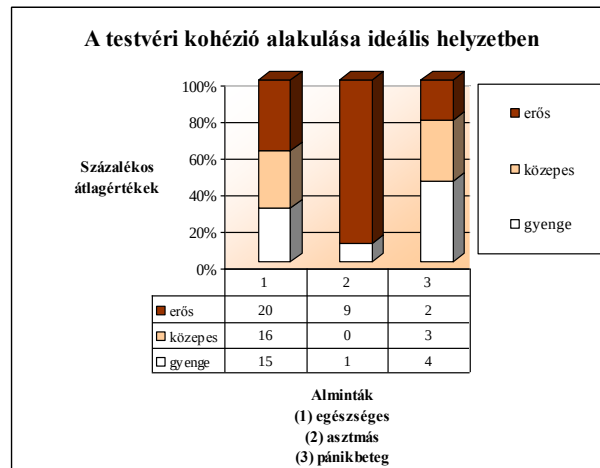
3.1. Kvantitatív elemzés

3.1.1. Kohézió

A kohézió erősségének családi- és alrendszerek szintjén, tipikus-ideális-konfliktusos helyzetben ábrázolt reprezentációinak eloszlását az egészséges-, asztmás- és pánikbetegek között Khí négyzet-próbával hasonlítottam össze. Ennek nyomán szignifikáns eltérés az egyes almintákon bár nem mutatkozott, a család szintjén, tipikus helyzetben ($\chi^2=9,062$, $df=4$, $p=0,060$) (7. ábra) és a testvéri alrendszer szintjén, ideális helyzetben ($\chi^2=12,541$, $df=6$, $p=0,051$) mégis nagyobb eloszlásbeli különbségeket találtam (8. ábra). Ennek során az egészséges személyeknél a családi kohézió erősebb szintje volt észlelt tipikus helyzetben, míg az asztmás fiatalok ugyanezt testvérükkel való kapcsolatra vonatkozóan, az ideális helyzetben jelenítették meg nagyobb arányban.



7. ábra: A családi kohézió alakulása tipikus helyzetben

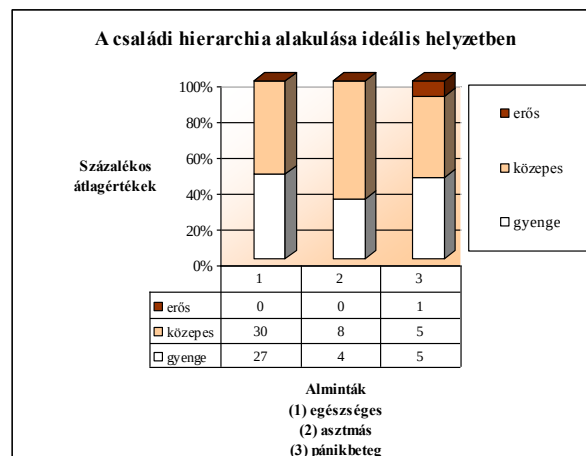


8. ábra: A testvéri kohézió alakulása ideális helyzetben

A generációk közti koalíció létrejöttére vonatkozó összehasonlító Khí négyzet-próba a csoportok között szignifikáns eloszlásbeli különbséget nem igazolt, azonban a pánikbeteg személyek tipikus- (50%) és konfliktusos helyzetben (33,33%), az egészséges fiatalok pedig ideális helyzetben (23,08%) nagyobb arányban jelenítették meg, illetve perceptuálták kirakásaikban a jelenséget.

3.1.2. Hierarchia

A hierarchia erősségének családi- és alrendszer szintjén, tipikus-ideális-konfliktusos helyzetben ábrázolt reprezentációinak eloszlását az egészséges-, asztmás- és pánikbetegek között szintén Khí négyzet-próbával hasonlítottam össze. Az egyes almintákon szignifikáns eltérést így a család szintjén, ideális helyzetben ($\chi^2 = 12,678$, $df=6$, $p=0,048$) kaptam (9. ábra). Eszerint erősebb/ „ideális(abb)” hierarchiát a pánikbetegek jelenítettek meg ábrázolásaikban.

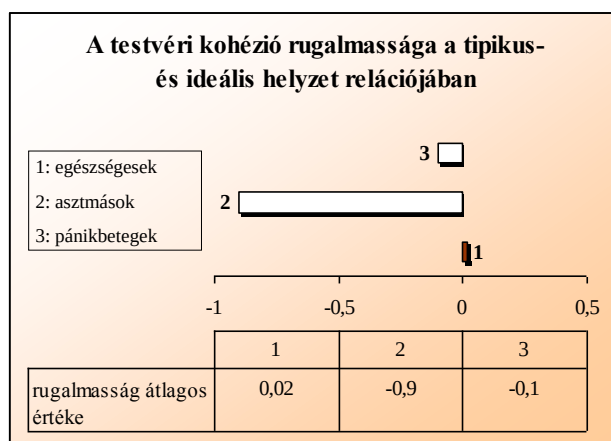


9. ábra: A családi hierarchia alakulása ideális helyzetben

A hierarchia megfordulása terén a Khí négyzet-próba szignifikáns eloszlásbeli különbséget nem tárt fel a csoportok között.

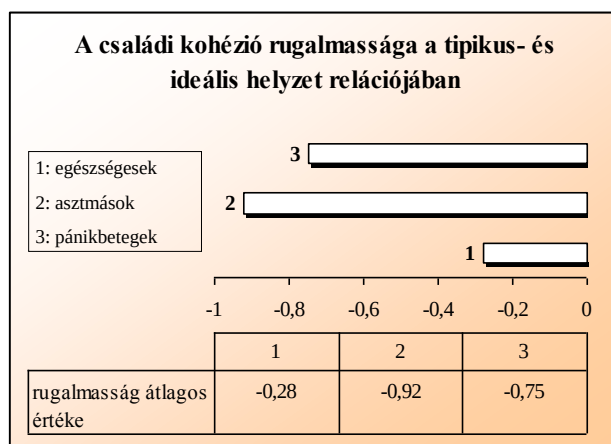
3.1.3. Rugalmasság

A kohézió és a hierarchia flexibilitásának átlagértékeit variancia analízissel hasonlítottam össze, melynek eredményeképpen szignifikáns eltérést csupán a testvéri kohézió tipikus- és ideális helyzetben tekintett relációja kapcsán találtam ($F(2)=3,482$, $3,523$, $p=0,037$) (10. ábra). Ennek értelmében az asztmás fiatalok testvérükkel szorosabb kapcsolatot „idealizáltak”, mint az egészségesek. A pánikbeteg személyek pedig mérsékeltabb testvérhez fűződő kohéziót percepuáltak, mint egészséges- vagy asztmás kortársaik.

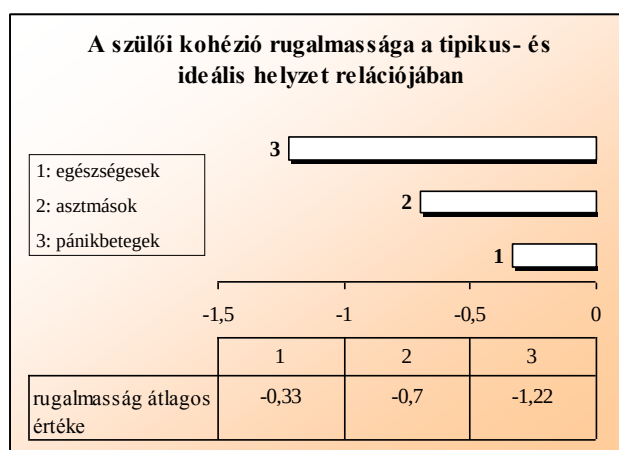


10. ábra: A testvéri kohézió rugalmassága a tipikus- és ideális helyzet relációjában

S noha nem szignifikáns, mégis jelentősebb eltérést mutatott a tipikus- és ideális helyzetben nyert pontszámok átlagértékeinek összehasonlítása során a családi kohézió ($F(2)=3,114$, $2,662$, $p=0,050$) (11. ábra) és a szülők között megnyilvánuló kohézió rugalmassága ($F(2)=2,842$, $3,212$, $p=0,066$) (12. ábra). Eszerint az asztmások nagyobb mértékű családi kohéziót jelenítettek meg az ideális helyzetre vonatkozó ábrázolásaikban, mint az egészséges- és pánikbeteg fiatalok. A szülők kohézióját pedig - tendenciózus formán - az egészséges-, majd az asztmás- és pánikbeteg személyek ítélték – ideális helyzetben – erősebbnek, miként az a tipikus szituációban megjelenítésre került.



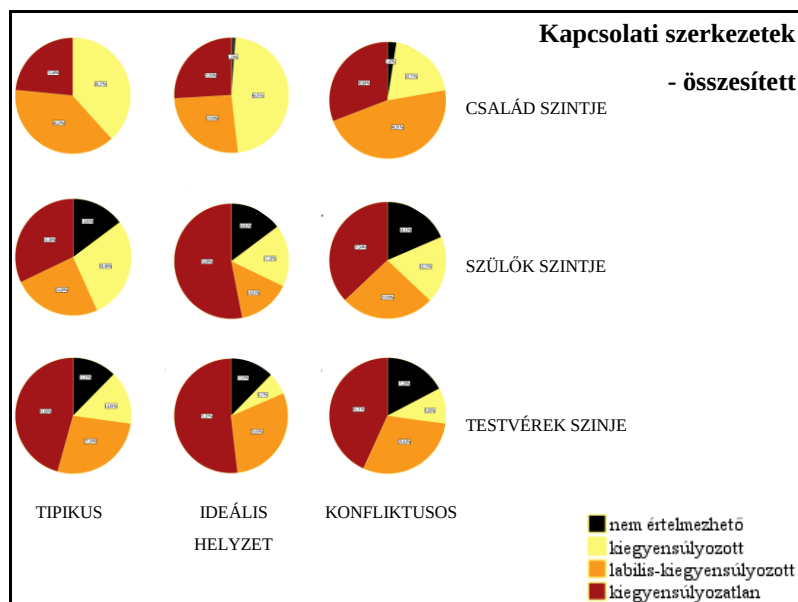
11. ábra: A családi kohézió rugalmassága a tipikus- és ideális helyzet relációjában



