

Pécsi Tudományegyetem
Bölcsészeti és Társadalomtudományi Kar
Pszichológia szak

***Korai maladaptív sémák kapcsolata az interperszonális
funkciókkal és a traumával***

OTDK Dolgozat

Készítette: Szűcs Dóra
Témavezető: Dr. Nagy László

Pécs
2023

Tartalomjegyzék

Absztrakt	3
Elméleti bevezető	3
A séma fogalma	3
A korai maladaptív sémák és a sématerápia	4
A sémartományok és maladaptív megküzdési mechanizmusok	5
Az elszakítottság/elutasítottság és a kóros másokra való irányultság sémartomány szerepe a mentális zavarokban	8
A személyiség funkcionális területei	9
Az interperszonális funkciók és korai maladaptív sémák kapcsolata	10
Az empátia és az intimitás a személyiség funkcionalitása tükrében	11
A negatív életesemények és a maladaptív sémák kapcsolata	13
A kutatás célja, hipotézisek	15
Módszer.....	15
Mérőeszközök.....	15
Vizsgálati személyek.....	16
Eljárás.....	17
Statisztikai elemzések terve.....	18
Eredmények	18
Leíró statisztika.....	18
Hipotézisellenőrző statisztikai próbák	20
Diszkusszió	24
Az elszakítottság és elutasítottság és a kóros másokra irányultság sémáinak kapcsolata a személyiség funkcionális területein belül az empátia és intimitás faktorával.	24
A negatív életesemények összefüggései a korai maladaptív sémákkal	27
A két hipotézis összegző megbeszélése és a kutatás erősségei	28
A kutatás limitációi és kitekintés	28
Irodalom	29

Absztrakt

Korábbi kutatásokban bizonyosságot nyert, hogy a mentális zavarok hátterében sokszor korai maladaptív sémák, illetve az interperszonális szkiliek diszfunkcionális működése áll. Dolgozatomban azt vizsgáltam, hogy a sémák milyen kapcsolatban állnak az empátia és az intimitás személyiség területeivel, illetve a gyerekkori negatív élményekkel. Az említett kapcsolati dinamikák és sémák egymásra gyakorolt hatása eddig kevésbé feltárt. Első hipotézisem az előbbi kettő viszonyára irányul, miszerint azt feltételeztem, hogy az empátia és az intimitás faktorát a maladaptív hiedelmek szignifikánsan magyarázzák. Míg második hipotézisemben azt vártam, hogy a negatív életeseményt átélt csoport sémaprofilja különbözni fog az ilyen eseményt nem megélt személyekéhez képest. Mindezt egy 221 felnőttből álló nem-klinikai mintán kérdőíves (LPFS és YSQ) eljárással teszteltem. Mindkét hipotézisem megerősítést nyert, tehát valóban kapcsolódnak a sémák az interperszonális funkciókkal, illetve a negatív eseményt elszenvedett csoportnak eltérő a mintázata. A sématerápiás tapasztalatok is rámutatnak arra, hogy a kapcsolati készségek fejlesztése kulcsfontosságú a kedvező kimenetel szempontjából. Ezért is tartom fontosnak az említett összefüggések kutatását.

Elméleti bevezető

A séma fogalma

A séma a pszichológia tudományán belül egy jelentősen elterjedt fogalom, mely több területen is megtalálható, mint például a kognitív-, neuro- és a fejlődépszichológiában. Piaget személyét mindenképp meg kell említeni, aki a gyerekkori kognitív fejlődés különböző szakaszaiban részletesen írt a kifejezésről és elmélete széles körben ismertté vált (Cole & Cole, 2006). Stern és Horowitz neve is kiemelt jelentőségű, akik pszichoanalitikus szempontból foglalkoztak a sémákkal, melyeknek kialakulását különböző gyerekkori élményeknek tulajdonították (Horowitz, 1991; Stern, 1985). A kognitív sémaelméletek alkotói között pedig Beck és Young személye meghatározó, akik szintén eltérő definíciókkal jellemezték a sémákat (Young et al., 2003).

Ezek a struktúrák ma egyre nagyobb szerepet kapnak a pszichoterápiás gyakorlatban, illetve a pszichopatológiai kutatásokban is egyaránt (Unoka, 2011). Részt vesznek emlékezeti folyamatainkban, viselkedésünk szervezésében és kontrollálásában, interperszonális kapcsolataink alakulásában, elvárásainkban, motivációinkban, érzelmeinkben, tehát egyfajta interpretációs támaszként szolgálnak élményeink szervezése során (Freeman & Martin, 2004; Mojallal et al., 2015). Ezeknek a konstruktumoknak a segítségével ki tudjuk szűrni a számunkra fontos és releváns információkat a mindennapokban érő számos inger közül (Barazandeh et al., 2016).

A korai maladaptív sémák és a sématerápia

Young fejlődéspathológiai elmélete szerint a lelki egészség szempontjából fontos, hogy gyermekkorban az alapvető szükségletek ki legyenek elégítve. Öt elsődleges szükségletre helyezi a hangsúlyt, melyek nélkülözhetetlenek a mentális jóllét fenntartásában (Unoka, 2011; Young et al., 2003). Ezek a következők:

1. biztonságos kötődés (kiszámíthatóság, állandóság, szeretet és elfogadás)
2. autonómia, kompetencia és én-azonosság érzésének szükséglete
3. saját szükségleteink és érzéseink szabad kifejezése
4. spontaneitás és játékosság igénye
5. reális határok és önkontroll

Ezek a szükségletek mindenkiben univerzálisan jelen vannak, viszont, ha kielégítetlenek maradnak a korai időszakban, akkor maladaptív sémák kialakulását indukálhatják (Young et al., 2006). Ezek a korai diszfunkcionális sémák megjelenésük időszakában adaptívak, az adott családi rendszerben valamilyen funkciót látnak el, hogy megvédjék az érintettet a nem kívánt hatásoktól, viszont, amikor kikerül ebből a közezből a személy, akkor már nem segítik elő az alkalmazkodást (Oei & Baranoff, 2007). Például egy érzelmileg bántalmazó családban nevelkedett gyerekekre jellemző lehet egy olyan gondolat, mint *„Alapvető tulajdonságaim túlságosan elfogadhatatlanok ahhoz, hogy felfedjem magam mások előtt”*, viszont felnőttként ezek elvesztik létjogosultságukat, károssá válhatnak, amivel a mindennapokat akadályozhatják. Elmondható tehát, hogy a korai maladaptív sémák kiterjedt, pervazív mintázata gyerek- és serdülőkorban alakulnak ki, ami után automatikusak, önfenntartóak és beavatkozás nélkül egész életen át hatással lehetnek az érintett személyre. Diszfunkcionálisak, torzítják az egyén

önmagáról és másokról alkotott képét, így jelentős kapcsolati romlához vezethetnek (Unoka et al., 2015). Ugyan a maladaptív sémák legtöbbje gyermek és serdülőkorban formálódik, viszont a későbbi időszakban is kialakulhatnak ismétlődő és intenzív élettapasztalatok hatására, azonban ezek nem bizonyulnak olyan ellenállónak (Unoka et al., 2003).

A standard kognitív viselkedésterápiás eljárások hatékonyságuk egyértelmű szorongásos és depresszív kórképekben, ugyanakkor limitáltan alkalmazhatóak bizonyos nehezen kezelhető pszichés zavarokban. A kognitív terápiák második hullámához sorolható sématerápia Jeffrey E. Young és munkatársai által kidolgozott módszer, mely különféle terápiás és elméleti irányzatok integrálása révén keletkezett. Eredetileg a személyiségzavaros és a krónikus első tengelyes zavarban szenvedő páciensek gyógyítása céljából hozták létre az 1990-es évek elején (Young, 1999). A sématerápia ötvözi a Beck-féle kognitív viselkedésterápia modelljének, Bowlby kötődésméleteinek, a pszichodinamikus tárgykapcsolat-elméleteknek, és a Gestalt-terápia elméletének bizonyos aspektusait (Unoka, 2011). Tehát találhatóak benne kognitív módszerek és élményalapú technikák. Fontosak a hozott tapasztalatok is, melyek a terápiás kapcsolatban áttételi és viszontáttételi folyamatok részeként megoldozhatóak. A terápia segít abban, hogy a kliens jobban megértse saját problémáinak gyökerét, visszatérő viselkedési mintáit és ennek hatására képes legyen egodisztonnak tekinteni és átalakítani rosszul funkcionáló sémáit (Unoka, 2011). Így a hagyományos kognitív viselkedésterápiát azzal egészítette ki, hogy sokkal nagyobb hangsúlyt fektetett a pszichológiai problémák gyermek- és serdülőkori eredetének feltárására, élményalapú technikákra, a terapeuta-páciens kapcsolatára és annak korrektív hatására, illetve a maladaptív megküzdési stílusokra.

A sématartományok és maladaptív megküzdési mechanizmusok

Young (2003) 19 korai maladaptív sémát írt le, mely öt nagyobb sématartományba sorolható (lásd 1. táblázat).

1. táblázat: Sématartományok és a hozzá kapcsolódó maladaptív sémák

Elszakítotttság és elutasítotttság	Károsodott autonómia és teljesítőképesség	Károsodott határok	Kóros másokra irányultság	Aggályosság és gátlás
Elhagyatottság/ instabilitás	Dependencia/ inkompetencia	Feljogosítotttság/ grandiozitás	Behódolás	Negativizmus/ pesszimizmus

Érzelmi depriváció/ érzelemmegvonás	Sérülékenység/ veszélyeztetettség	Elégtelen önkontroll/ önfegyelem	Önfeláldozás	Érzelmi gátoltság
Bizalmatlanság/ abúzus	Összeolvadtság éretlenség		Elismerés hajszolás	Könyörtelen mércek
Csökkentértékűsé g/ szégyen	Kudarca ítéltég			Büntető készlet
Társas izoláció/ elidegenedettség				
Társas elutasítottság				

Ezek a sémartományok párhuzamba vonhatóak a korábban emlegetett alapvető érzelmi szükségletekkel. Ha valamelyik igény nincs megfelelően kielégítve, akkor jelenhet meg a maladaptív séma. Ennek összefüggését a 2. táblázat illusztrálja.

