

**Pécsi Tudományegyetem  
Bölcsészettudományi Kar  
Pszichológia Doktori Iskola  
Fejlődés- és Klinikai Pszichológiai Doktori Program**

**Láng András**

**A páciens-terapeuta kötődés mérése és hatása a páciens  
terápiás attitűdjére**  
Doktori (PhD) értekezés

**Témavezető:  
Dr. Péley Bernadette  
egyetemi tanár**

**Pécs  
2011**

## Tartalom

Bevezetés.....	5
I. A kötődéelmélet rövid vázlata.....	7
I.1. Bowlby és a kötődéelmélet születése.....	7
I.2. A kötődés mint viselkedéses rendszer és normatív fejlődése.....	10
I.3. A kötődési viselkedéses rendszer továbbgondolása .....	13
I.4. Kötődés a reprezentációk szintjén .....	15
I.5. Egyéni különbségek a kötődésben és mérésük csecsemő- és gyermekkorban .....	19
I.5.1. Viselkedéses mérés .....	19
I.5.2. Projektív eljárások .....	22
I.5.3. Interjúmódszerek .....	23
II. A felnőtt kötődés és klinikai vonatkozásai.....	26
II.1. Kötődés felnőttkorban .....	26
II.1.1. A felnőtt kötődés fejlődési hagyománya.....	28
II.1.2. A felnőtt kötődés szociál- és személyiségpszichológiai megközelítése.....	38
II.1.3. A két hagyomány viszonya, értékelése .....	52
II.2. Klinikailag releváns felnőtt kötődési kutatások.....	55
III. A pszichoterápiás kapcsolat mint kötődés .....	64
III.1. Mi a pszichoterápia?.....	65
III.2. A kapcsolat jelentősége a pszichoterápiában .....	68
III.2.1. A pszichoterápia generikus modellje.....	69
III.2.2. A terápiás kapcsolat öt típusa – Clarkson modellje.....	70
III.2.3. A pszichoterápiás kapcsolat összetevői – a Gelso-Carter modell .....	71
III.2.4. A pszichoterápiás kapcsolat etikai vonatkozásai.....	74
III.2.5. Hogyan dolgoznak a kapcsolattal a különböző pszichoterápiás iskolák terapeutái? .....	77
III.3. A pszichoterápiás kapcsolat mint kötődés .....	83

III.3.1. A páciens-terapeuta kötődés viszonya a pszichoterápiás kapcsolat komponenseihez .....	88
III.3.2. A terápiás változás kötődéelméleti modelljei.....	93
III.3.3. A pszichoterápiás kapcsolat mérése kötődéelméleti megközelítésben .....	98
IV. A terápiás kötődés kérdőíves mérése és hatása a terápiás attitűdre .....	103
IV.1. Célkitűzések.....	104
IV.2. Módszer.....	105
IV.2.1. Előmunkálatok – a Terápiás Kötődés Kérdőív létrehozása .....	105
IV.2.2. Vizsgálati személyek.....	106
IV.2.3. Eszközök .....	108
IV.2.4. Elemzési módszerek .....	109
IV.3. Eredmények és megvitatás I. – Kísérlet egy terápiás kötődést mérő kérdőív létrehozására .....	111
IV.3.1. A Terápiás Kötődés Élményei kérdőív belső struktúrája.....	111
IV.3.2. A modell illeszkedése Bartholomew kétdimenziós modelljéhez .....	114
IV.3.3. A Terápiás Kötődés Élményei kérdőív skáláinak teszt-retesz megbízhatósága és validitása.....	116
IV.3.4. Megvitatás.....	117
IV.4. Eredmények és megvitatás II. – A terápiás kötődési elkerülés és a szülői bánásmód hatása a terápiás attitűdre .....	125
IV.4.1. A vizsgálati minta néhány változójának összefüggései .....	125
IV.4.2. A Szülői Bánásmód Kérdőív (H-PBI) leíró statisztikája és összefüggései a páciensek jellemzőivel.....	127
IV.4.3. A szülői bánásmód hatása a terápiás kötődési elkerülésre .....	128
IV.4.4. A szülői bánásmód hatása a terápiás attitűd változókra .....	133
IV.4.5. A terápiás kötődési elkerülés hatása a terápiás attitűd változókra .....	135
IV.4.6. A szülői bánásmód és a terápiás kötődési elkerülés együttes hatása a terápiás attitűd változókra .....	137
IV.4.7. A terápiás attitűd változóinak alakításában szerepet játszó változókból felépített útvonalmodellek.....	140
IV.4.8. Megvitatás.....	145

V. Összegzés .....	156
V.1. A dolgozat és a vizsgálat jelentősége .....	156
V.2. A vizsgálat korlátai és hiányosságai.....	158
V.3. További kutatási lehetőségek.....	160
V.3.1. Általános módszertani fejlesztések.....	160
V.3.2. Hosszmetszeti vizsgálati elrendezés.....	160
V.3.3. A terapeuta kötődési mintázatának hatása a terápiás kapcsolat alakulására .....	161
V.3.4. Különböző terápiás módszerek szisztematikus összehasonlítása.....	161
V.3.5. A kötődés rendszerszemléletű megközelítése.....	162
V.3.6. A páciens-terapeuta kötődés mérésének lehetséges új útja – narratív megközelítés .....	162
V.4. Záró gondolatok .....	166
Hivatkozott irodalom .....	167
Mellékletek.....	192
1. melléklet: A páciensek által kitöltött kérdőívcsomag.....	192
2. melléklet: A terapeuta által kitöltött kérdőív .....	199
Köszönetnyilvánítás .....	201

## Bevezetés

A kötődésemélet több mint 50 éves fennállása óta nem volt soha ilyen népszerű a klinikusok körében, mint manapság. Elméletek, kutatások és terápiás eljárások tucatjai használják alapul, módosítják, alakítják saját elképzeléseikhez Bowlby elméletét. A nagy kínálatban gyakran úgy tűnik, hogy a kötődés fogalma is devalválódik, a kapcsolódás megfogalmazásának egyszerű szinonimájává válik. Ennek háttérében minden valószínűség szerint a fogalom jól eladhatósága áll. Ugyanakkor az is naiv megközelítés lenne, hogy Bowlby iránti tiszteletünkől a halála óta eltelt két évtized tudományos fejlődését figyelmen kívül hagyjuk. Dolgozatomban arra teszek kísérletet, hogy a kötődés fogalmát kizárólag a kapcsolatok egy speciális válfajára korlátozva (lásd I. fejezet), Bowlby elméletét a pszichoterápiás kapcsolat mérésének és kutatásának keretévé tegyem. Ezen vállalkozással nem vagyok egyedül, számos szerző elméleti és gyakorlati próbálkozásaira támaszkodhatok (pl. Obegi, 2008; Mallinckrodt, Gantt & Coble, 1995). A hazai pszichológiában, pszichoterápiás tanulmányok körében azonban egyedülállónak mondható ez a munka, amely objektív módon – szisztematikus adatgyűjtéssel, statisztikai módszerekkel – pszichodinamikus elméleti keretben próbálja meg páciens és terapeuta kapcsolatát, illetve ennek hatását vizsgálni a páciens terápiás attitűdjére.

Dolgozatom két részre tagolódik. Az első, az elméleti alapok áttekintése három fejezetből áll, amelyek témája egyre inkább kutatásom tényleges célja – a pszichoterápiás kapcsolat kötődéseméleti megfogalmazása és mérése – irányába szűkül. Az I. fejezetben a kötődésemélet alapfogalmai és alapvető jellemzői kerülnek bemutatásra a fejlődéslélektan, a szülő-gyermek kapcsolat szemszögéből. A II. fejezetben a felnőtt kötődés kutatásának két vetekedő paradigmáját – a fejlődésit, illetve a szociál- és személyiséglélektanit – mutatom be. Ebben a fejezetben az alapvető jelenségek és kutatási eredmények mellett helyet kaptak azok a vizsgálatok is, amelyek a kötődéseméletet a klinikai gyakorlattal kapcsolják össze. A III. fejezet a pszichoterápiás kapcsolatot, az annak megértésére szánt modelleket mutatja be, majd amellet érvelek, hogy a pszichoterápiás kapcsolat kötődésként is definiálható. Ez a megközelítés véleményem szerint lehetőséget nyújt arra, hogy a pszichoterápiás etikai elveket hangsúlyozzuk, illetve arra is, hogy a pszichoterápiás kapcsolatot olyan módon tegyük mérhetővé, ami a tudományos objektivitás és a pszichoterápia gyakorlatias követelményeinek is megfelel. A fejezet végén kritikai szemléletben mutatom be a már

meglévő, pszichoterápiás kapcsolatot kötődélméleti megközelítésben mérő eszközöket. Mivel kutatásom célja egy ilyen mérőeszköz kidolgozása volt, minden elméleti fejezetben hangsúlyos szerepet kapnak a módszertani kérdések, a kötődésben mutatkozó egyéni különbségek feltárásának eszközei.

A disszertáció második részében saját vizsgálatomat mutatom be, amelynek célja egyfelől egy pszichoterápiás (paciens-terapeuta) kötődést mérő kérdőív kidolgozása volt, másfelől pedig annak szemléltetése, hogy ezen kérdőív által mért egyéni különbségek a pszichoterápiás munka számára is releváns információt szolgáltatnak. A IV. fejezet tehát a kérdőív kidolgozásának folyamatát és a vizsgálati eredményeket mutatja be. A vizsgálati adatok terjedelme és komplexitása, illetve a disszertáció olvashatóságának megtartása közt egyensúlyozva úgy döntöttem, hogy a nem szignifikáns eredményeket hozó statisztikai elemzések részletes közlésétől eltekintek, és minden elvégzett statisztikai elemzés eredményét a dolgozathoz mellékelt CD-ROM-on közlöm. Ezen eljárás a táblázatok számát annyira lecsökkentette, hogy azokat a szövegbe ágyazottan tudtam elhelyezni, megkímélve az Olvasót a folytonos ide-oda lapozgatástól. Szintén ebben a fejezetben kerülnek bemutatásra az eredmények lehetséges értelmezési keretei, megvitatásra kerül a kialakított kérdőív használhatósága és hasznossága. Ezen kívül a páciens és terapeuta között létrejövő kötődés és a páciens terápiás attitűdje közti összefüggések is megvitatásra kerülnek. Az V. fejezetben a kutatás erősségeit, nehézségeit és hiányosságait összegzem, illetve a kutatás további lehetséges folytatásait is végiggondolom.

## **I. A kötődéselmélet rövid vázlata**

### ***I.1. Bowlby és a kötődéselmélet születése***

Már legkorábbi munkáiban is Bowlby az anya-gyermek kapcsolat állandóságának fontosságát hangsúlyozta. Széles körben számon tartott írásában (Bowlby, 1944) intézeti ellátásban részesülő fiatalok otthoni környezetét és szülő-gyermek kapcsolatát vizsgálta. Megfigyelései alapján a tolvajok más klinikai esetnek minősített gyerekektől egy fontos tényezőben különböztek. Élettörténetükben gyakrabban volt kimutatható az anyától kényszerűen távol töltött hosszabb időszak. Az eredmények még markánsabbá váltak, ha a fiatalok tolvajok érzelmentes alcsoportját vették figyelembe. Érzelmentes fiatallá elsősorban az intézetben nevelkedő gyerekek váltak. Felnőttként az alábbiak jellemezték őket: kevés és felszínes kapcsolat, antiszociális vagy agresszív vonások az életvezetésben. Ezen eredmények tükrében Bowlbynek két feladattal kellett szembenéznie. Elsőként egy új elméletet kellett találnia vagy megalkotnia, hiszen a kor pszichológiai elméletei közül egy sem tudta kellő mértékben magyarázni a szülő-gyermek kapcsolat kiemelkedő jelentőségét, más ösztönöktől és motívumoktól való függetlenségét. Másodsor pedig – Bowlby sajátján kívül – a kutatási adatok is hiányoztak, amelyek a szülő és gyermeke közt létrejövő egyedi kötelék fontosságára mutathattak volna rá.

Az empirikus bizonyíték összegyűjtésében a Tavistock Klinikán dolgozó szociális munkás, James Robertson munkája jelentett nagy segítséget Bowlbynek. Négy évet dolgoztak együtt, és ezen időszak során a szeparáció fiatal gyerekekre gyakorolt hatását filmezték és dokumentálták (Robertson, 1962 idézi Kobak, 1999). A szülőktől való elválasztás problémájának komolysága a kor kórházi szokásaiból adódott – gyermekeik látogatására a szülőknek heti egy alkalom állt rendelkezésre. A szüleiktől ily módon elválasztott gyerekek kórházi tartózkodását nyomon követve Bowlby és Robertson három jellegzetes szakaszt figyelt meg, amelyek a szeparációt követik. Ezek a tiltakozás, a kétségbeesés és a kötődés felszámolása (detachment). A szülő-gyermek kapcsolat alapvető fontosságát alátámasztó érvek ellentmondásos és heves érzelmeket váltottak ki a kor gyermekekkel foglalkozó szakemberei körében. Az akkori gyermekvédelmi eljárások ugyanis egyedül a gyerekek fizikai szükségleteit hangsúlyozták. Az ezen a feltételezésen alapuló intézkedések tarthatatlanná váltak Bowlby és Robertson megfigyeléseinek tükrében. Ez természetesen erőteljes

konfliktusokhoz vezetett Bowlby és korának a gyermekek gondozásában szerepet vállaló szakemberei között.

Ahogy fentebb már előre bocsátottam, nemcsak az igazoló empirikus kutatási adatok hiányoztak kezdetben Bowlby megfigyelései mögül. Abban a korban nem állt Bowlby rendelkezésére olyan elméleti keret sem, amely kielégítően magyarázta volna a szülő-gyermek kapcsolat fontosságát. Az 1950-es évek uralkodó elméletei az anya-gyermek kapcsolatot a sokkal elsődlegesebb táplálás iránti szükséglet másodlagos melléktermékének tartották. Az érdekszereteten alapuló kapcsolat természetesen eltérő terminológiával, de mind a behaviorista mind a freudi paradigmában fellelhető volt. Az elmélet kidolgozása és nyilvánosság elé tárása szempontjából az 1958-as év bizonyult áttörésnek.

Ebben az évben két úttörő írás jelent meg két különböző szerző tollából. Az egyik Harry Harlow (1958) írása volt, amelyben részletesen leírja főemlősökön tett megfigyeléseit. Emlékezetes kísérlete a pótanyákkal megmutatta, hogy az anya egyik fontos szerepe – függetlenül attól, hogy ember, főemlős vagy éppen anyapótlék – biztonságos menedéket nyújtani utódjának veszély esetén. Kutatásaiból az is kiderült, hogy ezt a menedéket az anya az érintés-érintkezés és nem a táplálás révén teremti meg. Ugyanabban az évben, Bowlby (1958) jelentőségében Harlow-éhoz mérhető írásában – kifejezetten pszichoanalitikus köröknek szánva – összefoglalta kötődéseméletét. Az összefoglalásban Bowlby élesen elhatárolja magát a fentiekben már említett pszichoanalitikus nézetétől, miszerint a csecsemő és anyja kapcsolatát a táplálás iránti szükséglet mozgatná. „Ebből a nézőpontból a pszichológiai kötődés és leválás saját jogon létező funkciók, teljesen függetlenül attól, hogy egy adott pillanatban a gyermek mennyire függ egy tárgytól, amely kielégíti fiziológiai szükségleteit... Nem tarthatjuk kielégítőnek a továbbiakban azt a nézetet, amely szerint egyenlőséget kell tennünk az anya és a mell közé, azonosnak kell tekintenünk a jó táplálást a jó anyasággal, vagy a legkorábbi időszakról orális szakaszként illetve a kapcsolatról anaklitikusként kell beszélnünk” (Bowlby, 1958, 371.o.). Ahogy a fenti idézetből is kitűnik, mind elméletét, mind pedig szóhasználatát tekintve botránnyaként számíthatott Bowlby korának főáramú pszichoanalitikusai között. Új elképzelése a freudi elmélet alapjait kérdőjelezte meg: az orális szakasz és vele együtt a pszichoszexuális fejlődésemélet létjogosultságát, és az anya-gyermek kapcsolat anaklitikus természetét. Mivel a pszichoanalitikusok számára a korai anya-gyermek kapcsolat a későbbi kapcsolatok ősmintája, ez az elméleti változtatás a felnőtt kapcsolatok – így a terápiás kapcsolat – újraértelmezését is



megkívánta volna. Szintén ebben az írásában Bowlby (1958) hosszasan taglalja az anyagyerek kapcsolat akkor létező pszichoanalitikus elméleteit, de Harlow-éhoz hasonló megfigyeléseinek, tapasztalatainak magyarázatára egyiket sem találja minden szempontból megfelelőnek. A fenti összefoglalás csak az előtörténetét mutatja be egy olyan elmélet hosszú tudománytörténeti pályafutásának, amely egyre több követőt, építő kritikust és támogató kutatót nyert meg magának. A későbbiekben Bowlby is újrafogalmazta, pontosította elméletét a kötődésről háromkötetes munkájában (Bowlby, 1969; Bowlby, 1973; Bowlby, 1980). A fent leírt jelenségek magyarázatára egy evolúciós-etológiai modellt dolgozott ki, amelybe az etológia ösztöntanát (Tinbergen, 1951/1976), Piaget kognitív fejlődésről vallott elméletét (Piaget, 1955; magyarul összefoglalóan lásd Piaget & Inhelder, 1999), és a korábban oly népszerű általános rendszerelméletet (magyarul összefoglalóan lásd László, 2001) ötvözte a pszichoanalitikus elmélettel és gyakorlattal. Mivel terjedelmi okokból Bowlby munkásságának bemutatására annak teljességében nem vállalkozhatok, a következőkben a kötődéselmélet néhány olyan jellegzetességét emelem ki, amelyek fontosak a felnőtt kötődés, és ezen belül is a terápiás kapcsolat kötődéselméleti megközelítése szempontjából.

## ***1.2. A kötődés mint viselkedéses rendszer és normatív fejlődése***

A fenti rövid történeti áttekintésből is jól látható, hogy Bowlby (1969) elképzelése szerint a kötődés önálló (a táplálkozástól független) motivációs bázissal rendelkezik, és a törzsfajlás során a csecsemő/gyermek túlélésének biztosítására alakult ki. Már ebből a leírásból is kivehető, hogy az általában vett társas kapcsolatok és a kötődési kapcsolat közé nem lehet egyenlőségjelet állítani. A kötődés specifikus társas kapcsolat, amely Rutter (1989) összefoglalásában az alábbi megkülönböztető tulajdonságokkal rendelkezik:

- a szorongás felerősíti a kötődést;
- biztonsági bázis jelleget mutat (a kötődési tárgy jelenléte növeli az exploráció valószínűségét);
- a kötődési tárgy pusztán jelenléte szorongás-csökkentő hatású, és
- az elválasztási kísérlet heves tiltakozást vált ki.

Eredeti elképzelésében Bowlby (1969) viselkedéses rendszerként tekintett a kötődésre, amely veszély esetén aktiválódik. Ez a viselkedéses szabályozórendszer az első életév folyamán alakul ki. A szabályozást Waters (1981) összefoglalása alapján a termosztát analógiájára képzelhetjük el, ahol egy visszacsatolási hurok segítségével a rendszer ki-be kapcsolva egy előzetesen beállított értékhez igazítja a szoba hőmérsékletét. A beállított érték a kötődési viselkedéses rendszerben a gondozó közelsége. Túlzott távolság esetén a kötődési viselkedéses rendszer bekapcsol, a megfelelő közelség helyreállása esetén a rendszer kikapcsol. Ebben a modellben Bowlby (1969) a kötődés fejlődését az alábbi négy szakaszra osztotta:

### *1. szakasz - Orientáció és szignalizáció a személy megkülönböztetése nélkül.*

Ebben a szakaszban a csecsemő bizonyos meghatározott módon viselkedik különböző emberekkel, de diszkriminációs képessége még nincs, vagy nagymértékben korlátozott (pl. hangingerék alapján különböztet meg embereket). A csecsemőre bármely személy jelenlétében jellemző az orientáció, a szem követő mozgása, nyúlás és markolás, mosoly és gagyarázás. Gyakran a baba abbahagyja a sírást egy hang hallatán vagy egy arc láttán. Ezek a viselkedésformák nagyban hozzájárulnak ahhoz, hogy növeljék a személyek közelében eltöltött idő mennyiségét. A szakasz

a születés pillanatától legalább nyolc hetes korig, de általában 12 hetes korig tart.

2. szakasz - *Orientáció és szignalizáció egy (vagy több) megkülönböztetett személy felé.* Ebben a szakaszban a csecsemő az előzőéhez hasonló viselkedéseket mutat, de az anya személye felé másoknál sokkal kifejezettebb mértékben. A hangingerekre adott megkülönböztető válaszadás a 4. héten, míg vizuális ingerekre a 10. héten kezdődik. Ez a szakasz a 6. hónapig tart.
3. szakasz - *A közelség fenntartása egy megkülönböztetett személlyel mozgás és szignalizáció segítségével.* A gyermek válaszrepertoárja ebben a szakaszban olyan elemekkel bővül, mint például a távozó anya követése, üdvözlése visszatértekor, és explorációs bázisként történő használata. A bárki felé megkülönböztetés nélkül mutatott barátságosság ideje lassan elmúlik. Az idegeneket egyre nagyobb vigyázattal figyeli és előbb-utóbb rémületet és visszahúzódot tanúsít jelenlétükben. Ebben a szakaszban a gyermek néhány viselkedése cél-kiigazítású (goal-corrected) lesz, és kötődése az anyához mindenki számára láthatóvá válik. A szakasz általában a 6.-7. hónap környékén kezdődik és az élet harmadik évébe is átnyúlik.
4. szakasz - *A cél-kiigazítású partnerség kialakulása.* Már a harmadik szakaszban a kötődési személyhez való közelség fenntartását egyszerűen szervezett cél-kiigazítású rendszerek végzik túlnyomórészt egyszerű kognitív térképek segítségével. Hamarosan megjelenik ezen a térképen az anyának mint önálló tárgynak a képe is, azonban a gyermek még nem tudja, miért távozik például az anya, és hogy milyen módon lehet hatással az anya cselekedeteire. Előbb vagy utóbb a helyzet azonban megváltozik. A gyermek felismeri, hogy anyja viselkedése kitűzött céljai köré szerveződik, amelyek gyakran konfliktusba kerülhetnek a gyermek szükségleteivel. A gyermek belátást nyer anyja érzelmeibe és motivációiba. Ha ez megtörtént, adva van az alap, hogy a pár tagjai egy sokkal összetettebb viszonyt alakítsanak ki egymással. Ezt nevezi Bowlby (1969) partnerségnek. A szakasz kezdete a második vagy harmadik születésnap környékére tehető az egyéni különbségektől függően.

A fejlődés menetével kapcsolatban még fontos megjegyezni, hogy egy ilyen átfogó leírás mellett is nehéz megmondani, hogy vajon pontosan mikorra is alakul ki a kötődés. Biztonsággal az mondható el, hogy az első szakaszban még nem beszélhetünk kötődésről, a harmadikban pedig már minden kétséget kizáróan jelen van. Az egyéni különbségek méréséről szóló részben látni fogjuk, hogy a módszerek alapján arra lehet következtetni, hogy egy éves korra már kialakul a kötődés.

### ***1.3. A kötődési viselkedéses rendszer továbbgondolása***

A viselkedéses rendszereknek – így a kötődési viselkedéses rendszernek is – fontos sajátossága, hogy szelektív módon a környezetnek csak bizonyos ingereire reagálnak, illetve hogy önmagában szervezett rendszereknek tekinthetők. A másik oldalról viszont a komplex emberi viselkedés szervezésében a különböző viselkedéses rendszerek összehangolt működése is kitüntetett szerepet játszik. A gondoskodói viselkedéses rendszer (Bowlby, 1969) a kötődési rendszer komplementere, amennyiben leegyszerűsítve megfogalmazva a kötődési szükségletek kielégítése, az utód biztonságban tartása a kitűzött célja. A félelmi viselkedéses rendszer (Bischof, 1975) önmagában a kötődési rendszerrel teljesen ellentétes célt képvisel: minél távolabb kerülni a félelem forrásától. A félelmi rendszerrel párhuzamosan a kötődési viselkedéses rendszer is aktiválódik, hogy a gyermek a kötődési személynél, a gondozónál lelhesse védelemre. A két rendszer konfliktusba kerülhet abban az esetben, amikor a gondozó egyben kötődési személy és a félelem forrása is – például bántalmazó szülők esetében (Hesse & Main, 2000). Az így létrejövő dezorganizált kötődési stílust az egyéni különbségek ismertetésekor mutatom be. Az explorációs és a kötődési viselkedéses rendszer antagonisztikus működésére Ainsworth és Bell (1970) vizsgálati eredményei mellett a biztonsági bázis fogalom is utal. A viselkedéses rendszerek fogalmi keretében a biztonsági bázis elképzelés úgy értelmezhető, hogy a kötődési rendszer kikapcsolt állapota, a közelség-szükséglet kielégítettsége szükséges ahhoz, hogy a helyváltoztatásra képes csecsemő vagy gyermek elinduljon környezetére felfedezésére (pl. Rutter, 1989).

A fent már vázolt eredeti elképzelésében Bowlby (1969) a fizikai közelséget nevezte meg a kötődési viselkedéses rendszer beállított értékeként. Sroufe és Waters (1977) azonban rámutattak, hogy a közelség célként való feltételezése több vizsgálat és megfigyelés eredményének tükrében sem tartható. Az idegen helyzet vizsgálatok (részletes bemutatását lásd később) megmutatták, hogy a kötődési személy közelsége nem feltétlen jelenti a kötődési viselkedéses rendszer működésének leállítását. A fejlődés során kibontakozó kognitív képességek által (pl. beszéd, belső reprezentációk) pedig a kötődési személy megnyugtató funkciója teret és időt áthidalóan biztosított. Ugyanakkor az ellentmondás feloldható, ha feltételezzük, hogy a kötődési viselkedéses rendszer nem a fizikai közelség, hanem a megélt biztonság („felt security”), és az ehhez kapcsolódó érzelmek köré szerveződik. A közelségkeresés nem automatikusan indul el,

hanem külső és belső jelzések kiértékelésének eredőjeként jön létre. A modell szempontjából fontos belső reprezentációk rendszerét és működését a következő részben tekintem át.

## ***I.4. Kötődés a reprezentációk szintjén***

Bowlby (1973) a kötődésről szóló trológiájának második kötetében vezette be a belső munkamodell fogalmát. Úgy tekintett a belső munkamodellekre, mint mentális hipotézistesztelést lehetővé tévő reprezentációkra arról, hogyan érhetjük el az általunk kitűzött interperszonális célokat. Ezeknek a reprezentációknak tehát az a szerepük, hogy – igaz a rugalmasság csökkenése vagy akár elvesztése árán – gyorsan reagálhassunk a társas környezetünkkel folytatott interakciók során. A kötődés mentális reprezentációk szintjén történő tárgyalása során három területet érintek: a reprezentációk tartalmát, szerveződését és az egyedfejlődés során bekövetkező változásokat.

A munkamodellek Collins és Read (1994) javaslata szerint négy egymással kölcsönösen kapcsolatban álló komponensből épülnek fel. A négy építőkö az alábbi:

1. A kötődéssel kapcsolatos *tapasztalatok emlékei*. Ezek nem csupán konkrét tapasztalatok reprezentációit tartalmazzák, hanem ezekre az egyedi esetekre ráarakódott konstruktumokat is, mint például a történetek értelmezése. Természetesen ezek az önéletrajzi emlékek nem pontos másolatai a személyközi interakcióknak, hiszen már létező kognitív szűrőkön keresztül jut el hozzánk az információ, másrészt pedig az újabb tapasztalatok fényében régebbi emlékeink is újraíródnak, újraértékelődnek (Schachter, 1996).
2. *Hiedelmek, attitűdök és elvárások* magunkról és másokról a kötődés tekintetében. Itt fontos megjegyezni azt az általános elvet, miszerint a saját tapasztalatból származó tudás differenciáltabb, összetettebb és kidolgozottabb az absztrakt forrásból származónál (Pryor & Merluzzi, 1985 idézi Collins & Read, 1994). Tehát egy rosszul működő, fájdalmas kapcsolatok sorát megtapasztaló személy szakértője lesz a diszfunkcionális kapcsolatoknak, ugyanakkor saját tapasztalat híján nagyon idealizált és sztereotipizált képpel rendelkezhet a jó kapcsolatról.
3. *Kötődési célok és szükségletek*. A kötődési viselkedési rendszer elsődleges célja a biztonságérzet fenntartása, mégis az előzetes tapasztalatok alapján nagy egyéni különbségek mutatkoznak ennek megjelenésében. Az egyén szociális és emocionális szükségletei aszerint fognak egy rá jellemző hierarchiába rendeződni, hogy korábbi céljai elérésében mennyire volt sikeres. Ezen felül a munkamodellek mások céljairól és szükségleteiről is tartalmazznak tudást.