12. ábra: A szülői kohézió rugalmassága a tipikus- és ideális helyzet relációjában

3.1.4. Kapcsolati szerkezetek

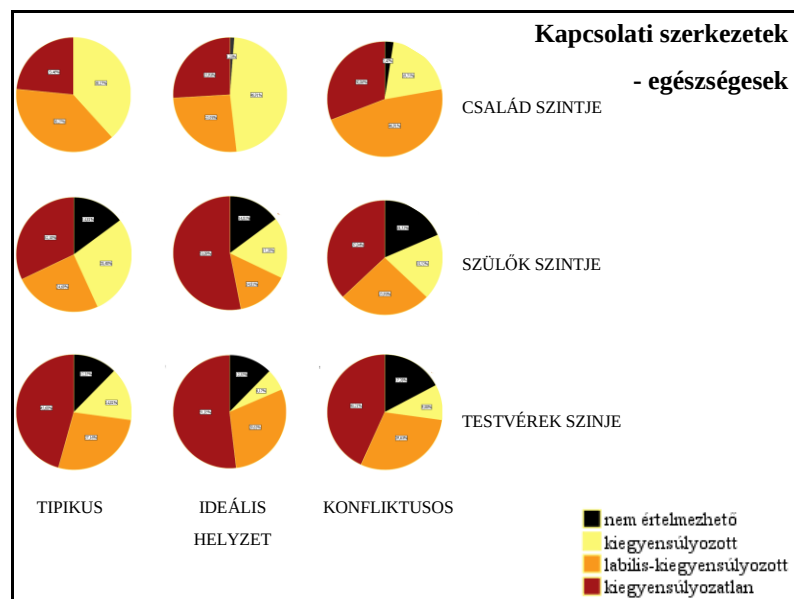
A kohézió és hierarchia dimenziók kombinációjából származó családi-, illetve különböző alrendszerekre vonatkoztatott struktúrák áttekintésére, a 81 fős teljes minta egészére nézve, az alábbi diagramokon kínálnak számunkra lehetőséget (13. ábra). A „nem értékelhető” minősítést abban az esetben alkalmaztam a vizsgálati személyek reprezentációira vonatkozóan, amikor a családbrázolás során az adott rendszerszint megragadásához szükséges figurák a vizsgálati személy által nem kerültek kirakásra a táblán, így azokkal összefüggésben nem álltak rendelkezésre a kapcsolati szerkezet ábrázolásához szükséges adatok.



13. ábra: Kapcsolati szerkezetek a három almintán (egészségesek, asztmások, pánikbetegsgek)

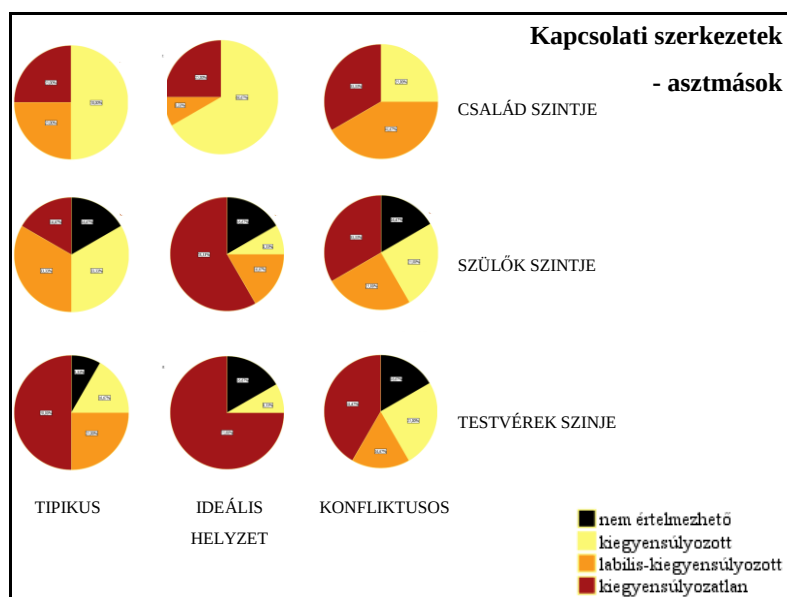
S bár szignifikáns eltérés – a Khí négyzet-próbával történt összehasonlító elemzés során – nem mutatkozott az egyes alminták között, tendenciózus változások mégis jól megragadhatóak az ábrák nyomán.

Az egészséges populáció kapcsolati mintázatait a következő tortadiagramokon láthatjuk, a vizsgálati személyek által megjelenített egyes struktúrák adott helyzetre és rendszerszintre vonatkozó reprezentációinak százalékos arányával kiegészítve (14. ábra).



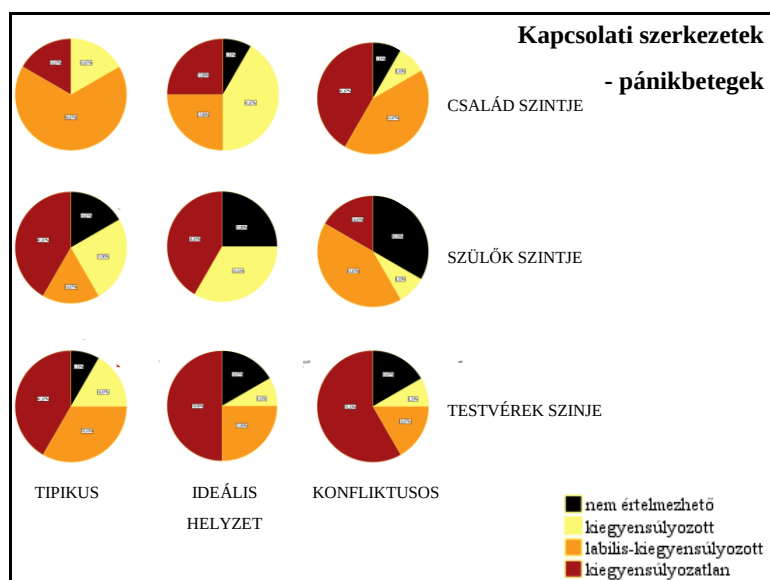
14. ábra: Kapcsolati szerkezetek a család- és alrendszerei szintjén, egészségeseknél

Az asztmások kapcsolati mintázatait a megjelenített egyes struktúrák adott helyzetre és rendszerszintre vonatkozó reprezentációinak százalékos arányával a következő ábrák teszik érzékletessé (15. ábra).



15. ábra: Kapcsolati szerkezetek a család- és alrendszeri szintjén, asztmásoknál

A pánikbeteg fiatalok pedig a következő - kapcsolati mintázatok megjelenítése nyomán meghatározható – struktúrákról adtak számot a három ábrázolt helyzetre és rendszerszintre vonatkozó reprezentációkban (16. ábra).



16. ábra: Kapcsolati szerkezetek a család- és alrendszeri szintjén, pánikbetegeknél

A család szintjén tehát tipikus-, ideális- és konfliktusos helyzetben is az asztmás fiatalok észlelték a leginkább kiegyensúlyozottnak a jelenlevő kapcsolati struktúrát, majd az egészséges és végül a pánikbeteg fiatalok következtek. A szülők szintjén, tipikus helyzetben,

az almintákon közel azonos arányban fordult elő a kiegyensúlyozott kapcsolati szerkezet, míg ideális helyzetben a pánikbeteg, konfliktusos helyzetben pedig az asztmás személyek jelenítették meg ugyanezt. A testvérek szintjén a tipikus helyzet ismét hasonló arányú előfordulását adta a kiegyensúlyozott kapcsolati struktúrának, noha ez az ideális- és konfliktusos helyzetben az asztmás fiataloknál jelent meg nagyobb arányban.

A labilis-kiegyensúlyozott kapcsolati struktúra a család szintjén, tipikus helyzetben a pánikbetegeknél, ideális- és konfliktusos helyzetben pedig az egészséges populációban dominált. A szülői alrendszer terén a tipikus- és ideális helyzetben is az asztmás, míg konfliktusos helyzetben a pánikbeteg személyeknél találtam nagyobb arányú előfordulását ezen kapcsolati szerkezetnek. A testvéri alrendszert tekintve tipikus helyzetben a pánikbeteg-, ideális- és konfliktusos helyzetben pedig az egészséges populáció mutatta inkább a labilis-kiegyensúlyozott kapcsolati struktúrát.

Kiegyensúlyozatlan kapcsolati szerkezet, a család szintjén, tipikus helyzetben, leginkább az asztmás-, ideális helyzetben az egészséges-, konfliktusos helyzetben pedig a pánikbeteg személyeket jellemezte. A szülői alrendszer szintjén tipikus helyzetben ezen kapcsolati struktúra a pánikbetegek, ideális helyzetben az asztmások, konfliktusos helyzetben pedig az egészségesek körében képviseltette magát nagyobb arányban. A testvéri alrendszer szintjén mind a tipikus-, mind az ideális helyzetre vonatkozóan az asztmás fiataloknál, illetve konfliktusos helyzetben a pánikbetegeknél jelent meg ezen kapcsolati szerkezet.

3.2. Kvalitatív elemzés

3.2.1. A tesztfelvételt követő interjú

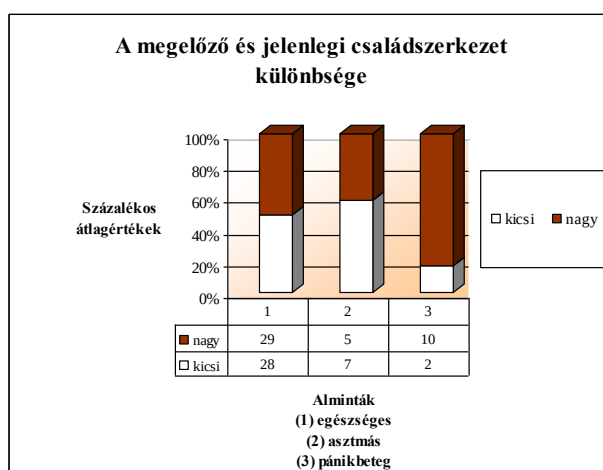
A FAST-feladat családaybrázolásait követő strukturált kérdéssora mellett – elsősorban az asztmás és pánikbeteg vizsgálati személyeknél – nyitott beszélgetéssel kiegészített metodológia alkalmazása vált szükségessé a feltárt információk kontextusba ágyazott, jelenségeket egészlegességükben megragadó elemzéséhez, értékeléséhez.