2. táblázat: Alapvető szükségletek és sémartományok

Alapvető szükséglet	Sémartomány
Biztonságos kötődés	Elszakítottság és elutasítottság
Autonómia, kompetencia és én-azonosság érzése	Károsodott autonómia és teljesítőképesség
Reális határok és önkontroll	Károsodott határok
Saját szükségletek és érzések szabad kifejezése	Kóros másokra irányultság
Spontaneitás és játékosság	Aggályosság és gátlás

A sémák egy szükséglet megjelenésével aktiválódnak. Amint a szükséglet megjelenik, aktiválja a korai években elsajátított tudást arról, hogy a szükséglet igényének kifejezése mivel járhat, a környezet hogyan fog rá reagálni. Vegyük például a saját érzések szabad kifejezésének igényét. Ha gyerekként valaki azt tanulta meg, hogy csak akkor kap odafigyelést és szeretetet a gondozójától, ha saját vágyait, érzéseit elnyomja és a másik szükségleteit helyezi előtérbe, akkor felnőttként is hajlamos lesz erre a viselkedésre, mert környezetét a múltban rögzült torzult forgatókönyv alapján észleli. Ennek hatására a kóros másokra irányultság tartomány sémái

lépnek működésbe. Tehát a példából is látható, hogy a sémához illeszkedő ingert a személy keresi, hangsúlyozza, míg figyelmen kívül hagyja a hozzá nem kapcsolódó hatást, melynek oka az, hogy az ember arra törekszik, hogy állandó, következetes környezet vegye őt körül. Így lesz egy séma önnfentartó és nehezen megváltoztatható (Unoka, 2011).

Kutatásomban két sémartományt, az elszakítottság/ elutasítottság és a kóros másokra irányultság sémáit helyezem fókuszba, melynek jellemzőiről és okairól a következő bekezdésekben bővebben írok.

Az elszakítottság és elutasítottság sémartományba tartozó személyek kora gyermekkorban elutasítást, szeretetmegvonást, kiszámíthatatlanságot, és gyakran bántalmazást éltek át. Ezek a negatív tapasztalatok megerősítették bennük, hogy a kötődés és az intimitás veszélyes, és nem bíznak abban, hogy egy kapcsolatban megélhető a biztonságos, szeretetteli légkör (Mojallal et al., 2015; Unoka et al., 2015).

- Az elhagyatottság/instabilitás sémával rendelkező emberek azt hiszik, hogy a számukra fontos emberek kiszámíthatatlanok és el fogják őket hagyni, tehát kapcsolataik instabilak, nem tudnak megbízni a másokban.
- Az érzelmi depriváció / érzelemmegvonás sémájával rendelkező személy azt gondolja, hogy nem kaphatja meg a neki járó érzelmi támogatást, empátiát, gondoskodást.
- A bizalmatlanság/abúzus sémával rendelkező személyek meggyőződése, hogy kihasználják őket mások és nem bízhatnak senkiben. Feltételezik, hogy megcsalják, megalázzák, bántalmaznak őket és hazudnak nekik társaik.
- A csökkentértékűség/szégyen sémával rendelkező egyének azt hiszik, hogy alapvető tudajdonságaik rosszak és félnek intim kapcsolatokat kialakítani, mert így felfedeznék hibáikat, ami értéktelenné és szerethetlenné tenné őket. Mindezt erős szégyenérzet hatja át.
- A társas izoláció/elidegenedettség sémájával rendelkező ember úgy érzi, hogy egy csoporthoz sem tartozik igazán, ezért kirekesztve és elkülönülve érzi magát a többiektől.
- Az elutasítottság sémával rendelkező személyek úgy érzik, hogy mások nem fogadják be a társaságukba őket külsejük vagy nem megfelelő szociális készségeik miatt.

(Young, 2003)

A kóros másokra irányultság sématautomatizációjába tartozó személyek saját igényeiket elhanyagolva, háttérbe szorítva igyekeznek minél jobban a másik vágyait, szükségleteit kielégíteni. Ezt azért teszik, hogy elismerést kapjanak a másiktól, vagy elkerüljék a büntetést. Gyerekkorukban sokszor a szüleik kedvében kellett járniuk, hogy figyelemben és elfogadásban részesüljenek, miközben saját természetes érzéseiket elnyomták. Ezt a működésmódot felnőttként is alkalmazzák, így hamar külső irányítás alá kerülnek mintegy alávetve magukat a másik fél szükségleteinek.

- A behódolás sémájával bíró személy mások szükségleteit előrébb helyezi a sajátjánál, kényszerítve érzi magát, hogy behódoljon. Így teljesen feladja saját érzéseit, vágyait. Mindezt azért teszi, hogy a másik ne haragudjon, ne hagyja el, vagy ne büntesse meg őt.
- Az önfeláldozás sémával rendelkező személy önként feladja saját szükségleteit, hogy a másik kedvében járjon, és ne okozzon neki fájdalmat, illetve ne érezzen bűntudatot. Azonban mivel vágyai kielégítetlenek maradnak, sokszor dühöt érez, neheztel a másokra.
- Az elismerés hajszolása sémájával bíró személyek önértékelése a másoktól kapott visszajelzések szerint alakul. Túlzottan törekszik az elismerésre, figyelemre, dicsőítésre és így nem alakul ki reális, stabil értékítélete önmagáról.

(Young, 2003)

Az elszakítottság/elutasítottság és a kóros másokra való irányultság sématautomatizáció szerepe a mentális zavarokban

Számos mentális zavar hátterében felfedezhetőek a korai diszfunkcionális hiedelmek. Kutatások bizonyítják, hogy a hangulatavarokban (Harris & Curtin, 2002; Lumley & Harkness, 2007), személyiségzavarokban (Petrocelli et al., 2001; Reeves & Taylor, 2007; Thimm, 2010), szorongásos zavarokban (Calvete et al., 2013; Hedley et al., 2001) és evészavarokban (Meneguzzo et al., 2021) meglehetősen gyakoribb a kognitív torzítások előfordulása a normál, egészséges populációhoz képest.

Az elszakítottság/elutasítottság sématautomatizációjába tartozó sémákkal számos kutatás foglalkozik, illetve Young (2010) szerint ezen maladaptív hiedelmek között találjuk azokat, amelyek a legnegatívabb és legmélyrehatóbb hatást gyakorolják a személyiség működésére.

Személyiségzavarokban gyakran megjelenik ez a tartomány, mint például a borderline működésmódban (Ball & Cecero, 2001; Nordahl et al., 2005), a nárcisztikus (Zeigler-Hill et al., 2011), vagy akár az elkerülő személyiségzavarban (Jovev & Jackson, 2004). A depresszív- és szorongásos zavaroknál is jelentős mediáló szerepet kapnak az elszakítottság/elutasítottság faktor sémái (Hoffart et al., 2005; Roelofs et al., 2011). Tehát látható, hogy megannyi pszichopatológiai érintettség megfigyelhető, illetve a klinikumban és a terápiás környezetben is jelentős feladat az említett kóros sématartomány elemeinek megdolgozása. A fentebbi okok miatt kutatásomban az elszakítottság/elutasítottság sémái kapják az egyik központi figyelmet.

A kóros másokra irányultság sématartomány szintén figyelemre méltó. Leggyakrabban depressziós pácienseknél mutatható ki a kapcsolata, ahol például az önfeláldozás és behódolás séma hangsúlyos szerepet kap (Csukli et al., 2011; Shah & Waller, 2000). Unoka (2007) doktori kutatásában a depressziós mintán kívül a borderline (*behódolás séma*) és az evészavaros mintán (*elismerés hajszolása*) is szignifikáns hatást talált. Habár az elszakítottság és elutasítottság faktor sémái szélesebb körben vizsgált klinikai vonatkozásai révén, ugyanakkor szerettem volna emellett kutatásomban egy kevésbé feltárt tartományt is megvizsgálni. Így a kóros másokra való irányultság sémáira esett a választásom, mivel ezeknek is nagy jeletősége van egyes kórképeknél. Választásomhoz kiindulópontként szolgált még Mirović és Mešković (2017) kutatása, ahol az elméleti bevezetőmben később részletezendő fontos interperszonális jelenségnek, az empátiának és a maladaptív sémáknak a kapcsolatára derült fény, ami érdekes kutatási iránynak ígérkezett.

A személyiség funkcionális területei

A DSM-5 III. mellékletében a 2010-es években megjelent egy alternatív modell (Alternative Model for Personality Disorders; APA, 2013), mely a dimenzionális megközelítésen alapuló elméleteket ötvözi és korszerű lehetőségeket nyújt a személyiség maladaptív működésének feltárására (Oldham, 2015). Ez a modell két nagy területet képzel ez, amely meghatározó lehet a személyiség funkcionálása szempontjából. A szelf- mely magába foglalja az identitást és az önirányítottságot- képviselni az önmagunkkal való kapcsolódást, önmagunk reprezentációjának a felületét, az interperszonalitás pedig- mely az empátiát és intimitást tartalmazza- a másokkal való kapcsolódás felülete (Waugh et al., 2017). Alapvetően a személyiségzavarok súlyossági fokának megállapítása céljából fejlesztették ki az előbb említett területeket mérő kérdőívet (Level of Personality Functioning Scale, LPFS), ahol első

lépésként itt állapítják meg az alternatív modell szerint, hogy eléri-e a kóros funkcionálási szintet az érintett személy (Morey, 2017).

Dolgozatomban a két fő terület közül az interperszonális funciókon lesz a hangsúly. Ezeknek a károsodása nehézséget okoz a társas kapcsolatok kialakításában, fenntartásában és számos személyiség- és egyéb mentális zavarban szenvedőnél megjelenik diszfunkcionalitása (Hengartner et al., 2014), illetve összefüggésben állhat a korai maladaptív sémákkal is (Koch, 2002; Mojallal et al.; 2015). Így kutatását fontosnak tartom, hogy mélyebb rálátást kapjunk mindezen összefüggésekre.