4. A kötődési célok elérését szolgáló *tervek és stratégiák* olyan szervezett viselkedéssorok, amelyek szabályozzák a személy kötődést érintő érzelmi és társas igényeit.

A fenti összetevőkből jól látható, hogy a belső munkamodellek a társas információfeldolgozás minden szintjét érintik az információ befogadásától a cselekedetek kivitelezéséig.

A kötődéssel kapcsolatos reprezentációkat érintő második téma a reprezentációk szerveződése, struktúrája. A korábbiakban is szándékosan beszéltem többes számban a reprezentációkról és munkamodellekről. Ennek oka, hogy a feltételezések szerint (Collins & Read, 1994) a felnőtt kötődési reprezentációk leginkább kölcsönösen kapcsolatban álló modellek hálózataként képzelhetők el. Több indok is szól a többszörös modellek feltételezése mellett. Először is fejlődéslélektani megfigyelések szerint gyakran előfordul, hogy a csecsemők a két szülővel szemben eltérő kötődési mintát mutatnak, tehát két különálló modellel rendelkeznek a két szülőnek megfelelően (Lamb, 1977; Fox, Kimmerly & Schafer, 1991). Másodszor, mivel a felnőttek kötődési reprezentációja több kapcsolaton alapul, elvárható, hogy ezen tapasztalatok alapján kialakított modelljük is összetett legyen. Végül a többszörös modell lehetővé teszi a megfelelő rugalmasságot ahhoz, hogy a felnőttek adaptív módon viselkedjenek összetett társas világunkban. Ez a többszörös modell alapértelmezett hierarchiaként működik, ami azt jelenti, hogy az egyre lejjebb elhelyezkedő reprezentációk egyre specifikusabb információt tárolnak, de takarékosági okokból az alsóbb szint nem tartalmazza újból a felsőbb szinten található általánosabb tudásunkat. Így a társas élet komplexitásának megfelelően összetett hálózatok jönnek létre, amelyek legalsó szinten az egyes kötődési személyekkel kapcsolatos reprezentációkat tartalmazzák, a legfelső szinten pedig önmagunkról és a jelentős másokról is generalizált modelleket találunk.

A tartalmi és strukturális jellemzők után a munkamodellek ontogenezisét tekintem át Marvin és Britner (1999) írása alapján. A kötődési viselkedési rendszer fejlődésében a 6. életévig végbemenő változás jelentős. A gyermek eljut az ingerek által közvetlenül kiváltott viselkedéstől odáig, hogy ezek az egyszerűbb rendszerek sokkal bonyolultabb szerveződések, nevezetesen a belső munkamodellek részévé válnak, amely már célvezérelt módon működik, és a lehetséges tervek egész hierarchiáját tartalmazza. Az élet első 8-12 hetében a kötődésben a közelség fenntartása és a védelem elsődlegesen a gondozó feladata annak ellenére, hogy az újszülött már ebben az időszakban is láthatóan



érzékeny a különböző, emberektől származó ingerekre. Amennyiben a gyermek kötődési viselkedésére a gondozó bejósolhatóan reagál, már ebben a korai időszakban is megjelenhetnek tartós interakciós mintázatok. A második szakasz (6-9. hónappal bezárólag) fő fejleménye, hogy a kötődési viselkedéses rendszer számára már nem a gondozó nyújtja a kiváltó és befejezést előidéző ingereket, hanem a csecsemő fejlődő szenzomotoros képességei révén önállóan kontrollálja azokat. Emellett egy diszkriminációs folyamat is lejátszódik, aminek hatására a viselkedési rendszerekre befolyást gyakorló ingerek száma jelentősen lecsökken. A fentiek következményében a csecsemő egyre nagyobb kontrollt gyakorol az interakció felett, és számos bizonyíték támasztja alá, hogy a különböző kötődési stratégiák kialakulása az élet első évének első negyedében megkezdődik. A belső munkamodellek már kialakulóban vannak, de még nem olyan fejlettek, hogy a csecsemő a cél elérése érdekében mentális kísérleteket vagy manipulációkat végezzen. Mivel a munkamodellek megléte és működése más kognitív képességekhez kötött, a munkamodellek kialakulásáról és további fejlődéséről csak a csecsemő életének 6-9. hónapjától beszélhetünk. A 6-9. hónappal kezdődő időszak során jelentős változások mennek végbe a kognitív képességek terén, így például bizonyos, a kötődést szolgáló rendszerek és a korábban inger-válasz láncban szerveződő viselkedések is a gyermek tudatos ellenőrzése alá kerülnek. Talán a legfontosabb változásnak a személy- illetve tárgyállandóság kialakulása mondható, ami lehetővé teszi a csecsemő számára, hogy gondozóját saját tapasztalataitól különálló entitásként fogja fel. Ebben az időszakban a gyermek már rendelkezik a végállapot vagy beállított cél (set goal) belső reprezentációjával, tehát kialakult képe van arról, mit is szeretne elérni. A gyermeknek megvan az a képessége, hogy a lehetséges viselkedések közül mentális próba-szerencse útján válogasson, illetve hogy az épp kivitelezendő viselkedését a visszajelentések függvényében megváltoztassa, és a terv végrehajtását csak akkor fejezze be, ha a végállapot és saját észlelt pozíciója egybeesik. Ebben az időszakban a csecsemő képessé válik nonverbális kommunikáció útján (pl. a közös figyelemi fókusz révén) közvetett módon megváltoztatni a gondozó viselkedését azáltal, hogy közvetlenül megváltoztatja a gondozó céljait. A másodiktól a hatodik életévig tartó szakasz fontos fejleményeket tartogat a belső munkamodellek fejlődésének tekintetében is. A szakasz végére a gyermek úgy szervezi újra reprezentációit, hogy mind saját nézőpontján, mind pedig a gondozó nézőpontjáról kialakított reprezentációján egyidejűleg tudjon dolgozni, ami lehetővé teszi, hogy a gyermek a két személy nézőpontját különállóként kezelje és felismerje, hogy a nézőpontok mikor fedik

egymást és mikor állnak konfliktusban. Míg az élet első évének fontos fordulópontja a helyváltoztató mozgás megjelenése, amely lehetővé teszi a csecsemő majd a gyermek számára, hogy eltávolodjon a kötődési személytől, és ezáltal a kötődési viselkedési rendszer fokozottabb működését eredményezi, addig a másodiktól hatodik életévig terjedő időszak talán legfontosabb fejlődési állomása a beszéd megjelenése, ami a kommunikáció hatékonyabb eszközét biztosítja a gyermek számára. Ez az újonnan megjelenő képesség a szülő szándékainak kifinomultabb megértését és a kötődési célok megvitatásának, közös alakításának lehetőségét biztosítja a gyermek számára (Kobak & Duemmler, 1994). Ez az, amit Bowlby (1969) cél-kiigazítású partnerségnek nevez. 28 hónapos korra a gyermekek többsége már meglehetősen nagy szókinccsel rendelkezik a belső állapotok kifejezésére, így lehetővé válik számukra, hogy például a média által kiváltott belső félelmeket és képeket is kommunikálja a szülő felé, és ezekkel szemben is védelmet keressen (Furman, 1992 idézi Kobak & Duemmler, 1994). Ezen felül a nyelv azzal a tulajdonságával, hogy jelen nem lévő dolgokra utal, lehetővé teszi, hogy a szülőtől távol töltött szorongásmentes időszak is megnövekedjék. A kötődés és diszkurzív stratégiák összefüggését a következő, egyéni különbségekről szóló részben tárgyalom.

## ***1.5. Egyéni különbségek a kötődésben és mérésük csecsemő- és gyermekkorban***

Bár a kötődés fejlődése a fentiekben bemutatott univerzális vonalat követi, az anya-gyermek kapcsolatban szerzett tapasztalatoktól függően mégis egyedi kötődési mintázatok alakulnak ki. Ezen minőségileg elkülönülő kapcsolatok leírásáról Bowlby (1969) már kötődésről szóló trilógiájának első kötetében említést tesz. Már ekkor – jóval az idegen helyzet vizsgálatok előtt – hivatkozik Ainsworth munkásságára, aki a gyermek kötődésének biztonságosságát találta a mintázatokat csoportosító legfontosabb dimenzióknak. A biztonságérzet és annak fontossága már korábban is ismeretes volt a pszichoanalitikus irodalomban (pl. Klein (1999) – a jó tárgy introjekciója, Erikson (2002) – ösbizalom) mégis a jelenség szisztematikus vizsgálata és a különböző kötődési mintázatok leírása Ainsworth, Blehar, Waters és Wall (1978) később részletesen is bemutatandó kutatásaival kezdődött el. A későbbi módszertani és elméleti újítások és finomítások nyomán több olyan módszer is kidolgozásra került, amelyek lehetőséget nyújtanak a csecsemők és gyermekek kötődési osztályozására. A módszereket az eljárások alapján három csoportba gyűjtve mutatom be (viselkedéses mérés, projektív eljárások, interjúmódszerek). Természetesen a terjedelmi korlátok itt sem teszik lehetővé, hogy minden létező módszerre kitérjek, így csak a leggyakrabban hivatkozott vagy a leginkább újító szellemű eljárásokat mutatom be.

### **1.5.1. Viselkedéses mérés**

A kötődési osztályozás első tudományos vizsgálata Ainsworth és munkatársai (1978) nevéhez fűződik. A kísérleti módszer az úgynevezett **idegen helyzet**<sup>1</sup>, amely 12-18 hónapos csecsemők anyával illetve gondozóval kapcsolatos kötődési mintázatának feltárására alkalmas. A nyolc epizódból álló eljárás lényege, hogy egy kísérleti helyiségben az anya és csecsemője kettesben vagy egy idegen jelenlétében szeparációt és újraegyesülést él át. Az eljárás alapján, elsősorban a szeparációra és az újbóli találkozáshoz adott reakciók figyelembevételével az alábbi három kötődési mintázat különíthető el: (1) a **biztonságosan** kötődő („B” típusú) gyerekek anyjuk jelenlétében nyugodtan játszanak, az idegenre sem adnak félelmi reakciót. Az elválasztáskor heves tiltakozásba kezdenek, csak az anya visszatérése képes megnyugtatni őket, az azonban gyorsan és hatékonyan. (2) A **bizonytalan (szorongó) elkerülő** („A” típusú) mintát

---

<sup>1</sup> Strange Situation. Mivel ezek az eljárások főleg angolszász területekhez kötődnek, célszerűnek láttam az egyértelműség kedvéért lábjegyzetben az eljárás eredeti angol elnevezését is megadni.

mutató gyerekek kerülnek az anya közelségét mind a játékos, mind az újraegyesülési szituációban. A szeparációra nem adnak heves reakciókat, az idegenekkel szemben a másik két csoportba tartozó csecsemőknél jóval nagyobb bizalmat mutattak. (3) Az **ambivalens ellenálló** („C” típusú) gyerekek felváltva mutatnak a kapcsolat fenntartására irányuló törekvést és elutasító viselkedést. Az elválasztás idején az idegen láthatóan feldúlttá teszi őket, és a visszatérő anya is csak lassan tudja megnyugtatni gyermekét.

A kötődéelmélet fentiekben már említett etológiai, evolúciós gyökerei miatt hangsúlyoznom kell, hogy adott élethelyzetben bármelyik fent említett kötődési mintázat adaptív értékkel bírhat. Simpson (1999) szerint minden kötődési minta egy ökológiailag kontingens stratégia, amely abból a célból alakult ki, hogy a különböző nevelési környezetek által létrehozott helyzetekre adaptív megoldást adjanak. Így az érzékeny és válaszkész szülők által nevelt biztonságosan kötődő gyermekeknek nem kell szülei holléte és hozzáférhetősége miatt aggódniuk, és ez lehetővé teszi számukra, hogy a kötődés témáján kívül eső eseményekkel, jelenségekkel foglalkozzanak. A szorongó-ambivalens gyermekek szülei az előzőektől eltérően, inkonzisztens módon viselkednek, feltételezhetően a megfelelő szülői képességek hiányában. Ezeknek a gyerekeknek a szorongó-ambivalens viselkedési minta lehetővé teszi a szorosabb közelséget, nagyobb gondoskodást provokálnak ki maguknak, és így növelik saját túlélési esélyüket. Végül az elkerülő gyermekek olyan viselkedési stratégiát „fejlesztnek ki”, amely megfelel az őket gondozó hideg és visszautasító szülőknek. Erre a stratégiára Simpson (1999) két lehetséges magyarázatot említ. Az első Main-től származik, aki szerint az elkerülő gyermekek a rájuk jellemző távolságtartó és önálló viselkedéssel elkerülhetik azt, hogy „elüldözzék” maguktól az ingerlékeny vagy túlságosan lefoglalt szülőket, és ezáltal a gondozóhoz megfelelő közelséget biztosítanak saját maguk számára (Main, 1981 idézi Simpson, 1999). A második elmélet szerint az anyai visszautasítást olyan korai ingerként kell felfogni, amely a jövőbeni környezet szűkösségét jelzi előre. Az elkerülő gyermekek így rá vannak kényszerítve arra, hogy korábban és sokkal nagyobb mértékben explorálják környezetüket, ami hozzájárulhat a túlélést és szaporodási sikert biztosító önálló képességek kifejlődéséhez.

Az idegen helyzet vizsgálatok elemzését kiterjesztve Main és Solomon (1986) egy negyedik kötődési mintázatot is feltárt, amelyet **dezorganizált/dezorientált** kötődési stílusnak neveztek el. Ezen kötődési mintázat legfontosabb jellemzője a szervezetlenség, amely a fenti három szervezett kötődési stratégiától élesen

megkülönbözteti. Ez a szervezetlenség azt jelenti, hogy a szeparáció okozta stressz hatására az adaptív kötődési stratégia időlegesen összeomlik, és ez lefagyáshoz, félreirányított mozdulatokhoz, egymásnak ellentmondó viselkedések (pl. közeledés és távolodás) együttes megjelenéséhez és öningerléshez vezet. Main és Hesse (1990) azt feltételezték, hogy ezen kötődési stílus megjelenésének okaként a szülő ijesztő vagy félelemteli viselkedése nevezhető meg. Ez alapvető konfliktust jelent a csecsemő számára, hiszen a biztonság forrásául szolgáló hivatott kötődési személy egyben a félelem forrásává is válik. Koós és Gergely (2001) a fenti hipotézisnek ellentmondó kutatási eredmények hatására másik magyarázattal állt elő. Gergely és Watson (1998) szülői érzelmi tükrözés szociális biofeedback modelljére alapozva Koós és Gergely (2001) azt feltételezik, hogy a 3 hónapos korban érési folyamatokra bekövetkező váltás a tökéletesről a magas, de nem tökéletes kontingenciára csak részben következik be azon csecsemők esetében, akik később dezorganizált/dezorientált kötődési mintázatot mutatnak. Ezen csecsemők ugyanis gondozójuk hétköznapi viselkedése esetén a magas kontingenciát részesítik előnyben, ugyanakkor a gondozó abuzív vagy disszociatív állapota esetén visszaválnak a tökéletes kontingencia keresésére, amelyet a fent már említett viselkedésekben – például az öningerlésben – találnak meg. Tehát a gondozó legfőbb jellemzője nem az ijesztő és/vagy félelemteli viselkedés, hanem a bejósolhatóság hiánya.

A fent ismertetett klasszikus eljáráson kívül két másik jelentős és széles körben elterjedt megközelítés létezik a kötődési mintázatok viselkedéses mérésének. Az első megközelítésben az idegen helyzetben bekövetkező újraegyesülés során mutatott viselkedés alapján osztályoznak. Cassidy és Marvin (1992 idézi Thompson, 2006) 3 és 5 év közötti óvodások fejlődési sajátosságaihoz adaptálta az idegen helyzetet és az Ainsworth-i kategóriáknak megfelelő csoportokat hoztak létre a viselkedés, gesztusok, beszéd stb. alapján. Crittenden (2000) némileg idősebb gyerekek osztályozására dolgozott ki eljárást, ahol a fenti szempontokon kívül az érzelemszabályozást és a szülővel folytatott nyílt kommunikációt is értékelési szempontként használja. Crittenden osztályozása az eredeti kategóriák alkategóriákra bontásával teszi összetettebbé a mérést.

A másik megközelítés a kötődési biztonságot otthoni környezetben figyeli meg. Waters és Deane (1985 idézi Thompson, 2006) **kötődési Q-rendezés**<sup>2</sup> eljárása során a

---

<sup>2</sup> Attachment Q-sort

képzett megfigyelő az otthonban végez megfigyelést, majd 90 állítást 9 csoportba rendez aszerint, mennyire jellemzően írják le az egyes állítások a csecsemő otthonában tett megfigyeléseit. Az eljárás előnye, hogy otthoni környezetben, sokféle helyzetben figyel meg a szülő és gyermeke interakcióját. Ugyanakkor hátrányként említhető, hogy csak a kötődés biztonságosságának mértékét méri – tehát nem tesz különbséget a bizonytalan kötődési stílusok között. Emellett az otthoni megfigyelés azzal is együtt jár, hogy a kötődési rendszer aktiválódását kiváltó helyzetek relatív előfordulási gyakorisága jóval kisebb, mint a laboratóriumi idegen helyzetben.

### **I.5.2. Projektív eljárások**

A kötődés mérésére alkalmazott projektív eljárások lényege az, hogy egy nyílt végű történet befejezéséből, illetve a történet hívószavak alapján történő megalkotásából következtet a gyermek kötődési minőségére. Jelen dolgozat keretein belül két eljárást ismertettek.

A **szeparációs szorongás teszt**<sup>3</sup> Slough, Goyette és Greenberg (1988 idézi Clark & Symons, 2009) féle változata egy félig strukturált projektív interjú, amely során a résztvevő gyerekek meghatározott sorrendben hat képet mutatnak, amelyeken a vizsgálati személlyel azonos nemű gyermek szüleitől való elszakadást él meg. A képek közül három enyhe (pl. anya lefekteti gyermekét), míg három súlyos szeparációt (pl. szülők kéthetes nyaralásra mennek) jelenít meg. Ezt követően minden egyes képpel kapcsolatban kikérdezik a gyereket arról, hogyan érez a képen látható gyermek, és miért éppen úgy érez. Egyes változatokban azt is megkérdezik a gyermektől, hogyan érezné magát, ha hasonló helyzetbe kerülne. A válaszok kódolása során a kötődési biztonságot, az önmagára támaszkodást és az elkerülést értékelik.

A **Manchester gyermek kötődési történet feladat**<sup>4</sup> (Green, Stanley, Smith & Goldwyn, 2000) 5-7 éves gyerekek kötődési mintázatának megállapítására alkalmas eszköz. Az eljárás során a gyerekek 4 történetkezdetet játszanak le bábokkal (pl. egy babaházban a gyerekbáb és az anyabáb külön szobákban vannak, és a gyerekbáb megsérti a lábát), majd a vizsgálatvezető a gyermekbábót átnyújtva a történet befejezésére kéri a gyereket – „És most mi történik?”. A gyermekek az alábbiak szerint osztályozhatók a klasszikus négy csoportba: (1) bizonytalan-elkerülő – a gyermekbáb önmaga oldja meg a problémát, nem tesz utalást az anyabábra; (2) biztonságos – a

---

<sup>3</sup> Separation Anxiety Test (SAT)

<sup>4</sup> Manchester Child Attachment Story Task (MCAST)

gyermek segítőkésznek ábrázolja a szülőt; (3) bizonytalan ellenálló/ambivalens – a problémát az anyabáb részvételével próbálja megoldani, de a szorongás szintje nem csökken vagy nő; (4) dezorganizált – a gyerekbábnak láthatóan nincs koherens stratégiája a probléma megoldására.

### I.5.3. Interjúmódszerek

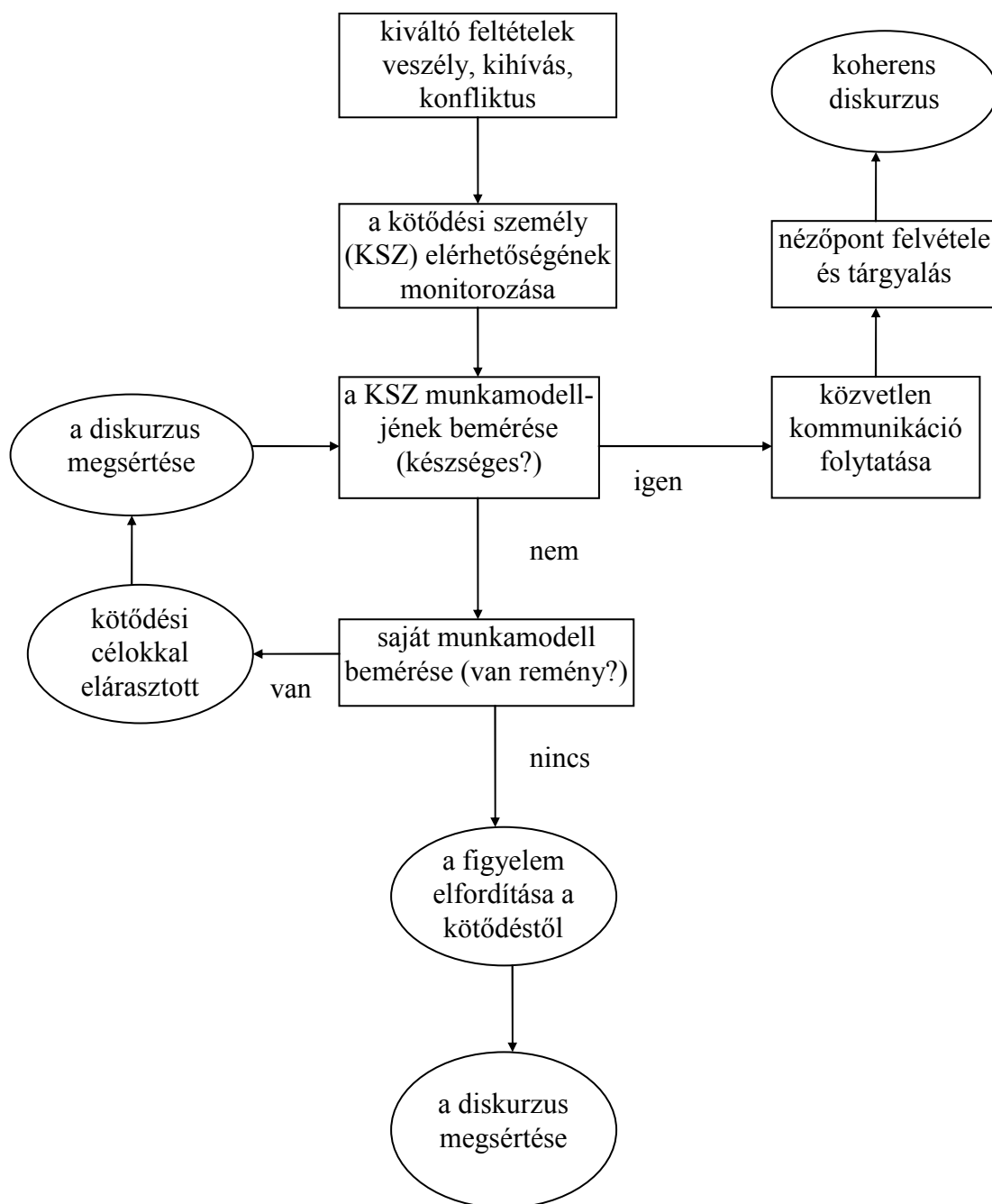
Az interjúmódszerek a viselkedéses eljárásokkal ellentétes irányú fejlődési irányt mutatnak. Míg a viselkedéses eljárások az idegen helyzet analógiáját próbálják minél későbbi életkorokba kitolni, addig az interjúmódszerek a felnőtt kötődési interjút (részletes ismertetését lásd a II. fejezetben) próbálják minél korábbi időszakokra adaptálni. A **gyermek- és serdülőkori kötődési interjú**<sup>5</sup> (Ammaniti, van IJzendoorn, Speranza & Tambelli, 2000 idézi Dwyer, 2005) csupán néhány apró, az értelmezhetőséget megkönnyítő változást tartalmaz a felnőtt változathoz képest, és a kiértékelési szempontok is nagyon hasonlóak. Ugyanakkor a **gyermek kötődési interjú**<sup>6</sup> (Target, Fonagy & Shmueli-Goetz, 2003 idézi Dwyer, 2005; pszichometriai jellemzőihez lásd Shmueli-Goetz, Target, Fonagy & Datta, 2008) új kérdések kidolgozása révén már egészen 7 éves kortól lehetővé teszi a kötődési minőség megállapítását. A kérdések újdonsága a felnőtt változathoz képest, hogy nem a régmúlt, hanem a közelmúlt kapcsolati eseményeire fókuszálnak. A kódolás újdonsága pedig abban ragadható meg, hogy az interjúszöveg struktúráján és tartalmán kívül a non-verbális jelzéseket is figyelembe veszi. Végző kategóriái az előző módszerével és a felnőtt kötődési interjúéival is megegyeznek.

Az interjúmódszerek, és a felnőtt kötődési interjú gyermekekre való kiterjesztésének lehetőségét igazolja Kobak és Duemmler (1994) elképzelése. Szerintük a munkamodell és a társalgási viselkedés már gyermekkorban kölcsönösen megerősítő kapcsolatban állnak egymással. Az 1.1. ábra ezt a folyamatot mutatja be.

---

<sup>5</sup> Attachment Interview for Childhood and Adolescence (AICA)

<sup>6</sup> Child Attachment interview (CAI)



1.1. ábra  
Munkamodellek és diskurzus-stratégiák  
(Kobak & Duemmler, 1994, 130.o. alapján)

Az ábrán jól látható, hogy a munkamodellek csak akkor lépnek működésbe, amikor védelemre vagy megerősítésre van szüksége a gyermeknek. Ezekben az esetekben a munkamodellek azonnali információval látják el az egyént a kötődési személy hozzáférhetőségéről és válaszkészségéről. Amennyiben a kötődési személy elérhető és válaszkész, a gyermek közvetlen kommunikációt használ, ami lehetővé teszi



a másik féllel való egyezkedést és nézőpontjának felvételét. Amennyiben a szülő nem hozzáférhető két stratégia lehetséges. Ez a két társalgási stratégia megfeleltethető a két szervezett, nem biztonságos kötődési stratégiának (részletes kifejtésüket lásd később). Amennyiben a gyermek másokról kialakított reprezentációja negatív, tehát az elkerülő kötődési típusba tartozik, azaz nem lát reményt arra, hogy a szülővel megfelelő módon közölje kötődési célját, kivonja magát a kötődésből és a további kommunikációból. Amennyiben a gyermek a szülőt pozitívan értékeli, tehát a szorongó/ambivalens kötődési típust testesíti meg, és esélyt lát a kommunikáció helyreállítására, mindaddig az ábrán látható hurokban fog körbe-körbe járni, amíg a szülőt elérhetőnek nem észleli. A pszichés jelenségek szintjén ez a körbeforgás a kötődési problémákkal való elárasztottságot, állandó monitorozást jelent, így a kommunikáció nem lehet hatékony. A fent említett mindkét stratégia megszegi a diskurzus konvencionális, implicit szabályait. A fentiekből jól látható, hogy a kötődés biztonságossága a kommunikáció minőségét is meghatározza, illetve a nem célravezető, diskurzussértő kommunikáció a kötődés bizonytalanságát fogja erősíteni.

Lévén a disszertáció témája a felnőtt kötődés egy speciális része, a fenti rövid áttekintés semmi esetre sem kíván teljes körű áttekintést adni a kötődésemélet gyermekkorra vonatkozó megállapításai tekintetében. Ehelyütt megelégedtem azzal, hogy a később bemutatásra kerülő felnőttkori jelenségek elméleti és mérés módszertani alapjait mutassam be. A következő fejezet a felnőtt kötődést és annak klinikai vonatkozásait részletességében tárgyalja.