A fiatalok rendkívül őszintén és nyíltan osztották meg velem érzéseiket, gondolataikat, néhány esetben nagyon komoly és számukra nehezen megélt (esetleg a mai napig sem feldolgozott) életeseményeket is felidézve, aminek közepette bepillantást engedtek világukba és bizalommal voltak felém. A következőkben az ezen interjúk nyomán feltárt eredményeket kívánom bemutatni.

3.2.1.1. Tipikus családi helyzetek

A jelenlegi családstruktúra stabilitása a tipikus helyzet kirakását követő rövid interjú alkalmával – a válaszok nominális-, illetve ordinális változóként kezelt, Khí négyzet-próbával történt elemzése során - szignifikáns különbséget nem tárt fel a csoportok között.

A megelőző- és jelenlegi helyzetre vonatkozóan ábrázolt családstruktúra között fennálló különbség azonban már szignifikáns eltérést adott ($\chi^2 = 5,117$, $df=2$, $p=0,077$) (17. ábra). A legnagyobb változás – miként azt a következő diagram is mutatja - a pánikbeteg almintán volt tapasztalható, a családszerkezetet tekintve.



17. ábra: A megelőző és jelenlegi családszerkezet különbsége

3.2.1.2. Ideális családi helyzetek

Az ideális családi helyzet reprezentációját követő interjú sem az ábrázolt helyzet típusa, sem pedig annak gyakorisága szempontjából nem mutatott szignifikáns eltérést az egészséges-, asztmás- és pánikbeteg fiatalok között.

3.2.1.3. Konfliktusos családi helyzetek

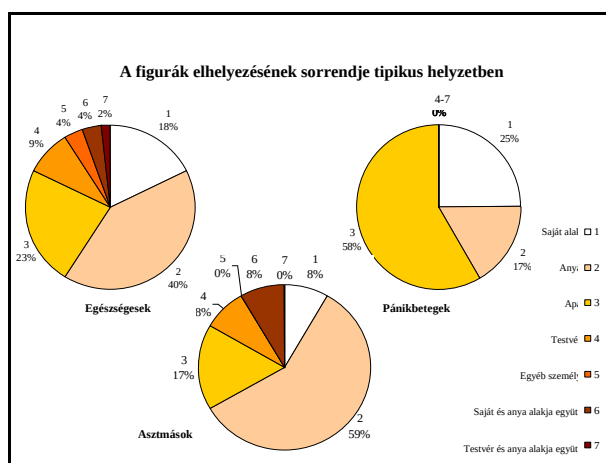
A konfliktusos helyzetre vonatkozó, családi helyzet ábrázolását követő interjú szintén nem adott szignifikáns eltérést sem a szituáció természetére (konfliktus típusa), sem annak természetét, avagy gyakoriságát illetően.

3.2.2. További minőségi paraméterek

Végezetül a strukturált interjú iméntiekben foglalt, kvantifikálható adatain kívül még a következő minőségi paramétereket tekintettem az almintákkal összefüggésben: (1) a figurák elhelyezésének sorrendje (2) változtatások a kirakásban (3) a figurák tekintetének iránya (4) a „háromszögelés” jelensége, valamint (5) a színválasztás és egyéni asszociációk.

3.2.2.1. A figurák elhelyezésének sorrendje

Noha a figurák elhelyezésének sorrendje kvantifikálható mutató, annak jelentősége és értelmezése azon minőségi paraméterek, melyek csupán a vizsgálati személy-, az idő és élettörténeti kontextus keretében ld. megvitatás rész nyerhetik el valódi értéküket. Eszerint a tipikus helyzetre vonatkozóan a figurák elhelyezésének sorrendje – a Khí négyzet-próba alkalmazásával - az egészséges-, asztmás- és pánikbeteg fiatalok között szignifikáns eltérést nem tárt fel. Azonban a következő diagramok jól szemléltetik, hogy míg az első két csoportnál az anya alakja volt preferált, addig a pánikzavarral élő vizsgálati személyek az apát jelképező faalakot helyezték el elsőként a táblán, mint számukra – az adott szituációban – leginkább meghatározóként észlelt családtagot (18. ábra).



18. ábra: A figurák elhelyezésének sorrendje tipikus helyzetben

Az ideális- és konfliktusos helyzet reprezentációja során sem mutatott a figurák elhelyezésének sorrendje – a Khí négyzet-próba alkalmazásával - szignifikáns eloszlásbeli eltérést az egészséges-, asztmás- és pánikbeteg fiatalok relációjában, noha az első két csoportnál jelen esetben is az anya alakja került fel elsőként a táblára (az egészségeseknél, tipikus helyzetben 41,1 százalékban és konfliktusos helyzetben 47,2 százalékban;

asztmásoknál mindkét esetben 41,7 százalékban), míg a pánikbeteg fiatalok (ideális helyzetben 58,3 százalékban és konfliktusos helyzetben 33,3 százalékban) ezúttal is inkább az édesapjukat jelképező figurát preferálták.

3.2.2.2. Változtatások a kirakásban

A vizsgált csoportok tipikus helyzetre vonatkozó családreprezentáció-ábrázolásai során történt változtatások terén a Khí négyzet-próba nem bizonyított szignifikáns eltérést az egészséges- (27,3%), asztmás- (25%) és pánikzavarral (16,7%) élő fiatalok között.

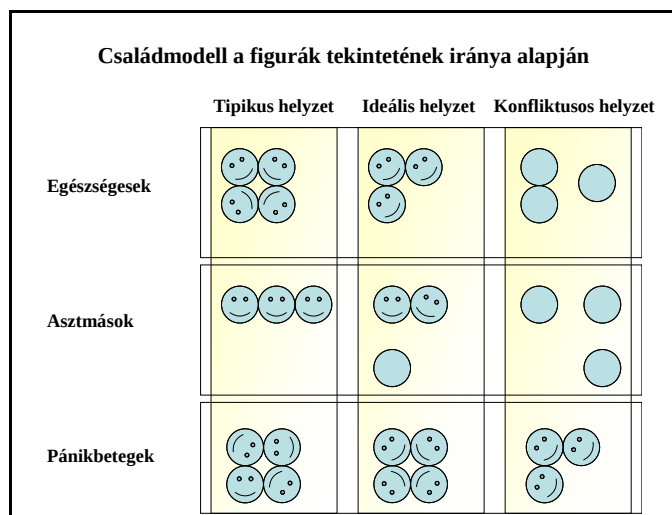
Az ideális helyzet kirakásánál sem mutatkozott szignifikáns eloszlásbeli eltérés a csoportok között. Az egészséges fiatalok 33,9%-a, az asztmások 33,3%-a és a pánikbetegeknek pedig 16,7%-a végzett el valamilyen változtatást a kirakás alkalmával.

A konfliktusos helyzetben feltárt változtatások eloszlása is hasonló volt a csoportoknál, az egészséges fiatalok 30,2 %-a, az asztmások 33,3%-a és a pánikzavarral élő fiatalok 16,7%-a követett el valamilyen változtatást a családreprezentációval összefüggésben.

Ezen módosítások pedig úgy tűnt, mind az adott helyzet jobb illusztrálását, az abba történő beleélést és válaszadást segítették a „játék” nyújtotta próbálgatás és az önnön helyzetükre való ránézés izgalmas lehetőségén túl, noha az esetleg kevésbé jól kirajzolódó szerepekre is rávilágítást engedett.

3.2.2.3. A figurák tekintetének iránya

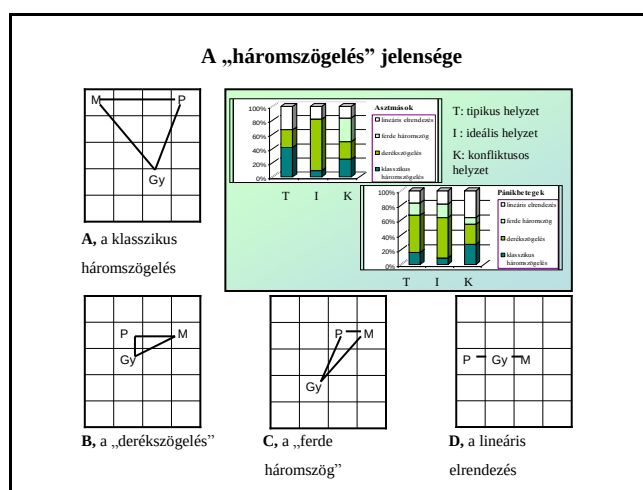
A reprezentációk alkalmával, az egyes családtagokat jelképező, táblára helyezett figurák tekintetének iránya jellegzetes mintázatokat mutatott a három vizsgálati csoportban, illetve azok relációjában. Míg egészségeseknél változatos szerveződés és flexibilitás látszott, addig az asztmás fiatalok bár fizikai együttlétet jelképező megjelenítéseket tettek, a babáruk tekintetének iránya azonban nem tükrözött egymásra figyelmet, avagy közös fókuszot (esetlegesnek vagy diffúznak hatott). A pánikbeteg személyeknél már inkább alakultak csoportok a babuk körében és fonódtak egybe (az összetartozás élményének lehetőségét is kínálva), illetve tartottak egy adott irányba (közös célt/ célokat vagy éppen kinézést mutatva az adott helyzetből). A leggyakrabban mutatkozó mintázatokat az alábbiakban érzékletesebben is szemléltetem (az arc nélküli karikák jellegzetes strukturális elrendezéseket, de nem konkrét figyelemorientációt jeleznek) (19. ábra).