Az interperszonális funciók és korai maladaptív sémák kapcsolata

Társas interakcióink lényeges szerepet töltenek be a mindennapos alkalmazkodásban, így a hatékony szociális kapcsolatok alakítása meghatározó jelentőséggel bír mind a magánéletben, mind a munkahelyi környezetben egyaránt (Forgas, 1985). Azonban számos tanulmány rámutat arra, hogy az utóbbi években egyre több ember szenved kapcsolati konfliktusoktól, magánytól, érzelmi elszigeteltségtől, melyek gyakran vezetnek alacsonyabb önértékeléshez, gyengébb énhatékonysághoz és szelfregulációhoz, hangulatzavarhoz, csökkent szociális érzékenységhez és agresszióhoz is akár (Butler et al., 2007; Gaertner et al., 2008; Horowitz & de Sales French, 1979). Különböző tényezők befolyásolhatják a személy interperszonális képességeit és konfliktusait. A korai életszakaszban megtapasztalt hatások, érzések nagy jelentőséggel bírhatnak a későbbi, felnőttkori kapcsolatok alakulására. A gyerek a számára fontos személyekkel való interakciós sajátosságokat egyfajta kognitív térképként használja, amik befolyással lehetnek jövőbeli viselkedésére (Baldwin, 1992). Tehát a korai maladaptív sémáknak meghatározó a szerepe a szociális kapcsolatok minőségében. Ponce et al. (2004) kutatása rámutat arra, hogy létezik aközött kapcsolat, hogy például, ha valakit gyerekkorban bántalmaztak, akkor felnőttként is nagyobb valószínűséggel törődik bele a kapcsolati erőszakba, amit korai élményei nyomán természetesként fogad el. Pinto-Gouveia et al. (2006) vizsgálata azt részletezi, hogy azok a gyerekek, akik gondozóiktól sok kritikát, megszégyenítést vagy túlzott védelmet kaptak, szintén torzult sémákkal felnőttkorban gyakran szociális félelmekkel, főbiával küzdenek. A partnerkapcsolatokban is megjelenhetnek ezek a hiedelmek, Downey & Feldman (1996) kutatásukban arra világítanak rá, hogy azok, akik olyan környezetben nőttek fel, ahol sokszor éltek meg elutasítást, érzelmi elhanyagolást, később

felnőtt kapcsolataikban hajlamosabbak érzelileg rideg és elérhetetlen párt választani. Ha még szeretettel és elfogadással fordul is feléjük partnerük, akkor is képesek félreértelmezni a másik reakcióját, hogy korai berögzült sémáikat fenntarthassák ezáltal. Így nem meglepő, hogy az ilyen személyek párkapcsolati elégedettsége gyengébb. Stiles (2004) disszertációs értekezésében a korai maladaptív sémák, az intimitás kapcsolatának vizsgálata során bizonyította, hogy például az elhagyatottság sématartomány bizonyos sémái csökkent intimitás képességet jósolhatnak be a romantikus kapcsolatokban. Hatamii & Fadayi (2015) szerint az intimitással kapcsolatos problémák, a házassági konfliktusok és a korai maladaptív sémák a fő okai a párok válásának, így hatékony sématerápiával a párok problémái javíthatók és a válás csökkenthető.

A nemi különbségekkel kapcsolatos vizsgálatok a sémákkal kapcsolatban eltérő eredményeket mutatnak. Van, ahol felfedezhetőek (Clifton, 1995; Schmidt et al., 1995), míg más szerzők (Bendo, 2001) nem találtak különbséget a két nem mintái között. Ugyanez a tendencia megfigyelhető az intimitásnál is, ahol attól függően fedeztek fel vagy sem eltéréseket, hogy miként definiálták az intimitás fogalmát (Stiles, 2004). Ezen fentebbi kutatások alapján is megállapítható, hogy számos összefüggés tárható fel az interperszonális funkcionalitás és a sémák mintázata között. Így érdemes tovább vizsgálni ezt a területet, hogy minél több empirikus információ álljon rendelkezésünkre mind elméleti síkon, mind a klinikai gyakorlat számára.

Az empátia és az intimitás a személyiség funkcionalitása tükrében

Az empátia az a képesség, ami segítségével át tudjuk érezni mások lelkiállapotait, bele tudjuk képzelni magunkat mások helyzetébe és be tudjuk jósolni, hogy mit fognak cselekedni, hogy erre megfelelően reagáljunk (Wheelwright & Baron-Cohen, 2011). A személyiség funkcionálási szintek skálájában az interperszonális funkciók egyik fő komponense az empátia, melynek megfelelő, egészséges működése esetén a személy a legtöbb helyzetben képes pontosan értelmezni mások élményeit és vágyait, így megérti és méltányolja társai álláspontját akkor is, ha nem feltétlenül ért azokkal egyet, illetve tisztában van saját cselekedeteinek másokra gyakorolt hatásával. Ezzel ellentétben károsodása esetén az egyén nem képes mások gondolatait, érzéseit megérteni, saját tevékenységének másokra gyakorolt hatását kevésbé ismeri fel és fenyegetőnek érezheti a nézetkülönbségeket (Morey, 2017).

Az empátia fejlődése sok tényező összjátékán múlik. Függ a genetikai tényezőktől, idegi fejlődéstől, a gyerek temperamentumától és a szocializációs hatásoktól, így a szülő-gyerek kapcsolat sajátosságaitól egyaránt. Az anya szeretetteli, meleg közelsége fontos szerepet játszik az empátia megfelelő fejlődésében. Azok a gyerekek, akiknek szülei többször beszéltek érzelmekről, illetve azok okairól és következményeiről magyarázatot adtak, érettebb empátiás készséggel rendelkeztek (McDonald & Messinger, 2013). Már az egynapos újszülött csecsemő is distresszel reagál egy másik síró társa szorongására, mely az empátiás reakció nagyon korai formáját mutatja (Martin & Clark, 1982). Két éves korra jelentősen sokat javul a gyerek együttérző képessége, mely verbálisan vigasztalásban, "tanácsadásban", vagy a distressztől való figyelemelterelésben, illetve nonverbális reakciókban, például egy ölelésben, vagy együttérző bánatos arckifejezésben is formát ölt (Zahn-Waxler et al., 1992). 4-5 éves korban pedig mentalizációs képességük eléri azt a szintet, hogy képesek lesznek mások perspektíváját átvenni és megértik a hamis vélekedést is (Wellman et al., 2001). Vannak arra is bizonyítékok, hogy ezek a korai empátiás hajlamok, beállítódások az idő múlásával konzisztensek és stabilak maradnak (Knafo et al., 2008). Az empátia elengedhetetlen a másokkal való proszociális motivációkban, beleértve a társadalmi szabályok betartásán át az altruista viselkedésig terjedő cselekedeteket. Eme készség birtokában vagyunk képesek kielégítő, kölcsönös és támogató kapcsolatokat létrehozni és fenntartani egymással. Hiányában atipikus fejlődésről beszélhetünk, melynek két prototipikus formája az autizmusban és a pszichopátiában nyilvánul meg, de persze más enyhébb mentális problémáknál is jelen lehet az empátia csökkent működése (McDonald & Messinger, 2013).

Az intimitás a másik interperszonális funkció, mely megfelelő működése során az ember számos kielégítő és tartós kapcsolatot ápol a magán- és közösségi életben, melyek során gondoskodásra, kooperációra és kölcsönös előnyökre törekszik, rugalmasan reagál mások különféle terveire, gondolataira és viselkedéseire. (Morey, 2017) Az intim kapcsolódásokat olyan verbális vagy nonverbális interakciók jellemzik, amelyek során az egyik vagy mindkét partner megoszt valamilyen számára személyes és fontos információt a másikkal, mely pozitív érzelmeket ébreszt benne. A felek megbíznak a másokban, észlelik, és megértik egymást, kölcsönös szeretet és összetartozás járja át viszonyukat (Prager, 1997). Diszfunkcionális működése esetén viszont kapcsolataik nagyrészt felszínesek maradnak, melynek sokszor a személyes nyereség a mozgatórugója. A kapcsolódás iránti vágy lecsökken, súlyos esetben teljesen elidegenedik a közösségi élettől (Morey, 2017).

Az elsődleges gondozóval való érzelmi közelség és válaszkészség mélysége, illetve a korai kötődés minősége rendkívül lényeges, hatást gyakorol a későbbi intim kapcsolatok jellegére. A kötődés és az intimitás nem teljesen ugyanaz a fogalom, viszont mindkettőt kölcsönös szeretet és szabályozás, illetve az érzelmek biztonságos kifejezésének lehetősége jellemez. A fő különbség azonban, hogy a kötődés során a gondozó szerepe az elsődleges abban, hogy figyelje gyermeke reakcióit és megfelelően érzékenyen reagáljon rá, míg az intimitás egy kölcsönös egyenrangú odafordulást kíván mindkét fél részéről (Fallon & Gogineni 2019). Az intimitás, mint egy fejlődési szakasz az Eriksoni-elméletben is megjelenik, aminek a kialakulása a fiatal felnőttkor egy jelentős feladatának tekinthető. Ilyenkor pozitív kimenetel esetén, amikor a saját identitás már kiforrott a fiatalok készen állnak az elkötelezett, kölcsönös és intim kapcsolatok kialakítására, hogy ezáltal megtapasztalják a szeretet képességét (Erikson, 1963). Azonban számos szakirodalom már jóval felnőttkor elé helyezi az intimitás bizonyos komponenseinek fejlődését, melyben mind a gondozók, mind a kortársak nagy szerepet játszanak. Akik támogató családi közegben nőnek fel, nagyobb valószínűséggel és gyakrabban tapasztalnak a kortásaik között is elfogadást és kölcsönös barátságokat. Azonban akadnak olyan helyzetek is, amikor a pozitív kortárskapcsolatok gyógyíthatják a hiányos gondozói magatartásokat. Ebből a perspektívából szemlélve a gyerekkorban megélt érzelmi tapasztalások nagy befolyással bírnak a későbbi kapcsolatok minőségére (Collins & Sroufe, 2014).

A LPFS egy dimenzió mentén értékeli az említett területeket, ahol a károsodás mértéke egy 0-tól (nincs károsodás) 4-ig (extrém károsodás) terjedő dimenzionális skálán van pontozva. Eredetileg a személyiségzavarok látens mögöttes struktúráit figyelembe véve határozták meg a négy területet, hogy ezáltal a mentális betegségek diagnosztizálása és kezelése gördülékenyebb legyen (Bender et al., 2011; Morey, 2017). Mivel a korai maladaptív sémák több személyiségzavarban is érintettek lehetnek, illetve egyéb zavarokban is megfigyelhető a társas kapcsolatok csökkent funkcionálása, ezért dolgozatomhoz DSM-5 alternatív modelljéhez tartozó LPFS skálát fogom használni az interperszonális működés méréséhez.