## **II. A felnőtt kötődés és klinikai vonatkozásai**

Miután az előző fejezetben a kötődésemélet alapfogalmait és alapvető jelenségeit bemutattam, ebben a részben a kötődés felnőttkori alakulására térek rá. Bemutatom azokat a sajátságokat, amelyek a kötődést felnőttkorban jellemzik, illetve felvázolom a felnőtt kötődés két kutatási megközelítését – különös tekintettel az egyéni különbségekre, a kötődési mintázatok mérésére. Ezt követően klinikai relevanciával bíró kutatásokat ismertetek, előkészítve ezzel is az utat dolgozatom fő témája, a pszichoterápiás kapcsolat kötődéseméleti megközelítése felé.

### ***II.1. Kötődés felnőttkorban***

Már Bowlby (1969) is említi trilógiája első kötetében, hogy bármennyire is a gyermekkor a kötődés kialakulásának színtere, a jelenség felnőtt megnyilvánulásait nem nevezhetjük pejoratívan regresszívnek, hiszen „a kötődés a bölcsőtől a sírig létfontosságú szerepet játszik az ember életében” (208.o.). Ennek megfelelően beszélhetünk kötődésről a gyermekkoron túl is. Lényegében a kötődés mechanizmusában és funkciójában jelentős változásokat nem találunk, sokkal inkább a kötődési személy kiléte az, ami változik. Ahogy az előző fejezetben láthattuk, a gyermek 3-4 éves korára kialakul a célkiigazításos partnerség, amely a perspektívaváltás képességének megjelenésén és a nyelvi fejlődésen alapulva lehetővé teszi a gyermek számára, hogy a szeparációt kölcsönösen – a szülő és a gyermek számára is – elfogadható tervek kialakításával tegye elviselhetővé. Ezek a párbeszéd, viták a belső működési modellre, a saját magáról és a jelentős másikról alkotott reprezentációk minőségére is érezhető hatással vannak (Kobak & Duemmler, 1994). Ez a működési mechanizmus felnőttkorban is megmarad, ugyanakkor a serdülőkor beköszöntével jelentős változások történnek a kötődés irányultságát tekintve. A serdülőkor hormonális változásai által is hajtva megjelenik az érdeklődés a másik nem iránt. A korábbi nemi szegregáció a bontakozó szerelmi kapcsolatokban feloldódik. Ebben az ellentétes nemű személlyel kialakított kapcsolatban a kötődési mellett a reprodukció (szexuális) és a gondozói viselkedéses rendszerek is meghatározó szerepet játszanak (Ainsworth, 1989). A szülő ugyanakkor a későbbiekben is fontos kötődési személy marad, bár a kötődési funkciók lassan a kortársakra, közülük is elsődlegesen a szerelmi partnerre helyeződnek át. Hazan és Zeifman (1994) vizsgálatukban a kötődés négy komponensének (közelségkeresés, biztos kikötő, szeparációs tiltakozás,

biztonságos bázis) alakulását vizsgálták életkori bontásban. Azt találták, hogy míg az első kettő esetében már 8-10 éves kortól kezdődően egyértelmű kortárs-preferencia jelentkezik, addig az utóbbi kettő esetén még késő serdülőkorban is a többség számára a szülő jelentette az elsődleges biztonságforrást. Az adatok közelebbi elemzése azonban arra is rámutatott, hogy a kortársat megjelölő serdülők elsőprő hányada (83%) szerelmi partnert jelölt meg. Nem véletlen tehát, hogy a felnőtt kötődés kutatásának kezdetei is a szerelmi kapcsolatok vizsgálatáig nyúlnak vissza. Számos kutató (pl. Weiss, 1982, 1991 idézi Sable, 2008) úgy találta, hogy fontos érzelmi kapcsolat elvesztése vagy a szeretett személytől való elválasztás esetén a Bowlby és Robertson által leírthoz hasonló folyamat játszódik le (tiltakozás, kétségbeesés, kötődés felszámolása). Ezek a kutatási eredmények is mind arra engednek következtetni, hogy bár a kötődési személy kilétében jelentős változás játszódik le a felnőtté válás során, a kötődés funkciója változatlan marad: a kötődési személy jelenti a biztonságos kiindulási alapot az explorációhoz, és védelmet, érzelmi támasz nyújt a kihívások idején (Sable, 2008).

A felnőtt kötődés kutatásában fellelhető, később ismertető kettősséget előrevetítve szót kell ejtenem arról is, mi történik a gyermek-szülő kötődéssel a felnőtt évek alatt. Az önállóság egészséges szintjének elérése nem jelenti azt, hogy a szülőre irányuló kötődés megszűnik. Például a szülő halála esetén a gyász lezárulását követően is a vele kapcsolatos belső munkamodellek működésben maradnak és hatást gyakorolnak az életre. Az idősödő, gondozásra szoruló szülő esetében a kötődés iránya megfordulhat, és a gyermek töltheti be a bölcsebb és erősebb szerepét. A tényleges szülőkön kívül a helyettesítő szülőfigurák is szót érdemelnek. Bár a velük való kapcsolat főleg időtartamában jelentősen eltérhet a szülővel folytatottól, mégis fontos szerepet játszhatnak elsődlegesen azon gyerekek életében, akiknek a szülőkkel csak bizonytalan kötődés kialakítására volt lehetőségük (Ainsworth, 1989). A felnőttkor szempontjából ez azért fontos, mert Bowlby (2009) a pszichoterapeutát is ilyen kötődési személynek jelöli meg – erről bővebben a III. fejezetben szólok.

A fenti megállapításokat talán a felnőtt kötődéssel foglalkozó kutatók többsége elfogadja. Három kardinális kérdésben azonban a kutatók két táborra szakadnak.

1. Ahogyan láthattuk, felnőttkorban a szülő – akár halála után is – megmarad kötődési személynek, ugyanakkor az esetek jelentős hányadában egy kortárs, a szerelmi partner válik a kötődési funkciók elsődleges betöltőjévé. Akkor hát mit tekintünk felnőttkorban a kötődés elsődleges megjelenésének: a felnőtt szerelmi kapcsolatot vagy a szülő-gyermek kapcsolat elsősorban

reprezentációs szinten történő továbbélését? A kérdést úgy is feltehetjük, hogy a kötődést történetiségében kívánjuk-e szemlélni vagy aktualitásában közelítjük meg, és a személyiség integráns részének tekintjük, amely interperszonális viszonyainkat meghatározza?

2. Az első kérdésre adott válasz a kutatómódszertanra is kihatással van. A kötődésben mutatkozó egyéni különbségek mindkét tábor számára magától értetődő, kiemelt jelentőségű kutatási terület. Hogyan tegyük azonban láthatóvá a különbségeket: kérdőívekkel mért interperszonális viszonyuláson vagy interjú által felderített reprezentációkon és diszkurzív szervezethez képest keresztül?
3. Harmadikként egy olyan kérdés merül fel, amely az előbbieknél sokkal nehezebben válaszolható meg. Vajon mi volt Bowlby szándéka a kötődéssel kapcsolatban? Milyen irányban alakítaná tovább ma az „alapító atya”, ha élne? A kortárs kutató szemszögéből ez a kérdés az alábbi módon merülhet fel: kit, kiket tekinthetünk Bowlby hiteles intellektuális örököseinek?

Ezen a ponton el kell búcsúznom a felnőtt kötődés egységes bemutatásának lehetőségétől. A kutatás két élésben szembe álló, egymással ritkán kompromisszumra jutó táborra oszlik: a történetiséget és fejlődést, illetve a személyiség társas aspektusát hangsúlyozó megközelítésre. A következőkben a felnőtt kötődés eme két megközelítését mutatom be.

### **II.1.1. A felnőtt kötődés fejlődési hagyománya**

A felnőtt kötődés fejlődési hagyományának fontos állomása volt a kötődési mintázatok generációk közötti átadásának felfedezése. A későbbiekben ismertetendő felnőtt kötődési interjúval végzett vizsgálatok megmutatták, hogy a szülő kötődési státusza, kötődési elmeállapota szoros összefüggést mutat a születendő gyermek egy éves korában mért kötődési mintázatával (van IJzendoorn, 1995 idézi Fonagy & Target, 2005a). A jelenség háttérében kognitív készségek egymással összefüggő csoportját feltételezhetjük, amelyek vizsgálata, fogalmi kidolgozása jelenti azt az elméleti háttérrel, amelyre a fejlődési hagyományban a felnőtt kötődés – normatív és patológiás formájának – megértése, az egyéni különbségek mérése, meghatározása épül. Ezek a készségek olyan kifejezésekkel írhatók le, mint metakognitív monitorozás,

mentalizáció, reflektív funkció. A fejlődési megközelítés mérési eljárásainak ismertetése előtt eme jelenségeket kívánom röviden bemutatni normatív megközelítésben. A patológiára vonatkozóan ebben a részben csak utalásokat teszek, a klinikailag releváns kutatások bemutatásánál pedig részletesebben kitérek ismertetésükre.

### **II.1.1.1. Metakognitív monitorozás, mentalizáció, reflektív funkció**

Mivel a metakogníció egyszerre utal a kogníció területének ismeretére és szabályozására is Main (1999) összefoglaló írásában a kogníció szabályozására a metakognitív monitorozás fogalmát vezeti be. A metakognitív monitorozás tehát magába foglalja a tervezést, illetve a kivitelezés folyamatos nyomon követését egészen a cél eléréséig. Erre a képességre a gyermekek valamikor három és hat éves koruk között tesznek szert. Ez a bontakozó képesség igen fontos szerepet játszik a kötődés alakulásában, hiszen a metakognitív monitorozás teszi lehetővé a gyermek, majd később a felnőtt számára, hogy kognitív folyamatait az új információknak megfelelően kiigazítsa, és végső soron különbséget tegyen látszat és valóság között. Ilyen módon a metakognitív monitorozás hiányosságai olyan többszörös, inkohereus kódolást hozhatnak létre, amely bizonyos élmények tudatosulás előtti, defenzív kizárásához vezethet (Bowlby, 1980). Emellett a látszat és valóság közti megfelelő egyensúly megtalálása és a kognitív folyamatok kontrollálása a mentalizáció szempontjából is kulcsfontosságú lépés.

A mentalizáció<sup>7</sup> és szinonimájaként a reflektív funkció<sup>8</sup> (Fonagy & Target, 1997) fogalma az elmeelmélet és a hamis vélekedés paradigma (ezek áttekintését lásd Kiss, 2005) által felvetett problémát – saját magunk és mások mentális állapotainak megértését – viszi át szélesebb, klinikai alkalmazhatóságba. Fonagy (2008) definíciója szerint a mentalizáció „a túlnyomórészt tudatelöttes imaginatív mentális aktivitás egy formája, nevezetesen az emberi viselkedés intencionális mentális állapotokban történő értelmezése” (4.o.). Hétköznapiabb megfogalmazásban a mentalizáció nem más, mint „a képzelet segítségével úgy észlelni és értelmezni a viselkedést, mint ami kapcsolatban áll a belső mentális állapotokkal” (Allen, 2006, 7.o.). A definíció kifejtéséből

---

<sup>7</sup> Fonagy (2008) saját magát is revideálva a mentalizáció helyett a mentalizálás (mentalizing vs. mentalization) kifejezést javasolja, mivel ez utóbbi jobban megjeleníti a jelenség aktív, folyamatszerű aspektusát. A könnyebb érthetőség kedvéért azonban a hazai szakirodalomban és szakemberek között meghonosodott „mentalizáció” kifejezés használata mellett döntöttem.

<sup>8</sup> A reflektív funkció nemcsak szinonimaként jelentős, hanem a jelenség operacionalizálása szempontjából is fontos, ahogyan azt az egyéni különbségek méréséről szóló részben bemutatom.

megtudhatjuk, hogy az imaginatív kifejezés arra utal, hogy mások mentális állapotait mindig el kell képzelnünk, hiszen sohasem lehetünk biztosak abban, mi is jár a másik ember fejében. A mentalizáció magas szintjére utal, ha ennek tudatában van a személy. A mentalizáció sikerességéhez emellett még szükség van egy mentális állapotokat kódoló szimbolikus reprezentációs rendszerre, illetve figyelmi kontrollra, amely a különböző intencionális állapotokhoz tartozó elmeállapotok szelektív aktivációját teszi lehetővé. Tehát azt mondhatjuk, hogy a mentalizáció előfeltételeként a metakognitív monitorozás egy bizonyos formájára is szükségünk van.

Fejlődésileg a Main (1991) által a metakognitív monitorozás megjelenésének időpontjaként megjelölt 3-6 éves korra esik a mentalizáció kialakulása is, amely a világ leképezésének két korábbi módját integrálja. Fonagy és Target (1996) megközelítése szerint a gyermek egy éves koráig egyeduralkodó az a világleképezési mód, amelyben a gyermek még nem képes arra, hogy megkülönböztesse a pszichikus (belső) és a tárgyi (külső) valóságot. Ezt az időszakot tehát a „pszichikus ekvivalencia” jellemzi. Ebben az időszakban a gyermekek a maguk és mások belső világát a külső valósággal azonosnak tekintik. A „mintha mód” mint másik valóságészlelési forma később jelenik meg, és a belső állapotok és külvilág viszonyában a másik végletet jelenti. Itt már kialakul a gyermek tudása arról, hogy a pszichés realitás nem azonos a külső valósággal, ám nem is abból származtatja. A „mintha módban” a belső valóság teljesen függetlenedik a külvilágtól, külső és belső szétkapcsolódik. A pszichés ekvivalencia és a mintha valóságészlelési mód 4-5 éves kor körül integrálódik, és ekkor jön létre a mentalizáció, a tapasztalatok értékelésének új, reflektív módja, amelyben a gyermek a különböző mentális állapotokat már reprezentációkként – a valóság belső leképezéseiként – éli meg. Tehát a mentalizáció során a gyermek felismeri azt, hogy a külső valóságot szubjektív belső leképezéseken keresztül tapasztalja meg. A két korábbi világeszlelési mód integrálatlanságának megmaradása patológiához vezet. Allen (2008) a mentalizáció hibáival kapcsolatban két végletet említ. Az első a mentalizáció hiánya, amely a „pszichikus ekvivalenciával” azonosítható. Ebben a helyzetben a személy mindent konkrétan él át, ahogyan ezt skizofrének és borderline személyiségzavaros páciensek esetében tapasztalhatjuk. A másik véglet a torzított mentalizáció, vagy ahogy Allen (2008) fogalmaz, az „elszabadult képzelet”. A „mintha módnak” megfelelően itt a belső élet teljesen függetlenné válik a külvilágtól. Példaként a paranoiás betegek észlelési torzulásait, téveszméit hozza a szerző.

Milyen kapcsolatban áll a kötődés a mentalizációval? Nagyon is szorosban, ugyanis a kötődés az a kapcsolat, amelyben a csecsemő – később a gyermek, majd akár a felnőtt is – elsajátíthatja a mentalizáció képességét. Az összefüggést neurobiológiai kutatási eredmények is alátámasztják (Insel, 2003 idézi Fonagy, 2008). A kötődés aktivációja három terület gátlását hozza létre, amelyek a negatív affektus megjelenéséért, a társas kognícióért és a morális ítéletalkotásért felelősek. Tehát a kötődés aktivációja során a másik személlyel kapcsolatos minden taktikázás, kompetitív hozzáállás, sőt még maga a mentalizáció is felfüggesztődik. Ez összhangban áll a kötődés elsődleges evolúciós funkciójával, ami a gondozó által nyújtott védelem megszerzése – bármi áron. A biztonságos kötődés azért serkentheti a fenti látszólagos ellentmondás ellenére mégis az egészséges mentalizáció kialakulását, mivel a kapcsolatban megélt biztonság és a kötődési viselkedés gyakorisága fordított arányban állnak egymással. Minél biztonságosabb a kötődés, annál kevesebb a kötődési viselkedés, annál ritkábban kerül gátlás alá a mentalizáció. A gondozójuk irányában biztonságos kötődési kapcsolattal rendelkező csecsemők és gyerekek energiájukat a mentalizáció fejlődésére fordíthatják, míg a bizonytalan kötődésűek a kapcsolat elégtelenségéből fakadó szorongás enyhítésére fordítják minden kapacitásukat.

A fenti főként fejlődéslélektani megállapítások a patológiás állapotok kialakulásának megértésében (pl. Sroufe, Carlson, Levy & Egeland, 1999) és kezelésükben (pl. Munich, 2006) is fontos szerepet játszanak. Emellett a fentiekben bemutatott kognitív készségek működésének megfigyelése és mérése adja az alapját a következő részben bemutatásra kerülő eljárásoknak, amelyek a mentalizációs képességben és a kötődés minőségében megmutatkozó egyéni különbségek feltárását teszik lehetővé.

### **II.1.1.2. Egyéni különbségek mérése fejlődési megközelítésben**

A metakognitív monitorozás működésének és sikerességének tesztelésére interperszonális természete miatt az interjúhelyzet jelenti az egyik legkiválóbb terepet. Ebben a helyzetben ugyanis a vizsgálati személyektől nemcsak az önmagukban koherens, jól megkomponált történetek megalkotását várjuk el, hanem párhuzamosan az interjú készítőjével való diskurzus konstruktív fenntartását is. Grice (1975 idézi Chruszczewski, 2009) munkássága nyomán a párbeszédben való konstruktív részvétel az együttműködéssel határozható meg. A kooperáció szabályához való alkalmazkodás feltétele a következő maximák betartása:

1. Minőségi maxima – mondj igazat, legyen bizonyítékod arra, ami a szádból elhangzik!
2. Mennyiségi maxima – légy lényegre törő, mégis teljes!
3. Relevancia maximája – mondandód kapcsolódjon az éppen folyó témához!
4. Modor maximája – legyen mondandód világos és rendezett!

Erre a szabályrendszerre alapozva Main és munkatársai (George, Kaplan & Main, 1985 idézi Shaver & Mikulincer, 2009) egy interjúvezetési, -elemzési és -értékelési eljárást dolgoztak ki, amelyet **felnőtt kötődési interjúnak**<sup>9</sup> neveztek el. Az interjú a szülővel gyermekkorban megélt kapcsolatra, a kapcsolat fejlődésére, a szülők jellemzőire, és ezekkel kongruens élettörténeti epizódokra kérdez rá. Ez a struktúra Hesse (1996 idézi Hesse, 1999) megfogalmazásában az interjúalanyt az alábbi feladatok elé állítja. A vizsgálati személynek a kötődéssel kapcsolatos emlékeit kell előhívnia, és ezekre az interjú „itt és most” helyzetéből retrospektív módon reflektálnia. Ezzel egy időben az interjú készítőjével is koherens diskurzust kell fenntartania a fent bemutatott Grice-i maximák betartása mellett. Ezen előírások betartása látszólag könnyű feladat, ám az interjú felépítése kimondottan olyan, hogy számos lehetőséget hagyjon az önellentmondásra, az emlékek felidézésének képtelenségére, vagy a túlságosan hosszú és választékos válaszokra.

A felnőtt kötődési interjú átiratainak elemzése alapján a vizsgálati személyek klasszikusan három alapkategóriába sorolhatóak, illetve szükség esetén egy járulékos kategória is kiegészítheti az alapbesorolást. A kategóriák a következők:

1. kategória: *biztonságos/autonóm*. Az ebbe a kategóriába tartozó személyek megbecsülik, fontosnak tartják kötődési kapcsolataikat, könnyen hozzáférnek pozitív és negatív emlékeikhez is. A kötődési élményekkel kapcsolatban megjelenő érzelmek és ezek kognitív értékelése között egyensúly van. Mégis a biztonságos kötődési státusz leginkább a koherenciával jellemezhető, amely több szinten is megjelenik az élmény kellemességétől/kellemetlenségétől függetlenül (Ziegenhain, 2001):

- az emlékezet szintjén a szemantikus emlékek és az epizodikus emlékek kölcsönös megfelelésének formájában,
- a diskurzus szintjén a kooperativitás elvének figyelembevételként,

---

<sup>9</sup> Adult Attachment Interview (AAI). A magyar nyelvű publikációk relatív hiánya miatt az egyéni különbségek feltárását hivatott eljárások esetén az egyértelműség kedvéért lábjegyzetben megadom eredeti angol elnevezésüket is, ahogyan ezt a gyermek- és serdülőkorra vonatkozó eljárásoknál is megtettem.



- a gondolkodás koherenciájában, és
- metakognitív monitorozás megjelenésében.

2. kategória: *elutasító*. Ezek a személyek a kötődési témákat röviden érintik, kerülnek az érzelmi töltéssel bíró témákat, főleg a negatív érzéseket. Kapcsolataikat leértékelik, függetlenségüket hangsúlyozzák. Szövegeik inkonzisztensek, gyakran tartalmaznak önellentmondásokat. A szülők jellemzése eltúlzóan, idealizálóan pozitív. Különösen annak tükrében állítható ez, hogy nem tudják pozitív jellemzéseiket megfelelő példákkal, konkrét életeseményekkel alátámasztani. Formailag rövid válaszokkal, a válaszadás megkerülésére törekvéssel jellemezhetőek. Gyakran használnak absztrakt fogalmakat, kifejezési formákat és gyakran tagadó formában fejezik ki magukat (Gloger-Tippelt, 2001).

3. kategória: *elárasztott/belebonyolódott*. A harmadik kategóriába tartozó személyek az együttműködés és a relevancia elvét sértik meg. A felidézett emlékek magukkal ragadják őket, belebonyolódnak a múlt történéseibe. Ennek kettős következményével kell számolnunk. Először is képtelenek a kérdésre koncentrálni és arra megfelelő választ adni, ezzel a relevancia maximáját sértve meg. Másrészt elárasztottságuk túlságosan hosszú, érzelmekkel – általában haraggal – túlfűtött beszámolókat eredményez, amelyek során az emlékezésből gyakran a szülőkkel fenntartott kapcsolat jelen idejű tárgyalásába csúsznak át. Előfordul, hogy távoli témákra váltanak, és a szülőkről alkotott véleményük ingadozik – akár egy mondaton belül is (Gomille, 2001).

Az utóbbi két kategória annak ellenére, hogy nem teljesen koherens és konzisztens, mégis szervezettnek mondható, hiszen az interjúalanyok egy jól körülhatárolható stratégiát alkalmaznak a kötődéssel kapcsolatos szorongásuk kezelésére. Az elutasító személyek pozitív benyomást igyekeznek kelteni gyermekkori tapasztalataikról, miközben a konkrét példák említését próbálják elkerülni. Az elárasztott személyek ezzel szemben maximálisan a kötődéssel kapcsolatos élményeikre irányítják figyelmüket a társalgási együttműködés fenntartásának rovására.

A járulékos kategória a „*feldolgozatlan gyász vagy trauma*” elnevezést kapta, és legtömörebben a védekezési stratégiák összeomlásával jellemezhető (Hauser, 2001). Az idői, téri és szerepbeli dezorientáció a diskurzus szintjén befejezetlen mondatokban, hosszú hallgatásokban, költői körülírásokban vagy éppen részletekbe vesző pontosságban jelentkezik. Emellett gyakoriak a beszámolók, amelyek a traumatikus

élmény bekövetkeztének idején jelentkező pszichotikus állapotokra, elhúzódó gyászra, disszociációra utaló jeleket tartalmaznak.

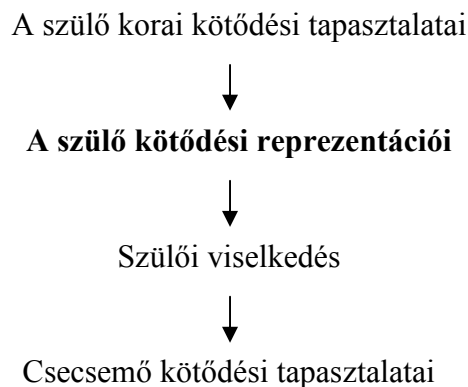
Végezetül a „*nem osztályozható*” kategóriába kerülnek azok, akik a klasszifikációs szempontok alapján egymásnak ellentmondó vagy összeegyeztethetetlen stratégiákat tükröző szöveget produkálnak.

A fenti klasszikus kategóriákon kívül Koren-Karie, Sagi-Schwartz és Joels (2003) egy új felnőtt kötődési kategóriát is találtak súlyosan traumatizált holokauszt túlélőknél, amelyet a „*kötődési reprezentáció hiányának*” nevezeték el. Azok a személyek, akik ebbe a kategóriába kerülnek mindannyian gyermekkorukban éltek át olyan megsemmisítő, elsöprő erejű tapasztalatokat, amelyek a korábban kialakult kötődési mintázatokat is eltörölték. Ezek a holokauszt-túlélők felnőttkorukra nem rendelkeznek kötődési reprezentációval egyetlen kötődési személy tekintetében sem. Az interjúban mutatott viselkedésük és szövegeik alapján első benyomásra az elutasító személyekhez hasonlítanak, mivel ragaszkodnak a gyermekkori emlékeik hiányához, saját énjükhöz, és a fájdalom jelentőségét is minimalizálják. Ugyanakkor a kötődési kapcsolatokat nem értékelik le, ehelyett arról számolnak be, hogy nem volt olyan személy, aki kötődési vágyukat kielégíthette volna. Megjegyzendő, hogy ezek a személyek többségükben a koncentrációs táborból szabadulva kibucokban nevelkedtek. Szörnyű veszteségeik és tapasztalataik hatására új kapcsolataikra is a kapcsolatnélküliség és az üresség modelljeit viszik át.

A felnőtt kötődési interjú pszichometriai sajátosságairól szóló összefoglaló írásában Hofmann (2001) az eljárás kielégítő megbízhatóságáról számol be. Az addigi vizsgálati adatokat összegezve elmondja, hogy az interjúkészítő személye az értékelésre meglehetősen kis hatást gyakorolt, az értékelő skálák olyan belső konzisztenciával rendelkeztek, ami 100 esetből 89 helyes osztályozását tette lehetővé. Az időbeli stabilitást olyan vizsgálatokból származó adatokkal igazolja, amelyekben akár még 18 hónap elteltével is 78%-os egyezést mutatott a három alapkategóriát alkalmazó klasszifikáció. Validitás tekintetében a felnőtt kötődési interjú a szülői bánásmód kérdőívvel – amely a szülői gondoskodás retrospektív vizsgálata – részleges konvergenciát mutat, míg függetlennek mutatkozik olyan kognitív képességektől, mint például az intelligencia, az emlékezet vagy a nem kötődési témában mutatott diszkurzív stílus.

A felnőtt kötődési interjú prediktív validitását leggyakrabban az intergenerációs hatással igazolják, amely a szülői bánásmód generációról generációra való

átörökítésének mechanizmusát írja le. A kötődés intergenerációs átadását Van IJzendoorn és Bakermans-Kranenburg (1997) nyomán a 2.1. ábra segítségével mutatom be. A 2.1. ábrán – általam kiemelve – jól látható a kötődésemélet sajátos, egyedi hozzájárulása: a kötődésemélet szerint a szülői viselkedés nem közvetlenül a szülő korai tapasztalataiból következik, hanem a kettő között a személy aktuális, kötődésre vonatkozó mentális reprezentációi közvetítenek, amelyeket a korai tapasztalatok mellett a későbbi kötődési tapasztalatok is befolyásolnak. Ezek a mentális reprezentációk – amelyekben mutatózó egyéni különbségek feltárását célozza meg a felnőtt kötődési interjú – lesznek tehát azok, amelyek egy következő lépésben a szülők gyermekkel való bánásmódját alakítják. Végezetül a szülői viselkedés nagy – bár nem egyedüli – szerepet játszik a csecsemő kötődési minőségének kialakulásában.



2.1. ábra

A kötődés intergenerációs átadásának kötődéseméleti megközelítése  
(Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1997, 138.o. - kiemelés tőlem)

Van IJzendoorn (1992) több nem klinikai mintán végzett vizsgálat eredményeit összegző cikkében a fenti modellt adatokkal is alátámasztja. Öt vizsgálat metaelemzését elvégezve van IJzendoorn arra jutott, hogy a szülő kötődési minősége (felnőtt kötődési interjú alapján kialakított osztályozás) és a csecsemő kötődési minősége (idegen helyzetben megfigyelt kötődési stílusa) nagymértékű, 79,5 %-os megfelelést mutatott. Ez az eredmény a kötődés transzgenerációs átadásáról szóló modell igazolása mellett a felnőtt kötődési interjú prediktív validitásának bizonyítására is leggyakrabban használt érv.