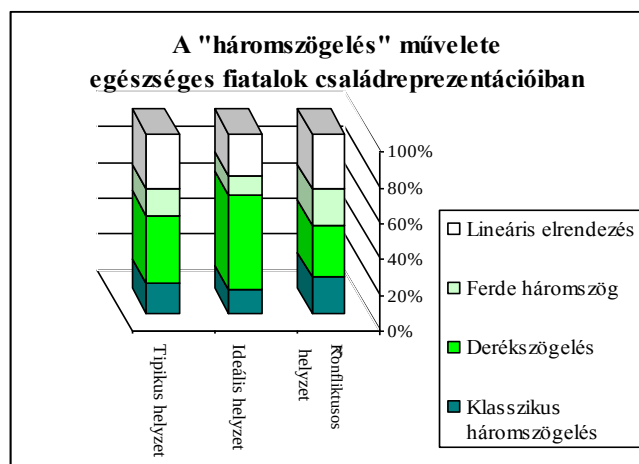
19. ábra: Család(sejt)-modell a figurák tekintetének iránya alapján

3.2.2.4. A „háromszögelés” jelensége

A betegcsoportok család-reprezentációiban – bár a Khí négyzet-próbával tekintve nem szignifikáns mértékben - nagyobb arányban mutatkozott a háromszögelés jelensége (asztmásoknál tipikus-, pánikbetegeknél pedig konfliktusos helyzetben), mely a szülők között fennálló, problematikus kommunikációt hivatott mediálni (20. ábra). Ezen működésre az egészséges populáció tagjai – arányát tekintve - kevesebb példával szolgáltak (21. ábra). Továbbá a figurák „előre” tekintése is inkább a betegcsoportokat jellemezte, a következő értelmezésekkel: (1) pozitív – „Anyuék vigyáznak ránk” (2) negatív – „Mind rám néz, ez így ijesztő” (3) és szerepkijelölő – „Velem szemben vannak. Én vagyok a főnök”.



20. ábra: A „háromszögelés” jelensége és példa annak megjelenési formáira a vizsgált asztmás- és pánikbeteg fiatalok családreprezentációiban, tipikus-, ideális- és konfliktusos helyzetben



21. ábra: A „háromszögelés” jelensége egészséges fiatalok családreprezentációiban

3.2.2.5. Színválasztás és egyéni asszociációk

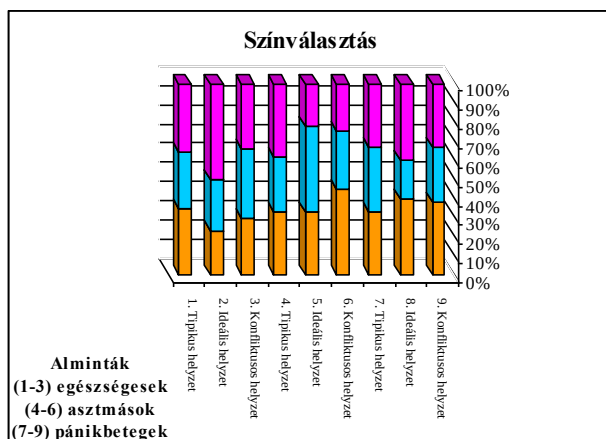
Az egészséges-, asztmás- és pánikbeteg fiatalok tipikus-, ideális- és konfliktusos helyzetben történt családreprezentációi során alkalmazott színes figurák (narancssárga, kék és rózsaszín ld. alábbi diagram azonos színnel jelölt oszlop-szakaszai) kirakásonkénti megoszlását a 22. ábra mutatja.

Eszerint a narancssárga a betegcsoportok által nagyobb arányban alkalmazott szín volt egy-egy családtag valamely jellemző tulajdonságának érzékletesebbé tételéhez (főként asztmásoknál konfliktusos-, valamint pánikbetegeknél ideális- és konfliktusos helyzetben). A Khí négyzet-próba is, a narancssárga szín választására, a konfliktusos helyzetre vonatkozóan, szignifikáns eloszlásbeli különbséget adott a három csoport között ($\chi^2=8,003$, $df=2$, $p=0,018$).

A kék színt az egészségesek főként tipikus- és konfliktusos helyzetben, az asztmások ideális helyzetben, a pánikbetegek pedig elsősorban tipikus helyzetben (másodsorban konfliktusos helyzetben) használták. A kék szín alkalmazása is – a Khí négyzet-próba alkalmazásával ellenőrizve – az alminták között, az ideális helyzetre nézve szignifikáns eloszlásbeli különbséget eredményezett ($\chi^2=10,940$, $df=2$, $p=0,004$) ld. míg az asztmások 75%-a a valamely családtagok jelképező bábut kék színűre cserélte a kirakásban, az egészséges- és pánikbeteg fiatalok inkább mellőzték ezen szín megjelenítését reprezentációikban.

Végezetül adott családtag személyes tulajdonságának kifejezésére a rózsaszínt az egészséges fiatalok az ideális-, az asztmások a tipikus-, míg a pánikbetegek a tipikus- és

konfliktusos helyzetre egyaránt szívesen alkalmazták. Tehát a csoportok között a Khí négyzet-próba szignifikáns eltérést nem igazolt.



22. ábra: Színválasztás a családreprezentációkban

A színekhez kapcsolódó asszociációk – mint jelentésteliség - megismeréséhez pedig a következő, 2. táblázat nyújt számunkra segítséget. A színek „súlya” pedig a fiatalok számára a statisztikai próbák során megismert különbségek révén válhat számunkra megragadhatóvá.

	Narancssárga	Kék	Rózsaszín
Egészségesek			
•Tipikus helyzet	Vidám, nagyvilági, lobbanékony - heves, kihívó, rangos - domináns, makacs, határozott – céltudatos, kitartó, aranyos, macskós – jámbor lélek	Nyugodt - higgadt, szelíd, fegyelem, segítőkészség, érzelmeit nem fejezi ki – zárt világ, szabadság, túlzások	Szeretetreméltó, kedves, önzetlen, békés, vidám, gondoskodó, bizonytalan, bájos
•Ideális helyzet	Szeretet, irányítás, dominancia, temperamentum, optimizmus	Kisugárzása van, érdeklődő, kommunikatív, kíváncsi, makacs	Boldogság, törődés, példaadás, manipuláció
•Konfliktusos helyzet	Makacs, akaratos, érzékeny, ideges, heves	Öntfejű, akaratos, nyámmnyila, borúlátó, frusztráció, harag, hidegség	Békítő, érzékeny/gyenge lelkű, aggódó
Asztmások			
•Tipikus helyzet	Erő, vidámság, düh, melegség, feszültség	Makacsság, érzelmkifejezési problémák	Odaadás, kedvesség, álmodozó, visszafogottság, empátia
•Ideális helyzet	Vidámság, alkalmazkodás, szeretet-szerethetőség	Higgadtság, dinamizmus, megértés, kiegyensúlyozottság, biztonság	Elfogadás, megértés
•Konfliktusos helyzet	Irányítás, harag, árulás, önzés	Lustaság, hidegvér, határozottság	Elzárkózás, támogatás, visszahúzódság
Pánikbetegek			
•Tipikus helyzet	Haragvó, duzzogó, idegesítő, félelmetes	Mérgező, távolságtartó, megnyugtató, konfliktus gerjesztő	Akire haragszom, elegáns, hisztis, irracionális, harmonikus, vicces
•Ideális helyzet	Törődés, erőszkasok, ellenséges, reális	Nyugalom	Optimizmus, törődés, érzelmes, okos
•Konfliktusos helyzet	Düh, agresszió, félelmetes - elkerülendő	Fafejű, hullámozó kedélyű, szerető	Sérült, magában őrlődő természet, békítő, domináns

2. táblázat: Áttekintés a választott színekhez rendelt asszociációkról

A fenti összefoglaló tehát a narancssárga szín kapcsán a tulajdonságok és érzések igen széles spektrumát vetíti elénk, melyből a pánikbetegek mintha inkább a fájdalmas, zaklató, félelmetes árnyalatokat tudnák jobban megragadni. A kék szín az egészségesek fantáziájában sokkal dinamikusabban jelenik meg, képes változásra ld. míg tipikus helyzetben a zárkózottság, nyugalom, addig ideális helyzetben egy kíváncsi vagy éppen fokozott kisugárzással bíró ember megjelenítésére lehet alkalmas. A betegek számára viszont a kék

egyfelől a röghöz kötöttség, higgadtság és biztonság, másfelől pedig az elveihez már-már irracionálisan is ragaszkodó, makacs/ fafejű egyénhez kapcsolódik. Egy személy „mérgező” tulajdonságot társított a kékhez. A rózsaszín jelentése az egészséges fiatalokat megosztotta, ahhoz nem csupán naivitást, őszinteséget, de akár manipulatív jegyeket is kapcsoltak. S bár ez utóbbi jelentéstartalom kimondásra a betegcsoportok tagjainál nem került, egy asztmás lány – az aktuálisan ábrázolt konfliktus helyzettel és a táblán lévő rózsaszín bábuval összefüggésben - mégis így nyilatkozott: „A felszínen rózsaszín, a felszín alatt sötét felhők. Mint a bábu is: kívülről rózsaszín, belülről pedig más”. A kimondott tulajdonságok tehát asztmásoknál egy sérülékeny, érzelmes, alkalmanként helyzetén változtatni kívánó lényként tüntetik fel a „rózsaszín családtagot”, míg a pánikbetegek számára a veszteség, gyász, fájdalom, harag, (auto)agresszív indulatok és irracionalitás is megjelennek a színhez fűződően. Egy asztmás beteg ez mondta: „Kivétel, mert műszin ld. nem mindig találni meg a természetben. Ez a lázadó színe, ami néha jó”. Egy pánikbeteg hölgy pedig – érezhetően patológiás gyásszal - így fogalmazott: „Sérülés, a leghalványabb [szín]; elszívja a színt is belőlem; kiábrándulás, megadás, kifakulás”.

3.2.2.6. További kiegészítések a családrepresentációkhoz

Egészséges fiataloknál is bár került megjelenítésre elhunyt családtag a reprezentációkban, ez inkább az ideális helyzettel összefüggésben történt. Azonban a pánikzavarral diagnosztizált személyek tipikus- és ideális esetben is helyeztek fel a táblára elhunyt személy(e)ket, aki(k) – a tipikus helyzet kapcsán – a mai napig kihatással van(nak) az egyén életére. Egy ilyen esetre példa: „Halottat is feltehetek, ugye? Ő a gyerekm, aki meghalt, de fontos. Fiúnak terveztük, az én lelkemben fiú (itt felteszi egy rózsaszín figurát a táblára). Ő az, aki mindig a legnagyobb hiányt fogja jelenteni és, aki pótolhatatlan”. A másik, rózsaszínre cserélt alaknál pedig így szólt: „És az anyám.. Aki meghalt, de tojt rám. Rá jobban haragszom, ezért rózsaszínre cserélem”.