A negatív életesemények és a maladaptív sémák kapcsolata

Bowlby (1988) kötődésemélete szerint a korai életkorban belső működési modelleket alakít ki a gyerek az öt gondozókkal való interakciók során. Amikor a felnőttek szeretetteljesen és következetesen reagálnak rá, akkor egy megbízható és támogató modell alakul ki bennük, amit így internalizálnak. A gyerekkori negatív tapasztalatok vagy traumák azonban

veszélyeztethetik a kötődési helyzetek biztonságát és a másokkal való kapcsolódás maladaptív hiedelmeit eredményezhetik (MacDonald et al., 2015; Egeland & Farber, 1984). Lehetnek stresszforrások a családban, például a szülők válása, családtag alkoholizmus, mentális betegsége, súlyosabb esetben bántalmazás stb. Jöhet a stresszor a társas közegből, például iskolai zaklatás, bullying, de lehet személyen belüli, például egy súlyosabb betegség, akár fizikai, akár mentális. Ezek az élmények a későbbiekben is hatással bírhatnak az egyénre, ami következtében fogékonyabbak lehetnek mentális vagy fizikai betegségekre. Ezekre alátámasztó példa lehet Rogosch et al., (1995) vizsgálata, ahol azt találták, hogy a korai negatív környezeti befolyások, mint például az érzelmi elhanyagolások sokszor összefüggnek a kóros másokra irányultság sémáival, illetve a későbbiekben a depresszió és szorongásos zavarok megjelenésével, mivel gyerekként megtanulták, hogy csak akkor szeretik őket, ha gondozójuk szükségleteit előrébb helyezik, a saját vágyaikat pedig elnyomják. Ez a hiedelem kialakulásakor adaptív lehet, mert így csökkenhet a bizalmatlanság, viszont hosszútávon elakadások és problémák származhatnak belőle, ami kizsákmányoló, kölcsönösséget nélkülöző kapcsolatokban is megnyilvánulhat (Crawford & Wright, 2007). Ha kiszámíthatatlan és rideg a családi légkör a fiatal körül, ahol nincs helye a szeretetnek és a feltétel nélküli elfogadásnak, akkor gyakran aktiválódik az elszakítottság sémartomány is, ami szintén különböző pszichopatológiai kórképekhez vezethet, mint például major depresszió, borderline személyiségzavar stb. (Rezaei et al., 2016; Unoka 2017). Az előbbi példák a szemléltetést szolgálják, azonban a témában megtalálható nagyszámú szakirodalmi adatokból összességében elmondható, hogy különböző gyerekkori hatások, illetve maladaptív sémák számos lelki probléma mediátorai lehetnek, azonban nincs egy egységes út. Minden családi környezet más-más jellegzetességeket hordoz, így különböző viselkedéses reakciókat, hiedelmeket aktivál. Fontos ugyanakkor megjegyezni, hogy a negatív életesemények nem mindig vezetnek diszfunkcionális működéshez vagy káros sémákhoz. Sok tényezőtől áll, hogy valaki hogyan reagál egy adott stresszteli élményre, mint például: személyiségjellemzők, temperamentum, stressz-reaktivitás, esemény súlyossága, értékelése (szülők válása akár pozitív is lehet, ha feszültségekkel teli volt a légkör), személyiség fejlettsége, társas támasz, esemény későbbi megdolgozottsága stb. (Lecic-Tosevski et al., 2011).

A kutatás célja, hipotézisek

Kutatásom fő célkitűzése megvizsgálni, hogy a korai maladaptív sémák, azon belül az elszakítottság és elutasítás, illetve a kóros másokra irányultság sématartomány sémái milyen kapcsolatban vannak az interperszonális funkciókkal, az empátiával és az intimitással. A kötődési stílusok és az interperszonális funkciók kapcsolata jól ismert, azonban kevés empirikus kutatás foglalkozott eddig azzal, hogy milyen befolyással bírnak a sémák az empátiára és az intimitásra (Mirović & Mešković, 2017). Számos pszichés problémánál érintettek lehetnek ezek a kapcsolati funkciók, így kutatását lényegesnek és relevánsnak tartom. Már Ainsworth (1985) is megemlíti a kettő kapcsolatának fontosságát, amikor azt a megállapítást teszi, hogy a gyerekkori sémák tudattalan motivációs erőként az egyén interperszonális kapcsolatait befolyásolhatják. Ezen kívül a negatív életesemények hatását is szeretném megvizsgálni. Számos szakirodalom fellelhető arra vonatkozóan, hogy a kora gyerekkori negatív hatások a későbbi kapcsolatokra károsan hatnak. Ehhez kapcsolódóan kíváncsi lennék, hogy jelen kutatásomban a két sématartományból mely sémák mutatnának eltérő mintázatot a fejlődés során feltételezhetően negatív életeseményt átélők és a nem átélő személyek között.

Hipotézisek

1. Az elszakítottság és elutasítás, illetve a kóros másokra irányultság tartomány egyes sémái szignifikánsan kapcsolódnak a személyiség funkcionális területein belül az interperszonális funkciókhoz (empátia és intimitás) és eltérő mértékben magyarázzák azokat.
2. A gyerekkorban negatív életeseményt elszenvedett személyek eltérő mintázatot fognak mutatni a korai sémák vonatkozásában, azokhoz képest, akik nem éltek át negatív életeseményt.

Módszer

Mérőeszközök

Young-féle Séma Kérdőív- rövid változata (Young Schema Questionnaire- YSQ-S3)

A Young Séma Kérdőív hosszú változata 244 tételes, míg rövidített verziója 95 tételt foglal magába. Hazai mintán történő validálását Unoka Zsolt és munkatársai (2004) végezték el. Vizsgálataikban megfelelő diszkrimináns és konvergens érvényességet bizonyítottak. A

mintán a skálák belső megbízhatóságának Cronbach-alfa értékei 0,86 és 0,95 között találhatók a sématautomatizmusokon belül (Unoka et al., 2004). A kérdőív önkitalós, papír-ceruza teszt és 19 maladaptív sémát mér. Jelen kutatásban a legújabb 95 ítemes rövid változatot használom. A ítelek értékelése egy 6 fokú skálán zajlik, ahol az 1-es az "egáltalán nem igaz rám", míg a 6-os a "tökéletesen igaz rám" jelentéssel bír (Unoka, 2011). Minél magasabb a skála pontszáma annál diszfunkcionálisabb sémát jelez. A kérdőív olyan állításokat tartalmaz, melyek egyszerűen értelmezhetők, így bárki könnyen kitöltheti és eldöntheti, hogy mennyire illik rá az adott ítem (például: „*Aggódom, hogy szeretteim elhagynak vagy elhanyagolnak.*”). Fordított íteleket nem tartalmaz a mérőeszköz.

Személyiség funkcionális szintjének skálája (Level of Personality Functioning Scale- LPFS)

Az LPFS, vagyis a személyiség funkcionális szintjének a skálája egy 80 íteleből álló LPFS-SR önkitalós kérdőívvel mér 4 fő területen. Ezek a funkcionálási területek a szelfhez tartozó identitás és önirányítottság, illetve az interperszonális komponenshez sorolt empátia és intimitás. Minden területhez 16-23 közötti ítelyszám tartozik. Minden egyes ítem egy 4 fokú skálán van értékelve, ahol az 1-es a "*Teljesen hamis*", a 4-es pedig a "*Teljesen igaz*" jelenti. A négy részösszetevő súlyozott pontszámát összegezve az általános személyiségműködés károsodásának súlyossági fokának mutatóját kapjuk meg. A kapott szám dimenzionális keretek között értelmezendő, azonban emelkedett értékük egy 306 főből álló nem-klinikai mintához viszonyítottan jelző értékkel bírhatnak: ha a kapott érték +1,0 szórásertékkel meghaladja az átlagot, akkor szubklinikai problémák állhatnak fenn, ha pedig 1,5-2,0 szórásertékkel lépi túl, akkor klinikailag jelentős a személyiség diszfunkcionalitása, mely további vizsgálatokat, kezeléseket igényel (Morey, 2017). A LPFS kérdőív eredeti megbízhatósági értékeit tekintve az összpontszám alapján 0,962, míg külön-külön a funkcionálási területek szerint az identitás: 0,891; az önirányítottság: 0,880; az empátia: 0,816 és az intimitás: 0,881 Cronbach-alfa értékeket vettek fel, melyek igen jónak bizonyultak (Morey, 2017).

Vizsgálati személyek

A kutatás során a kérdőívcsomag kitöltési kritériuma volt, hogy a résztvevőnek 18 éven felülinek, illetve mentálisan egészségesnek kell lennie. Összesen 242 válasz érkezett be, melyből 21 fő kizárásra került a múltban vagy a jelenleg kezelt mentális zavara miatt (Ezt önbevallás alapján szűrtem: ha a „*Tudomásom van arról, hogy diagnosztizált, mentális betegség*

miatt kezelnek vagy kezeltek korábban.” opciót választotta valaki a kérdőívek kitöltése előtt, akkor annál a személynél nem engedte tovább a kitöltést a rendszer). Így a végső mintát 221 egészséges felnőtt alkotta, melyből 167 (75,6%) nő, illetve 54 (24,4%) férfi volt. A legfiatalabb kitöltő 19, a legidősebb pedig 75 éves volt, az átlagos életkor 36,7 év (SD=12,8). Az iskolai tanulmányok terén az érettségi nélküli szakképzettségtől a posztgraduális képzésig különféle iskolázottságú kitöltők fordultak elő. Legnagyobb arányban a főiskola vagy BA/BSc alapidiplomával (32,1%), illetve az egyetem vagy MA/MSc mesterdiplomával (31,7%) rendelkezők töltötték ki. Foglalkozást tekintve a minta heterogén (például van köztük munkanélküli, hegedűművész, edző, kutyakozmetikus, védőnő, családsegítő, informatikus, gyógyszerész, orvos, egyetemi hallgató, közgazdász stb.).

A hipotézis szempontjából lényeges még megemlítenem, hogy a fejlődés folyamatára feltételezhetően negatívan ható életeseményt átélők csoportjába 146 fő (66%), míg az ilyen történetet nem átélők közé 75 résztvevő (34%) került, melyeket a gyerekkorban megélt eseményekre feltett kérdésekkel (lásd mellékletben) osztottam fel erre a két csoportra. A kérdések alapján, melyek a szülők válására, elvesztésére és egyéb gyerekkorban átélt traumatikus történésekre vonatkoztak (pl. családtag alkoholizmusa, mentális betegsége, súlyosabb betegség, bullying stb.), azok a személyek, akik bármely kérdésre ezek közül igennel válaszoltak, illetve megfelelően megindokolták választásukat a negatív életeseményt átélők csoportjába kerültek. Míg azok, akik minden feltett kérdésre ”nem történt” opciót jelölték a negatív eseményt nem elszenvedett csoportba kerültek. Így objektivizáltam a két csoportra bontást. Ezt a szétválasztást az utolsó két kérdés (*„Mennyire érezte kiszámíthatónak, szeretettelinek és stabilnak a családi légkört gyerekkorában egy 0-5-ig terjedő skálán?”*+ *„Kérem röviden indokolja az előző kérdésre adott választát”*) is kiegészítette. Aki erre 0,1 vagy 2 pontszámot adott és megindokolta, a negatív eseményt átélők csoportjába került, ami így teljesen megegyezett az előző kérdések alapján történő beosztással. Ezt azért tartottam fontos kiegészítő kérdésnek, mert az adott esemény megtörténésén kívül a megdolgozottságán is múlik, hogy valaki hogyan értelmezi a múltban történeteket.

Eljárás

A kutatás keresztmetszeti vizsgálat volt, mely során az önkitöltős kérdőívek felvétele hozzáférhetőségi mintavétel alapján valósult meg online felületen Google Forms segítségével. A vizsgálatban való részvétel teljes mértékben önkéntes és anonim volt, a tesztek kitöltése

bármikor szüneteltethető és megszakítható volt. A kutatás céljáról megfelelő információkat kaptak a résztvevők, megtevéstés nem történt. Utólagos tájékoztatásban, illetve egyéb juttatásban nem részesültek, melyet a kitöltés előtt a beleegyező nyilatkozattal elfogadtak.