Szintén a felnőtt kötődési interjú átiratainak elemzésére kidolgozott módszer a **felnőtt kötődési Q-rendezés**<sup>10</sup> (Kobak, 1993 idézi Crowell, Fraley & Shaver, 1999). Ennek során az átiratot leírások kényszerített elosztása alapján két dimenzió értékeli. A biztonság-szorongás dimenzió esetén a biztonságra a koherencia, a kooperativitás és az értékelő által támogatónak ítélt kötődési személyek megléte utal. A második a deaktiváció-hiperaktiváció dimenzió. A deaktiváció az elutasító stratégiának feleltethető meg, míg a hiperaktiváció az elárasztott személyek túlzott részletességében és intenzív dühében jelenik meg. A két dimenzió (biztonság-szorongás és deaktiváció-hiperaktiváció) független, a hiperaktiváció és deaktiváció ugyanazon dimenzió két végpontját jelöli. A két dimenzió kombinálásával eljuthatunk az eredeti rendszer kategóriáihoz. A két módszerrel megállapított kategóriák 80%-ban megegyeznek (Kobak, 1993 idézi Crowell et al., 1999).

A felnőtt kötődési interjú eredeti kódolási eljárásában a gyermekkori szülő-gyermek kapcsolat feltételezhető minősége mellett az átirat koherenciáját, az elmeállapot koherenciáját és a metakognitív monitorozást értékeli. A metakognitív monitorozás szintjének megbecsülésére használt skála átalakításával Fonagy, Target, Steele és Steele (1998 idézi Steele & Steele, 2008) egy **reflektív működési skálát**<sup>11</sup> dolgoztak ki. Ez a skála a mentalizációs képesség négy aspektusát méri:

1. mennyire van tudatában a vizsgálati személy a mentális állapotok természetének;
2. mennyire törekszik arra, hogy a viselkedést a háttérükben álló mentális állapotok függvényében magyarázza;
3. felismeri-e a mentális állapotok fejlődési természetét („nem feltétlenül gondolkozom ugyanúgy a szüleimmel való kapcsolatról most, mint gyermekkoromban vagy öt évvel ezelőtt”); és
4. mennyire tudatosul a személyben, hogy a másik (jelen esetben az interjúkészítő) is mentális állapotokkal rendelkezik.

A személyek interjúátiratait 1-től 9-ig pontozzák ezen a skálán, ahol az alacsony értékek banális, közhelyszerű attribúciókat, a mentalizáció csekély jelenlétét vagy hiányát jelölik. Magas pontszámot azok érnek el, akik értik, hogy a saját maguk és szüleik viselkedését is tudatos és tudattalan motivációs elemek befolyásolják, tisztában

---

<sup>10</sup> Adult Attachment Q-sort

<sup>11</sup> Reflective Functioning Scale (RFS)

vannak ezek időbeli változékonyságának lehetőségével és a különböző időpontokban átélt élmények és a kapcsolat alakulásának kölcsönös összefüggéseivel. Mivel a reflektív működés skálán elért pontszámok magas korrelációt mutatnak a felnőtt kötődési interjú átiratának koherenciáját értékelő skálával, nem meglepő, hogy a most bemutatott értékelési eljárás a felnőtt kötődési interjúéhoz hasonló pszichometriai sajátosságokkal rendelkezik (Steele & Steele, 2008).

A **jelen kapcsolati interjú**<sup>12</sup> (Crowell & Owens, 1996 idézi Crowell et al., 1999) azzal a szándékkal hozták létre, hogy a prototípus hipotézist teszteljék. Ezen hipotézis szerint a felnőtt intim kapcsolatok a szülő-gyermek kötődéshez hasonló módon szerveződnek. A jelen kapcsolati interjú tehát azt a folyamatot tárja fel, amely során az új tapasztalatok a régi reprezentációba integrálódnak, vagy új reprezentációt hoznak létre. Az értékelő skála használatán keresztül az interjú során három dologra derül fény: (1) a vizsgálati személy kötődéssel kapcsolatos gondolataira és viselkedésére; (2) a partner viselkedésének jellemzőire; és (3) az interjúalany diszkurzív stílusára. A vizsgálati személyek osztályozására használt három alapkategória lényegében megegyezik a felnőtt kötődési interjúban használtakkal, míg a feldolgozatlan kategóriába azok a személyek kerülnek, akiknek korábbi szerelmi kapcsolataik megakasztó vagy dezorganizáló hatást gyakorolnak az interjúban mutatott nyelvhasználatra vagy érvelésre.

A kutatási és klinikai gyakorlat a kötődési reprezentáció mérésének a felnőtt kötődési interjúénál egyszerűbb, felhasználóbarát formája iránti igényét kielégítendő George és munkatársai (George, West & Pettem, 1999; George & West, 2001) egy tematikus projektív eljárás kidolgozásába kezdtek. A **felnőtt kötődési projektív**<sup>13</sup> eljárás a kötődési reprezentációkat aktiváló sematikus, a projekció számára nagy teret engedő képeket tartalmaz (pl. együttlét, szeparáció, vészhelyzet). A képekkel kapcsolatban elmondott történetek átiratait változók három csoportjának megjelenésén keresztül értékelik. A *diskurzus* szempontjából a „személyes tapasztalatot” – a történet a vizsgálati személy saját élettörténetéből származik-e – és a Grice-i maximáknak megfelelően a „koherenciát” értékelik. A *tartalomra* vonatkozóan három kód használható. A „szelf ágenciája” kóddal olyan mozzanatokat jelölnek a történetben, ahol pszichés vagy viselkedéses elmozdulás történik az integráció, megértés felé; ahol a szereplő úgy jelenik meg, mint aki hatást tud gyakorolni a jelenre és a közvetlen jövőre.

---

<sup>12</sup> Current Relationship Interview (CRI)

<sup>13</sup> Adult Attachment Projective (AAP)

A „kapcsolódás” kód a főhős azon vágyának megjelenése esetén adható, ha kapcsolati létre vagy másokkal kezdeményezett interakcióra törekszik. Ez a két kód csak az „egyedüllét-képekre” alkalmazható, a diádikus helyzetet ábrázoló táblák esetében „együttességet” kódolhatunk. Ezt a kódot akkor jelöljük, ha kölcsönösen elkötelezett és kielégítő kapcsolatban lévő személyek jelennek meg a történetben. Az *elhárító mechanizmusok* értékelése során három kód adható. A „deaktiváció” stilárisan a rövidségben, míg tartalmában a szelf vagy mások leértékelésében jelenik meg. A „kognitív lekapcsolás” a bizonytalanságban, a nem odaillő érzelmek megjelenésében, a részletes, szószerinti leírásban jelentkezhet. A harmadik kód azért alapvető fontosságú, mert a feldolgozatlan gyász vagy trauma egyetlen indikátora az eljárásban. A „szegregált rendszerek” általában fenyegető, oda nem illő, gyámoltalanságot kifejező tartalmakban vagy disszociatív állapotra, emléketörésekre és mentális lefagyásra utaló folyamatokban jelennek meg. A szegregált reprezentációkra utaló jelzések megléte esetén második körben azt is el kell döntenie az értékelőnek, hogy ezek a szegregáltságra utaló markerek feldolgozottak vagy feldolgozatlanok. A feldolgozottságot a történetben a főhős azon képessége jelzi, hogy valahogyan sikerül kézből tartania az eseményeket, segítséget, támogatást kérnie másoktól. Ezek hiányában a szegregált élmények feldolgozatlannak minősülnek. A fenti kódok értékelésével a vizsgálati személyeket a felnőtt kötődési interjúból ismert kategóriák valamelyikébe sorolják.

A fent bemutatott eljárások – és főként a felnőtt kötődési interjú – narratív és diszkurzív sajátosságaiknál fogva jelentős szerepet kaptak a klinikai kutatásokban is. Mielőtt azonban ezek bemutatására rátérnék, bemutatom a felnőtt kötődés másik nagy kutatási hagyományát.

### **II.1.2. A felnőtt kötődés szociál- és személyiségpszichológiai megközelítése**

Jelen megközelítés Bowlby munkásságát a szerelmi kapcsolatok megértésén keresztül próbálja alkalmazhatóvá tenni a felnőttkorra. A kapcsolati dinamika egyre elmélyülő vizsgálata tartalmilag leginkább az érzelemszabályozás és az interperszonális attitűd kutatásának irányába mozdította el ezt a hagyományt, míg kutatási módszertanába olyan a kognitív pszichológia területéről jól ismert kísérleti paradigmák kerültek be, mint például az előfeszítés. A kutatási eredmények tárháza mára már akkorára duzzadt, hogy egy önálló személyiségelmélet létrehozását tette lehetővé. Ezen

felőtt kötődési hagyomány képviselői a modern kötődéselméletre szívesen hivatkoznak kortárs pszichodinamikus személyiségelméletként (Shaver & Mikulincer, 2004).

### **II.1.2.1. Felőtt szerelmi kapcsolatok – a párkapcsolat mint kötődés**

A kötődéselmélet felőtt kapcsolatokra történő alkalmazása az 1980-as évek közepén kezdődött el. Ezt a kezdetet Hazan és Shaver (1987) tanulmányával fémjelezhetjük, még akkor is, ha ezt megelőzően két évvel már elkészült a felőtt kötődési interjú kódolói kézikönyve (George et al., 1985 idézi Shaver & Mikulincer, 2009). A felőtt kötődési interjú ugyanis bár felnőttkorban teszi mérhetővé a kötődési reprezentációkat, ezen reprezentációk fő tárgya a szülő. A felőtt szerelmi kapcsolatok kötődéselméleti kutatása mind a mai napig jelentős húzóerőt képvisel a felőtt kötődés területén (pl. Ein-Dor, Doron, Solomon, Mikulincer & Shaver, 2010). Jelen tanulmány keretei között azonban pusztán néhány olyan vizsgálat legfontosabb eredményeit mutatom be röviden, amelyek megalapozták ezen hagyomány későbbi fejlődését. A szelektálásban Ainsworth (1989) definícióját hívtam segítségül, amelyben a szerző a kötődés más érzelmi kötelékekkel szembeni specifikumaként két funkciót emel ki: (1) a kötődési kapcsolat megnyugtatót és biztonságérzetet nyújt; és (2) a kötődési kapcsolat kiindulási alap az explorációhoz. Így a hagyományt teremtő tanulmány (Hazan & Shaver, 1987) mellett a munka és kötődés kapcsolatát (Hazan & Shaver, 1990), illetve a szerelmi partner támasznyújtó viselkedését a kötődési stílus függvényében vizsgáló (Simpson, Rholes & Nelligen, 1992) kutatásokat mutatok be.

1987-es tanulmányukban (Hazan & Shaver, 1987) öt hipotézist teszteltek. Ennek célja a párkapcsolatok magyarázatára kidolgozandó egységes felőtt kötődési elméleti keret megalkotása volt. Az első hipotézis a kötődési stílusok gyakoriságára vonatkozott. Felnőtteket vizsgálva ugyanazt a megoszlást várták a kötődési típusok között, mint ami csecsemőkorban is megfigyelhető. Két különböző csoportot felhasználó vizsgálatukban a szerzők a csecsemőkorhoz hasonló eloszlást kaptak (lásd 2.1. táblázat).

Kötődési típusok	Gyakoriság felnőtteknél		Gyakoriság csecsemőknél
	1. csoport	2. csoport	
biztonságos	56%	56%	62%
elkerülő	25%	23%	23%
szorongó-ambivalens	19%	20%	15%

### 2.1. táblázat

A kötődési típusok gyakorisága felnőtt és csecsemőkorban (Hazan & Shaver, 1987 alapján)

A második, harmadik és ötödik hipotézis a szerelmi tapasztalatban, a szerelmi kapcsolatról alkotott mentális modellekben és a magányosságban megmutatkozó különbségekre vonatkozott. A biztonságosan kötődők amellet, hogy bizalomtelinek és pozitívnak élték meg kapcsolataikat, partnerüket pedig elfogadásra és támogatásra méltónak, mind a hozzájuk közel álló személyt, mind pedig a kettejük közt meglévő viszonyt reálisan ítélték meg. Kapcsolataik a másik két csoporthoz viszonyítva tartósabbak voltak. Az elkerülőket az intimitástól való félelem, érzelmi hullámmás és féltékenység jellemezte. A szerelemről általában és kapcsolatairól meglehetősen negatív véleménnyel voltak: szerintük a romantikus szerelem nem létezik, és csak ritkán lelhető fel olyan személy, akibe valóban bele tudnak szeretni. A szorongó-ambivalens típusba sorolt vizsgálati személyek szerelmi kapcsolatára az alábbiak voltak jellemzők: túlzott involváltság, kölcsönösség és egyesülés utáni vágy, érzelmi hullámmások, extrém szexuális vonzódás és féltékenység. Általánosságban önmagukról és szerelmi kapcsolataikról úgy nyilatkoztak, hogy könnyen esnek szerelembe, bár ritkán találják meg azt, amit ők valódi szerelemnek neveznek. A vizsgálat azt is igazolta, hogy a biztonságosan kötődők voltak a legkevésbé, míg a szorongó-ambivalensek a leginkább magányosak.

A negyedik hipotézis arra irányult, hogy a különböző kötődési minőséget mutató vizsgálati személyek gyermekkori tapasztalataiban, pontosabban az azokra való visszaemlékezésben mutatkozó különbségeket tesztelje. Az eredmények az alábbiakban foglalhatók össze. A biztonságosan kötődők mindkét szülővel való kapcsolatukat és a szülők egymás közti kapcsolatát is melegebbnek írták le, mint a másik két csoport tagjai. Az elkerülők a szorongó-ambivalens személyekhez képest anyjukat hidegnek és visszautasítónak mondták, a szorongó-ambivalens személyek pedig igazságtalannak látták apjukat.



Ez volt tehát az első olyan tanulmány, amely a szerelem kötődésként való felfogását megalapozta. A továbbiakban rátérnék annak a két, fent említett kutatásnak a bemutatására, amelyek újabb bizonyítékot szolgáltatottak amellyel, hogy a felnőtt párkapcsolatok megközelíthetőek a kötődésmélet felnőttkori kiterjesztése által.

Az első tanulmányban (Hazan & Shaver, 1990) közölt vizsgálatok annak bizonyítására irányultak, hogy a kötődési személy – a szerelmi partner – felnőttkorban is az exploráció kiindulási alapjául szolgáló biztonsági bázisként szolgál. A szerzők az exploráció felnőtt megfelelőjének a munkavégzést vették, és két vizsgálatban igazolták, hogy a különböző kötődési típusú személyek eltérő munkaorientációval rendelkeznek, és hogy más és más szerepet tölt be a munka az életükben. A biztonságosan kötődők magas munkaelégedettséget mutattak, kiegyensúlyozottan pozitív attitűddel rendelkeztek a munkájukkal kapcsolatban. Emellett a munkaszünetet élvezni tudták, és nem hagyták, hogy munkájuk eluralkodjon életük többi részén. A szorongó-ambivalens személyek a munka bizonytalanságának érzéséről, a munkatársak elismerésének hiányáról és a megérdemelt előrelépés elmaradásáról számoltak be. Igényelték a munkatársak közelségét, ugyanakkor hozzájuk fűződő viszonyukat a meg nem értettség, a külső visszacsatolás állandó igénye jellemezte. Ezen kívül a társas kapcsolatok minősége kiugróan erőteljes hatást gyakorolt teljesítményükre. Ez jól láthatóan párhuzamba állítható a szorongó-ambivalens csecsemők viselkedésével, akik annyira elfoglaltak azzal, hogy fenntartsák a megfelelő közelséget a kötődési személyhez, hogy az már bénítóan hat explorációs tevékenységükre. Az elkerülő típus elégedetlensége kizárólag a munkatársakra, a személyes kapcsolatokra vonatkozott, de nem érintette a társaktól független munkakörülményeket. Attitűdjét tekintve ez a típus jellemzően azt mondta, hogy idegesek, ha nem dolgozhatnak, és hogy munkájuk kihatással van kapcsolataikra és egészségükre. Itt is megfigyelhető a hasonlóság az idegen helyzetben tapasztalhatókkal. Ugyanúgy ahogy az elkerülő csecsemő explorációját, az elkerülő felnőtt munkáját használja fel arra, hogy figyelmét lekösse, és ezzel – legalábbis mentális szinten – távol tartsa magát a számára kényelmetlen kapcsolatoktól.

A második jelentős, korszakos tanulmány (Simpson et al., 1992) azt mutatja be, hogyan nyújtanak egymásnak támaszt a különböző kötődési típusú párok szorongáskeltő helyzetekben. A laboratóriumban végzett megfigyelések azt bizonyították, hogy a támasznyújtás és támaszkeresés hasonlóan működik felnőtt szerelmespároknál és a szülő-gyermek diádban, és a lezajló interakciók háttérben is hasonló dinamika áll. A vizsgálat eredményei az alábbiakban foglalhatók össze: a

biztonságosan kötődő kísérleti személyek a szorongás növekedtével egyre inkább keresik a társ által nyújtott támaszt, illetve több segítséget nyújtanak, ha a partnernek szüksége van erre. Az elkerülő személyek a szorongás növekedésével párhuzamosan egyre kevésbé keresik a partner közelségét, hogy ezzel megakadályozzák a kötődési rendszer aktiválódását. Ugyanilyen elfojtásos tendenciát találunk abban az esetben is, ha a partner fordul segítségért elkerülő társához: a szorongás növekedtével az elkerülő fél segítségnyújtási hajlandósága egyre kisebb lesz. A szorongó-ambivalensen kötődők esetén a szorongás nagy, akár még a biztonságos kötődőknél is nagyobb mértékű támaszkeresést és támasznyújtást vált ki. A fenti elvárható eredmények mellett a kutatás egy nem várt érdekességgel is szolgált: az elkerülő nők még a biztonságosan kötődőknél is érzékenyebbek voltak a partner támasznyújtására. Ez ellentmond annak a ténynek, hogy az elkerülő nők ritkábban említették a stresszel teli eseményt partnereiknek. Ennek lehetséges magyarázata, hogy az elkerülő nők olyan partnert választanak, aki ritkábban siet segítségükre szorongásteli helyzetekben, de ha segítségnyújtásra kerül sor, akkor erősebb és pozitívabb hatással van rájuk, mint a biztonságosan kötődőkre. Ez azonban annyit jelent csupán, hogy az elkerülő személyeknek is szükségük van a közelségre, hiszen előnyt tudnak kovácsolni mások támasznyújtásából.

A fent bemutatott kutatások eszmefuttatásom szempontjából lényeges konklúziói a következők. A szülők és a korai tapasztalatok fontosságát is elismerve elmondhatjuk, hogy a felnőttkorban a szerelmi partner is kötődési személlyé válik. Ez a kötődés a csecsemő majd később gyermek és szülője között kialakulóhoz hasonló jellegzetességeket mutat, és hasonló funkciókat is tölt be. Ez a két legmarkánsabban megmutató funkció az exploráció kiindulópontjaként szolgáló biztonsági bázis (secure base), és a stresszel teli helyzetekben támaszként működő biztos kikötő (safe haven). Ezen felül a felnőtt kötődés szociál- és személyiséglélektani hagyománya arra is alkalmas, hogy az emberek között meglévő egyéni különbségeket megjelenítse.

#### **II.1.2.2. A kötődéelmélet mint kortárs pszichodinamikus személyiségelmélet**

Bár a felnőtt kötődés szociál- és személyiségpszichológiai megközelítése kezdetben az interperszonális kapcsolatokra koncentrált, az 1990-es évek derekától egyre több olyan kutatás indult meg, amelyek a kötődési stílus és az intraperszonális működés összefüggéseit kutatta. Ez egyenesen ahhoz vezetett, hogy mára a sokat

temetett Freudi feltevésekből eredeztethető pszichodinamikus irányzat feltámadásának lehetőségét Shaver és Mikulincer (2005) a kötődélmélet felnőtt pszichológiai folyamatokra történő alkalmazásában látja. Westen (1998) a Freudi örökség újragondolását elvégezve arra a megállapításra jutott, hogy a pszichodinamikus irányzatok mindegyike osztozik öt jellegzetességben. Erre az írására alapozva nevezi Shaver és Mikulincer (2005) a felnőtt kötődés elméletét kortárs pszichodinamikus elméletnek, és az öt jellegzetességet a felnőtt kötődés szociális személyiséglélektani paradigmájában elvégzett kutatásokkal igazolja.

(1) *A tudattalan folyamatok léteznek, és központi jelentőségük van tudattalan gondolatok, emlékek, affektív folyamatok formájában.* Az előfeszítéses kutatások (pl. Mikulincer & Shaver, 2003 idézi Shaver & Mikulincer, 2005) megmutatták, hogy a kötődési „vágy” tudattalan felkeltése automatikusan az elérhető és válaszkész kötődési személyek reprezentációjának megnövekedett elérhetőségét, támogató interakciók epizodikus emlékeinek előhívását, és közelségkeresést eredményez. Természetesen az egyéni különbségek itt is megmutatkoznak. Míg a fent említett pozitív következmények egyértelműen megjelennek a biztonságosan kötődő személyeknél, amikor fenyegető ingerrel, helyzettel találkoznak, addig a bizonytalan stratégiával rendelkezőknél a működés már korántsem ilyen optimális. A szorongóknál a fent említett következmények szinte állandóan megmutatkoznak, még akkor is, amikor nincs külső fenyegetés. Ennek következménye, hogy az explorációra kevesebb energiájuk marad. Az elkerülők ezzel szemben mind a kötődéssel kapcsolatos aggodalmaik felmerülését, mind pedig a kötődési személyek reprezentációinak aktiválódását legátolják. Ez az elkerülőkre oly jellemző elhárítás átvezet minket a pszichodinamikus elméletek második jellemzőjéhez.

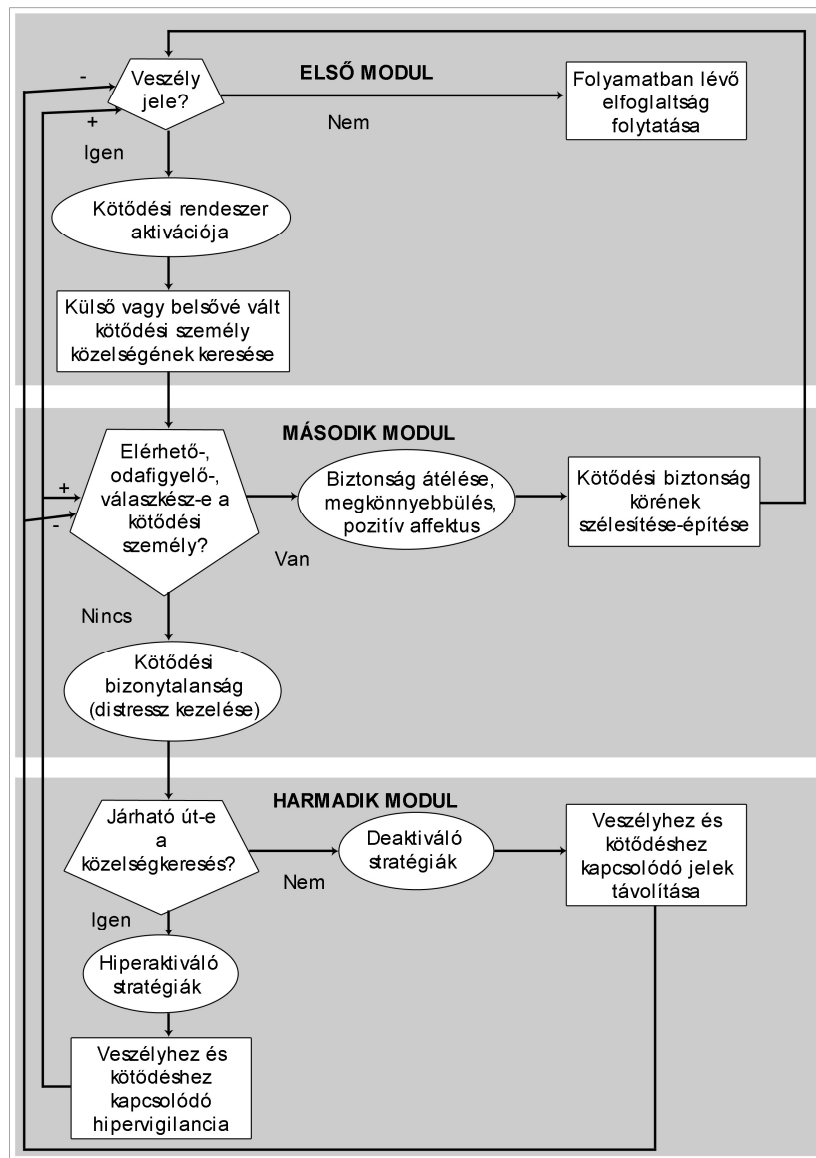
(2) *Párhuzamosan léteznek egymásnak ellentmondó motivációs és dinamikus tendenciák, és kompromisszumos megoldásokat hoznak létre, amelyben az elhárító mechanizmusok kitüntetett szerepet játszanak.* Ez a jelenség különösen azokban az esetekben szemléltethető, amikor az elkerülő személyek fent már bemutatott deaktiváló stratégiája – a kötődéssel kapcsolatos aggodalmak és a kötődési személyek reprezentációinak legátlása – kognitív túlterheltség hatására összeomlik. Ezt jól mutatja az a számos vizsgálattal igazolt jelenség (lásd Shaver & Mikulincer, 2005 összefoglalását), amely szerint alacsony kognitív leterheltség mellett az elkerülő személyek sikeresen gátolják a korábban elfojtott kellemetlen szeparációs élmények megjelenését, és pozitív képpel rendelkeznek önmagukról. Ahogy a kognitív terhelés

emelésével a fájdalmas elválás emlékei a felszínre törnek, és az elkerülő személyek énképe negatívba fordul át, jól láthatóvá teszi, hogy a fenti stratégia nem számolja fel a fájdalmas élményekből fakadó stresszt. Tehát az elkerülők deaktivációs stratégiája a kötődés iránti igény és a fájdalmas élmény elhárítása közti kompromisszumként tekinthető.

(3)-(4) *A személyiség és a társas lét bizonyos jellemzői a gyermekkorból erednek; saját magunkról, másokról és a kapcsolatokról szerzett tapasztalatok mentális reprezentációkban képeződnek le.* A harmadik és negyedik állítást Shaver és Mikulincer (2005) nem tárgyalja, talán éppen azért, mert eme két állítás relevanciája a kötődésemélet szempontjából kézenfekvő. A gyermekkori eredet jelentőségét már Bowlby (1973) is hangsúlyozta, külön felhívva a figyelmet arra, hogy ez a kapcsolat a gyermekkori tapasztalatok és a felnőtt működés között semmiképp sem tekinthető egyszerűnek vagy lineárisnak. Bowlby a britek számára oly kedves vasutat használta analógiaként. A vasúti pályák egy metropolisz állomásáról kiindulva egy irányban hagyják el a várost, majd többfelé ágaznak menetcéljuk szerint. Tehát a fejlődés szempontjából az elágazások kulcsfontosságúak, hiszen ha a vonat egy adott irányban halad, a sín az adott irányban tartja. Persze, ha az eltérés nem haladja meg a kritikus mértéket, akkor egy következő elágazás lehetővé teszi, hogy a vonat visszatérjen az eredeti irányba. A fejlődési pályák eme szemlélete maximálisan összeegyeztethető a modern fejlődési pszichopatológia elképzeléseivel a fejlődési útvonalakról (Pickles & Hill, 2006). A reprezentációk szempontjából pedig csak visszautalok az első fejezetre, ahol már tárgyaltam Bowlby (1969) elképzelését a belső munkamodellekről.

(5) *A pszichodinamikus elmélet alapvetően fejlődési beállítottságú – az egészséges személyiségfejlődést a társas függéstől az érett önállóságig vezető fejlődési pályán képzeleli el.* Az egészségesen működő kötődési rendszert a biztonságosan kötődő személyekben vizsgálhatjuk. Shaver és Mikulincer (2005) több kutatás eredményét összefoglalva kijelenti, hogy a biztonságos kötődés nemcsak a külső támogató források igénybevételének képességével jár együtt, hanem a szelfről olyan reprezentációk is létrejönnek, amelyek a szelf egy részét mint önmagáról gondoskodót mutatják be. Így bizonyos szelf-részek képesek megnyugtatót és gondoskodást nyújtani a szelf többi részének, amely így biztonságot, nyugalmat és a fenyegetéssel való megbirkózás képességének érzését élheti át. Így létrejön az érett önállóság, ami az egészséges fejlődés egyik kívánatos célja.