Az egészséges státuszú- és pánikbeteg fiatalok hajlamosabbak voltak a színeket hierarchikus jegyekhez társítani, illetve pszichoszomatikus tünetképzés a „színezés” kapcsán is felmerült, egy fiatal pánikbeteg lány a konfliktusos helyzet ezen momentumánál erőteljes köhögésbe kezdett. Arra kérdésre, hogy a tekintetek iránya mit fejez ki ezen szituációban pedig – miután köhögése csillapodni látszott - ezt válaszolta: „Hogy most senki nem akar beszélni a másikkal”.

Elsősorban az ideális- és konfliktusos helyzettel összefüggésben felmerült, hogy a vizsgálati személyek inkább nem szeretnék színeket alkalmazni (ami különben az instrukcióra adott ellenállás jele is lehetett volna). Néhány beteg gondolatai: „Mindenki szürke”, „Krém szín: egyensúly harmónia. Megnyugtató”, „Itt nincsenek szerepek, a konfliktus, ami van”, „Szerintem konfliktus helyzetben nyomódnak el a leginkább az egyedi tulajdonságok. Akkor a konfliktus megoldásán van a hangsúly” és „Mindenkinek ugyanannyi szava van”. A színhasználatról való tartózkodás az egyes csoportoknál a következők szerint alakult (3. táblázat).

	Tipikus helyzet	Ideális helyzet	Konfliktusos helyzet
Egészségesek (össz. 57 fő)	4 fő (7,02%)	19 fő (33,33%)	15 fő (26,31%)
Asztmások (össz. 12 fő)	1 fő (8,33%)	2 fő (16,67%)	2 fő (16,67%)
Pánikbetegek (össz. 12 fő)	1 fő (8,33%)	6 fő (50%)	3 fő (50%)

3. táblázat: A színhasználat mellőzése egészséges-, asztmás- és pánikbetegek fiatalok családreprezentációiban

A Khí négyzet-próba szignifikáns eltérést a színhasználatra vonatkozó eloszlások terén nem igazolt.

Az eddigiekben leírtak mellett érdekes elemként jelent még meg – alcsoporttól függetlenül –, amikor a vizsgálati személyek saját alakjukat és valamely családtag figuráját a kirakás során összekeverték és így „más bőrébe bújva”, egy számukra fontos személlyel azonosulva úm. átvettek szerepet az „eredeti családtagtól”. Továbbá az is tanulságos volt, hogy mivel a színes figurákból csak 1 lány és 1 fiú bábu van, így ezek felhasználhatósága limitált. Néhányan az adott szín megjelenítéséhez és ezzel összefüggésben két családtag közös tulajdonságainak érzékeltetéséhez ennél fogva inkább választottak más nemű fafigurát a táblán, mintsem hogy új színt kerestek volna az elgondolt személyiségjegyhez. Egy esetben pedig végérvényesen (tehát kérésre sem szeretne volna a magát jelképező figurát a táblán elhelyezni) hagyta magát az ideális helyzet kirakásából egy asztmás lány, mondván: „Ez nem jött létre”, avagy miként egy pánikbeteg lány fogalmazott: „Nem is fog. Ez csak egy ábránd. Nőttek fel ennél sokkal rosszabban is emberek. Engem legalább szeretnek”.

Vizsgálati eredményeim értékelését – a szakirodalmi háttér tükrében – az elkövetkező, megvitatás részben kívánom bemutatni.

4. Megvitatás

A család, mint a társadalom alapsejtje, napjainkra már köztudottan fontos szerepet tölt be az egyén szocializációjában és járul hozzá tagjainak biopszichoszociális státuszához. A gyermek betegsége sok esetben ezen rendszer diszfunkcionális működésének bizonyítéka, melyben a fiatal betegségével a valós problémáról hivatott elvonni a tagok figyelmét (Bárdos, 2003). Az adott gondok ugyanis nem verbalizálhatóak, csak a test nyelvén kifejezhetőek, mely tünet üzenete így az intra- és az interpszichés folyamatokról is szól (Onnis, 2008).

Kutatásom célkitűzéseként az egészséges-, asztmás- és pánikzavarral küzdő fiatalok családi struktúrájának, illetve annak általuk történő észlelésének megismerése és összehasonlítása állt. A közös pontokra és eltérésekre kívántam rávilágítani a két betegcsoport családszerkezetének relációjában, ami így a vizsgálatba vont fiatalok pszichoszociális körülményeinek egészségi állapotukra gyakorolt hatásáról gazdag információkkal szolgálhat a két tekintett pszichoszomatikus betegség, illetve – a pánikzavarra vonatkozóan egyben – szomatizációs problémát illetően. Hipotézisem az volt, hogy a betegcsoportok tagjai inkább érzik családjukat – a rendszer minden szintjén - inkohereensnek és hierarchikusnak, mint az egészségesek, továbbá a család rendszerének szintén minden szintjén – a kontrollcsoportéhoz viszonyítva - kevésbé kiegyensúlyozott kapcsolati struktúrák kerülnek majd feltárára esetükben. De milyen eredmények is születtek?

A családok koherenciájának észlelt mértéke markánsabb eltérést nem, viszont tendenciózus változást mutatott. Eszerint a család szintjén, tipikus helyzetben az egészséges fiataloknál (majd az asztmás és pánikbeteg személyeknél), a testvéri alrendszer szintjén, ideális helyzetben pedig az asztmásoknál (majd az egészségeseknél és pánikbetegeknél) volt erősebb a családtagok közötti kapcsolat. Előzetes feltevésem tehát a tipikus helyzetre nézve alapvetően igazolást nyert, ami mellett az is feltárára került, hogy az asztmás fiatalok fokozottan vágytak rá, hogy testvérükkel való viszonyuk szorosabb legyen.

A hierarchia erőssége (hatalmi különbségek) a család szintjén, a pánikbetegek ideális helyzetre vonatkozó reprezentációiban határozottan nagyobb volt, mint a másik két vizsgálati csoportnál. Ezen eredmény azért is érdekes, mert Berry, Hurley és Worthington (1990) kutatásainak ellentmond, hiszen ők korábban azt találták, hogy az egészséges személyek és klinikai betegek ideális helyzetre állított családi kapcsolatai hasonlóképpen enyhe fokú hierarchiával bírnak. Azonban ezen ideális helyzetre kapott reprezentációt értelmezhetjük úgy is, hogy az adott vizsgálati csoport inkább vágyik rá, hogy a családon belüli hatalmi

viszonyok (és szerepek) körülhatárolhatóbb formát öltsenek, hiszen az inkább segíti a fiatalokat mind a család rendszerén belüli eligazodásban, helykijelölésben, mind pedig utóbb a tágabb környezethez való adaptációban. Emellett persze a vizsgált tényező szubjektív észlelése, jelentősége is eltérhet az adott betegcsoportnál, akiknél a kognitív torzításra való hajlam különben is erőteljesebben jelen van. A hierarchia megfordulása terén az egészségesek és betegcsoportok csalárábrázolásai egymáshoz képest nem mutattak nagyobb eltérést.

A családok rugalmasságát a tipikus helyzetnek az ideális helyzettől való különbsége alapján értelmeztem, mind a koherencia, mind pedig a hierarchia szintjén. Ezek szerint előbbi terén az alminták között nagyobb eltérést nem találtam, noha a család szintjén az asztmások (majd az egészségesek és pánikbetegek), a szülői alrendszer szintjén pedig az egészséges fiatalok (majd az asztmások és pánikbetegek) kapcsolati struktúrája bírt nagyobb flexibilitással. A testvéri alrendszer esetében viszont már statisztikailag is szignifikáns eltérés volt a csoportok között, ami az asztmás fiataloknál (majd az egészségeseknél és pánikbetegeknél) igazolta a legnagyobb mértékű rugalmasságot a személyek kapcsolatára nézve. Ez utóbbi eredmény pedig ismét az asztmás fiatalok testvérükkel való kapcsolatának jelentőségére világít rá, melyet szívesebben perceptualizáltak szorosabbként az ideális helyzetben, mint azt – a tipikus helyzetben – a mindennapokban megélik. A jelenség talán – tudattalanul – a számukra megélt betegszerepből való kilépéssel, autonómiára való törekvéssel, illetve a „családi terhek” közös viselése iránti igénnyel is kapcsolatot mutathat.

A kohézió és hierarchia dimenziók mentén kialakított családszerkezetek között jelentős eltérést – hipotézisemmel ellentétben – nem sikerült bizonyítani, bár tendenciózus különbségek itt is felismerhetők a mintán. Eszerint a családrendszer szintjén (1) mindhárom helyzetre vonatkozóan az asztmás (majd az egészséges és pánikbeteg) fiatalok reprezentációi mutatkoztak a legnagyobb arányban kiegyensúlyozottnak (2) tipikus helyzetben a pánikbetegek, ideális helyzetben az egészséges személyek csalárábrázolásai voltak inkább labilis-kiegyensúlyozottak (3) tipikus helyzetben az asztmások, ideális helyzetben az egészségesek, továbbá konfliktusos helyzetben a pánikbetegek családreprezentációi bírtak döntő részt kiegyensúlyozatlan struktúrával. A szülői alrendszer szintjén (1) tipikus helyzetben a három csoport nagyon hasonló arányban jelenített meg kiegyensúlyozott szerkezetet, míg ideális helyzetben a pánikbetegeknél és konfliktusos helyzetben asztmásoknál találtam ugyanezt (2) tipikus- és ideális helyzetben az asztmások, konfliktusos helyzetben pedig a pánikbetegek szülői kapcsolata volt nagyobb arányt képviselve labilis-kiegyensúlyozott (3) tipikus helyzetben a pánikbetegek, ideális helyzetben az asztmások és konfliktusos helyzetben főként az egészségesek szüleinek kapcsolata volt kiegyensúlyozatlan.