Statisztikai elemzések terve

A statisztikai elemzéseket IBM SPSS Statistics 23 verziószámú programmal végeztem. Első lépésként mind a YSQ, mind a LPFS kérdőív fő skáláinak pszichometriai mutatóit megvizsgáltam, a skálák belső megbízhatóságának becslésére Cronbach- α mutatókat számítottam, illetve normalitást teszteltem.

Az első hipotézisem vizsgálatához többszörös lineáris regresszió elemzést használtam, mivel ez a módszer alkalmas arra, hogy megmagyarázza, hogy több független változó -jelen esetben a korai maladaptív sémák (YSQ)- milyen összefüggésben állnak a kimeneti változó értékével, amit a kutatásomban a személyiség funkcionálási területei (LPFS) képviseltek. Így megvizsgáltam, hogy az elszakítottság és elutasítottság és a kóros másokra irányultság sématartomány sémái hogyan magyarázzák külön-külön az empátiát és az intimitást, amihez két modellt állítottam fel.

A második hipotézisem vizsgálata során először az elszakítottság és elutasítottság és a kóros másokra irányultság sématartomány összpontszámai mentén, majd az összes sémán külön-külön összehasonlítottam a két mintámat. Ehhez Mann-Whitney tesztet használtam, mely alkalmas két független csoport (itt: negatív életeseményt átélt, illetve nem átélt) vizsgálatára. Azért használtam ezt a nemparametrikus eljárást, mert a próbához tartozó három feltétel: független kitöltők, független csoportok és legalább ordinális adatok (itt: skála típusúak) megvalósult, viszont a normalitás feltétele nem teljesül (lásd melléklet 2. táblázata) a független mintás t-próba elvégzéséhez.

Eredmények

Leíró statisztika

A melléklet 1. számú táblázatából kiolvasható, hogy mind a YSQ, mind a LPFS kérdőív vizsgált faktorainak belső megbízhatósága megfelelő (Cronbach- α > 0,7). A normalitás

feltételei viszont nem teljesültek egyik skála mentén sem (lásd melléklet 2. táblázata). A nem normális eloszlás a várakozásnak megfelel, ugyanis patológiás jegyeket mértünk egészséges populáción.

A 3. táblázat pedig az elszakítottság és elutasítás, illetve a kóros másokra irányultság tartomány sémáin elért eredmények leíró statisztikáját szemlélteti a negatív életeseményt átélte és a nem nem átélte csoportokban, illetve az összpontszámok szerint.

3. táblázat: YSQ leíró statisztika

	negatív életesem.	min	max	átlag	szórás	elemszám
érzelmi depr.	+	1	6	2,91	1,42	146
	-	1	5	1,51	0,81	75
	össz.	1	6	2,44	1,41	221
elhagyatottság	+	1	6	2,58	1,46	146
	-	1	6	1,68	0,91	75
	össz.	1	6	2,27	1,36	221
bizalmatlanság	+	1	5,8	2,45	1,31	146
	-	1	5,2	1,74	0,84	75
	össz.	1	5,8	2,21	1,22	221
társas izoláció	+	1	6	2,71	1,48	146
	-	1	5,8	1,81	1,07	75
	össz.	1	6	2,40	1,42	221
csökkentért.	+	1	6	1,78	1,08	146
	-	1	4	1,27	0,59	75
	össz.	1	6	1,61	0,97	221
elutasítottság	+	1	4,8	1,84	0,96	146
	-	1	5,6	1,5	0,76	75
	össz.	1	5,6	1,73	0,91	221
behódolás	+	1	5,8	2,22	1,22	146
	-	1	6	1,59	0,78	75
	össz.	1	6	2,00	1,13	221
	+	1	6	3,44	1,27	146

önfeláldozás	-	1	5,6	3,00	1,22	75
	össz.	1	6	3,29	1,27	221
elism. hajs.	+	1	6	2,67	1,45	146
	-	1	5,6	1,93	1,10	75
	össz.	1	6	2,42	1,38	221

Hipotézisellenőrző statisztikai próbák

1. hipotézis: *Az elszakítottság és elutasítás, illetve a kóros másokra irányultság tartomány egyes sémái szignifikánsan kapcsolódnak a személyiség funkcionális területein belül az interperszonális funkciókhoz (empátia és intimitás) és eltérő mértékben magyarázzák azokat.*

Az első vizsgálati kérdésem megválaszolására többszörös lineáris regresszió elemzést alkalmaztam SPSS statisztikai program segítségével. Ugyan a leíró statisztika fejezetében látható, hogy a normalitás feltétele nem teljesült, viszont a minta elegendően nagy elemszáma miatt, illetve mivel nincsen jelen hipotézisemhez illeszkedő nem parametrikus próba a programban, így lefutattam a parametrikus regresszió elemzéseket. A normalitás vizsgálaton kívül érdemes megvizsgálni a multikollinearitás feltételét is, mely azt mutatta, hogy a prediktorok nagymértékben függetlenek egymástól ($VIF < 4$), azaz nincs multikollinearitás, így hatásukat tisztán lehet értelmezni az elemzés során.

Függő változóként a személyiség funkcionálási területei szerepeltek, míg a maladaptív sémák alkották a független változókat. Az empátiára és az intimitásra, mint kimeneti változókra külön-külön végeztem a regresszió elemzést és stepwise módszert használtam a prediktorok beléptetéséhez. Ezen módszer alkalmas arra, hogy lépcsőzetesen kerüljenek be a független változók. Tehát először az kerül be, amelyiknek parciális korrelációja a legnagyobb és így tovább sorrendben, amíg a magyarázó változók szignifikáns bejósoló erejűek. Ha a következő prediktor nem szignifikáns, akkor az már kikerül a modellből.

Az intimitás személyiség területét 5 maladaptív séma magyarázza mérsékelten és szignifikánsan, együttesen 51,2 %-ban ($F [5; 220] = 45,191$; $aR^2 = 0,501$; $p < 0,001$). Legnagyobb mértékben a bizalmatlanság sémája ($\beta = 0,255$; $p < 0,05$) jósolja be, de szignifikáns prediktorként bekerült a modellbe a csökkentértékűség ($\beta = 0,152$; $p < 0,05$), az elhagyatottság ($\beta = 0,213$;

$p < 0,05$), az elismerés hajszolása ($\beta = 0,129$; $p < 0,05$), illetve a társas izoláció ($\beta = 0,145$; $p < 0,05$) korai maladaptív sémája is (lásd 4. táblázat).

4. táblázat: Intimitás személyiség területének prediktorai

<i>Prediktor változók</i>	<i>Standardizált β (regressziós együttható)</i>	<i>Szignifikancia szint</i>	<i>Adjusted R^2</i>
<i>bizalmatlanság</i>	0,255	$p < 0,05$	0,501
<i>csökkentértékűség</i>	0,152		
<i>elhagyatottság</i>	0,213		
<i>elismerés hajszolása</i>	0,129		
<i>társas izoláció</i>	0,145		

Az empátia személyiség területét 3 maladaptív séma magyarázza a kutatási eredményeim alapján 30,5 %-ban ($F [3; 220] = 31,757$; $aR^2 = 0,305$; $p < 0,001$). A modellbe a behódolás ($\beta = 0,198$; $p < 0,05$), a bizalmatlanság ($\beta = 0,272$; $p < 0,05$) és az elismerés hajszolása ($\beta = 0,191$; $p < 0,05$) sémák kerültek be, melyeknek mérsékelt a bejósoló ereje (lásd 5. táblázat).

5. táblázat: Empátia személyiség területének prediktorai

<i>Prediktor változók</i>	<i>Standardizált β (regressziós együttható)</i>	<i>Szignifikancia szint</i>	<i>Adjusted R^2</i>
<i>behódolás</i>	0,198	$p < 0,05$	0,295
<i>bizalmatlanság</i>	0,272		
<i>elismerés hajszolása</i>	0,191		

2. hipotézis: A gyerekkorban negatív életeseményt elszenvedett személyek eltérő mintázatot fognak mutatni a korai sémák vonatkozásában, azokhoz képest, akik nem éltek át negatív életeseményt.

Mann-Whitney tesztel vizsgálva megállapíthatjuk, hogy mind az elszakítottság és elutasítottság ($U = 2425$; $Z = -6,778$; $p < 0,001$; $r = 0,456$), mind a kóros másokra irányultság

($U=3644,5$; $Z=-4,069$; $p<0,001$; $r=0,274$) sématautomány pontszámán szignifikáns különbség mutatkozik a két csoport között. Így elmondhatjuk, hogy a negatív eseményt átélt csoport ($Mdn_{\text{elszak.}}=1,9$; $Mdn_{\text{kórosmások}}=2,6$) magasabb pontszámmal rendelkezik mindkét sématautományban az ilyen történet nem elszenvedett csoporthoz ($Mdn_{\text{elszak.}}=1,3$; $Mdn_{\text{kórosmások.}}=2,0$) képest.

Ezután a két sématautományokba tartozó összes sémán elvégeztem a Mann-Whitney tesztet, ahol szintén látható, hogy a két csoport között szignifikáns különbség mutatható ki (lásd 6. és 7. táblázat).