A fent bemutatott állítások nemcsak elkülönülten bizonyítják a felnőtt kötődés elméletéről, hogy kortárs pszichodinamikus elméletnek tekinthető. A kutatási eredmények elméleti összegzésével egy átfogó modell is kidolgozásra került. Mikulincer és Shaver (2008) a kötődési rendszer működési dinamikájáról kidolgozott modelljét a 2.2. ábra mutatja be.



2.2. ábra  
A kötődési rendszer aktiválódása és működése felnőttkorban  
(Mikulincer & Shaver, 2008, 506.o. alapján)

Jól látható, hogy az elképzelés három összefüggő funkcióra tagolódik. Az első modul a fenyegető és stresszt kiváltó események monitorozásáért és kiértékeléséért

felelős. Amennyiben a személy úgy értékeli, hogy nincs jelen fenyegetés, folytatja éppen aktuális, kötődéstől független tevékenységét. Ha a helyzetet veszélyesnek méri fel, aktiválódik a kötődési rendszer, és kötődési személy közelségét kezdi keresni. Kiegészítésként elmondható, hogy felnőttkorban a kötődési személy közelsége mentális szinten, reprezentációk mozgósítása révén is megvalósulhat. A második komponens annak megállapításával foglalkozik, hogy van-e elérhető, odafigyelő és válaszkész kötődési személy. Ha rendelkezésre áll ilyen, akkor ez a biztonság átélésével, a stressz csökkenésével, pozitív affektusok megjelenésével jár együtt. Ha nincs elérhető és válaszkész kötődési személy, akkor a kötődési bizonytalanság érzése jelenik meg, amely életre hívja a harmadik modulhoz tartozó másodlagos stratégiákat (Cassidy & Kobak, 1988 idézi Shaver & Mikulincer, 2008). Ezen másodlagos stratégiák – és tulajdonképpen a harmadik modul – célja a kötődési biztonság hiányából fakadó szorongás kezelése. A modul a közelségkeresés vagy elkerülés lehetőségét kínálja fel. Ha a személy a közelségkeresést járható útnak értékeli, akkor a veszéllyel és kötődéssel kapcsolatos jelekre hiperérzékeny lesz (szorongó kötődés), míg ha ez az út nem járható, ezen jelzéseket megpróbálja kizárni a tudatból (elkerülő kötődés). Amint az a 2.2. ábrán is jól látható, a másodlagos stratégiák az előző két modul értékelési folyamataira is hatással lesznek. A negyedik, félelemteli (a gyermekkori dezorganizáltnak megfeleltethető) típus az elkerülő stratégia összeomlásával jellemezhető. Esetükben a veszélyjelzések tudaton kívül rekesztése sikertelen, nem csökkenti a kötődési rendszer aktivitását. Szeretnének közel kerülni a kötődési személyhez, akinek a megbízhatatlansága miatt azonban a deaktiváló másodlagos stratégia lép működésbe. Az eredmény az első fejezetben – a dezorganizált/dezorientált csecsemők kapcsán – már tárgyalt ambivalencia.

A felnőtt kötődés szociál- és személyiséglélektani megközelítésének két irányvonala – a szerelmi kapcsolatok és az intraperszonális működés kutatása – természetesen nem különül el élesen egymástól. A diádikus kapcsolatok elemzése, dinamikájuk feltárása mindig együtt jár a belső működés megértésének bővülésével is. A következőkben azon kutatásokat mutatom be, amelyek az egyéni különbségek megismerésével és mérhetővé tételével foglalkoznak.

### **II.1.2.3. A kötődési típusok és dimenziók kérdőíves feltárása**

Hazan és Shaver (1987) a fentiekben már bemutatott, hagyományt teremtő tanulmányában felállított hipotézisek ellenőrzéséhez szükség volt arra, hogy a

vizsgálatban résztvevő személyek kötődési típusuk szerint besorolhatóak legyenek. Ennek az osztályozásnak az elvégzésére egy olyan három itemes kérdőívet dolgoztak ki ( **felnőtt kötődési kérdőív<sup>14</sup>**), amelyben Ainsworth és munkatársai (1978) az idegen helyzetben különböző kötődési mintát mutató csecsemőkről adott leírásait adaptálták a felnőtt párkapcsolatnak megfelelően. A három kötődési típusról adott jellemzést egyes szám első személyben fogalmazták meg, és először arra kérték a kísérleti személyeket, hogy egytől hétig terjedő skálán pontozzák, mennyire illik rájuk az adott jellemzés, majd pedig a három leírás közötti kényszerválasztás elé állították őket. A jellemzéseket a 2.1. táblázat mutatja be.

KÖTÖDÉSI TÍPUS	JELLEMZÉSE
ELKERÜLŐ	Némiképp kényelmetlenül érzem magam mások közelségében; nehéznek találom, hogy teljesen megbízzak bennük, és hogy függjek tőlük. Ideges vagyok, ha bárki túlságosan közel kerül hozzám, és szerelmi partnerem gyakran akarja azt, hogy bizalmasabb legyek vele, mint ami számomra kellemes.
SZORONGÓ-AMBIVALENS	Úgy találom, hogy mások vonakodnak olyan közel kerülni hozzám, mint szeretném. Gyakran aggódom amiatt, hogy partnerem nem szeret igazán, vagy nem fog velem maradni. Nagyon közel akarok kerülni a partneremhez, és ez néha elijeszti őket.
BIZTONSÁGOS	Viszonylag könnyűnek találom, hogy közel kerüljek másokhoz, és hogy függjem tőlük. Nem aggódom gyakran amiatt, hogy elhagynak, vagy valaki túl közel kerül hozzám.

2.1. táblázat  
A kötődési típusokról adott jellemzések  
(Shaver & Hazan, 1987, 34-35.o, Table 1. alapján)

A fent bemutatott korai próbálkozás hamar komoly kritikák keresttüzébe került. Ezek a kritikák kevésbé a mögöttes elméletet, sokkal inkább a megvalósítás mikéntjét kifogásolták. Az Ainsworth-i leírások (Ainsworth et al., 1978) felhasználásával a későbbiekben két említést érdemlő mérőeszköz készült.

Simpson (1990) új mérőeszköze kidolgozása során a Hazan és Shaver (1987) által megalkotott három állításra támaszkodva, annak kritikai továbbfejlesztésével hozta létre a **kötődési stílus mérőeszközt<sup>15</sup>**. Ennek szükségességét a Hazan és Shaver (1987) által kifejlesztett kategorizálási rendszer már korábban felismert öt hiányosságával

<sup>14</sup> Adult Attachment Questionnaire (AAQ)

<sup>15</sup> Attachment Style Measure

indokolja a szerző (Hazan & Shaver, 1987; Hendrick & Hendrick, 1989 idézi Simpson, 1990). Első hiányosságként az említhető, hogy a vizsgálati személyek egy kategóriához tartozónak ítélik meg magukat, ezért a kategórián belüli egyéni különbségek elsikkadhatnak. Másodszor, Hazan és Shaver (1987) mérési eljárása figyelmen kívül hagyja, hogy bizonyos embereket jobban jellemez két vagy három kategória metszete, mint az egyetlen kategóriához tartozás. Harmadszor, az 1987-es módszer komoly problémát vet fel az adatok statisztikai elemzésének szempontjából is, hiszen a kategorizálás jelentősen beszűkíti a felhasználható statisztikai eljárások körét. Negyedszer, a módszer figyelmen kívül hagyja a kötődési stílusok belső reliabilitását. Végül, nem tekinthető megfelelő mértékben kompatibilisnek más egyéni különbséget mérő módszerekkel, mivel azok többsége folytonos eloszlású konstruktumokat mér (Jackson, 1971 idézi Simpson, 1990). Simpson (1990) a fenti kritikák figyelembevételével a vizsgálati személyek osztályozására a Hazan és Shaver (1987) által kidolgozott – a fentiekben már ismertetett – kötődési mérőeszközt alakította át úgy, hogy az egyes kötődési típusokra jellemző leírásokat összesen tizenhárom állításra bontotta. A kérdőív kitöltőinek ezekkel való egyetértését hétfokozatú Likert-skálán értékeltette. Így a fent említett kritikák tükrében megszületett egy új formája a kötődési kérdőíveknek. Lehetőség szerint a későbbi szerzők is ezt a több ítemes formát preferálták. Ezek a mérőeszközök nem kategóriába sorolják a vizsgálati személyeket, hanem skálákon elért pontszámok alapján jellemzik őket. Például a módszer bevezetéséhez tartozó vizsgálatban (Simpson, 1990) minden személyt három pontszám jellemzett: a biztonságos-, az elkerülő- és a szorongó-ambivalens skálán elért eredmény.

Ugyanakkor arra is található bizonyíték, hogy mennyire jogos a Hazan és Shaver (1987) által mért kötődési stílusok belső megbízhatóságának megkérdőjelezése. Több olyan faktoranalitikus eljárást használó munka is létezik, amelyek bár a felnőtt kötődési kérdőív (Hazan & Shaver, 1987) leírásait használták kiindulási alapul, mégis az eredeti három kötődési stílustól eltérő számú és/vagy eltérő értelemmel, jelentéssel bíró, a kötődés szempontjából azonban mindenképpen releváns faktort kaptak. Jó példa erre Collins és Read (1990) **felnőtt kötődési skálája**<sup>16</sup>, ahol az eredeti prototípus leírásokat 21 állításra bontották. Ezen állítások megítéltetéséből nyert adatok faktoranalízissel történő elemzése után az alábbi három faktort kapták. A *közelség* faktor a közelségre való képességet, a *függés* faktor a másoktól való függés képességét, míg a *szorongás*

---

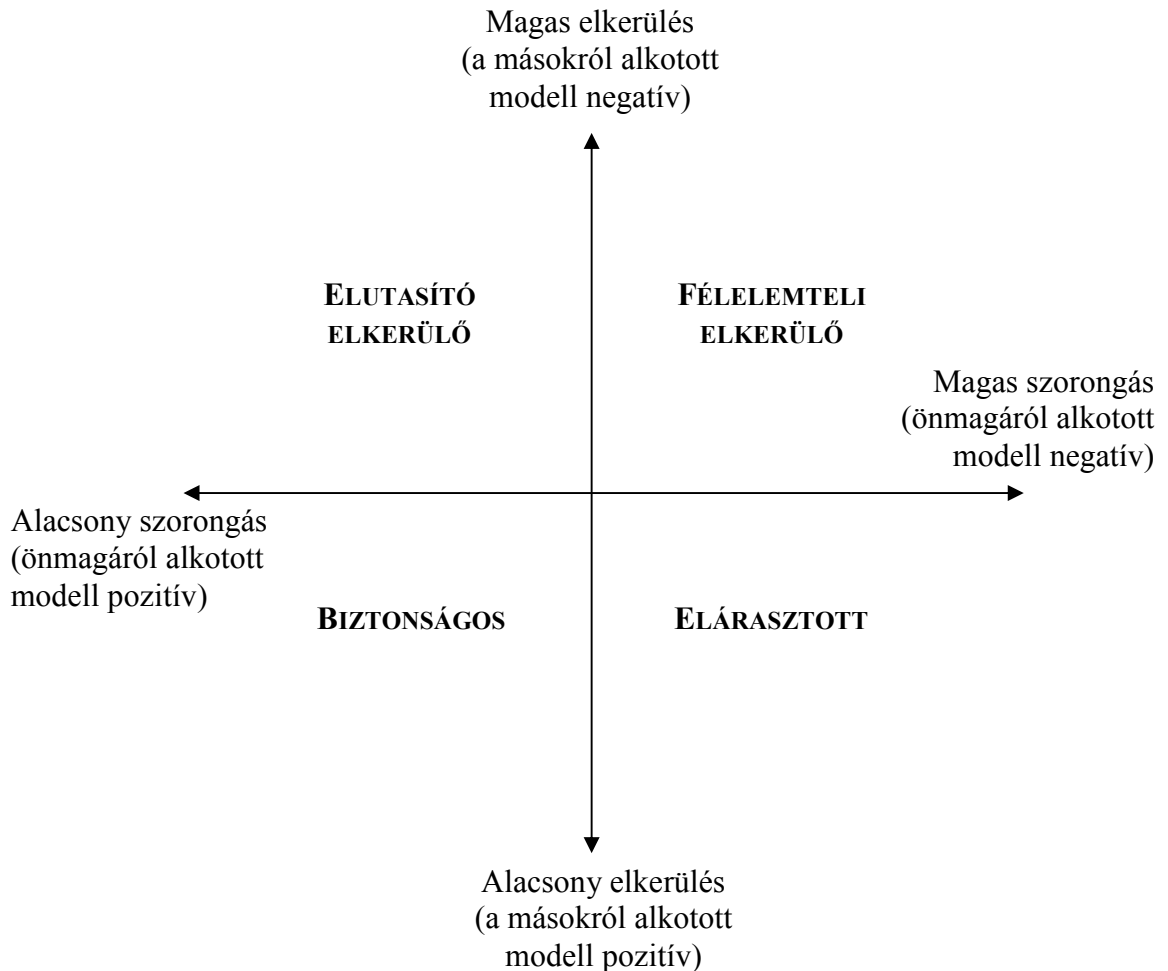
<sup>16</sup> Adult Attachment Scale (AAS)



faktor a kapcsolatok miatti szorongást mérte. Ezek természetesen releváns skálák lehetnek a kötődés szempontjából, mégis a kötődési stílusok Ainsworthi (1978) elnevezésétől eltérő megfogalmazásokat használnak.

A Hazan és Shaver (1987) által elindított hagyomány másik megújítási vonala nem csupán módszertani, hiszen olyan elméleti előfeltevéseket is kölcsönöz Bowlby-tól, amelyeket addig kevesebb figyelem övezett. Így ennek az új módszernek a bemutatását egy rövid elméleti kiegészítéssel kezdem (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994). Míg a korábbi mérőeszközök Ainsworth és munkatársai (1978) „idegen helyzet” vizsgálatának eredményeire hagyatkozva az egyéveseknél megfigyelhető három kötődési stílust - biztonságosan kötődő, elkerülő, szorongó-ambivalens - alkalmazták felnőttekre, addig Bartholomew és Horowitz (1991) négykategóriás, kétdimenziós modelljük kidolgozásakor Bowlby (1973) elméleti feltevéseire hagyatkoztak. Bowlby ugyanis a belső munkamodellek vagy belső reprezentációk két fontos jellemzőjét hangsúlyozta: (a) olyannak ítéli-e a gyermek a kötődési személyt, aki általában válaszol a hívásokra támasz- vagy védelemkeresés esetén vagy sem, illetve (b) olyannak ítéli-e a gyermek magát, akihez az emberek – elsősorban a kötődési személy(ek) – segítő módon közelednek. Az első a gyermek másokról alkotott, a második a saját magáról alkotott modellje. Amennyiben a modelleket kétértékűként kezeljük, tehát pozitív és negatív értékeket vehetnek fel, akkor így négy kategóriához jutunk. Ezek rövid jellemzésben a következők: 1) biztonságos (secure): jól kezeli az intimitást és az autonómiát (pozitív modell önmagáról és a jelentős másokról); 2) elárasztott (preoccupied): a kapcsolatok kötik le minden mentális kapacitását (negatív modell önmagáról, pozitív a jelentős másokról); 3) elutasító elkerülő (dismissing): másokat devalválva utasítja el az intimitást, függés-ellenes (pozitív modell önmagáról, negatív a jelentős másokról); 4) félelemteli elkerülő (fearful): fél az intimitástól, szociálisan elkerülő (negatív modell önmagáról és a jelentős másokról is). Az elmélet jelentősége azonban nem csak a kategóriák számának növelésében ragadható meg, hanem abban is, hogy ez a négy kategória két dimenzió mentén helyezkedik el. A függőleges tengely az elkerülés (és a másokról alkotott mentális modell pozitív vagy negatív színezetét is tükrözi), ami arról szolgáltat információt, hogy a személy mennyire kerül el a közeli kapcsolatot másokkal, azért hogy megóvja magát az elvárt negatív következményektől. A vízszintes tengely a függőség vagy szorongás mértékét mutatja, ami az alacsonytól (a pozitív én-kép belsőleg megalapozott és nem szorul külső megerősítésre) a magasig (a pozitív én-kép

csak másoktól kapott folytonos elfogadás mellett tartható fenn) terjed. A modellt szemléletesen a 2.3. ábra mutatja be.



2.3. ábra

A felnőtt kötődés kétdimenziós-négykategóriás modellje (Griffin és Bartholomew, 1994, 25.o.) a négy kvadráns elnevezésével (vastagon szedve) és a két dimenzióval.

A modell igazolására a szerzők kiterjedt vizsgálatot végeztek, amelynek eredményeit az alábbiakban foglalták össze (Bartholomew & Horowitz, 1991, 240.o.): „a kutatás eredményei igazolják, hogy mind a saját magunkról mind a másokról alkotott modell értéke különálló és fontos dimenziója a felnőttek kapcsolati orientációjának, és hogy a két dimenzió különálló változó”. A következőkben bemutatandó két mérési eljárás erre a modellre támaszkodik.

Az első mérőeszköz az elméleti modell megalkotóitól származó **kapcsolati kérdőív**<sup>17</sup> (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994; magyar

<sup>17</sup> Relationship Questionnaire (Bartholomew & Horowitz, 1991) és Relationship Scale Questionnaire (Griffin és Bartholomew, 1994)

változat Csóka, Szabó, Sáfrány, Rochlitz & Bódizs, 2007), amely az évek és a magyar adaptáció során jelentős átalakuláson ment keresztül. A kezdeti mérőeszköz (Bartholomew & Horowitz, 1991) a 2.3. ábrán is látható négy kategória prototipikus leírását tartalmazta. A vizsgálati személyek feladata a korábbi verzióban az volt, hogy válasszák ki, melyik leírás jellemző leginkább rájuk, majd a későbbi változatban egytől hétig kellett pontozniuk, mennyire találták jellemzőnek saját magukra az egyes leírásokat. Ezekből a pontszámokból a személyre jellemző kötődési profil volt összeállítható. Ez a módszer, ahogyan azt már a Hazan és Shaver (1987) által kidolgozott eszköz esetén is láttuk, elég kezdetleges, sok problémát vet fel (lásd fent Simpson (1990) kritikáját). Éppen ezért Griffin és Bartholomew (1994) egy 30 ítemet tartalmazó kérdőívet dolgozott ki, amelyben az állításokat Hazan és Shaver (1987), Bartholomew és Horowitz (1991), illetve Collins és Read (1990) korábban létrehozott mérőeszközeinek felhasználásával alakították ki. A harmincből tizennyolc ítem kiértékelésével a négy fent már megnevezett kötődési kategóriához rendelhetünk egy-egy pontszámot. Ezek a pontszámok alkalmasak arra is, hogy statisztikai transzformáció után következtessünk belőlük a személy két dimenzió elért pontszámaira. Csóka és munkatársai (2007) a magyar változatban faktoranalízissel négy faktort kaptak, amelyek azonban nem tartották meg az eredeti kérdőív struktúráját, nem feleltek meg az eredeti négy kategóriának. Két faktor esetében a belső reliabilitás értékei nem voltak megfelelőek, azonban a két másik faktor (önállóság-függetlenség és aggodalmaskodás-bizalmatlanság) bevonásával végzett klaszteranalízissel sikerült visszanyerniük a kérdőívhez tartozó elméleti modellben szereplő négy kategóriát. A következőkben látni fogjuk, hogy ezt az egyszerre dimenzionális értékelést és kategóriába sorolást is lehetővé mérőeszköz magyar nyelven már két évvel korábban rendelkezésre állt (Nagy, 2005).

Szintén a 2.3. ábrán szemléltetett elméleti modellen alapul a **közvetlen kapcsolatok élményei kérdőív**<sup>18</sup> (Brennan, Clark & Shaver, 1998; magyar változat Nagy, 2005). A kérdőív széles körben elterjedt változata harminchat ítemet tartalmaz, amelyből tizennyolc az elkerülést, míg tizennyolc a szorongást méri. A két dimenzionális értékből a négy kategóriához való tartozást is kiszámíthatjuk. A kérdőív kiválóan mondható pszichometriai tulajdonságokkal bír: az elkerülés és a szorongás dimenzió Cronbach alfája az eredeti esetén 0,94, illetve 0,91 (Brennan et al., 1998), míg

---

<sup>18</sup> Experiences in Close Relationships

a hazai változatban ez az érték elkerülés esetén 0,88, míg a szorongásén 0,87 (Nagy, 2005). A két – magasabb rendűnek is nevezett – dimenzió jelentőségét és használhatóságát az is alátámasztja, hogy Brennan és munkatársai (1998) 60 kötődési szempontból releváns skálával vetették össze ezeket, és elvárható irányú korrelációt találtak szinte minden esetben.

Természetesen a fenti bemutatás nem teljes, hiszen a felnőtt kötődés kurrens témájában szinte hétről hétre szaporodnak a mérőeszközök. A dolgozat célja azonban nem igényel részletesebb tárgyalást, hiszen a fentiek is jól érzékeltetik a hagyomány születését, a jelentős vitákat (tipologizálás vs. dimenzionális megközelítés), és megfelelően előkészítik saját vizsgálatom bemutatását.

### **II.1.3. A két hagyomány viszonya, értékelése**

Ahogy az már a fenti három kérdésből – amelyek mentén a két hagyomány eltéréseit bemutattam – kitűnt, nehéz ezekre a kérdésekre békítő jellegű, középútas választ adni. Ugyanakkor az egyensúly megtalálásának nehézsége ellenére meg vagyok győződve arról, hogy mindkét hagyomány a tudományosság kritériumainak megfelelően, nagy kreativitást tükrözve hozzájárul a felnőtt kötődéssel kapcsolatos ismereteink bővüléséhez. A három kritikus kérdésre adott válaszokra azt mondhatom, hogy sokkal inkább szituatívak, mintsem általánosak vagy örök érvényűek.

A két hagyomány egymás felé nyitásban a szociálpszichológiára és személyiséglélektanra alapozó hagyomány sokkal kezdeményezőbbnek tűnik. Phillip Shaver és Mario Mikulincer (2002a) – az irányvonal két kiemelkedő képviselője – békejobbot nyújtva a fejlődési hagyománynak négy olyan területet és témát sorolnak fel, ahol a fejlődéslélektannal foglalkozó kollégáik integrálhatnák a szociál- és személyiséglélektani megközelítés elképzeléseit, módszereit. Elsőként a kötődési minták életút során mutatott állandósága és változása témakörében kínálnak együttműködést. A bemutatott eredményekből arra következtetnek, hogy a gyermekekkel végzett prospektív, longitudinális vizsgálatok gyümölcsöző eredményt hozhatnának. Másodszor, praktikus szempontként megjegyzi a szerzők, hogy számukra sokkal nehezebb lenne interjú módszereket használó fejlődépszichológussá válniuk, az út a másik irányban – önkitöltős kérdőíveket alkalmazni a longitudinális vizsgálatok serdülő vagy felnőtt szakaszaiban – könnyebben járható lenne. Harmadikként a gyermekkori tapasztalatok és a felnőttkori személyiségműködés közötti bonyolult összefüggéseket hozzák fel a szerzők, mintegy válaszként a ki nem mondott

vádra, hogy az ő megközelítésük túl sekélyes és leegyszerűsítő lenne. Negyedikként pedig elismerik azt, hogy a párkapcsolatok vizsgálata vagy az intrapszichikus dinamika kötődéselméleti kutatása – bár részét képezi a kötődéselméletnek – csupán csak részterületek, azonban azt is gyorsan hozzáteszik, hogy a kutató szíve-joga, ha nem az elmélet egészével, hanem annak részterületeivel kíván foglalkozni.

Az írásra adott válaszban (Waters, Crowell, Elliott, Corcoran & Treboux, 2002) egy rövid méltató összefoglalás után a másik oldal udvariasan, de visszautasítja a közeledés lehetőségét. Módszertanilag semmivel nem látják használhatóbbnak a kognitív pszichológia ihlette kísérleteket, mint saját klinikai kutatásaikat, nem feltétlenül találják az intrapszichés működés kötődéselméleti magyarázatát Bowlby elméletébe illőnek, és a különböző eszközökkel elért eredmények lehetséges érintkezését is elvetendőnek tartják. Ez átvezet bennünket a talán legáthatóbbnak mondható különbségre – a módszertanira.

Mint sok hétköznapi helyzetben a hétköznapi embert, a módszerek különbözősége néhány kutatót is arra sarkall, hogy az eltérőségben sorrendiségét is lássanak, az egyik módszert üdvösnek, míg a másikat elvetendőnek ítélik. Szerencsére a józan hangok sokkal gyakoribbak és erőteljesebbek. Ezek a józan hangok leggyakrabban azt mondják, hogy a helyzet, a körülmények határozzák meg azt, mikor melyik módszert válasszuk (Perdereau & Atger, 2002). A legtöbb vitát is ez az állítás szüli, ugyanis nehéz mindenki számára egyértelmű illeszkedést találni. A kérdőívekkel szemben leggyakrabban felhozott vád, a felszínesség megtévesztő lehet. Shaver és Mikulincer (2002b) úgy tekintenek a kérdőíves eljárásokra, mint „a részben tudattalan, kötődéshez kapcsolódó kogníciók, érzelmek és viselkedéses tendenciák megfelelő felszíni indikátoraira” (137.o.). Bartholomew és Moretti (2002) bár az interjú használó eljárások mellett érvelnek, mégis kijelentik, hogy a felnőtt kötődési interjú interjú jellege önmagában nem elégséges garancia arra, hogy valóban a dinamikus folyamatokba enged betekintést. A kötődés mérésére alkalmazott eljárásokkal kapcsolatos vita oka abban keresendő, hogy míg mindkét hagyomány Bowlby elméletére alapozva dolgozta ki elméletét és módszereit, addig az eltérő eszközökkel nyert eredmények az esetek többségében nem állnak összhangban egymással. Crowell és munkatársai (1999) összegzésükben az alábbi erre vonatkozó eredményt közlik: azonos módszer esetén átlagosan megközelítően kétszer erősebb együttjárás tapasztalható a változók között, mint interjú és kérdőív vegyes használata esetén. Az együttjárás erősségét tovább gyengíti az eredeti kétötödére, ha a módszerek mellett a

kötődés minőségének megállapításához felhasznált kapcsolat is különbözik (pl. szülő-gyermek kötődés vs. partnerkapcsolat). Roisman, Holland, Fortuna, Fraley, Clausell és Clarke (2007) szintén azt állapítják meg metaelemzéseket és új adatokat is közlő tanulmányukban, hogy a felnőtt kötődési interjú és a kérdőíves módszer empirikus átfedése csekélynek mondható.

Az összhang hiányát többféleképpen is értelmezhetjük, ebből csak kettőt említenék. Egyrészt következtethetünk arra, hogy a mögöttes elmélettel van probléma, hiszen az egyik módszerrel bizonyított hipotézisek gyakran cáfolatra találnak, ha a másik módszertani hagyomány eszközeit alkalmazzuk. Ilyen félelmektől hajtva, ha nem is elfogadhatóvá, de érthetővé válik azon törekvés, amely az egyik hagyományt a másik fölé helyezve győztesnek akarja kikiáltani az elmélet érvényességének védelmében. Ugyanakkor az általam is preferált második értelmezés Roisman és munkatársai (2007) véleményével fémjelezhető legszembetűnőbben, amely szerint az eltérések inkább arra utalnak, hogy a két hagyomány más-más aspektusait ragadja meg a felnőtt kötődés oly gazdag jelenségvilágának.

A tudományos világhoz, a kutatói léthez az egyértelműsége törekvés mellett modern korunkban a többértelműség elfogadása, kezelési képessége is hozzátartozik. Úgy vélem, hogy a felnőtt kötődés két hagyománya ezt a sokszínűséget és Bowlby örökségének kimeríthetetlen mélységét méltóképpen jeleníti meg. Így bár aktuálisan el kell köteleznünk magunkat egyik vagy másik elméleti keret, módszer mellett, az integrációs törekvések feltétlenül üdvözlendők.