A testvéri alrendszer szintjén (1) tipikus helyzetben az alminták eredményei alig tértek el egymástól, de ideális- és konfliktusos helyzetben az asztmásoknál fordult elő nagyobb arányban kiegyensúlyozott kapcsolati szerkezet (2) tipikus helyzetben a pánikbetegeknél, továbbá ideális- és konfliktusos helyzetben az egészségeseknél jelent meg inkább a labilis-kiegyensúlyozott struktúra (3) tipikus- és ideális helyzetben asztmásoknál, valamint konfliktusos helyzetben pánikbetegeknél került nagyobb arányban feltárássra kiegyensúlyozatlan kapcsolati szerkezet. Tehát összegzésképpen elmondható, hogy a betegcsoportok közül az asztmás fiatalok a rendszer mindhárom szintjén (család, szülők és testvérek) hajlamosabbak voltak kiegyensúlyozott kapcsolati szerkezetet megjeleníteni (még a konfliktusos helyzetek terén is), mint akár az egészségesek, akár a pánikzavarral élő fiatalok. Ez pedig annak megerősítéseként áll, miszerint a pszichoszomatikus családok tagjai „nagyon igyekeznek egy egységes, érzelmileg egymáshoz erősen kötődő család képét mutatni” (Onnis, 1993, 45. oldal), valamint hogy a konfliktusokkal való szembenézés inkább veszélyforrásként mutatkozna a tünethordozó (avagy további, ezen családban élők) számára, hiszen az máskülönben a legalább látszatában megkívánt harmónia és egység képének felbomlását hozná magával. Figyelemreméltó, hogy a pánikbeteg fiataloknál már inkább „mer megjeleni” – akár a tipikus helyzetre vonatkozóan is - a labilis-kiegyensúlyozott kapcsolati struktúra, ami már az asztmásoknál túlidealizált rendszer problémáit valamennyire képes láttatni, azzal szembesülni, sőt „kimondhatóvá”, de legalább is – ábrázolásban – kivetíthetővé tenni. Ezek mellett viszont azt is látnunk kell, hogy az asztmás fiatalok körében is vannak, akik a családrendszer kiegyensúlyozatlanságát ld. tipikus helyzet észlelni képesek, mely utóbb az alrendszerek ideális helyzetre kirakott ábrázolásaiban is tükröződik (talán ezen tudatosulás és megnyílt szubjektív látásmód jelentheti a „kaput” a tünetváltás felé). Továbbá érdekes megfigyelni, hogy a pánikbetegeknél ezen kiegyensúlyozatlan kapcsolati struktúra, a konfliktusos helyzetre vonatkoztatva, mind a család-, mind pedig a testvérek szintjén magas arányt képviselve jelenik meg. Vagyis a Bárdos (2003) által leírt négydimenziós megküzdés-modellel szinkronban míg asztmában inkább a problémák felszín alá seprése, elfojtása, addig pánikzavarban annak immár valamiféle tudatosságot is feltételező kifejeződése történik meg, noha – magához a családrendszerhez hasonlóan – nem a szabad ventilációt támogató formában, inkább kitörésként a „kalitkából”, pánikroham(ok) formájában.

A családaybrázolásokat követő interjúk révén az eddigi eredmények még gazdagabb értelmezést nyertek. Bár a tipikus helyzet stabilitása hasonló volt a három csoport relációjában, a megelőző- és jelenlegi helyzet különbsége a pánikbetegeknél látszott a

legnagyobbak. Tehát esetükben valamiféle változás látszik, ezen betegcsoport családjában – az idő függvényében - valamiféle rendszerbeli működésmódosulás feltételezhető.

Az ideális helyzet rutin, avagy speciális kategóriákba sorolása és gyakorisága sem mutatott nagyobb eltérést az almintákra nézve, miként a konfliktusok természete (rutin vagy speciális) is hasonló eredményeket hozott.

A figurák lerakásának sorrendjét illetően statisztikailag értékelhető különbség a csoportok között nem volt. Azonban jól kirajzolódik előttünk, hogy míg az egészséges- és asztmás fiatalok az anyát szimbolizáló fabábut, addig a pánikbetegek inkább az apa figuráját preferálták. Ez pedig a szülőkhöz fűződő kapcsolat, ragaszkodás, támaszkeresés lehetőségét mutatja meg számunkra és az asztmás fiatalokra nézve egybecseng Williams (2006) kutatásával, aki asztmás gyermekeknél már fokozott érzelmi bevonódással járó, ugyanakkor ambivalens kapcsolatot tárt fel az anya személye iránt. Tehát, ha az asztma és pánikzavar relációjában valamiféle folytonosságot feltételezünk, akkor pánikbetegeknél átpártolást találunk az anyától az apa felé. Miként az egyik pánikbeteg lány az interjú során - a „Minek kellene történnie ahhoz, hogy a tipikus helyzet megfeleljen az ön ideális képének?” kérdésre adott válaszában - fogalmazott: „Csodának. Anyát visszahozni, közelebbre [mint régen volt]”. Később, más kérdések kapcsán ezeket mondta: „Így nehezebb a hétköznapi élet... Csak anyához tudom ezt kötni.. Nem anyára nézek, mert őrá haragszom”. Az ideális helyzeten pedig így zárta az interjút: „Apa tartaná össze a családot, de anyának kellene”.

A családreprezentációk kialakítása során hasonló mértékben mutatkozott változtatás a három csoportnál. A figurák tekintetének iránya azonban jellegzetes mintázatokat adott. Míg az egészségeseknél változatos struktúrák, flexibilitás voltak jellemzőek, addig asztmásoknál az egymásra figyelés inkább formálisnak tűnt, kimerült a fizikai együttlétben. A pánikbeteg személyek „családtagjai” (bábui) viszont már jobban egymás felé fordultak vagy legalább is közös irányba néztek. Ezen eredmények pedig szintén azt mutatják, hogy míg a jól funkcionáló családok működése emergens módon történik, magában a fejlődés és változás lehetőségét, továbbá a környezethez való hatékonyabb alkalmazkodás lehetőségét hordozva (Minuchin, 1985), addig a diszfunkcionális családokra inkább jellemző a dinamikus átalakulásra való képtelenség és merev határok (Sargent, 1983; Minuchin, 1985).

A „háromszögelés” művelete tipikus helyzetben asztmásoknál, konfliktus helyzetben pedig pánikbetegeknél sokkal magasabb arányt képviselve mutatkozott, mint ezt az egészséges vizsgálati személyeknél találtam. Ez viszont – miként Onnis (1993) írja - a szülők közti problematikus kommunikációt jelzi, mely csupán a gyermek bevonásával, közvetítő tevékenysége révén tud megvalósulni a felek között, amely érzelmi stressz a mediáló tag

számára pszichoszomatikus tünet állandósulásához vezethet, úm. merev trióvá fagyasztva a családtagok (apa – anya - tünethordozó gyermek) közötti kapcsolato(ka)t. A családok pedig megszokott kapcsolati mintáik megőrzésére törekszenek (Goldenberg & Goldenberg, 2008), melyben a gyermek betegsége egyfajta megoldást jelent a struktúrán belüli problémára ld. elvonja arról a figyelmet, továbbá a tünethordozó egyén számára különböző juttatásokat is biztosít (fokozott gondoskodás, mint elsődleges betegségelőny) szimptomái/ szindrómája fenntartásáért, s így a család diszfunkcionális működése gyakorlatilag folyamatos megerősítést nyer, tehát multiorientáltságú kondicionálás zajlik a rendszerben (Bárdos, 2003). Ez pedig az abból való úm. szelíd kiválást nem engedi meg, csupán az addig elfojtásra került – tudattalanba zárt - élmények „(pánik)rohamszerű kitörése” révén válhat elérhetővé. De vajon milyen emóciókkal és kognícióval is bírnak a vizsgálatba vont fiatalok?

A családtagok személyes tulajdonságai mentén történt színválasztások eloszlása, majd az egyes színekhez (narancssárga, kék, rózsaszín) társított individuális jegyek jól mutatják ezen „érzelmi töltetet”, mellyel a család rendszerében részt vesz, illetve meg kell küzdjön az egyén, a kutatásunk fókuszába állított (nagy) gyermek. Eszerint mind a narancssárga, mind pedig a kék szín használatára vonatkozóan statisztikailag is jól kimutatható eltérést találtam az alminták között. Az asztmás fiatalok konfliktusos-, a pánikbeteg fiatalok pedig ideális- és konfliktusos helyzetben is sokkal gyakrabban választották a narancssárga színt családreprezentációikban, mely szín bár az egészséges populáció számára széles spektrumon mozgó, változatos érzelmek kifejezésére szolgált, ahhoz a betegcsoportok tagjai – főként a pánikbeteg fiatalok – inkább voltak hajlamosak fájdalmas, felkavaró és félelmetes tapasztalatokat, emóciókat társítani. A kék szín választása az ideális helyzetben mutatott határozott eltérést a három csoport relációjában. Míg azonban az egészségesek inkább dinamikus, flexibilitásról tanúskodó tulajdonságokat kapcsolnak a kék színhez, addig az asztmások és pánikbetegek merev, hűvös, ámde ezzel együtt biztonságot nyújtóként észlelték az ezen színnel jelölt családtagot, illetve annak személyiségét. Ahogyan kék színnel megjelenített anyjáról egy asztmás lány – a konfliktusos helyzet kapcsán – szólt: „Igaz, hidegvérű [a gondolkodása], mégis akkora lelki támaszt tud nyújtani nekem, ami szilárdabb, mint a jéghegy”. Az eredeti kirakásban natúr színű fabábukkal megjelenített családtagok rózsaszínre történő cseréje nem adott komolyabb eloszlásbeli különbséget a csoportoknál. Érdekes tapasztalat volt, hogy a betegek közül többek által említett ambivalencia az egészséges személyek elmondásában is megjelent ezen színnel összefüggésben, sőt az asztmás fiatalokból voltak, akik a rózsaszínnel ábrázolt családtagról azt nyilatkozták, hogy valójában egészen másmilyen, mint aminek elsőre tűnik (bár ennek megfogalmazására nem a

vonatkozó/ direkt kérdésnél, hanem a későbbi beszélgetés során került sor). Emellett asztmásoknál a sérülékenység, pánikbetegeknél pedig a fájdalom, gyász, harag és (auto)agresszió kifejezésére is szolgált a rózsaszín. Mindezen eredmények tehát azt mutatják, hogy míg egy-egy szín sokkal változatosabb, rugalmasabb tartalmakat hordozhat az egészséges fiatalok számára, azoknak csupán egy szűkebb szegmense megragadható a betegek által. Továbbá az egyes színekkel megjelenített családtagok hasonló, avagy éppen nagyon eltérő tulajdonságaira is fény derülhetett vizsgálatom ezen kvalitatív elemzése révén. Az egyik fiatal, pánikbeteg lány például így fogalmazott: „én is kislány vagyok” (23 éves). Apja kék, saját alakja rózsaszín lett az adott, tipikus helyzet lerakásban. „Ezek akár komplementer színek. Jó, hogy mi ilyenek vagyunk. A mamával a másik kettő szín nem szép együtt, a többivel kirívó lenne”. Ahogyan a példa is érzékelteti, e lánynak az apjával való szoros, egymást kiegészítő (egymás nélkül talán nem is igazán teljes) kapcsolata került itt projektálásra, ami a korábban bemutatott eredményekkel összhangban van. Az egészségesek számára a színválasztás még a családon belüli hierarchiával is kapcsolatban állt, melynek mellőzésére mindhárom csoport tagjai gyakran annak megnyugtató, egyenlőséget adó lehetőségét osztották meg velem. Egy pánikbeteg lány - a konfliktusos helyzetnél – köhögési rohamot kapott, mikor a színválasztásra került sor. Mintha nagyon akart volna a teste kimondani valamit, azonban a jól bevésődött családi kommunikációs problémák ebben meggátolták volna. Izgalmas volt látni és hallani, amint ez tudatába került, megfogalmazta és hamarosan alábbhagyott köhögése is.