6. táblázat: Mann-whitney teszt eredményei

<i>Séma</i>	<i>Mann-whitney U</i>	<i>Szignifikancia</i>	<i>Z</i>	<i>Hatásméret*</i>
<i>érzelmi depriváció</i>	2191,0	$p<0,05$	-7,356	0,600
<i>elhagyatottság</i>	3383,0		-4,671	0,382
<i>bizalmatlanság</i>	3739,5		-3,873	0,317
<i>társas izoláció</i>	3311,5		-4,827	0,395
<i>csökkentértékűség</i>	4045,0		-3,431	0,261
<i>elutasítottság</i>	4206,0		-2,882	0,232
<i>behódolás</i>	3632,5		-4,121	0,337
<i>önfeláldozás</i>	4411,5		-2,366	0,194
<i>elismerés hajszolása</i>	3747,5		-3,854	0,316

*Rank-Biserial Correlation

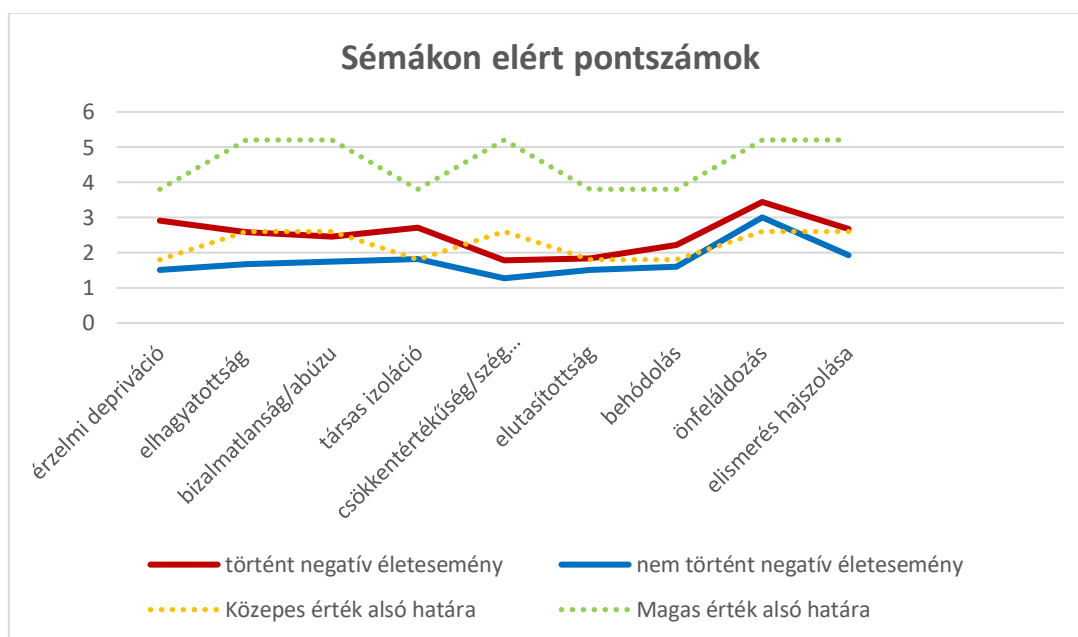
7. táblázat: Sémák medián-értéke

<i>Séma</i>	<i>Medián-érték</i>	
	<i>történt neg. él. e.</i>	<i>nem történt neg. él. e.</i>
<i>érzelmi depriváció</i>	2,8	1,2
<i>elhagyatottság</i>	2,0	1,4
<i>bizalmatlanság</i>	2,0	1,6
<i>társas izoláció</i>	2,4	1,4

<i>csökkentértékűség</i>	1,2	1,0
<i>elutasítottság</i>	1,5	1,2
<i>behódolás</i>	1,8	1,4
<i>önfeláldozás</i>	3,4	2,8
<i>elismerés hajszolása</i>	2,2	1,6

A 1. ábrán pedig a diagrammon szépen kirajzolódik, hogy a maladaptív sémákon a negatív életeseményt átélt csoportba (piros vonal) sorolható személyek magasabb pontszámot értek el a negatív eseményt nem átéltekhez (kék vonal) képest. A sárga szaggatott vonal a közepes, míg a zöld szaggatott vonal mutatja a magas standard átlagpontérték alsó határát az adott sémákon. Látható, hogy a magas, tehát klinikailag jelentős szintet nem érik el a kapott eredmények, viszont a közepes értékhatárba beleesnek egyes sémák. Mivel szubklinikai mintán vettem fel az adatokat, ezért ezek valid eredményeknek tekinthetők.

1. ábra: Sémákon elért eredmények eloszlása



Diszkusszió

Az elszakítottság és elutasítottság és a kóros másokra irányultság sémáinak kapcsolata a személyiség funkcionális területein belül az empátia és intimitás faktorával.

A hipotézisemmel összhangban elmondható, hogy a személyiségterületekre bizonyos korai sémák prediktív értékkel bírnak. A kapcsolat ugyan mérsékelt, mivel egyéb tényezők - például: az elsődleges gondozóval való kapcsolat, kötődés, szülői mentalizáció, korai érzelmi visszatükrözés, későbbi kortárs- és párkapcsolatok (Schore 2001) - is természetesen befolyással bírnak a személyiségterületek működésére, de igazolhatóan szignifikáns. A maladaptív sémák szerepet játszanak a viselkedés szervezésében, alakulásában, a keletkezett motivációkban és érzelmi válaszokban, így a személyiség működésére, interperszonális kapcsolatokra mind hatással vannak.

Empátia:

Az empátia személyiség területét kutatásom eredménye alapján 3 maladaptív séma magyarázza szignifikánsan. A kóros másokra irányultság tartományból kikerülő behódolás és az elismerés hajszolása, illetve az elutasítottság faktorból a bizalmatlanság változója.

A kóros másokra irányultság sémáján magasabb pontszámot elérő emberekre jellemző, hogy túlzottan összpontosítanak mások szükségleteire, vágyaira, melyeket gyakran a sajátjaik elé helyeznek. Alávetik magukat másoknak azzal a téves motivációval, hogy a másik ne haragudjon rájuk, vagy ne hagyja el őket. Az ilyen sémával bíró személyek gyakran elnyomják érzéseiket és feladják vágyaikat (Young et al., 2003). Ebből a tartományból a behódolás és az elismerés hajszolása séma is magyarázó változóként van jelen a vizsgálatban. A sémakérdőív előbbi sémáinak itemeire példák az alábbi állítások: *„Kapcsolataimban hagyom, hogy a másik fél diktáljon.”* vagy *„Önbecsülésem elsősorban azon múlik, hogy mások milyennek tartanak.”* Ebből is látható, hogy az ilyen emberek általában türelmesen, toleránsan és engedékenyen viselkednek másokkal szemben, miközben saját igényeiket sokszor elnyomják. Az LPFS skálán az empátia magasabb, azaz diszfunkcionálisabb pontértékei arra utalhatnak, hogy saját viselkedésének másokra gyakorolt hatásával irreálisztikus vagy nem teljesen következetes képe van. Mások élményeire ki van élezve, túlzott önvonatköztetés jellemzi (Morey, 2017). A kérdőív empátia felmérésére vonatkozó tételre szemléltető példa: *„Folyton odafigyelek arra, hogyan hatok másokra.”* vagy *„Attól függően fordítok figyelmet másokra, hogy mekkora*

hatással lehetnek rám.” Tehát látható, hogy a kóros másokra irányultság sémáinak és az LPFS empátia faktor emelkedett értékeinek hasonló következményei lehetnek, amit a többszörös lineáris regresszioelemzések is alátámasztanak a behódolás és az elismerés hajszolása sémákon keresztül. Így mindkét esetben jellemző rájuk például, hogy erősen monitorozzák a másik fél feléjük irányuló reakcióit és ezek hatását saját magukon. Az említett kóros másokra irányultság tartományból egyedül az önfeláldozás sémája nem került be a prediktorok közé, melyek az empátia sérülését magyarázzák. Ez egybeesik Mirović és Mešković (2017) kutatásával is, mivel vizsgálatukban ez volt az egyetlen séma, mely pozitívan korrelált az empátia kedvező értékével. Az önfeláldozás sémája mások fájdalmára való fokozott és önkéntes érzékenységgel párosul (pl.: *„Legtöbbször végül én vagyok az, aki gondoskodik a hozzám közel állókról”*), így erősebb beleérző készséggel társulhat, mely magyarázatul szolgálhat kapcsolatuknak, tehát valószínű okkal nem került be az empátia rosszabb működésének bejósoló változói közé.

Az elutasítottság tartományból a bizalmatlanság került ki egyetlen és egyben legerősebb magyarázó faktorként az empátiára vonatkoztatva. Ezzel a sémával jellemezhető egyéneknek az a téves felfogása, hogy másoknak hátsó szándékaik vannak, így megalázzák, megszégyenítik és kihasználják őket (Arntz & Genderen, 2009). Ilyen tételek tartoznak ide, mint: *„Általában próbálom kitalálni, mi lehet a másik hátsó gondolata.”* vagy *„Úgy érzem, mások jelenlétében nem engedhetem el magam igazán, mert akkor szándékosan bántani akarnak.”* Ha jobban megvizsgáljuk az LPFS kérdőív empátia faktorának kórosan emelkedett értéke szintén utalhat bizalmatlanságra azáltal, hogy másoknak tévesen hátsó szándékot tulajdonít, destruktívnak ítélik mások közeledését. Nincsen tisztában határaival és nem lát rá az alternatív nézőpontokra, nem tűri a véleménykülönbséget, mivel ezek fenyegetést jelentenek számára. Ezért gyakran a negatív érzésekre fókuszálnak és aggódnak, hogy elfogadják-e őket. Kerülik az érzelmi közelséget, jellemzően félénken és passzívan viselkednek, hasonlóan a bizalmatlanság sémával rendelkező személyekkel (Morey, 2017).

Intimitás:

Az intimitás személyiség funkcionalitásának területét 5 maladaptív séma mérsékelten magyarázza eredményeim alapján. Ezek a bizalmatlanság, csökkentértékűség, elhagyatottság, társas izoláció, melyek az elutasítottság tartományból, illetve az elismerés hajszolása, mely pedig a kóros másokra irányultság faktorából kerültek ki.

Az elutasítottság sémataromány sémáin magasabb pontot elérő személyek kevésbé tudnak biztonságos és kielégítő kötődéseket kialakítani embertársaikkal. Érzelmi

kapcsolódásaikat instabilnak, kiszámíthatatlanok és azt feltételezik, hogy mások valamilyen hibájuk miatt elutasítják őket (Young et al., 2003). Tételeire példa: „*Néha annyira félek, hogy elhagynak, hogy inkább elüldözöm magamtól az embereket.*” vagy „*Senki, akire vágyom, nem maradna a közelemben, ha megismerné valódi énemet.*” Az intimitás sérült funkciójával kutatásomban 4 maladaptív séma is korrelál az előbb jellemzett tartományból. Akiknél romlik ez az interperszonális funkció, azoknál jellemzőbbek a felszínes, kevésbé őszinte és nem kölcsönösségen alapuló kapcsolódások. Előfordulhat, hogy a másokkal való belsőleges kapcsolatokat érintő érzések a visszautasítás és a kapcsolat iránti kétségbeesett vágy között váltakoznak. LPFS kérdőívben eme funkcionálási terület itemére példa: „*Közelebb kerülni másokhoz csak sebezhetővé tesz, nem érdemes ezért vállalni a kockázatot.*” vagy „*Közeli kapcsolatokban, vagy félek, hogy elhagynak, vagy “csüngök” a másikon.*” Így látható a párhuzam, hogy az elutasítottság tartomány maladaptív sémáinak jelenléte szerepet játszhatnak az intimitás személyiség területének károsodásában is. Fontos még kiemelni, hogy a bizalmatlanság sémája mind a két regresszióelemzésnél, tehát mindkét interperszonális szkillnél a legerősebb a prediktorként szerepel, ami arra utal, hogy jelenléte jelentősen rombolja az emberi kapcsolatok minőségét és ezért érdemes rá fokozottan figyelni a klinikai munka során is.