## ***II.2. Klinikailag releváns felnőtt kötődési kutatások***

A korábban megismert két hagyomány eltérő kutatási módszertant használ, eltérő vizsgálati személyek bevonását preferálja. A különbözőség ellenére mindkét megközelítés érdeklődik a normatívától eltérő jelenségek iránt, kutatói több fontos, klinikai relevanciával is rendelkező tanulmányt, kutatást publikáltak. A következőkben eme tanulmányok alapján körvonalazódó, egyre bővülő ismereteinket próbálom meg röviden összegezni. A bemutatást három részre bontva közlöm. Először a normatív mintán végzett, elsősorban érzelem-szabályozással és társas támogatással kapcsolatos vizsgálatokat mutatom be. Ezt követik a kötődésben mutatkozó egyéni különbségek és pszichés zavarok közti kapcsolatot feltáró kutatások. Harmadikként olyan tanulmányokból válogattam, amelyek a kötődési minőség és pszichoterápiás kezelés összefüggéseit tárgyalják valamilyen módon. Ezek a megfigyelések már előrevetítik a következő fejezetet, ahol a terápiás kapcsolat sajátosságaival és kötődésként való meghatározásával ismertetem meg az Olvasót. Azokat a kutatásokat és elméleteket, amelyek a pszichoterápiás kapcsolatot kötődésként mutatják be, ott tárgyalom.

Az érzelmek szabályozásának képességét és a társas támogatást egyaránt fontosnak tartom a klinikum szempontjából, így az ezekben a témakörben normatív mintán végzett kutatások eredményeinek összegző bemutatására térek rá. Míg az érzelmek szabályozása a pszichopatológia és ko-konstrukciós nézőpontból a pszichoterápia irányában is hidat jelent, addig a társas támogatás észlelése a személy pszichikai jól-léte és a pszichoterápiás hajlandóság irányában vezet át minket a ténylegesen klinikai mintán végzett vizsgálatokhoz. Bowlby (1969; 1973; 1980) a kezdetektől fogva olyan viselkedések és jelenségek iránt mutatott érdeklődést, amelyeket intenzív érzelmi állapotok kísérnek (pl. a veszteséget szomorúság, harag). Sőt mi több, a kötődés funkciója felnőttkorban már nem csupán a fizikai túlélés, a reprodukív kor elérése (hiszen a felnőtt már abban van), hanem az egészséges, kiegyensúlyozott pszichés működés is, amelynek egyik alapvető pillére minden bizonnyal a megfelelő érzelemszabályozás (Gross, 1998). Így aztán nem meglepő, hogy a felnőtt kötődés kutatásának kialakulásával szinte párhuzamosan merült fel az igény, hogy az érzelmek szabályozásának képességét kötődéseméleti keretben tanulmányozzák. Mario Mikulincer és a körülötte kialakult kutatócsoport (pl. Mikulincer, 1995; Mikulincer & Orbach, 1995) számos vizsgálatban igazolták, hogy az eltérő kötődési mintázatok különböző érzelemszabályozási stratégiákkal járnak együtt.

A biztonságosan kötődőket a kötődés és más viselkedéses rendszerek egyensúlya mellett a megfelelő megküzdési stratégiák jellemzik. A szorongást kiváltó helyzetet tudomásul veszik anélkül, hogy a szorongás elárasztaná őket. Bowlby (2009) nézeteivel összhangban Mikulincer és kollégái is azt állítják, hogy a kötődési bizonytalansággal való megküzdésre kialakult stratégiák mintázatai a nem kötődési helyzetekben fellépő distresszel való megküzdés során is hasonló formában mutatkoznak meg. Így a kötődés jelentőségét és a kötődési személy fontosságát minimalizáló deaktivációs stratégia az elkerülők általános jellemzője lesz. Minden belső vagy külső forrásból származó distresszt megpróbálnak elkerülni, az önmagukkal kapcsolatos negatív gondolatokat és érzéseket, a fájdalom látható jelzéseit elnyomják, és egyéb elfojtásos vagy disszociatív mechanizmusokra támaszkodnak. Lehetőség szerint saját magukról egy önálló, erős, magabiztos ember benyomását próbálják kelteni. A szorongó kötődésű személyek ezzel szemben – ugyanúgy ahogy a bizonytalanság forrásául szolgáló kötődési személyhez igyekeznek minél közelebb maradni – a distressz forrását is fokozott éberséggel, aktivitással közelítik meg. Negatív vonásaikat és rossz emlékeiket túlhangsúlyozzák, nyílt teret engedve ezzel a szorongásnak, hogy elárasssa életüket. Látni fogjuk, hogy a fent bemutatott érzelemszabályozási módok hatással lesznek arra, hogyan és milyen tüneteket jelenítenek meg a különböző kötődési stílusú személyek, illetve arra is, hogy a terapeutával való kapcsolatukat hogyan alakítják, milyen hatást gyakorol a terápiás kapcsolat lelki működésükre.

A mások által nyújtott erőforrások felhasználására való képesség tekintetében Collins és Feeney (2004) két vizsgálata rámutat arra, hogy a bizonytalan kötődés különösen hajlamossá teszi az embereket arra, hogy a feléjük irányuló társas támogatás mértékét alábecsüljék. Különösen igaz ez a félelemtelis kötődésű csoport esetében. Bár a vizsgálat alapján elhamarkodott lenne oki következtetéseket levonni, – hiszen lehet, hogy nem a kötődés, hanem más közvetítő változó játszik oki szerepet – mégis jelentős az eredmény, hiszen több szerző is rámutat (lásd Collins & Feeney, 2004 bevezetőjét), hogy az egészség és jólét alakulására nem a társas támogatás objektív, hanem észlelt mértéke van meghatározó befolyással. Így tehát a társas támogatás észlelt mértéke közvetítő lehet kötődési stílus és patológia között, illetve abban is szerepet játszhat, hogy a terapeuta által felkínált leheletőséggel élnek-e a potenciális páciensek, és ha igen, hogyan működnek a terápiás kapcsolatban. Erre a fejezet végén visszatérek.

Kötődés és pszichopatológia összefüggéseinek tekintetében a kép rendkívül komplex. Az eddigiek ismeretében elvárható lenne, hogy a legegészségesebbnek a



biztonságosan kötődők mutatkoznak, míg a bizonytalan kötődés intenzívebb tünetekkel, súlyosabb patológiával járjon együtt. Azonban, ha a tünetekről magukat a vizsgálati személyeket kérdezzük, akkor a fentiekben leírt, rájuk jellemző érzelemszabályozási stratégiák hatásait sem szabad figyelmen kívül hagynunk. Pianta, Egeland és Adam (1996) is a fenti eszmefuttatás alapján magyarázzák magas rizikójú, először várandós kismamák mintáján végzett kutatásuk eredményeit. A kismamák kötődési státuszát a felnőtt kötődési interjú alapján állapították meg, míg a pszichopatológia felmérésére az MMPI-2-t használták. Az eredmények alapján a biztonságos/autonóm kötődési státuszú nőkre a tünetektől való függetlenség volt jellemző. Nem voltak teljesen tünetmentesek, de a pszichiátriai tünetek megjelenését a szerzők az önmegfigyelésre való hajlandóság és képesség következményeként értelmezték. Ez különösen az elutasító kötődési státuszú csoporttal való összevetésben kulcsfontosságú, akik tünetmentességről számoltak be. Szorongásukat és érzelmeiket elfojtva önmagukat erősnek, érzelmileg egészségesnek és másoktól függetlennek állították be. Az elvárás megghiúsulását, miszerint az elutasítók externalizáló tünetek másokénál magasabb szintjéről számolnak majd be, a fent már bemutatott védekező válaszadási stílussal magyarázzák a szerzők. A felnőtt kötődési interjú alapján elárasztott kötődéssel jellemezhető személyek különösen sebezhetőnek és a mentális betegségekre jellemző stressz-szinttel jellemezték magukat. Az elvárásoknak megfelelően saját magukra és kapcsolataikra vonatkozóan nagy ambivalenciát és zavarodottságot mutattak. Ezek a leíró eredmények újabb bizonyítékát adják, hogy milyen nehézségekkel szembesülhetünk az önbeszámolás módszerek alkalmazása során. Ugyanakkor Pianta és kollégái (1996) nem neveznek meg konkrét pszichiátriai kórképek és kötődési státuszok közötti összefüggéseket. Vajon ez vizsgálatuk természetéből fakad? A kérdésre nemleges választ kell adnom. Egyértelmű összefüggéseket gyermekkori kötődési stílus és pszichiátriai kórkép között mindeztáig kevés esetben sikerült megállapítani. A kevés kivételt a dezorganizált kötődés és a serdülő- és felnőttkori disszociatív állapotok (Carlson, 1998 idézi Dozier, Stovall-McClough & Albus, 2008), illetve a szorongó-ellenálló mintázat és a szorongásos zavarok közötti összefüggések (Warren et al., 1997 idézi Dozier et al., 2008) jelentik. Az mindenesetre elmondható, hogy a bizonytalan kötődés – legalábbis magas rizikójú csoportokban – jó bejósolója a mentális zavarok későbbi megjelenésének. A korreláció a dezorganizált vagy félelemteli kötődési típus esetében a legerősebb. A személyiségzavarok közül legtöbbet vizsgált borderline személyiségzavar esetében a

kutatások Agrawal, Gunderson, Holmes és Lyons-Ruth (2004) áttekintő tanulmánya szerint a leggyakrabban feldolgozatlan, elárasztott és félelemteli kötődésű személyeket találtak, akiknek közös jellemzője a kapcsolati ambivalencia, miszerint a kötődés vágya mellett a függéstől és visszautasítástól való félelem is megjelenik.

Patológia és bizonytalan kötődés háttérben álló oki összefüggések felderítése még várat magára, leginkább csak lehetséges elképzelések vannak arról, mi okozza a bizonytalan kötődés és pszichopatológia együttjárását. Az első lehetséges elképzelés szerint a bizonytalan kötődés azáltal növeli meg bármely patológia kialakulásának esélyét, hogy növeli a társas konfliktusok előfordulását, és csökkenti a társas támogatás mértékét (Dozier, 1990 idézi Allen, Hauser & Borman-Spurrell, 1996). Egy másik közvetítő változó beiktatásával magyarázni kívánó modell Armitage és Harris (2006) elképzelése, akik vizsgálataik alapján megállapították, hogy a különböző kötődési stílusok és a tünetekről való beszámolás között a negatív affektus szintje közvetít. A harmadik lehetséges magyarázat a bizonytalan kötődés és patológiás pszichés állapotok együttjárására, hogy a bizonytalan kötődés csupán növeli a más tényezők által már elindított patológiás folyamatokkal szembeni sebezhetőséget (Allen & Hauser, 1994 idézi Allen et al., 1996). Tehát pusztán a súlyos patológia esetében van együttjárás a bizonytalan kötődéssel. Ez azt is jelentheti, hogy különböző diagnózisú súlyosan patológiás esetek jobban hasonlítanak egymásra, mint azonos diagnózisú, eltérő súlyosságú esetek. A negyedik lehetőség, hogy egy harmadik külső, környezeti tényező vagy belső predispozíció vezet mind a bizonytalan kötődéshez, mind pedig a patológiás állapotokhoz (Allen et al., 1996). Carlson (1998 idézi Shorey & Snyder, 2006) a dezorganizált kötődésű csecsemők későbbi élettörténetében mutatkozó problémák relatív gyakoriságának magyarázatára egy kétirányú, interaktív modellt dolgozott ki. Az érzelmi és viselkedési szabályozásban tapasztalt korai torzulások a későbbi élet során olyan zavarokhoz vezetnek, amelyek visszahatva megakadályozzák a bizonytalan kötődési tapasztalatok korrekcióját. Ezen felül a tartós szabályozási zavarok a csecsemő központi idegrendszerének fejlődésére, szerveződésére is negatív hatással vannak.

Kötődés és pszichopatológia összefüggésében összefoglalásként elmondható, hogy a kötődési biztonság a lelki jól-léttel és egészséggel, míg a kötődési bizonytalanság a patológia gyakoribb előfordulásával jár együtt. Ezen felül nehéz egyértelmű összefüggést felállítani bizonyos kötődési mintázatok és a velük együtt járó pszichiátriai kórképek tekintetében, illetve azt sem tudjuk még biztosan, hogy az

együttjárások oki hátterét mi adja. Az azonban tagadhatatlan, hogy a kötődés és a kötődéssel kapcsolatos körülmények jelentős szerepet játszanak a patológiás pszichés állapotok kialakulásában. Dozier és munkatársai (2008) a veszteséget, a bántalmazást és a nem megfelelő nevelést emelik ki a patológia forrásaként. A fentiek és a hozzájuk hasonló témában végzett kutatások eredményei nemcsak tudományos kíváncsiságunkat elégítik ki vagy nyújtanak iránymutatást a további kutatások számára, hanem fontos kiindulási alapot jelentnek például a korai intervenciós és prevenciós programok megtervezésében is (pl. Berlin, Zeanah & Lieberman, 2008).

A fejezet zárásaként azon klinikai relevanciával bíró felnőtt kötődési elméleteket és kutatásokat mutatom be, amelyek kötődés és terápia kapcsolatáról szólnak valamilyen módon. A vizsgálatokat három csoportba soroltam. A kutatások első csoportja a különböző kötődési mintázatú páciensek terápiával kapcsolatos attitűdjeivel, terápiában mutatott viselkedésével, és terápiájuk sikerességével foglalkozik. A második azt vizsgálja, milyen kezelési technikák, módszerek, feltételek esetén tudnak a terápiából a különböző kötődésű személyek leginkább profitálni. Végezetül a kutatások egy harmadik csoportja azt vizsgálja, hogyan változik meg a páciensek általános kötődési minősége a terápia hatására.

A felnőtt kötődési mintázatok szervezője az a mentális reprezentáció, amely a korábbi kötődési tapasztalatok során alakult ki. Ezek a belső munkamodellek meghatározzák azt, hogyan észleli a személy társas környezetét, illetve hogyan reagál arra. Mivel a pszichoterápia alapja is egy interperszonális kapcsolat, a különböző kötődési mintázatokhoz tartozó belső munkamodellek meghatározzák azt, hogyan észleli a páciens terapeutáját, és milyen attitűddel viseltetik a pszichoterápia, közelebbről a terápiás kapcsolat irányában. Riggs, Jacobvitz és Hazen (2002) kutatásukban 120 középosztálybeli nő kötődési státuszát és pszichoterápiás tapasztalatait vetették össze. Hipotéziseiknek megfelelően azt találták, hogy – annak minden formáját figyelembe véve – pszichoterápiás segítséget legritkábban az elutasító nők kértek, míg leggyakrabban azok, akiknek interjúszövegei feldolgozatlan gyászra vagy traumára utaltak. Párterápiában az elutasító nők vettek részt legkevésbé, míg a biztonságosan kötődők leginkább. Az eredmények összhangban állnak az elutasító személyek belső munkamodelljével, ami másokat megbízhatatlannak, míg saját magukat sebezhetetleneknek mutat. Így ez a csoport különösen nehezen motiválható terápiás elköteleződésre. A feldolgozatlan gyász vagy trauma besorolást kapók legmagasabb terápiás részvételi arányát az ehhez a kötődési státuszhoz kapcsolódó

komoly patológia teszi érthetővé (lásd fentebb). A biztonságos kötődésű nők magas aránya a párterápiában, de nem az egyéniben, arra utalhat, hogy ezek a nők viszonylag mentesek a súlyos patológiáktól, viszont partnerükbe és önmagukba vetett bizalmuk lehetővé teszi számukra azt, hogy nyíltan megtárgyalják érzelmeiket, illetve konstruktív módon keressenek megoldást párkapcsolati problémáikra. A jelenségre alternatív magyarázat lehet, hogy ezek a nők – lévén szó egy retrospektív vizsgálatról – éppen a szóban forgó terápia hatására érték el a biztonságos kötődési státuszt. A potenciális páciensek kötődési minősége azonban nemcsak pszichoterápiás hajlandóságukat, hanem a terápiás szövetség kialakítására való képességüket is befolyásolja. Eames és Roth (2000 idézi Meyer & Pilkonis, 2001) azt találta, hogy a félelemteli (szorongó-elkerülő) személyek alakítottak ki legnehezebben kapcsolatot terapeutájukkal, míg legkönnyebben a biztonságosan kötődők. Az elutasító és elárasztott kötődésű személyek is – meglepetésre – viszonylag könnyen alakítottak ki kapcsolatot. Ugyanakkor az utóbbi két csoportnál kötődési bizonytalanságuk és az ebből fakadó szorongás kezelésére alkalmazott másodlagos stratégiájuk leküzdendő akadályt jelent a sikeres terápiás folyamat kivitelezésében. Az elutasító személyek vonakodhatnak feltárni valódi érzéseiket, ami a kapcsolatban mutatkozó törések tagadásához vagy egy felszínes kapcsolat kiépítéséhez vezethet. Az elárasztott kötődésű pácienseket ezzel szemben a lehetséges visszautasítás miatti félelmük riaszthatja el az oly erősen vágyott intimitástól. A kapcsolatba lépés és a kapcsolat alakítása mellett a kötődési stílus azt is befolyásolja, mennyire tudnak profitálni az egyes betegek a pszichoterápiás kezeléssel. Meyer és Pilkonis (2001) három vizsgálat eredményeit összefoglalva arra a következtetésre jut, hogy a pszichoterápiából leginkább a biztonságosan kötődő személyek tudnak profitálni, míg bizonyos körülmények között az elutasító személyek is jó eredményeket érhetnek el. Fonagy, Leigh, Steele, Steele, Kennedy, Mattoon, Target és Gerber (1996) két lehetséges magyarázatot is adnak az elutasító személyek meglepően jó terápiás reagálására. Egyik megközelítésük szerint az elutasító kötődési státusz olyan szélsőséges személyközi viszonyulást jelent, hogy a terápia hatására bekövetkező javulás egyszerűen az átlaghoz való visszatérés elvével magyarázható. Másik magyarázatuk szerint az elutasító betegek viszonylagos terápiás sikere abból fakad, hogy könnyebb náluk kötődéssel kapcsolatos gondolatokat, érzéseket ébreszteni, megalkotni, mint az elárasztott személyek esetében megkövesedett, torzult kötődési elgondolásaikon változtatni.

A terápia sikere nemcsak a páciens, hanem a terapeuta kötődési mintázatán is múlhat. Páciens és terapeuta kötődési státuszának illeszkedését, és ennek a kezelés hatékonyságára gyakorolt hatását vizsgálta Tyrrell, Dozier, Teague és Fallott (1999). Páciensek és terapeutáik felnőtt kötődési interjú szövegeire Kobak (1989 idézi Tyrrell et al., 1999) felnőtt kötődési Q-rendezés értékelési eljárását alkalmazva a vizsgálati személyek kötődési biztonságának mértékét (bizonytalantól biztonságosig terjedő dimenzió), illetve a kötődési szorongás során alkalmazott másodlagos stratégiát (deaktiváció-hiperaktiváció kontinuum) állapították meg. A terápia – több változón is mérve – azokban az esetekben bizonyult leghatékonyabbnak, amikor az esetet vivő terapeuta biztonságosan kötődő volt, azonban a másodlagos stratégia tekintetében éppen a kezelésére bízott páciens ellentéte. Tehát a deaktivációs stratégiát alkalmazó páciensek esetében a hiperaktivációval, míg a hiperaktivációs stratégiát alkalmazó betegeknél a deaktivációval jellemezhető segítő által vezetett terápia bizonyult hatékonyabbnak. Ezek az eredmények a szerzők szerint annak tudhatóak be, hogy az ellentétes másodlagos stratégiával rendelkező terapeuták spontán viszonyulási módjukkal is megkérdőjelezzik a betegek belső munkamodelljeit, ami már Bowlby (2009) szerint is a hatékony terapeuta egyik legfontosabb feladata. A terápia az új kapcsolódási módok megtapasztalását azonban nem csak a terapeuta megfelelő kötődési mintázatán keresztül teszi lehetővé, hanem a terapeutának a páciens kötődési stílusához alkalmazkodó beavatkozásai által is.

Wallin (2007) az elutasító betegek esetében a kapcsolat leértékelését és az érzelmi átélés hiányát nevezi a terápiás munka legfőbb akadályainak. Ezen az empátikus ráhangolódás, a terapeuta saját viszontáttételes érzelmeinek nyomon követése és kihangosítása segíthet. Ez önmagában azonban nem elég, sőt riasztó is lehet a páciens számára. Kiegészítésként a terapeutának saját autentikus érzéseit is fel kell tárnia, ezzel mintegy mintát szolgáltatva páciensének. Elárasztott páciensek esetén a Wallin (2007) által javasolt elérendő cél egyszerű: feleslegessé tenni, hogy túlzott érzelmekkel és szorongással hívják fel magukra a figyelmet. Ennek megvalósítása azonban annál nehezebb. A terapeutának segítenie kell a páciensnek, hogy helyet teremtsen korábban az elhagyatás félelme miatt eltagadott ambícióinak és erősségeinek. Ezek megjelenését a terapeuta szelektív megerősítéssel és a megfelelő önállóságot megkövetelő elvárásokkal serkentheti. Másrészt empátiával és határok felállításával az intenzív érzelmek – elsősorban a harag – káoszának kell megálljt parancsolnia. Végezetül a feldolgozatlan gyász vagy trauma élményét hordozó páciens esetében Wallin (2007) a terapeuta

legfőbb feladataként nevezi meg, hogy a páciens disszociált élményeinek integrációjához és verbalizációjához hozzásegítse. Ennek előfeltétele a páciens által is biztonságosnak megélt kapcsolat létrehozása, amely a trauma által kiváltott disszociatív és projektív identifikációs védekezési mechanizmusok felszámolásával érhető el.

Egy lehetséges narratív megközelítésben Holmes (1999) az elutasító és elárasztott személyek történetalkotási folyamatait hasonlítja össze, és ennek megfelelően jelöli ki a szükséges tennivalókat. Holmes a terápia menetét történetek dekonstruálásában és közös újraalkotásában látja. Bár a két egymást kiegészítő folyamat minden terápiában jelen van, a különböző kötődésű pácienseknél máshová helyezi a hangsúlyt. Az elutasító személyek idealizáló, szegényes, valódi érzelmi átélést nélkülöző történetei esetében a terapeuta elsődleges feladata egy élményeivel kongruens történet felépítésében segíteni a páciens (story-making). Ezzel szemben az elárasztottak inadekvát érzelmi megnyilatkozásokkal teli, olykor parttalan történeteire a történet megbontásával kell, hogy reagáljon a terapeuta (story-breaking). Természetesen ezt a fázist náluk is egy kölcsönösen megalkotott történet kidolgozása követi.

Bár számos szerző (pl. Bowlby, 2009; Dozier & Tyrrell, 1998; Mikulincer & Shaver, 2007) a terápiás változás hatásmechanizmusának kötődélméleti tárgyalásakor<sup>19</sup> az egyik legfontosabb tényezőnek a belső munkamodellek revideálását tekinti, jelentőségéhez mérten kevés vizsgálat foglalkozik annak feltárásával, hogyan változik meg a páciensek kötődési minősége a terápia során. Travis, Binder, Bliwise és Horne-Moyer (2001) időkorlátos dinamikus pszichoterápiában részt vevő páciensek kezdeti és elbocsátáskor készült interjúinak elemzése során azt találta, hogy a szövegekben a biztonságos kötődésre utaló témák előfordulási gyakorisága nőtt, míg a félelemtelis kötődésre utaló témák száma szignifikánsan csökkent. Levy, Clarkin és Kernberg (2004), illetve Levy, Meehan, Kelly, Reynoso, Weber, Clarkin és Kernberg (2006) borderline betegek áttételfókuszú terápiája során vizsgálták a kötődési státusz és a reflektív funkció változását. Vizsgálataikban azt találták, hogy a felnőtt kötődési interjúban kapott kezdeti besorolás a betegek 50 %-ában megváltozott, a feldolgozatlan veszteséggel vagy traumával jellemezhető pácienseknek pedig négyötöde feldolgozta az őt ért megrázkódtatást a terápia egy éve során. Ezen felül azt is találták, hogy a páciensek reflektív képessége javult, és ez a kedvező változás csak az áttételfókuszú terápiában volt tetten érhető, dialektikus viselkedésterápiában vagy módosított

---

<sup>19</sup> A terápiás változás lehetséges, kötődélméleti fogalmi keretben leírt mechanizmusait a következő fejezetben részletesen tárgyalom.

dinamikus szupportív terápiában nem. Mindhárom fent bemutatott vizsgálat eredményeiben közös, hogy a terápia a spontán változáson felüli mértékben változtatja meg a páciensek kötődési mintázatát, gyakran bizonytalanból biztonságos kötődés irányában. Ugyanakkor a szerzők jótékony homályban hagyják annak megvitatását, vajon egyik bizonytalan kötődési kategóriából a másikba váltásnak van-e kedvező hatása, és amennyiben van, ez milyen hatásmechanizmus mentén képzelhető el.

A fenti vizsgálatok jó betekintést nyújtanak a felnőtt kötődés klinikai relevanciájú kutatásainak széles palettájába. Ezekben a kutatásokban a terápiás kapcsolat szerepe mindig hangsúlyos, Ugyanakkor a fenti vizsgálatok egyike sem tárgyalja explicit módon a terápiás kapcsolatot kötődésként. A következő fejezetben a terápiás kapcsolatról szóló legfontosabbnak ítélt elképzelések rövid elemző áttekintése után a terápiás kapcsolatot mint kötődést mutatom be.

### **III. A pszichoterápiás kapcsolat mint kötődés**

Az előző fejezetekben áttekintést adtam a kötődélmélet jellemzőiről (I. fejezet), illetve felnőttkori alkalmazhatóságáról, a felnőtt kötődés megközelítési módjairól, kutatási paradigmáiról (II. fejezet). A II. fejezetben – a disszertáció célja felé mutatva – már kitértem a klinikai kutatások irányába, ahol elsősorban olyan kutatási eredményeket és vizsgálati elrendezéseket mutattam be, amelyek igazolják a kötődélmélet létjogosultságát a kedvezőtlen pszichés állapotok, mentális betegségek megértésében, korrekációjában. Jelen fejezetben még tovább menve a pszichoterápiák központi vonását, a pszichoterápiás kapcsolatot vizsgálom meg a kötődélmélet nézőpontjából. Itt már nem pusztán amellet fogok érvelni, hogy a kötődési stílus fontos lehet az egyéni különbségek megértésében, értékes információt szolgáltatva az intrapszichés működés és az interperszonális kapcsolatok megértése szempontjából – legyenek azok normálisak vagy éppen patológia felé mutatók. Ez a fejezet azt mutatja meg, hogy a kötődés, mint univerzális emberi szükségletet leíró fogalom, alkalmas a páciens és terapeuta közti kapcsolat lényegének megragadására és mérhetővé tételére. A pszichoterápia meghatározása, a pszichoterápiás kapcsolat modelljeinek és módszereiként változó megközelítésének bemutatása után a kötődélmélet fogalmi keretein belül három fontos dolog mellett érvelek:

- (1) a pszichoterápiás kapcsolat kötődés;
- (2) a páciens-terapeuta kapcsolat jellegzetességei magyarázhatóak a kötődélmélet fogalmi rendszerével – beleértve az etikai vonatkozásokat is;
- (3) a kötődésként definiált pszichoterápiás kapcsolat jól mérhetővé tehető.

A következő részben elsőként a pszichoterápia fogalmának definiálására, jellemzőinek bemutatására teszek kísérletet.



### **III.1. Mi a pszichoterápia?**

Amikor bármely összetett jelenséggel kerülünk szembe, azonnal definíciót, definíciókat hívunk segítségül, hogy enyhítsük zavarunkat, bizonytalanságunkat. Nincs ez máshogy jelen esetben sem, amikor a pszichoterápia fogalmi tisztázását kell elvégeznem. A jelenség nehezen megragadhatóságát jól mutatják a pszichoterápia következőkben bemutatott laikus közönségnek szánt definíciói. A Magyar Értelmező Kéziszótár (2000) a pszichoterápiát tükörfodítással lelki gyógymódként magyarázza, a Webster's Ninth New Collegiate Dictionary (1983) mentális vagy érzelmi zavarok és kapcsolódó testi betegségek pszichológiai eszközökkel történő kezelésének mondja. A Cambridge Advanced Learner's Dictionary (2008) főként a pszichiátriai kezeléstől való elhatárolást tartva fontosnak a pszichoterápiát a mentális betegségek olyan kezelésmódjának írja le, amely gyógyszerek és operációk helyett a probléma megbeszélését használja eszközként. Jól láthatjuk, hogy a definíciók pontossága nagy szórást mutat: a Magyar Értelmező Kéziszótár definíciója egyszerű tükörfordítás, amit akár tautológiának is mondhatunk. Az angol nyelvű szótárak közelítenek egy szakmai szemszögből is elfogadható definícióhoz, ugyanakkor leszűkítik a pszichoterápia kommunikációs természetét a szóbeliségre vagy éppen professzionális jellegét hanyagolják el.