A kirakások során feltáruló életeseményekkor, pánikbetegeknél több esetben derült fény korábbi traumatikus történetre (elsősorban családtag/ családtagok halála), mely lelki terhek sok év távlatából is úgy tűnik, elkísérték a személyeket ld. a kirakásokban nem csupán az ideális helyzetben „tértek vissza” az elhunytak, de a tipikus, mindennapi élethelyzetben is megjelentek, vagyis napjainkra is komoly hatást gyakorolnak. A kommunikációjában sérült családrendszer azonban nem tudta támogatni az egészséges gyászfolyamatokat, miként a szülők között fennálló egyéb konfliktusok számára sem engedett ventillációs lehetőséget. A nem kifejezhető érzelmek tehát elfojtásra kerültek, feldolgozhatatlanná váltak. Márpedig a bennük rejlő feszültségből „fel kellett volna lélegezni”. Az évek multával „szót kért” fájdalom és indulatok tehát egyetlen utat választhattak, hogy a felszínre törjenek: a pszichoszomatikus tünetet, mely metaforikusan (titokzatosan és nem hozzáférhető formában) fejezi ki magának a családrendszernek a problémáját. A térmetaforaként álló kapcsolati szerkezetek is erről adtak bizonyosságot, hiszen a „háromszögelésekben” a gyermekre irányuló fókusz, a rá gyakorolt „nyomás”, a valódi problémák elfedése nyilvánultak meg, a „rendszer védelmében”.

Összegezve az eredmények alapján nyert tapasztalatokat, a vizsgált két betegcsoportban, vagyis a Bárdos (2003) nyomán pszichoszomatikus asztma és keverten pszichoszomatikus- és szomatizációs zavart jelentő pánikbetegség esetén, a családstruktúra sajátos szerveződése került feltárássra. A családon belül észlelt kohézió és hierarchia, továbbá azok flexibilitása a három, Családstruktúra Teszt (FAST) által megjeleníthető szituációban olyan dinamikát mutatottak, amelyek nyomán a család, mint rendszer szintjén megjelenő feszültség - pszichoszociális tényezőként - eltérő, ám rokon formákban öltött testet, illetve alakított ki tünetet a tagoknál, s közülük is az erre leginkább fogékony fiatalok esetében. Míg asztmásoknál a stressz mind a rendszer, mind pedig az individuum szintjén inkább befelé, az elfojtás irányába hatott, s okoz(ott) kommunikációs problémát intra- és interpszichés vonatkozásokban, addig pánikbetegségben a rohamok immár kifelé is vezetnének ebből a szorongást keltő helyzetből. Az asztmás fiatalok anyjukkal való kapcsolata Szendi (2009) interpretálásával összhangban fokozott összefonódást mutatott, míg a pánikzavarral élőknél inkább az apában való biztonság- és támaszkeresésben nyilvánult meg. Elsősorban utóbbi csoport tagjai közül azonban többen emiatt neheztelést is mutattak anyjuk felé.

Mint láttuk, asztmában erősen fenntartott a család rendszerének ideális helyzetet utánzó volta, vagyis az elfojtás a gyermekben. A serdülő, illetve a felnőttkor azonban visszavonhatatlanul megkövetelte a leválást, az új életkörülményekhez való adaptálódást, a saját életút megkezdését. Ezen változás pedig többeknél tünetváltást, pánikot idézett elő, ami a szabadulás, s ugyanakkor a korábbi, családban eltemetett problémákkal (avagy személyekkel) kapcsolatos krízist is újraélesztette. Chiozza és munkatársai (1998) a légzési nehézségekben már felvetették a születés megismételt krízisének tapasztalatait, amikor a fiatalnak önállóan is képessé kell válni a légvételre, tehát az életre. A pánikban ezen krízis megélése így fokozottan jelentkezhethet, hiszen a rossz kondicionálás és tanult tehetetlenség azok, melyeknek legyőzése szükséges a sikeres „új élethez”. S noha a fejlődő (és torzult) kogníció mutat az egyén számára valamiféle kiutat, ezen fiatalok végeredményképpen mégse tudják, hogy miként is kellene ezen másabb úton járni – önállóan, a maguk erejéből.

A későbbiekre kutatásomban egyfelől a családtagokkal dinamikus reprezentációk felvételét, valamint vizsgálataim szélesebb körű mintára történő kiterjesztését tervezem, noha asztmás gyermeket nevelő családok longitudinális formában való nyomon követése is rendkívül hasznos lenne. Emellett pedig a kérdéskör olyan további részleteinek feltárását is fontosnak tartom, melyben a családi életesemények, személyiségjegyek, megküzdés és kontroll, valamint düh és agresszió kifejezésének vizsgálatára is sor kerülhet a tárgyalt folyamatok jobb megértésére és talán a beavatkozás lehetőségeinek gazdagítására egyaránt.

5. Hivatkozások

- Ammon, G., Schibalski-Ammon, K., Herold, J., & Finke, G. (2004). Psychodynamics and ego structure in skin disease. *Clinics in Dermatology*, 2(4), 43-58.
- Aronson, E. (2008). *A társas lény*. Budapest: Akadémiai Kiadó Zrt.
- Balogh, P., & Purebl, Gy. (2008). Pszichoszociális tényezők a szív- és érrendszeri betegek esélyteremtésében. In M. Kopp (Ed.), *Magyar Lékiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban* (pp. 544-550). Budapest: Semmelweis Kiadó
- Bárdos, Gy. (2003). *Pszichovegetatív kölcsönhatások*. Budapest: Scolar Kiadó
- Berry, J. T., Hurley, J. H., & Worthington, E. L. (1990). Empirical validity of the Kvebaek Family Sculpture Technique. *The American Journal of Family Therapy*, 18, 19-31.
- de Boor, C. (1965). *Zur Psychosomatik der Allergie, insbesondere des Asthma bronchiale*. Stuttgart, Germany: Huber and Klett
- Bray, J. H., Williamson, D. S., & Malone, P. E. (1984). Personal authority in the family system: Development of a questionnaire to measure personal authority in intergenerational family process. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10(4), 167-178.
- Bräutigam, W. (1969). *Reaktionen – Neurosen – Psychopathien*. Stuttgart, Germany: Thieme
- Buda, B. (1994). *Mentálhigiéné. A lelki egészség társadalmi, munkaszervezeti, pszichokulturális és gyakorlati vetületei. Tanulmánygyűjtemény*. Budapest: Animula Kiadó
- Carlson, M. J., & Corcoran, M. E. (2001). Family structure and Children's Behavioral and Cognitive Outcomes. *Journal of Marriage and Family*, 63(3), 779-792.
- Chiozza, L. A., Baldino, O., Funosas, M., & Obstfeld, E. (1998). The meanings of respiration. In L. A. Chiozza (Ed.), *Hidden Affects in Somatic Disorders: Psychoanalytic Perspectives on Asthma, Psoriasis, Diabetes, Cerebrovascular Disease, and Other Disorders* (pp. 25-56). Madison, CT: Psychosocial Press
- Comer, R. J. (2005). *A lélek betegségei. Pszichopatológia*. Budapest: Osiris Kiadó
- Csabai, M., & Molnár, P. (2009). *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.

- Dallos, R., & Procter, H. (2001). A családi folyamatok interakcionális szemlélete. In S. Biró, & P. Komlósi (Eds.), *Családterápiás olvasókönyv. Családterápiás sorozat 1.* (pp. 7-52). Budapest: Animula Kiadó
- Dawson, D. A. (1991). Family Structure and Children's Health and Well-Being: Data from the 1988 National Health Interview Survey on Child Health. *Journal of Marriage and Family*, 53(3), 573-584.
- Dégi, L. Cs. (2008). Pszichoszociális kockázati tényezők szerepe a daganatos megbetegedésekben. In M. Kopp (Ed.), *Magyar Lélekiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban* (pp. 557-568). Budapest: Semmelweis Kiadó
- Della Seta, L. (2006). *A büntudat leküzdése*. Budapest: Háttér Kiadó
- Deshmukh, V. M., Toelle, B. G., Usherwood, T., Grady, B. O., & Jenkins, C. R. (2007). Anxiety, panic and adult asthma: A cognitive-behavioral perspective. *Respiratory Medicine*, 101(2), 194-202.
- Fava, L., & Morton, J. (2009). Causal modeling of panic disorder theories. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 623-637.
- Fava, L., Portelli, P., Rafanelli, C., Mangelli, L., & Grandi, S. (2010). The spectrum of anxiety disorders in the medical illness. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(7), 910-914.
- Fogel, A., Nwokah, E., Dedo, J. Y., Messinger, D., Dickson, K. L., Matusov, E., & Holt, S. A. (1992). Social process theory of emotion: A dynamic systems approach. *Social Development*, 1(2), 122-142.
- Fuchs, M. (1965). Der Weiberschlapp. Verlauf einer Ashtmaheilung. *Prax Kinderpsychol*, 6, 209-213.
- Furer, P., Walker, J. R., Chartier, M. J., & Stein, M B. (1997). Hypochondriacal concerns and somatization in panic disorder. *Depression and Anxiety*, 6(2), 78-85.
- van Geert, P. L. C., & Lichtwarck-Aschoff, A. (2005). A Dynamic Systems Approach to Family Assessment. *European Journal of Psychology Assessment*, 21(4), 240-248.
- Gehring, T. M., & Wyler, I. L. (1986). Family-Sytem-Test (FAST): A Three Dimensional Approach to Investigate Family Relationships. *Child Psychiatry & Human Development*, 16(4), 235-248.
- Gehring, T. M. (2010). *Family System Test (FAST) kézikönyv*. Budapest: OS Hungary Tesztfejlesztő

- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2008). *Áttekintés a családról. Családterápiás sorozat 19.* Budapest: Animula Kiadó
- Granic, I., Dishion, T. J., & Hollenstein, T. (2003). The Family Ecology of Adolescence: A Dynamic Systems Perspective on Normative Development. In G. R. Adams, & M. D. Berzonsky (Eds), *Blackwell Handbook of Adolescence* (pp. 60-91). Oxford, England: Blackwell Publishing Ltd.
- Haggerty, J. J. (1983). The psychosomatic family: An overview. *Psychosomatics*, 24(7), 615-618.
- Katon, W. (1984). Panic disorder and somatization: Review of 55 cases. *The American Journal of Medicine*, 77(1), 101-106.
- Katon, W., Vitaliano, P. P., Russo, J., & Jones, M. (1987). Panic disorder: Spectrum of severity of somatization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(1), 12-19.
- Kenny, M. E., & Donaldson, G. A. (1991). Contributions of Parental Attachment and Family Structure to the Social and Psychological Functioning of First-Year College Students. *Journal of Counseling Psychology*, 38(4), 479-486.
- Kolbe, J., Fergusson, W., Vamos, M., & Garrett, J. (2002). Case-control study of severe life threatening asthma (SLTA) in adults: psychological factors. *Thorax*, 4, 317-322.
- Kopp, M., & Skrabski, Á. (1995). *Alkalmazott magatartástudomány.* Budapest: Corvinus Kiadó
- Kopp, M. (2008). Az esélyegyenlőség magatartástudományi modellje. In M. Kopp (Ed.), *Magyar Lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban* (pp. 3-9). Budapest: Semmelweis Kiadó
- Kopp, M., & Berghammer, R. (Eds., 2009). *Orvosi pszichológia.* Budapest: Medicina Kiadó
- Korostiy, V. I., & Kozhyna, A. M. (2012). P-230. Emotional (anxiety and depressive) disorders in young persons with psychosomatic diseases (clinical structure and pathogenesis-based psychotherapy). *European Psychiatry. Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry*, 27(1), 1.
- Lange, N. E., Bunyavanich, S., Silberg, J. L., Canino, G., Rosner, B. A., & Celedón, J. C. (2011). Parental psychosocial stress and asthma morbidity in Puerto Rican twins. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 127(3), 734-740.
- Luban-Plozza, B., Pöldinger, W., & Kröger, F. (1994). *Pszichoszomatikus betegek az orvosi gyakorlatban.* Budapest: Animula Kiadó
- Magyar, P., Pálffy, L., & Bártfai Z. (2006). *Egészségügyi szakdolgozók tudógyógyászati kézikönyve.* Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.

- Marty, P. (1958). The Allergic Object Relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 98-103.
- McNally, R. J. (1990). Psychological Approaches to panic disorder: a review. *Psychological Bulletin*, 108(3), 403-419.
- Mentzos, S. (2003). *A konfliktus-feldolgozás neurotikus módjai. Pszichoanalitikus neurózistan klasszikus és új megközelítésben*. Budapest: Lélekben Otthon Kiadó
- Minuchin, P. (1985). Families and Individual Development: Provocations from the Field of Family Therapy. *Child Development*, 56(2), 289-302.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1995). *Pszichoszomatikus családok. Családterápiás sorozat 22*. Budapest: Animula Kiadó
- Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2003). Circumplex model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed.), *Normal Family Processes (3rd Ed)*(pp. 514-547). New York, NY: Guilford Press
- Onnis, L. (1993). *A pszichoszomatikus zavarok rendszerszemlélete. Családterápiás sorozat 3*. Budapest: Animula Kiadó
- Onnis, L. (2008). Pszichoszomatikus zavarok a családban. In M. Feuer (Ed.), *A családsegítés elmélete és gyakorlata. Szöveggyűjtemény* (pp. 113-120). Budapest: Akadémiai Kiadó
- Parker, G., & Lipscombe, P. (1979). Parental overprotection and asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 23(5), 295-299.
- Pierloot, R., & de Bleeker, M. (1975). Relationship patterns and their expression in the doctor-patient relation in asthmatics. *BJ Medical Psychology*, 45, 345-354.
- Powers, A., & Westen, D. (2009). Personality subtypes in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50(2), 164-172.
- Ranschburg, J. (2010). *Pszichológiai rendellenességek gyermekkorban*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó
- Rees, L. (1956). Psychosomatic aspects of asthma in elderly patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 1(3), 212-218.
- Rigazio-DiGilio, S. A. (2003). The Family Sytem Test (FAST): A Spatial Representation of Family Structure and Flexibility. *American Journal of Family Therapy*, 21(4), 369-375.
- Rogerson, C. H. (1943). Psychological Factors in Asthma. *British Medical Journal*, 1, 406-407.
- Roskam, I., Stiévenart, M., Deschuyteneer, L., & Heenen-Wolff, S. (2010). Apperception Test: Some Psychometric Properties. *The Family Journal*, 18(3), 297-309.

- Sargent, J. (1983). The family and childhood psychosomatic disorders. *General Hospital Psychiatry*, 5(1), 41-48.
- Scheier, M. F., & Bridges, M. W. (1995). Person Variables and Health: Personality Predispositions and Acute Psychological States as Shared Determinants for Disease. *Psychosomatic Medicine*, 57, 255-268.
- Schwartz, G. E. (1983). Social psychophysiology and behavioral medicine: A systems perspective. In J. T. Cacioppo & R. E. Petty (Eds.), *Social Psychophysiology* (pp. 397-408). New York, NY: Guilford Press
- Smith, A., & Nicholson, K. (2001): Psychosocial factors, respiratory viruses and exacerbation of asthma. *Psychoneuroendocrinology*, 26(4), 411-420.
- Solymosi, K. (2004). Fejlődés és szocializáció. In K. N. Kollár, & É. Szabó (Eds.), *Pszichológiai Pedagógusoknak* (pp. 29-50). Budapest: Osiris Kiadó
- Staudenmayer, H. (1981). Parental anxiety and other psychosocial factors associated with childhood asthma. *Journal of Chronic Diseases*, 34(12), 627-636.
- Szendi G. (2009). *Pánik. Tények és tévhitek*. Budapest: Jaffa Kiadó
- Szokolszky, Á (1998). A tudomány metamorfózisa és a kognitív tudomány: Poszkarteziánus alternatívák. In: Cs. Pléh (Ed.) *Megismeréstudomány és mesterséges intelligencia*. (pp. 273-295). Budapest: Akadémiai Kiadó
- Szokolszky, Á. (2004). *Kutatómunka a pszichológiában*. Budapest: Osiris Kiadó
- Teiramaa, E. (1979). Asthma, psychic disturbances and family history of atopic disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 23(3), 209-217.
- Ulrik, C. S., Backer, V., Dirksen, A., Pedersen, M., & Koch, C. (1995). Extrinsic and intrinsic asthma from childhood to adult age: a 10-yr follow-up. *Respiratory Medicine*, 89(8), 547-554.
- Vajda, Zs., & Kósa, É. (2005). *Neveléslélektan*. Budapest: Osiris Kiadó
- Wahlström, R., Lagerlöv, P., Stålsby Lundborg, C., Veninga, C. C. M., Hummers-Pradier, E., Dahlgren, L. Ol, Denig, P. (2001). Variations in general practitioners' views of asthma management in four European Countries. *Social Science and Medicine*, 53, 507-518.
- von Weizsäcker, V. (1951). *Fälle und Probleme*. Stuttgart, Germany: Enke
- Williams, J. S. (2006). Aspects of dependence-independence conflict in children with asthma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 16(3), 199-218.
- Wood, B. L. (1993). Beyond the „Psychosomatic Family”: A Biobehavioral Family Model of Pediatric Illness. *Family Process*, 32(3), 261-278.

6. Mellékletek

6.1. A FAST teszt kiegészítő kérdései

Tipikus helyzet

- Konkrét helyzetet mutat ez az ábrázolás? Ha igen, melyiket?
- Mióta ilyenek a viszonyok, mint ezen az ábrázoláson?
- Mennyiben különböznek ezen ábrázolás kapcsolatai attól, amilyen az ezt megelőző helyzet volt?
- Mi vezetett oda, hogy a kapcsolatok olyanná alakultak, amilyenek most?
- Mit fejez ki a figurák tekintetének iránya?

Ideális helyzet

- Olyan helyzetet mutat ez az ábrázolás, amely egyszer már létrejött? Ha igen, melyiket?
- Milyen gyakran fordul elő ez a helyzet és alkalmanként mennyi ideig tart?
- Mikor fordult elő először ez a helyzet és mikor utoljára?
- Minek kellene történnie ahhoz, hogy a tipikus kapcsolat megfeleljen az Ön ideális képének?
- Ha az ideális helyzet létrejönne, ez mekkora jelentőséggel bírna a többi családtag számára?
- Mit fejez ki az adott figurák tekintetének iránya?

Konfliktusos helyzet

- Kik között van ez a konfliktus?
- Mi körül zajlik ez a konfliktus?
- Milyen gyakran fordul elő ez a konfliktus és alkalmanként mennyi ideig tart?
- Mikor fordult elő először ez a helyzet és mikor utoljára?
- Mit jelent ez a konfliktus az Ön számára és mit a többi családtag számára?
- Milyen szerepet játszanak a családtagok a konfliktus megoldásában?
- Mit fejez ki az adott figurák tekintetének iránya?