A kóros másokra irányultság tartományból az elismerés hajszolása került ki magyarázó változóként az intimitás magasabb (károsodott) értékére vonatkoztatva. Az ilyen sémával rendelkezők mindennél jobban vágynak mások figyelmére és elismerésére. Kérkedően, nagyképűen és képmutatóan lépnek fel, igazi énjüket sokszor meghamisítva ezáltal (Young et al., 2003). Intimitásuk sérülésének oka lehet, hogy a közeli, őszinte és érzelmi befektetést igénylő kölcsönös kapcsolatok helyett a csodálatot próbálják felületes dolgokkal (pl.: teljesítmény, státusz, pénz, megjelenés) elérni.

Az LPFS kérdőív személyiség dimenzióin rosszabbul működő személyek gyakrabban érintettek valamilyen mentális zavarban, emberi kapcsolódásaik minősége gyengébb, amik következtében életminőségük is általában romlik (Weekers et al., 2019). Ezen állítások ugyanúgy igazak a magasabb maladaptív sémákkal rendelkező személyekre. Az eredményeim alapján látható, hogy a két vizsgált modellnél a sémák eltérő mértékben károsítják az interperszonális képességeket, viszont vannak olyan sémák, melyek mindkét modellben megtalálhatóak. Ez érthető, mivel két eltérő személyiség területről van szó, viszont mindkettő emberek közötti kapcsolati viszonyokról szól. Ezen kívül vannak olyan sémák is, melyek nem kerültek be a bejósoló változók közé, így nem játszanak szerepet a kapcsolatban. Ennek

háttérben az állhat, hogy a személyiség interperszonális területeit egyéb tényezők is befolyásolják, illetve a két kérdőív nem teljesen átfedve méri a mögöttes tartalmakat. Ugyanakkor előfordulhat, hogy a statisztikai elemzés korlátainak is tekinthetők a fentebbi állítások, mivel a regresszioelemzésnél a stepwise módszer úgy dolgozik, hogy a lehető legkevesebb prediktor változó segítségével a lehető legtöbbet magyarázza a kimeneti változó változatosságából.

A negatív életesemények összefüggései a korai maladaptív sémákkal

Második hipotézisem, miszerint a negatív életeseményt elszenvedett egyénekre eltérő sémaprofil jellemző, mint azokra, akik nem szenvedtek, beigazolódott és összhangban áll a korábbi szakirodalmi eredményekkel, miszerint a negatív történet átélt csoportba osztott személyekre magasabb pontszám jellemző a sémakérdőívben. Az elszakítottság sémataromány tekintetében közepes, míg a kóros másokra irányultság esetében mérsékelt erősségű, de szintén szignifikáns hatás mutatható ki a két csoport között. Illetve minden egyes elemzett sémánál hasonló tendencia látható. A hatásméret legnagyobb értékét a vizsgált sémák közül az érzelmi depriváció, az elhagyatottság és a társas izoláció mutatja kutatásomban. Korábbi szakirodalmi adatok is legtöbbször az elszakítottság és elutasítottság tartományt hozzák kapcsolatba a gyerekkori negatív élményekkel (Calvete, 2014; Halvorsen et al., 2010). Ebben a tartományban magas pontszámot elérő emberekre jellemző, hogy képtelenek biztonságos, szeretettel és stabil kapcsolatokat kialakítani másokkal. Gyerekkorukban negatív tapasztalatok útján olyan maladaptív forgatókönyveket tanultak meg, melyek nem segítik elő a körülöttük élőkkal való megfelelő kapcsolódást (Samkhaniyani et al., 2013). A korai életkorban elszenvedett negatív életesemények pszichológiai jólétre gyakorolt destruktív hatását számos korábbi kutatási eredmény alátámasztja (Herman, 2015). A különböző nehézségeknek sokszor eltérő útvonalakon, de hasonló következményeket eredményezhetnek felnőttkorban (Boysan et al., 2009). A korai rossz bánásmód hatással van a kialakuló belső munkamodellre, melyek a kötődésben és a különböző társas információfeldolgozási mintázatokban, illetve az intim kapcsolataikban való működésmódjukban árulkodó jelleggel bírhatnak (Berlin & Dodge, 2004). Young et al. (2006) hangsúlyozza, hogy a szülőkkel, testvérekkel, kortársakkal kapcsolatos negatív élmények eredményezhetik a korai maladaptív sémák kialakulását, melyek erősen befolyásolják az önészlelést és a társas kapcsolatok minőségét a későbbiekben. Ezek számos pszichiátriai rendellenesség kialakulásának is a táptalajaiként szolgálhatnak, mint

például disszociatív zavarok, poszttraumás stressz, borderline személyiségzavar, generalizált szorongás és major depresszió (Şar et al., 2004).

A két hipotézis összegző megbeszélése és a kutatás erősségei

A két hipotézist összevetve és együttesen szemlélve is megállapítható, hogy a traumatikus múlttal rendelkező felnőttek hajlamosabbak rosszul teljesíteni interperszonális helyzetekben, az érzelmek felismerésében és kifejezésében, és ezért kevesebb kölcsönös, intim kapcsolattal rendelkeznek. A korai maladaptív sémáknak mindebben kiemelt mediáló szerep jut. A sémafókuszú megközelítés jelentős szerepet kap a terápiás modellek között, melyeket hatékonyan alkalmaznak egyes pszichopatológiák, különösen a személyiségzavarok kezelésében (Bernstein, 2002). A személyek közötti kapcsolódások kulcsfontosságú szerepet játszanak a pszichoszociális működésmódban és a kapcsolati problémák szintje mércéje lehet annak, hogy milyen fokú az affektusszabályozás sérülése egyes esetekben. A kutatási adatok és a terápiás tapasztalatok rávilágítanak arra, hogy a pozitív kimenetelű kezelés eredményességéhez nagymértékben hozzájárul az interperszonális skillek fejlesztése, támogatása. Ezért is találtam hasznosnak megvizsgálni az intimitás és empátia személyiség dimenzióit az LPFS kérdőív mentén és, hogy ezeknek milyen a kapcsolata a sémákkal. Az LPFS kérdőívet eredetileg a személyiségzavarok hátterében álló diszfunkciók megállapítása céljából hozták létre. Így állapítottak meg 4 fő területet, melyek hatással lehetnek rájuk (Bender et al., 2011). Számos kutatás, köztük Ball & Young-é (2000) is hangsúlyozza, hogy a sématerápiával kezelt betegek interperszonális működése és megküzdési módja javulási tendenciát mutatott. Az általam vizsgált két kérdőív faktorainak összevetésére eddig kevés szakirodalom áll rendelkezésre, ugyanakkor vizsgálatát az előbb említett gyakorlati vonatkozások és összefüggések miatt fontosnak találom.

A kutatás limitációi és kitekintés

Kutatásom korlátjaként említeném, hogy egészséges populáción vizsgáltam a két kérdőívet, melyek eredetileg klinikai mintára lettek kidolgozva. Maladaptív személyiségjellegek a szubklinikai mintán is kimutathatóak, de nem olyan mértékben, mint patológiás populáción. Így a későbbiekben érdemes lehet klinikai mintát is bevonni a kutatásba. Az átélt negatív életeseményeket a jövőben szintén szeretném kissé részletesebben, validált kérdőívvel vagy interjú módszerrel kiegészítve is felmérni, szűkebb vizsgálati tartományokra

bontva, hogy minél pontosabb képet nyerjek a vizsgálni kívánt változókról. A normalitás feltételének sérülése szintén limitációnak tekinthető. Mivel a minta elegendően nagy és a felállított hipotéziseimhez többváltozós statisztikai eljárás illeszkedett, amihez nincs számomra hozzáférhető alternatív változata nem normális eloszlásra a statisztikai programban, ezért lefutattam a regresszió elemzéseket. Fontos még megemlíteni, hogy a LPFS kérdőív egy viszonylag friss kutatási terület és az általa mért dimenziók és a sémák közötti kapcsolatokra szűk számú szakirodalom áll rendelkezésre, így dolgozatom eredményeit kevésbé tudtam összevetni korábbi elemzésekkel.

A jövőben érdemes lenne a többi sémartományt, illetve a személyiség szelffel kapcsolatos területeit is bevonni a kutatásba, hogy egy összetettebb képet kapjunk a személyiség mögött meghúzódó dinamikákról. A korai negatív történések által formált maladaptív sémák és személyiség területeinek diszfunkciói gyakran előfordulnak a klinikai munkában és terápiás helyzetekben sokszor a vezető problémakört alkotják. A gyerekkori rossz élmények egyfajta negatív spirált indukálhatnak, amik akár egy életre meghatározhatják az adott személy viselkedés-repertoárját, illetve mentális betegségek melegágyaként is szolgálhatnak. Ezért is tartom rendkívül fontosnak, hogy a téma mélyére ásva foglalkozzunk a maladaptív mintázatok és személyiség funkcionalitása közötti összefüggésekkel, hogy a kutatások eredményeit a későbbiekben be tudjuk forgatni a terápiás munkába is.

Irodalom

Ainsworth, M. D. S. (1985). Attachment across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, 792-812

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition)*

Arntz, A., van Genderen, H. (2009). *Schema therapy for borderline personality disorder*. Wiley-Blackwell

Baldwin, M. W. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, 112(3), 461-484.

Ball, S. A., & Young, J. E. (2000). Dual focus schema therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(3), 270-281. [http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229\(00\)80083-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229(00)80083-8).

Barazandeh, H., Kissane, D. W., Saeedi, N., & Gordon, M. (2016). A systematic review of the relationship between early maladaptive schemas and borderline personality disorder/traits. *Personality and Individual Differences*, 94, 130–139.

Ball, S. A., & Cecero, J. J. (2001). Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas, and presenting problems. *Journal of Personality Disorders*, 15, 72–83.

Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93, 332–346. [10.1080/00223891.2011.583808](http://dx.doi.org/10.1080/00223891.2011.583808)

Berlin, L. J., & Dodge, K. A. (2004). Relations among relationships. *Child abuse & neglect*, 28(11), 1127. [10.1016/j.chiabu.2004.07.002](http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.07.002)

Bernstein, D. P. (2002). Cognitive therapy of personality disorders in patients with histories of emotional abuse or neglect. *Psychiatric Annals*, 32(10), 618-628. <http://dx.doi.org/10.3928/0048-5713-20021001-10>

Boysan, M., Goldsmith, R. E., Çavuş, H., Kayri, M., & Keskin, S. (2009). Relations among anxiety, depression, and dissociative symptoms: the influence of abuse subtype. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(1), 83-101. <http://dx.doi.org/10.1080/15299730802485185>.

Butler, J. C. Doherty, M. S., & Potter, R. M. (2007). Social antecedents and consequences of interpersonal rejection sensitivity. *Personality and Individual Differences*, 43(6),1376-1385.

Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child abuse & neglect*, 38(4), 735-746.

Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(3), 278–288. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.02.011>

Cole, M., & Cole, S. R. (2006). *Fejlődéslélektan*. Osiris.