A pszichoterápiák sokszínűsége mellett – amelyről később röviden említést teszek jelen dolgozat keretei között – a szakmai definíciók is szerteágazóak. Vagy ahogyan Watkins (1965, 1142.o. idézi Clarkson, 1994a, 3.o.) kicsit élesebben fogalmazza: „a jogalkotók és a bíróságok szinte lehetetlennek találták, hogy a pszichoterápiát oly módon definiálják, hogy a terapeuták univerzális egyetértése alapján mindent magába foglaljon, ami pszichoterápia, és mindent kizárjon, ami nem az”. Így tehát én sem tehetek mást, mint hogy csupán illusztrációként mutatok be néhányat a definíciók széles nemzetközi és hazai választékából, amelyeket a sokszínűség bemutatásának szándékától vezérelve választottam.

Buda (1981) minden olyan segítő, gyógyító beavatkozást pszichoterápiának nevez, amely „emberi kölcsönhatás – szociológiai nyelven: interakció – és jelzést váltási folyamat – kommunikáció – révén próbál változást létrehozni az élmények átélésének és feldolgozásának módjában, valamint a magatartásban. (...) az emberek között folyó kommunikáció és interakció sajátos formája a pszichoterápia. Sajátos annyiban, hogy tapasztalatilag illetve tudományosan kialakult feltételek között zajlik, a ható elemeket

lehetőségek szerint tisztítva és sűrítve tartalmazza, és alkalmazása során folyamatosan fejlődik, mindinkább hatékonyabbá válik” (5.o.).

Hans Strotzka (1994 idézi Arolt, Reimer & Dilling, 2007) szerint a pszichoterápia egy vagy több páciens interakciója egy vagy több (standard módon képzett) terapeutával. Ez az interakció (túlnyomórészt pszichoszociális okokból eredeztethető) viselkedészavarok vagy szenvedés pszichológiai (verbális vagy nonverbális kommunikációt használó) eszközökkel történő kezelése céljából történik. A kezelés tanulható technikával, meghatározott céllal és a normális és patológiás viselkedésre vonatkozó elmélet alapján zajlik.

Stumm (2009) a pszichoterápia német nyelvű szótárában az alábbi meghatározást adja: „Pszichoterápia. Gyógyító eljárás pszichoszociális meghatározottságú pszichés illetve pszichoszomatikus megbetegedések, zavarok és szenvedések kezelésére, azonban emellett prevenció és emancipációs, egészséget és fejlődést előmozdító funkcióval is rendelkezik. Az eljárás kivitelezése módszerspecifikus képzés, megfelelő indikáció és tudományos módszer alapján, megfelelő célkitűzéssel történik egy vagy több páciens és egy (vagy olykor két) terapeuta szakmai kapcsolatának keretében” (569.o.).

Végezetül Frank (1961) definíciója három pontban összegzi, hogy a befolyásolás mely típusait sorolhatjuk a pszichoterápia körébe. Eszerint a pszichoterápia három szükséges összetevője a gyógyító ágens, a szenvedő és a gyógyító kapcsolat. A definíció érdekessége, hogy a gyógyító ágens Frank elképzelése szerint nem szükségszerűen szakember, mi több akár egy könyv vagy magnószalag is betöltheti a szerepet. A gyógyító kapcsolat a gyógyító és a szenvedő találkozásainak sorozataként jön létre, ahol a gyógyító hatást szavak, cselekedetek és rituálék közvetítik.

Természetesen minden definíció magán hordozza keletkezési időpontjának lenyomatait, illetve a szerzők tudományos elkötelezettségére vagy éppen nemzetiségére is jól következtethetünk belőlük. Buda definíciója így jellegzetesen kommunikációelméletinek nevezhető, míg Frank tág definíciója – amely a vallásos tanácsadástól az agyomosásig sok mindent magába foglalhat a pszichoterápián kívül – jellegzetesen a 60-as évek antipszichiátriától és önsegítő mozgalmaktól átítatott amerikai társadalmának nyomait hordozza magán. A német definíciók pedig jól tükrözik azt a mentálhigiénés kultúrát, amely a pszichoterápiát nem kizárólag gyógyításra, de a lelki jóllét előmozdítására is felhasználhatónak tartja (és meg is tudja fizetni).

Úgy tűnik tehát, hogy a definíciók bár nem jutnak mindenben egyességre, mégis valami közös mintázatot követnek. Szőnyi (2008) kísérletet tesz arra, hogy a pszichoterápiás definíciók közös jellemzőit összegezze. Megfogalmazásában pszichoterápia minden olyan eljárás, amely céljaként a pszichés zavarok felszámolását tűzi ki, a cél eléréséhez pszichés-kommunikációs eszközöket használ fel, olyan professzionális keretben, amelynek szakmaiságát elsődlegesen a speciális képzettség biztosítja. Az általam bemutatott definíciók ezt az összegzést némiképp kiegészítik és módosítják. Ezt is figyelembe véve Szőnyi összegzése az alábbiak szerint egészíthető ki. (1) A pszichoterápia célja szerint a mentális betegségek gyógyítása mellett, a megelőzésre vagy éppen a fejlesztésre is helyezheti a hangsúlyt. (2) Bár a kliens mindenképpen kommunikációs kapcsolatba kerül a gyógyítóval, azonban nem zárhatjuk ki, hogy ez közvetett úton is megtörténhet. Ez a megengedés nem elsősorban a Frank (1961) definíciójában említett önségítő könyvek vagy magnószalagok, hanem a napjainkban mind nagyobb teret nyerő online terápia miatt lehet fontos (Grohol, 2004). (3) A gyógyító vagy terapeuta személyét a páciens gyógyításra képesnek ismeri el, és ez a kompetenciája az esetek többségében képzettségéből fakad. Ez a képzés nem csak a kompetenciák elsajátítása, hanem a szakmai felelősségvállalás kérdése miatt is fontos.

Dolgozatom során a pszichoterápia és a pszichoterápiás kapcsolat kifejezéseket minden olyan eljárásra és kapcsolatra használom, amely a páciens és a képzett segítő között abból a célból jön létre, hogy a páciens szenvedését csökkentsék, pszichés állapotának romlását megakadályozzák vagy korrigálják. Szőnyi (2008) célalapú felosztása szerint tehát az a mód, ahogyan én a (pszicho)terápia vagy (pszicho)terápiás kifejezést használom, a pszichoterápiás jellegű kapcsolatokat és a szakpszichoterápiákat is magában foglalja. Ezt az összevonást azért tartom megengedhetőnek, mivel mind a pszichoterápiás jellegű kapcsolat, mind pedig a szakpszichoterápiák esetében az eljárás ugyanazon jelenség köré csoportosul. Ez pedig nem más, mint a pszichoterápiás kapcsolat. A következő részben a kapcsolat pszichoterápiában betöltött szerepét és néhány jellegzetes modelljét mutatom be.

### **III.2. A kapcsolat jelentősége a pszichoterápiában**

A pszichoterápia komplexitása – amely az előző részből is kitűnik – leginkább két (vagy több) ember kapcsolatán, a pszichoterápiás kapcsolaton keresztül ragadható meg. Szőnyi (2008) pszichoterápiás tankönyvében a pszichoterápia általánosságait fejtegetve a pszichoterápiás kapcsolatot helyezi a tárgyalás középpontjába. Választását több gyakorlati okkal is alátámasztja, amelyek közül most csak kettőt emelek ki: (1) a pszichoterápiás kapcsolat, mint központi jelenség és fogalom egy szemléletbeli, paradigmaticus váltást jelent a gyógyító folyamatot illetően, és (2) a pszichoterápiás kapcsolat kiemeli a pszichoterápiák közös és eltérő vonásait is, hiszen minden módszernek foglalkoznia kell a kapcsolattal, de minden módszer eltérően teszi ezt.

A hétköznapi segítő kapcsolatoktól a professzionális pszichoterápiás kapcsolatot az különbözteti meg, hogy az utóbbi társadalmilag jól körülírt és szankcionált szerepekkel működik (Reisman, 1986). Emellett azonban a kapcsolat személyessége, egyedisége sem vész el. Ezt Szőnyi (2008) professzionalitás-intimitás kettősségnek nevezi, míg Gussow (1981, 374.o.) a hangsúlyt egy kicsit máshová helyezve a terápiás kapcsolat kettősségéről a valós és a mintha-kapcsolat terminusaiban beszél: „(...) a terápiás helyzet – legalábbis a páciens nézőpontjából – egyidejűleg és folyamatosan kettős kapcsolatként jelenik meg. Az egyik egy valóságos kapcsolat – bár néha nem egészen nyilvánvalóan az –, amely terápiás szövetséget hoz létre a páciens és a terapeuta között, a másik pedig egy mintha-kapcsolat, amely a terápiás korlátokat alakítja ki. A szimultán beavatkozásokat ilyenformán a páciens énje igényli. A beteg rész (a mintha) újraélés, feltárás és analízis felé tekint, a szövetséges rész az analitikussal együtt megfigyeli a mintha-beavatkozásokat”.

A terápiás történések elemzésében a páciens-terapeuta diád középpontba állítását vizsgálati eredmények is alátámasztják. A terápiás folyamatváltozók közül a kapcsolatra fókuszáló változók (pl. terápiás kötelék, a páciens és a terapeuta kölcsönös megfelelése és egyetértés a célokban) ugyanakkorra hatásfokkal rendelkeznek, mint a páciens vagy a terapeuta oldaláról jelentkező változók (Page & Stritzke, 2006). Asay és Lambert (2001 idézi Broda & Senf, 2004a) összefoglaló írása szerint a terápiás kapcsolat a terápiás változás varianciájának 30%-áért felelős, így a legbefolyásosabb változó a terápián belüli hatások közül. Az eredményesség ezen kívül 40%-ban terápián kívüli faktoroknak, 15%-ban az elvárásoknak és a placebo hatásnak, 15%-ban pedig a terápiás technikának tudható be. A terápiás technika, kapcsolat és változás összefüggésében

Goldfried és Davila (2005) három hatásmechanizmust tart elképzelhetőnek. Az első szerint a kapcsolat és a technika függetlenül járulnak hozzá a terápia sikerességéhez. A második elképzelés szerint a kapcsolat minősége befolyásolja a technika hatékonyságát, végezetül harmadik verzióként pedig azt a lehetőséget vetik fel, hogy maga a kapcsolat az a technika, amellyel dolgozva a terapeuta változáshoz segítheti páciensét. Mielőtt bemutatom, hogy a különböző terápiás módszerek képviselői hogyan dolgoznak a kapcsolattal, áttekintem három általános, módszerektől független modell mondanivalóját a pszichoterápiás kapcsolatról.

### III.2.1. A pszichoterápia generikus modellje

Orlinsky és Howard (Orlinsky & Howard, 1984 idézi Laireiter, 2009) a pszichoterápiás folyamat- és hatékonyságvizsgálatok empirikus adataiból egy iskolákon átívelő modellt alkotott meg a pszichoterápia folyamatáról. A modell három fő komponensből áll.

- (1) A **bemeneti változók** vagy **keretfeltételek** komponens az ellátórendszer, a terápiás elrendezés, a páciens és a terapeuta jellemzőit foglalja magába.
- (2) Másodikként a **folyamatváltozók** komponens tartalmazza a terápia tényleges megvalósulásával kapcsolatos változókat, mint például a dolgozat szempontjából jelenleg lényeges terápiás kapcsolat jellemzőit.
- (3) Végezetül a **kimeneti** vagy **eredményességi változók** a terápia egyéni és társas-társadalmi hatásait foglalja össze.

A modell egy olyan metaelméletet képez (Orlinsky, 2009), amely mind a pszichoterápiás kutatások, mind pedig a gyakorlat szempontjából gyümölcsöző lehet. Ennek a rendkívül komplex modellnek a témát érintő részét, a terápiás kapcsolat tárgyalását mutatom be részletesebben. A terápiás szerződés és az ezen alapuló konkrét beavatkozások – amelyek szintén a folyamatváltozók közé sorolhatóak – határozzák meg a páciens és a terapeuta szerepét a pszichoterápiában. Mivel azonban mind a terapeuta, mind a páciens hús-vér ember, a szerep megvalósulását egyéni jellemzőik színesítik, befolyásolják. A szerepek sajátos megvalósulása és a két résztvevő kölcsönös összekapcsoltsága hozza létre a terápiás kapcsolatot. A kutatási változók elemzése azt mutatja, hogy a terápiás kapcsolat két elkülönülő aspektussal rendelkezik: (1) az **együttes feladatmegoldás** a kölcsönös elköteleződést és befektetést, illetve a feladat koordinációját foglalja magában, míg (2) a **személyes kapcsolat** az empátikus

egymásra hangolódás és a másakra adott érzelmi válaszokból kialakuló érzelmi klíma függvénye. Orlinsky modelljének nagy előnye, hogy abban a terápiás kapcsolat a pszichoterápiás folyamatba illesztve jelenik meg, így a kapcsolatnak nemcsak különböző aspektusait írja le, hanem a kapcsolattal kölcsönhatásban álló egyéni, társas és társadalmi változókat is megjeleníti.

### III.2.2. A terápiás kapcsolat öt típusa – Clarkson modellje

Petruska Clarkson az integratív pszichoterápia jelentős képviselője volt. Modelljében a terápiás kapcsolat öt olyan modalitását sikerült leírnia, amelyeket a különböző terápiás irányzatok egymástól eltérő módon fejeznek ki vagy fogalmazznak meg, mégis valamennyi egyetért abban, hogy ezek valóban a gyógyító, változást létrehozó kapcsolat szerves részét képezik (Rapp, 2007). Clarkson (1994b) a terápiás kapcsolat öt típusának az alábbiakat tartja.

- (1) A **munkaszövetség** a terápiás kapcsolat legalapvetőbb szintje, amelyet a páciens azon szándéka jelenít meg, hogy a terápiás kapcsolatban akkor is részt vegyen, amikor személyiségének archaikusabb része ezt nem kívánja vagy éppen ellenzi.
- (2) Az **áttétel / viszontáttételes kapcsolat**ot alapvetően a terápiát fenyegető jelenségnek tekinti, amely a személyközi észlelés torzulásain alapszik. Ezt a torzulást korábbi diszfunkcionális kapcsolatokról származó tapasztalatok hozzák létre.
- (3) A **reparatív / fejlődésileg szükséges kapcsolat** a terapeuta azon szándékolt cselekvéséből ered, hogy a páciensnek korrekív, töltekezést biztosító szülői kapcsolatot biztosítson. Azokon a fejlődési területeken, ahol az eredeti szülők hiányos, bántalmazó vagy túlóvó gondoskodást nyújtottak, ez a kapcsolat biztosítja a páciens számára, hogy megszakadt vagy elmaradt fejlődési feladatokat megoldjon.
- (4) Az **én-te kapcsolat** fogalmát Clarkson Martin Buber egzisztencialista filozófiai munkásságából kölcsönzi. Buber (1999) az én-te kapcsolatot – az én-az kapcsolattól megkülönböztetve – két személy kölcsönös, teljes valójukkal jelenlévő kapcsolataként írja le. A terápiás kapcsolat ezen modalitására a szakirodalom legtöbbször valódi kapcsolatként (pl. Gelso & Carter, 1994) utal.
- (5) A **transzperszonális kapcsolat** a terápiás kapcsolat spirituális aspektusát írja le, amely során a terapeutában és a páciensben is tudatosul emberi állapotunk

értelem után kutató sajátossága. A transzperszonális kapcsolatot paradox módon egyszerre jellemzi egy sajátos intimitás és az én kiüresítése.

Bár jelen dolgozat keretei között teljes bemutatására terjedelmi okokból nem vállalkozok, mégis fontos lehet hangsúlyozni a szerző véleményét saját modelljével kapcsolatban. Clarkson – megállapításához híven, amely szerint minden pszichoterápiás kapcsolatban jelen van mind az öt modalitás – történetileg is levezeti eredetüket, megmutatva azt, hogy a különböző irányzatok mely fogalmakkal utalnak az adott kapcsolati típusra.

A kapcsolt fent bemutatott sokszínűsége talán egy metaforával ragadható meg leginkább, amelyben a filozófiai, esztétikai és irodalmi vonzalmakkal is rendelkező Clarkson (1994b) modellje univerzális érvényességét fejt ki: a terápiás kapcsolat öt modalitása „a zongora billentyűihez hasonlítható, amelyek közül néhányat gyakrabban és hangosabban szólaltatnak meg a zene természetéből fakadóan. De a hangok potenciálisan ott vannak minden terápiás találkozásban, attól függetlenül, hogy a zongorista megszólaltatja-e őket, vagy a zeneszerző elismeri-e létjogosultságukat a partitúrában” (28-29.o.).

### **III.2.3. A pszichoterápiás kapcsolat összetevői – a Gelso-Carter modell**

A fenti két modellel ellentétben a most bemutatásra kerülő elképzelés nagy előnye, hogy az összetevők felsorolásán, fogalmi tisztázásán kívül arra is vállalkozik, hogy a komponensek terápia során tapasztalható interakcióját és idői paramétereit is figyelembe vegye. Éppen ezért ez a modell kerül legbővebb bemutatásra, illetve ez a modell lesz az, amit a későbbiekben is viszonyítási alapul használok a terápiás kapcsolat mint kötődés bemutatása során. Greenson (1967 idézi Gelso & Carter, 1994) pszichoanalitikus modelljéből kiindulva Gelso és Carter (1994) arra tesz kísérletet, hogy a lejjebb vázolandó hármast felosztást minden terápiás és tanácsadói kapcsolatra kiterjessze. Felosztásuk három összetevőjeként a munkaszövetséget, az áttételi konfigurációt és a valódi kapcsolatot tárgyalják. Elsőként az egyes komponenseket, majd ezek interakcióját, végül pedig idői lefutásukat mutatom be.

Bordin (1979) különböző olyan pszichoanalitikus nézetek integrációjából alakította ki a **munkaszövetség** fogalmát, amelyek a terápiás szerződést, illetve a terapeuta és a páciens racionális énje közti megegyezést vagy a valódi kapcsolatot hangsúlyozzák. Szerinte ez a háromarcú jelenség felelős részben, ha nem teljes

egészsében iskolától függetlenül minden terápia sikerességéért. A munkaszövetség három aspektusát különbözteti meg: (1) a terapeuta és a páciens megegyezése a munka céljáról, (2) megegyezés azokról a feladatokról, amelyek szükségesek ezen cél eléréséhez, (3) illetve egy kölcsönösen megtapasztalt érzelmi kötelék.

Az **áttételi konfiguráció** mind a páciens áttételét, mind pedig a terapeuta viszontáttételét tartalmazza. Mivel a terápiás kapcsolat kötődésként csak a páciens oldaláról képzelhető el, jelen leírásban is – a páciens szemszögét tartva szem előtt – főképp az áttételről írok. Az áttétel fogalma nagy változásokon, (át)értelmezéseken ment keresztül (a fogalom változásáról lásd pl. Harris, 2005; Green, 2005), így én is a modell szerzőihez kapcsolódva az áttételt a terapeutával való kapcsolat torzult észlelésének, megélésének tekintem, míg a viszontáttételt a terapeuta áttételének, amely a páciens áttételes és áttételtől mentes kommunikációjára válaszként egyaránt megjelenik.

Mivel a valóság mindig elválaszthatatlan az észlelőtől, ezért állandóan hatással vannak rá az észlelő különböző tulajdonságai, korábbi tapasztalatai, így áttételei is. Gelso és Carter (1994) mégis külön összetevőként sorolja a **valódi kapcsolatot**, és úgy hivatkozik rá, mint a kapcsolat azon aspektusa, amely alapvetően nem áttételi jellegű. A kapcsolat ezen összetevőjének két meghatározó tulajdonsága van: (1) a hitelesség arra utal, hogy a kapcsolatban résztvevők valódi önmagukat adják, míg (2) a valódi észleletek azokra az észleletekre utalnak, amelyek mentesek az áttétel és más védekezések torzító hatásától. A szerzők ironikusan jegyzik meg, hogy ez a legelhanyagoltabb része a terápiás kapcsolatnak, feltételezésem szerint azonban ennek egyszerűen megfeyjthető oka van. Bordin (1979) ugyanis a munkaszövetség fogalmába olyan analitikus elképzeléseket is beolvasztott, amelyek a valódi kapcsoltra vonatkoznak. Emellett az áttétel is tartalmazhat elemeket a valódi kapcsolatból, hiszen Greenberg (1994) a modellről írt kritikájában pontosan azt nevezi meg a valódi kapcsolat elképzelésének legnagyobb problémájaként, hogy mind fogalmi, mind pedig mérési szinten nehezen elkülöníthetőnek látja azt az áttételtől.

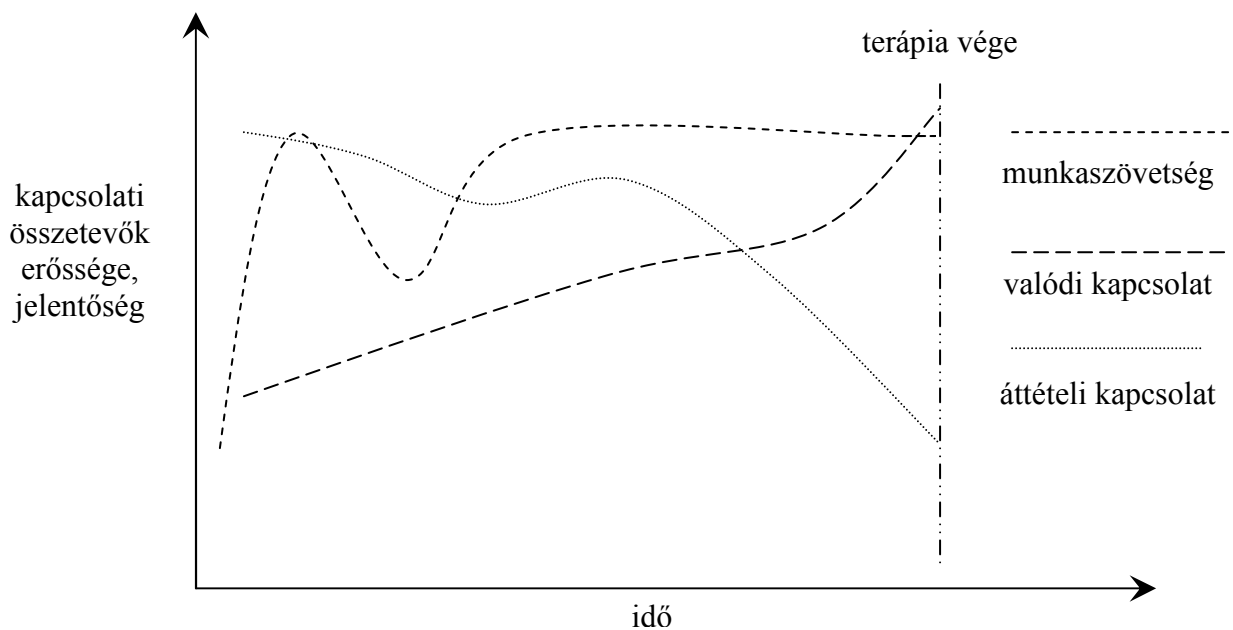
**Az összetevők interakciója.** A komponensek egymásra gyakorolt hatását a szerzők kilenc pontban foglalják össze. Ezek közül most csak azokat emelem ki, amelyek a kapcsolat páciens által megélt aspektusára vonatkoznak, hiszen – ahogy azt már korábban is írtam – a terápiát is csupán a páciens nézőpontjából nevezhetjük kötődésnek. Az interakciók közül tehát az alábbi hat releváns:

- (1) A pozitív áttétel erősíti, míg a negatív gyengíti a munkaszövetséget.



- (2) A munkaszövetség elősegíti az áttételes érzések kifejezését, illetve védi a kapcsolatot a negatív áttétel hatásaitól.
- (3) Minél pozitívabb a terápia résztvevőinek egymáshoz való hozzáállása a valódi kapcsolatban, annál erősebb lesz a munkaszövetség, ugyanakkor a túl pozitív hozzáállás (egyfajta idealizálás) gátolhatja a munkaszövetség hatékony kialakulását.
- (4) Minél erősebb a munkaszövetség, annál gyakoribbak a hiteles, valódi érzelmi megnyilvánulások.
- (5) A munkaszövetség több mint az áttételi konfiguráció és a valódi kapcsolat összege. Egyfajta *kötődés* (sic!), amely elősegíti a terápiás munkát, és tartalmazza a résztvevők szerepelvárásait.
- (6) Az áttétel / viszontáttétel és a valódi kapcsolat komplementer módon nyilvánul meg. Ha az egyik előtérben van, a másik háttérbe szorul. Ez történhet például, amikor az áttételes torzítások átdolgozásra kerülnek, nagyobb teret engedve a realisztikus észlelésnek.

**Az összetevők változásai a pszichoterápia során.** Az összetevők a szerzők (Gelso & Carter, 1994) szerint jellegzetes idői mintázatokat is produkálnak, amelyek a terápia hatékonyságához nagyban hozzájárulnak. A következőkben az összetevők egy hatékony terápia során mutatott jellegzetes alakulását mutatom be. A munkaszövetség kezdeti megalapozása minden terápia szempontjából fontos, hiszen ez a szövetség az a tartópillér, amely a krízisek átdolgozása során megtartja a kapcsolatot. A munkaszövetség a kezdeti megerősödés után visszaesést mutat, majd visszaáll a kezdeti magasabb szintre. Az áttétel kezdetben a páciens általános személyészlelési sajátosságait fogja tükrözni, majd hatását nem önmagban fejtí ki, hanem az értelmezésen keresztül nyert belátással együtt. Tehát a terápia sikeressége nem az áttétel erősségének, megjelenési intenzitásának, hanem az átdolgozásnak a függvénye. Természetesen a legkedvezőbb kimenetelt a „sok áttétel sok belátással” konfiguráció adja. A valódi kapcsolat folyamatosan mélyül, ahogy a terápia előrehalad. A valódi kapcsolat a terápia későbbi szakaszaiban a legkifejezettebb, és az áttételes kapcsolat háttérbe szorulásával jár együtt. Az összetevők idői alakulását a terápia során a 3.1. ábra mutatja be.



3.1. ábra  
A terápiás kapcsolat összetevőinek jellemző idői alakulása a páciens szemszögéből

A Gelso-Carter modell bár jól bemutatja az összetevők közötti komplex összefüggéseket és idői alakulásukat, mégis fogalmi tisztázatlanságoktól terhes (lásd az összetevők bemutatásánál). Ez és a terápiás kapcsolat összetettsége, amely a gyakorlatban teljes komplexitásában és nem összetevőkre bomolva mutatkozik meg, a következő kérdést veti fel: vajon nem célszerűbb-e a terápiás kapcsolat jellemzésére egy robusztusabb, azt teljes egészében megragadni próbáló fogalmat használni? Mielőtt erre a kérdésre próbálnék választ adni, bemutatom a terápiás kapcsolat még egy fontos aspektusát, majd azt, hogyan dolgoznak a különböző iskolák képviselői a terápiás kapcsolattal.

### III.2.4. A pszichoterápiás kapcsolat etikai vonatkozásai

A fentiekben láthattuk, hogy a pszichoterápiás kapcsolatot a hétköznapi kapcsolatoktól – több más vonás mellett – az is megkülönbözteti, hogy ez a kapcsolat professzionális, szakmai. Az emberi együttélést szabályozó normák a felnőtt hétköznapi kapcsolatokban is megkövetelik bizonyos morális-etikai megfontolások követését, a pszichoterápiás kapcsolatban azonban az etikai felelősség a kapcsolat jellegzetességeiből adódóan nem egyenlő arányban oszlik meg. A kapcsolat

szakmaisága ugyanis azt is jelenti, hogy a terapeuta etikai felelősséggel is bír a kapcsolat tekintetében, míg a páciens ez alól állapota – vagy esetleg maga az alkalmazott technika – részben vagy teljes egészében mentesíti. Beauchamp és Childress (1983 idézi Reimer, 2004) a pszichoterápiás munka vezérfonalául négy etikai elvet neveznek meg: (1) az emberi autonómia tiszteletben tartása, (2) az ártalomokozás kerülésének parancsa, (3) a segítségnyújtási kötelezettség, és (4) az igazságosság elve, amely a terápiás hozzáférést érintő döntések meghozatalában a szakmai szempontokon kívül más tényezőket (pl. etnikai hovatartozás, anyagi helyzet) nem tűr meg. Ezekről a szabályokról a Pszichoterapeuták Etikai Kódexe (1993) is rendelkezik, amely tíz témakörben szabályozza a Magyarországon működő pszichoterapeuták etikus szakmai viselkedését. Ez a szabályrendszer a hetedik témakörben (A páciensek védelme) tér ki a páciens-terapeuta kapcsolatot érintő kérdésekre, amelyben tiltja a terápiás kapcsolattal való visszaélés bármiféle (szexuális, narcisztikus, anyagi stb.) formáját, és fontosnak tartja a személyes és szakmai vonatkozások szétválasztását.