Collins, W. A., & Sroufe, L. A. (2014). Capacity for intimate relationships: A developmental construction. *The Development of Romantic Relationships in Adolescence*, 125–147. <https://doi.org/10.1017/CBO9781316182185.007>

Crawford E., Wright M. O'D (2007) The Impact of Childhood Psychological Maltreatment on Interpersonal Schemas and Subsequent Experiences of Relationship Aggression, *Journal of Emotional Abuse*, 7(2), 93-116

Csukli, G., Unoka, Z., Filipovics, D. & Simon, L. (2011) What is the relationship between the recognition of emotions and core beliefs: Associations between the recognition of emotions in facial expressions and the maladaptive schemas in depressed patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42 (1), 129–137.

Downey, G., & Feldman, S. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 1327-1343.

Egeland, B. & Farber, E.A. (1984). Infant- mother attachment: Factors related to its development and changes overtime. *Child Development*, 55, 753-771.

Erikson, E. H. (1963) *Childhood and society*. New York: Norton.

Fallon, A., & Gogineni, R. R. (2019). Attachment and intimacy. *Intimacy*, 33–49. <https://doi.org/10.4324/9780429023217-3>

Forgas, J. P. (1985). *Interpersonal behavior: The psychology of social interaction*. Tehran: Abjad.

Freeman, A. & Martin, D. M. (2004). A Psychosocial Approach for Conceptualizing Schematic Development. In Freeman, A., Mahoney, M. J., Devito, P. & Martin, D. (eds), *Cognition and Psychotherapy. (2nd Edition)*. 221–256. Springer Publishing Company

Gaertner, L., Iuzzini, J., & O'Mara, E. M. (2008). When rejection by one fosters aggression against many: Multiple-victim aggression as a consequence of social rejection and perceived groupness. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44(4), 958- 970.

Halvorsen, M., Wang, C. E., & Eisemann, M. (2010). Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: A 9-year follow-up study. *Cognitive Therapy and Research*, 34(4), 368-379.

Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26(3), 405–416. <https://doi.org/10.1023/A:1016085112981>

Hatami, M., & Fadayi, M. (2015). Effectiveness of schema therapy in intimacy, marital conflict and early maladaptive schemas of women suing for divorce. *International Journal of Advanced Biological and Biomedical Research*, 3(3), 285-290.

Hedley, L. M., Hoffart, A., & Sexton, H. (2001). Early maladaptive schemas in patients with panic disorder with agoraphobia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15, 131-142

Hengartner, M. P., Müller, M., Rodgers, S., Rössler, W., & Ajdacic-Gross, V. (2014). Interpersonal functioning deficits in association with DSM-IV personality disorder dimensions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(2), 317–325. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0707-x>

Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence--from domestic abuse to political terror*. Hachette uK.

Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L. M., Wang, C. E., Holte, H., Haugum, J. A., Nordahl, H. M., Hovland O. J. & Holte, A. (2005) The Structure of Maladaptive Schemas: A

Confirmatory Factor Analysis and a Psychometric Evaluation of Factor-Derived Scales. *Cognitive Therapy and Research*, 29 (6), 627–644.

Horowitz, M. J. (Ed.). (1991). *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Horowitz, L. M., & de Sales French, R. (1979). Interpersonal problems of people who describe themselves as lonely. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(4), 762–764. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.4.762>

Jovev, M., & Jackson, H. J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18(5), 467-478.

Knafo, A., C. Zahn-Waxler, C. Van Hulle, J. L. Robinson, and S. H. Rhee. (2008). “The developmental origins of a disposition toward empathy: Genetic and environmental contributions.” *Emotion* 8, 737-752.

Kiss E. & Sz. Makó H. (szerk.). (2015). *A gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pro Pannónia Kiadó Alapítvány

Koch, E. J. (2002). Relational schemas, self-esteem, and the processing of social stimuli. *Self and Identity*, 1(3), 271-279.

Lecic-Tosevski, D., Vukovic, O., & Stepanovic, J. (2011). Stress and personality. *Psychiatriki*, 22(4), 290-297.

Lumley, M. N., & Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31(5), 639–657. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9100-3>

MacDonald, K., Sciolla, A. F., Folsom, D., Bazzo, D., Searles, C., Moutier, C., ... Norcross, B. (2015). Individual risk factors for physician boundary violations: The role of attachment style, childhood trauma and maladaptive beliefs. *General Hospital Psychiatry*, 37(1), 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.09.001>

Mcdonald, N. M., & Messinger, D. S. (2013). The Development of Empathy: How, When and Why. *Free Will, Emotions, and Moral Actions: Philosophy and Neuroscience in Dialogue*, 1–36.

Meneguzzo, P., Cazzola, C., Castegnaro, R., Buscaglia, F., Bucci, E., Pillan, A., ... Todisco, P. (2021). Associations Between Trauma, Early Maladaptive Schemas, Personality Traits, and Clinical Severity in Eating Disorder Patients: A Clinical Presentation and Mediation Analysis. *Frontiers in Psychology*, 12(March). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.661924>

Mirović, T., & Mešković, D. (2017). Explaining early maladaptive schemas (EMS): Connections between EMS and basic personality dimensions, affective attachment style, and empathy. In A. M. Columbus (Ed.). *Advances in Psychology Research*, 126, 45–83. New York, NY: Nova Science Publishers.

Mojallal, M., Javadi, M. H., Hosseinkhanzadeh, A. A., Vali, S., Mousavi, A., Gholam, M., & Lavasani, A. (2015). Early Maladaptive Schemas and Interpersonal Problems in Iranian University Students. *Practice in Clinical Psychology*, 3(1), 11–22.

Mojallal, M., Javadi, M. H., Hosseinkhanzadeh, A. A., Vali, S., Mousavi, A., Gholam, M., & Lavasani, A. (2015). Early Maladaptive Schemas and Interpersonal Problems in Iranian University Students. *Practice in Clinical Psychology*, 3(1), 11–22.

Mojallal, M., Javadi, M. H., Hosseinkhanzadeh, A. A., Vali, S., Mousavi, A., Gholam, M., & Lavasani, A. (2015). Early Maladaptive Schemas and Interpersonal Problems in Iranian University Students. *Practice in Clinical Psychology*, 3(1), 11–22.

Morey, L.C. (2017). Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM-5 level of personality functioning scale. *Psychological Assessment*. 29(10), 1302– 1308. <https://doi.org/10.1037/pas0000450>

Nordahl, H. M., Holthe, H., & Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 142–149.

Oei, T. P. S., & Baranoff, J. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 59(2), 78–86. <https://doi.org/10.1080/00049530601148397>

Oldham J. M. (2015). The alternative DSM-5 model for personality disorders. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(2), 234–236. <https://doi.org/10.1002/wps.20232>

Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B., & Campbell, L. F. (2001). Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. *Journal of Personality Disorders*, 15, 546–559.

Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy Research*, 30, 571-584

Ponce, N. A., Williams, M. K., & Allen, G. J. (2004). Experience of maltreatment as a child and acceptance of violence in adult intimate relationships: mediating effects of distortions in cognitive schemas. *Violence Victims*, 19(1), 97-108.

Prager, K. J. (1997). *The psychology of intimacy*. Guilford Press.

Reeves, M., & Taylor, J. (2007). Specific relationships between core beliefs and personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 96–104.

Rezaei, M., Ghazanfari, F., & rezaee, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experiential avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry Research*, 246(September), 407–414. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.037>

Roelofs, J., Lee, C., Ruijten, T., & Lobbestael, J. (2011) The mediating role of early maladaptive schemas in the relation between quality of attachment relationships and symptoms of depression in adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, (4), 471-480.

Rogosch F., Cicchetti D., Shields A., Toth S.L (1995). Facets of parenting disturbance in child maltreatment M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting*, Vol. 4, Erlbaum, Hillsdale, pp. 127-159.

Samkhanian, E., Khalatbari, J., & Arkiyan, F. (2013). The Relationship between the disconnection and rejection domain of early maladaptive schemas with defense mechanisms in individuals with gender identity disorder. *Life Sci J*, 10(1s), 436-40. http://www.lifesciencesite.com/lcj/life1001s/071_15133life1001s_436_440.pdf

Şar, V., Akyüz, G., Kundakçı, T., Kızıltan, E., & Doğan, O. (2004). Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2271-2276.

Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66.

Shah R., Waller G. (2000). Parental style and vulnerability to depression: the role of core beliefs. *J Nerv Ment Dis.*; 188(1):19-25. [10.1097/00005053-200001000-00004](https://doi.org/10.1097/00005053-200001000-00004)

Stern, D. N. (1985). *A csecsemő személyközi világa*. Animula.

Stiles, Ona E. (2004) *Early Maladaptive Schemas and intimacy in young adults' romantic relationships*. Doktori disszertáció. California School of Professional Psychology San Francisco Bay Campus, Alliant International University

Thimm, J. C. (2010). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(1), 52–59. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.10.001>

Unoka, Zs. (2011). Sématerápia. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(1), 31–45. <https://doi.org/10.1556/MPSzle.66.2011.1.3>

Unoka, Z., Rózsa, S., Fábán, Á., Mervó, B., & Simon, L. (2004). A Young-féle Séma kérdőív: a Korai maladaptív sémák jelenlétét mérő eszköz pszichometriai jellemzőinek vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 3, 235-243.

Unoka, Zs. (2007) *Személyiségvonások, tünetdimenziók, rossz szülői bánásmód vizsgálata és látens sérülékenységdimenziók azonosítása egyes pszichés zavarokban*. Doktori disszertáció. Semmelweis Egyetem

Van der Kolk, B. A. (1989). The compulsion to repeat the trauma: Reenactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics*, 12(2), 389-411.

Waugh, M. H., Hopwood, C. J., Krueger, R. F., Morey, L. C., Pincus, A. L., & Wright, A. (2017). Psychological Assessment with the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders: Tradition and Innovation. *Professional psychology, research and practice*, 48(2), 79–89. <https://doi.org/10.1037/pro0000071>

Weekers, L. C., Hutsebaut, J., & Kamphuis, J. H. (2019). The Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Update of a brief instrument for assessing level of personality functioning. *Personality and Mental Health*, 13(1), 3–14. <https://doi.org/10.1002/pmh.1434>

Wheelwright, S., Baron-Cohen, S. (2011). Systemizing and Empathizing. In D. A. Fein (Ed.), *The neuropsychology of autism*, 317-339. New York: Oxford University Press.

Young, J. E. (1999) *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (revised edition)*. Professional Resource Press

Young, J. E. , Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy. A Practitioner's Guide*, Guilford Press.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2010). Sématerápia. VIKOTE

Zeigler-Hill, V., Green, B. A., Arnau, R. C., Sisemore, T. B., & Myers, E. M. (2011). Trouble ahead, trouble behind: Narcissism and early maladaptive schemas. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(1), 96–103.