A pszichoterápiás kapcsolat intimitásához nem csak a közelség, hanem a határok megfelelő tartása is hozzátartozik<sup>20</sup>. Mivel pácienseink gyakran éppen ezen a területen mutatnak hiányosságokat, küzdenek problémákkal, egyértelműen a terapeuta feladat eme határok betartatása és biztosítása. Ez a téma azért is különösen fontos, mert a gyakran a terapeuta számára sem tudatos határátlépések, határsértések a legnagyobb sérülések, iatrogén ártalmak okozói lehetnek.

A páciens és terapeutája közti szexuális viszony tiltásával már a Hippokratészi eskü szövegében is találkozunk: „Minden házba a betegek javára lépek be, s őrizkedni fogok minden szándékos károkozástól, különösen férfiak és nők szerelmi élvezetre használatától, akár szabadok, akár rabszolgák” (Hippokratész, é.n.). Ugyanakkor a terapeuták és pácienseik között létesülő szexuális kapcsolat felderítése és valós előfordulásának megbecslése – éppen a terápiás kapcsolat intimitása és a terápiás tér zártsága miatt – nagyon nehéz feladat. A nehézséget a felmérésekből származó adatok nagy szórása is jól mutatja: a különböző tanulmányokban a pácienssel létesített szexuális viszonyt elismerő terapeuták aránya 2-10% között mozgott. Ezt az eredményt a visszaküldők alacsony aránya is megbízhatatlanná tesz (Reimer, 2004; Lamb, Catanzaro & Moorman, 2003; Lamb & Catanzaro, 1998).

---

<sup>20</sup> Itt csak utalok Ferenczi (1932/1971) nyelvzavar-elméletére, amely az intimitás és szexualitás összezavarásán keresztül magyarázza azt a jelenséget.

A terápiás kapcsolattal történő visszaélések másik nagy csoportja az úgynevezett nárcisztikus visszaélés. Dreyfus és Haug (1992 idézi Reimer, 2004) definíciója alapján nárcisztikus visszaélésnek nevezünk a pszichoterápiában minden olyan interakciót és kapcsolati mintázatot terapeuta és páciens között, amely elsődlegesen a terapeuta nárcisztikus megerősítését szolgálja, és ezáltal a páciens valós szelfjének kibontakozását megakadályozza vagy nehezíti, tehát a páciens a terapeuta inkongruens módon tükrözi. A felszínen ellentétesnek tűnő viselkedések mögött egyaránt húzódhat a terapeuta nárcisztikus kielégülés utáni vágya. A következőkben két, tipikusnak mondható helyzetípust mutatok be. A *határtalan empátia* a megértettség érzését kelti a betegben, de gyakran olyan szintet ér el, ahol a szavak is feleslegessé válnak. Egyfajta szimbiotikus összejátszás ez terapeuta és páciens között, ahol a terápia légkörét a béke és nyugalom uralja. A terapeuta a „tökéletes megértő” szerepében tetszeleghet és duzzaszthatja önbizalmát, ugyanakkor a terápiás helyzet alkalmatlanná válik például az agresszió és a harag kifejezésére. Ez a terapeuta, akire haragudni sem lehet, a helyzettel gyakran korai gyermekkori traumák újraátélését kényszeríti a pácienseire. Ezek a terápiák általában vég nélkül zajlanak, hiszen a páciens leválása csak a terapeuta nárcisztikus igényének feladásával valósulhatna meg. Felszínen a másik végletet mutatja a *terapeuta nárcisztikus visszavonulása*, amely leggyakrabban a negatív áttétel hatására jelenik meg. A terapeuta belső távolságtartása az empátiás képesség elvesztését eredményezi, és így egy valódi terápiás munka folytatásának lehetősége erősen kétségbe vonható.

Bár a páciensekkel való gazdasági visszaélés a pszichoterápia etikai kérdéseinek kevésbé reflektált területe, már Dührsennél (1969 idézi Reimer, 2004) találunk utalást erre, amikor „orális-kizsákmányoló” viszontáttételről ír. Ez alatt a terapeuta tudattalan tendenciáját érti, hogy a jól menő terápiák időtartamát meghosszabbítsa. A gazdasági kizsákmányolás nemcsak a páciens, hanem például az egészségbiztosító felé is megjelenhet, amennyiben a kezelés módjának megválasztása nem racionális, tudományos alapokon nyugszik, hanem például a terapeuta képzettsége, elhivatottsága határozza meg a kezelés módját, még ha az indikáció nem is teljesen adekvát. A visszaélések ezen típusa nemcsak a pénztárcákra, de a páciens belső ökonómiájára is irányulhat. A pszichoterápiás folyamat ugyanis természeténél fogva erőteljesen megköti a lelki energiákat, és egy bizonyos idő után már más, akár fontosabb tevékenységektől veszi el azt. Ez jól megmutatkozik azokban a merev szabályokban, amelyeket egyes terapeuták állítanak fel a fizetésre vagy a szabadságotra vonatkozóan. A beteg szinte

nem tud úgy időpontot lemondani, hogy ne fizessen, vagy éppen a terapeuta arra kötelezi, hogy a szabadságát az övével egy időben vegye ki.

A fentiekben láthattuk, hogy a pszichoterápiás kapcsolat alakítása komoly etikai kérdéseket vet fel. És bár tárgyalásuk elsősorban a felelősséget viselő terapeuta oldaláról történt, nem kétséges, hogy etikai elgondolásainkat, lelkiismeretünket magunkkal visszük a terápiába, és ott implicit módon a kapcsolat részét fogják képezni. Explicitté válásuk az etikai előírások megsértése esetén egyértelmű (pl. jogi felelősségre vonás), ugyanakkor egyes módszerek – például az egzisztenciális pszichoterápia (Yalom, 2004) illetve a kontextuális családterápia (Böszörményi-Nagy & Krasner, 2001) - vagy a terápia bizonyos szakaszai (például a szerződéskötéskor a terápia kezdeti fázisában a határok megbeszélése) a páciens számára is láthatóvá teszik a fenti kérdéseket. Azonban arról megfélekednünk nem szabad, hogyha nem is láthatóak a kapcsolatot körülvevő etikai dilemmák a páciensek számára, mindenképpen ők azok, akik intenzívebben érzik meg azok hatásait.

### **III.2.5. Hogyan dolgoznak a kapcsolattal a különböző pszichoterápiás iskolák terapeutái?**

Ebben a részben az általános vonatkozások bemutatása után rátérek annak rövid áttekintésére, hogyan dolgoznak a kapcsolattal a különböző iskolákhoz tartozó terapeuták. Terjedelemi okoknál fogva az ismertetést vázlatosan és a leglényegesebb különbségeket kiemelve végzem, illetve abban is korlátozom magam, hogy csak a történetiségükben legmeghatározóbb iskolák (pszichoanalízis illetve pszichodinamikus irányzatok, kognitív és viselkedésterápia, humanisztikus pszichoterápiák) esetében mutatom be azt, miként képezi részét a kapcsolat a terápiás munkának. Miközben az egyes iskolákat a terápiás kapcsolat egyes összetevőivel szoros párhuzamba állítom, természetesen tudatában vagyok annak, hogy a különbségek pusztán hangsúlybeliek, és a terápiás kapcsolat minden vonatkozása, ha csak implicit módon is, de minden terápiában jelen van.

#### **III.2.5.1. Pszichodinamikus pszichoterápiák – munka az áttételi konfigurációval**

A freudi elméleti feltevések bővítése, átdolgozása nagymértékű burjánzást indított el a dinamikus elméletek körében. Éppen emiatt a pszichodinamikus pszichoterápiák a kezelések családi hasonlóságon alapuló csoportját alkotják, semmint

hogy pontosan definiálható kritériumokkal rendelkezzenek, amelybe minden magát dinamikusnak tekintő irányzat belefoglalható. Gabbard (2004) alapelvekben fogalmazza meg a dinamikus pszichoterápiák közös vonásait: elismerik a tudattalan jelentőségét, a gyermekkori események történeti fontosságát, a viselkedés és a tünetek többszörös tudattalan determináltságát. Emellett kezeléstechnikailag az áttétel, a viszontáttétel informatív jellegét és az ellenállást mint a terápiás munka fő fókuszát hangsúlyozzák. A fenti jellemzés alapján tehát várható, hogy a terápiás kapcsolat összetevői közül is az áttétel-viszontáttételi konfiguráció fog előtérbe kerülni. Mivel a dolgozat későbbi részében is a páciens szemszögéből foglalkozom a terápiás kapcsolattal, ezért ebben a részben az áttételi konfiguráció páciens oldaláról létrejövő aspektusával, az áttétellel foglalkozom.

A pszichoanalízis nemzetközi szótára az alábbiak szerint határozza meg az áttételt (Denis, 2005): korábbi nagy érzelmi töltetű kapcsolatokban tapasztalt és szerveződött érzések, vágyak és *kapcsolódási módok* átvitele egy másik személyre – legfőképpen a pszichoanalitikusra. A fogalom jelentősége jól érzékeltethető Luborsky és munkatársai (1985 idézi Smith, 2003) megjegyzésével, miszerint ez Freud legnagyobb hatású klinikai hipotézise. Az áttétel fontosságát azonban nemcsak a kapcsolat és a páciens belső világának megértésében betöltött szerepe adja, hanem az is, hogy a kezelés fontos eszközeként, technikájaként is megjelenik. A rövid dinamikus pszichoterápia, amely Malan (1992) szerint a legfontosabb fejlődés a tudattalan felfedezése óta, a dinamikus pszichoterápiák esszenciáját jeleníti meg. Ebben a módszerben a terapeuta aktív munkája alapvetően két háromszögben, a konfliktus és a személyek háromszögében jelenik meg (Davanloo, 1992). A személyek háromszögén történő munka a múltbeli kapcsolatok, a jelen kapcsolatok – különösképpen a terapeutával való kapcsolat – és az áttétel közti összefüggések feltárására koncentrál. A pszichodinamikus megközelítésben az áttétel teszi lehetővé azt, hogy a páciens problémája a rendelőben, a terápiás „itt és most”-ban újra életre keljen, és azt mélységében és a létezés szempontjából releváns módon megvizsgálják. Egy másik hasonlóan fontos megközelítésben az áttétel a páciens emlékezési módja azokra az eseményekre, amelyek tudattalanul a pszichológiai szenvedést előidézik (Ursano, Sonnenberg & Lazar, 2004).

A fenti technikai megfontolások azok, amelyek az áttételt fontossága szerint a többi kapcsolati összetevő fölé emelik. Ez azonban nem jelenti azt, hogy a dinamikus pszichoterápiák ne foglalkoznának a munkaszövetséggel vagy a valós kapcsolattal. A

terápia kezdetén jelentkező áttételes érzések értelmezése, átdolgozása jó alapot jelent egy teherbíró munkaszövetség kialakítására (Malan, 1989), míg a klasszikus freudi passzivitást elvető módszerekben (például dinamikus rövidterápiák) a terapeuta aktivitása, direktivitása, intenzív jelenléte a valódi kapcsolat szintjén is jól érzékelhetővé teszi őt a páciens számára (Ábrahám, Árkovits, Vörös & Osváth, 2008). A valódi kapcsolat jelentőségét azok az irányzatok is aláhúzzák, amelyek a modern csecsemő kutatások eredményeit a terápiás változás értelmezésére alkalmazzák (Modell, 1998). Az implicit kapcsolati tudás megváltozásának átmeneti állapotát Stern (1998) a „találkozás pillanatának” nevezi, amely azáltal jön létre, hogy a „most pillanathoz” mindkét fél egyedi és hiteles módon járul hozzá. Ez teremti meg azt a „nyitott teret”, amely a kapcsolati viszonyulás újfajta megtapasztalását teszi lehetővé.

### **III.2.5.2. Kognitív viselkedésterápia – a munkaszövetség és a kooperáció jelentősége**

A kognitív viselkedésterápia gyűjtőfogalom alatt a kognitív modellt alkalmazó pszichoterápiákat értjük, így a standard kognitív terápián kívül a kognitív és viselkedéses stratégiák ateoretikus alkalmazását is magában foglalja. A kognitív viselkedésterápia alatt terápiás technikák egy csoportját is értjük, amelyekben kognitív megközelítést és viselkedéses eljárásokat ötvöznek (Knapp & Beck, 2008). A gyakran szakmai körökben is elterjedt közhiedelemmel ellentétben a kognitív viselkedésterápia nagy figyelmet szentel a pszichoterápiás kapcsolatnak. Ugyanakkor a kapcsolathoz való viszonyulás sajátos, a módszerre jellemző színezetet ölt. A kapcsolat általános hatótényezői és a kognitív illetve viselkedéses technikák szoros kölcsönhatásban állnak egymással. A legtöbb szerző (Beck & Emery, 1999; Beck, Rush, Shaw & Emery, 2001; Lejuez, Hopko, Levine, Gholkar & Collins, 2006) a kapcsolat kooperatív jellegét, a rapport jelentőségét, vagyis a Gelso és Carter (1994) modellje szerinti munkaszövetséget hangsúlyozza. A megközelítés részletesebb kifejtése előtt hangsúlyozni szeretném, hogy a kapcsolat fontossága a kognitív viselkedésterápia esetében a módszer edukatív természetéből is fakad, hiszen a tanítás-tanulás vagy oktatás folyamatát – amennyiben hatékony oktatásra törekszünk – sem választhatjuk külön a tanár-diák kapcsolattól (Goldstein & Brooks, 2007).

Beck és munkatársai (2001) a depresszió kognitív terápiájáról szóló könyvükben a terápiás kapcsolatot úgy mutatják be, mint ami nagymértékben megalapozza a

technikák alkalmazhatóságát és hatékonyságát, ugyanakkor a technikák maguk is hozzájárulnak a kapcsolat mélyüléséhez. A hatékony terápiás munka alapjaként jelölik meg a kapcsolatot, amelyet melegség, empátia és hitelesség jellemez. Ezen felül a rapport jelentőségét hangsúlyozzák, amely „a terápiás kapcsolatban (...) érzelmi és intellektuális komponensek keverékéből áll” (Beck et al., 2001, 49.o.). A fenti leírás erősen emlékeztet Bordin (1979) korábban már ismertetett definíciójára, amelyet a munkaszövetségről fogalmazott meg. A munkaszövetség fontosságát tovább erősíti Beck és Emery (1999) leírása a szorongásos zavarok kezeléséről, ahol negyedik alapelveként a terápiát, mint páciens és terapeuta közös vállalkozását mutatják be. „A problémák megoldása csapatmunkát feltételez: azaz, olyan terápiás szövetségről van itt szó, amelyben a páciens szolgáltatja a nyers adatokat (...), a terapeuta pedig biztosítja a kezelés struktúráját és azt a szakértelmet, hogy miként oldhatók meg a problémák” (Beck & Emery, 1999, 146.o.). Az együttműködés fontosságát és komolyan vételét erősíti Beck és munkatársainak (2001) törekvése, amely szerint a nonkollaboratív technikák (például a „paradox intenció”) alkalmazása kifejezetten kerülendő a kognitív terápia során. Ezek ugyanis összeférhetetlenek azzal a meggyőződéssel, hogy a változás legbiztosabban akkor következik be, ha a páciens tudatos erőfeszítése megértéssel is párosul.

A kognitív viselkedésterápiában is megjelenik a kapcsolat és a technika szétválaszthatatlan összefonódása. Nemcsak a kapcsolat teszi hatékonyvá az alkalmazott technikákat, hanem a technikák is erősíthetik (vagy gyengíthetik) a kapcsolatot. DeRubeis, Brotman és Gibbons (2005 idézi Leahy, 2008) például kutatásuk során arra a megállapításra jutottak, hogy nem feltétlen az erősebb munkaszövetség vezet a pozitívabb eredményhez, hanem elképzelhető, hogy a pozitív kimenetel vezet a munkaszövetség pozitívabb észleléséhez. Beck és Emery (1999) tapasztalatai is igazolják ezt a gondolatmenetet: a szorongását kezelni képpé vált beteg gyakran a terápiás kapcsolatnak tulajdonítja az elért sikert. Ezen felül az értelmezésben megjelenő empátiás viszonyulást és a gyors tünetenyhülést is a rapportot erősítő hatásként mutatják be. A páciens-től a terápiás üléssel kapcsolatban kért visszajelzések gyorsan korrigálhatóvá teszik a kapcsolatra irányuló kognitív torzításokat, félreértelmezéseket, amelyek a kapcsolat gyengülését eredményezhetnék. Az áttételi konfigurációt nem munkaeszköznek, hanem elsősorban a munkaszövetséget és általa a terápiás haladást aláíró tényezőnek tekintik (Beck et al., 2001).



A fentiek ismeretében elmondható, hogy a kognitív viselkedésterápia sokrétűen foglalkozik a terápiás kapcsolattal. Nem is tehet másként, hiszen ahogy Kanfer első törvényében megfogalmazza (Kanfer et al., 1996 idézi Zimmer, 2004): ha nem jön vissza a beteg, nem fogod megváltoztatni a viselkedését!

### **III.2.5.3. A személyközpontú megközelítés – a kapcsolat valódisága**

Carl Rogers (2003) a személyközpontú megközelítés megalapozója úgy gondolta, hogy az ember születésétől fogva rendelkezik a fejlődés képességével, és megfelelő környezeti feltételek mellett különösebb beavatkozás és erőfeszítés nélkül teljességgel működő, egészséges személyiséggé alakul. A kliensközpontúnak is nevezett megközelítésben a terápiás technika és a terapeuta szakértelme helyett mindig a kliens illetve a vele való kapcsolat áll a kezelés középpontjában (Dryden & Mytton, 1999). Finke és Teusch (2004) egyenesen kapcsolati terápiának nevezi a személyközpontú terápiát, ami arra utal, hogy a kapcsolatot tekintik a legjelentősebb hatótényezőnek. Rogers (2003) így fogalmaz: „valódi változás csak egy kapcsolatban átélt saját tapasztalat eredményeként jöhet létre (...). Ha képes vagyok létrehozni egy bizonyos típusú kapcsolatot, a másik személy fel fogja fedezni önmagában azt a képességet, amellyel ezt a kapcsolatot növekedésére használhatja: személyisége fejlődni fog” (64-65.o.). A következőkben azt tekintem át röviden, milyen jellemzőkkel is bír ez a „bizonyos típusú” kapcsolat.

A kapcsolati viszonyulásban a legfontosabb hangsúlyeltolódás abban jelentkezik a személyközpontú megközelítésben, hogy erőteljesen elhatárolódik attól, hogy a terapeuta megfigyelőként viszonyuljon klienséhez, és a résztvevő-kapcsolatra helyezi a hangsúlyt (Finke & Teusch, 2004). A résztvevő-kapcsolat a kapcsolódás módozata szerint két további típusra bontható. Az „alteregő-kapcsolat” során a terapeuta beleéli magát a páciens helyzetébe, és empatikus módon megpróbálja őt megérteni. Ezen kapcsolódási mód három funkciója közül a támogató, erőforrásokat mozgósító funkciót emelem ki, hiszen – ahogy a későbbiekben látni fogjuk – többek között ezt a szerepet tölti be a páciens és terapeuta között kialakuló kötődés is. A másik típus a „dialógus-kapcsolat”, ahol a terapeuta nem átveszi a páciens nézőpontját, hanem szembeállítja a sajátját a kliensével. Ez az elképzelés Buber (1999) dialogikus elvéből eredeztethető, amely meggyőzte Rogers-t annak fontosságáról, hogy a kliens a terapeutát közvetlenül, valós és hiteles személyként ismerje meg. Ez teszi lehetővé a kliens számára, hogy önmagát a másikkal (Te-vel) való viszonyban meghatározza. Ennek a konfrontatív

viszonyulásnak a terápiás célja az, hogy a kliens korábbi, önmagáról alkotott negatív elképzeléseit megkérdőjelezze.

Az előzőekben röviden a személyközpontú megközelítés kapcsolati hangsúlyát próbáltam érzékelhetővé tenni, ahol a kapcsolat nem valamilyen terápiás technika hordozója, hanem maga a „technika”. Ez a kapcsolat azonban a terapeuta hitelességén túl azt is megköveteli, hogy a páciens élményeit valóságosként, hitelesként fogadja el. A kapcsolat valódisága így lesz a kliens számára is átélhető.

A fenti rövid bemutatások után bátran csatlakozom Broda és Senf megjegyzéséhez (2004b), hogy nem tartható tovább az állítás, amely szerint egyes pszichoterápiás módszerek számára jelentősebb a kapcsolat, mint mások számára. A kötődéelméletre tett nyílt utalás nélkül a szerzőpáros hasonló megállapítást tesz, mint amit én másutt a kötődéelmélet terminusaiban fogalmaztam meg (Láng, 2009): a terápiás kapcsolat – az én felfogásomban terápiás kötődés – jelenti azt a biztos alapot, amelyre a terapeuta módszerspecifikus technikáit építheti. A fentiek ismeretében a fejezet hátralévő részében a pszichoterápiás kapcsolat kötődéelméleti megközelítését mutatom be az elmélet, az alkalmazás és a mérés szintjén.

### ***III.3. A pszichoterápiás kapcsolat mint kötődés***

Bowlby munkássága a kötődéssel kapcsolatos trilógia (Bowlby, 1969; Bowlby, 1973; Bowlby, 1980) megírása után és az íráskor által kiváltott szakmai visszhang hatására, az 1980-as évektől egyre inkább az elmélet klinikai propagálása felé fordult. Tette ezt mindenekelőtt annak tükrében, hogy eredeti szándékával ellentétben nem a klinikumban dolgozók, hanem sokkal inkább a fejlődéslélektan kutatói tartották megfontolásra méltónak elméletét (Ainsworth & Bowlby, 1991). Ismeretterjesztő munkásságának fontos állomása volt a Maudsley Kórházban tartott előadása, amely a kötődés-elmélet terápiás vonatkozásairól szólt (Bowlby, 2009). Ebben a terapeuta öt feladatát határozza meg, amelyek hozzásegíthetik a páciens, hogy kötődési munkamódjait felismerje, átértékelje és újrastrukturálja. Az öt feladat a következő:

1. Biztonságos bázist nyújtani a páciensnek, ahonnan a múlt- és jelenbeli eseményeket akkor is explorálni tudja, ha ez társ nélkül elviselhetetlen lenne számára.
2. Kísérőtársaként segíteni a páciens a szembenézésben.
3. A terápiás kapcsolat elemzésére buzdítani a páciens.
4. Az aktuális észlelések és várakozások kötődési történetének felderítésében támogatni a páciens.
5. Annak értékelésére biztatni a páciens, hogy kialakult viszonyulásmódja megfelel-e jelenének és jövőbeli terveinek. Ez az (át)értékelés gondolkodási és cselekvési szabadságot jelent a páciens számára.

A fentieket Bowlby elismerten a terápiás munka kötődéselméleti újrafogalmazásának és nem originális terápiás módszernek tartotta. Ugyanakkor számunkra a harmadik ponthoz fűzött megjegyzése különösen fontos, hiszen itt a terapeutára kötődési személyként hivatkozik, ami a terápiás kapcsolat kötődési jellegét implikálja: „(...) a páciens belefoglalhatja mindazokat (...), hogy egy kötődési figura (ti. a terapeuta – megjegyzés tőlem – L.A.) hogyan érezhet és viszonyulhat hozzá, figyelembe véve a saját munkamódjait” (Bowlby, 2009, 128.o.).

A pszichoterápiás kapcsolat kötődési természetét azóta Parish és Eagle (2003) empirikus úton is igazolta. A szakirodalomból levezetve egy olyan kérdőívet állítottak össze (Kötődési Komponensek Kérdőíve (CAQ) – elemző bemutatását lásd később), amely a kötődés kilenc komponensének intenzitását, jelenlétét méri. A kilenc

komponens a következő: (1) közelségkeresés; (2) szeparációs tiltakozás; (3) biztonságos bázis – a kötődési személy kiindulási alap az explorációhoz; (4) biztos menedék – a kötődési személy megnyugtatót nyújt distressz idején; (5) a kötődési személy mint erősebb/bölcsebb; (6) a kötődési személy elérhetősége; (7) erős érzelmek a kötődési személlyel szemben; (8) a kötődési személy egyedisége, felcserélhetlensége; és (9) a kötődési személy mentális reprezentációjának felidézése segítség, önmegnyugtató céljából. Vizsgálatukban a kérdőívet párkapcsolatban élő, terápiába járó személyekkel vették fel, és arra kérték őket, ítélik meg, hogy a kilenc komponenshez tartozó állítások mennyire jellemzőek szerelmi illetve terápiás kapcsolataikra. A terapeutákat illetően a vizsgálati személyek mind a kilenc komponenst középérték felett jellemzőnek tartották a terapeutákra. Ezen kívül a biztonságos bázis komponenst nem szignifikáns módon, míg a bölcsebb/erősebb és az elérhetőség komponenst szignifikánsan jellemzőbbnek tartották a terapeutára, mint szerelmi partnerükre. Ebből azt a következtetést vonták le a szerzők, hogy a terapeuta valóban betölt kötődési funkciókat a páciens életében. Farber, Lippert és Nevas (1995) hasonlóan a kötődés különböző funkcióit sorra véve a terapeutát elsőként mint erősebb és bölcsebb személyt írják le. Itt kiemelik, hogy a hagyományos orvosszereppel ellentétben a terapeuta szakértelme inkább facilitátori és munkatársi viszonyulásban jelenik meg, ami különösen az alacsony státuszú betegek esetében jelenthet megoldandó problémát. Emellett a szerzők szerint bizonyos páciensek szemében a terapeuta a (pszichológiai) túlélés biztosítékát is jelenti. A terapeutához való kötődés egyediségét jól mutatja az a tapasztalat, hogy a páciensek vonakodnak a „helyettesítő” terapeutához fordulni még azokban az esetekben is, amikor saját terapeutájuk hosszabb ideig van távol. Mivel a kötődés hosszú távra szól, ezért annak bizonyítása is fontos, hogy a terapeuta hosszútávra válik kötődési személlyé. Ez abban nyilvánul meg, hogy különösen a terápiát sikeresnek tekintő páciensek jóval a terápia lezárulta után is előhívják terapeutájuk vagy a terápiás helyzet emlékét, amelyek a terapeuta fizikai távollétében töltenek be kötődési funkciókat. Ezen kívül a terápia kezdetén gyakran megjelenő erőteljes pozitív érzelmek – akár pozitív áttétel formájában is – vagy a kényszerű elválások során megjelenő, illetve az idői és érzelmi határok páciens általi megtapasztalásából származó intenzív szomorúság és/vagy harag, jól párhuzamba állítható a kötődés kialakulását kísérő pozitív érzelmekkel, és az elválasztást kísérő heves tiltakozással vagy az ezt követő kétségbeeséssel.

A fentiekben összefoglaltakat vizsgálatok is igazolják. A páciensek valóban biztonságos menedékként használják a terapeutát, hiszen legtöbbször akkor gondolnak

rájuk, amikor fájdalmas emlékek jutnak eszükbe (Geller & Farber, 1993 idézi Mikulincer & Shaver, 2007), és a terapeuta képének felidézése megnyugvás, biztonság és elfogadás érzését kelti (Rosenzweig et al., 1996 idézi Mikulincer & Shaver, 2007). Az augusztus-jelenség<sup>21</sup> vizsgálatában Barchat (1989 idézi Mikulincer & Shaver, 2007) megfigyelte, hogy a több héten keresztül tartó terapeutától való távollét a terapeuta utáni vágyakozást váltja ki a betegekből, düh, szomorúság és félelem kíséretében. Ezek az érzések nagyon hasonlóak azokhoz, amelyeket Bowlby (1969) gondozójuktól elválasztott csecsemők és gyermekek esetében korábban leírt.

A már ismertetett és még bemutatásra kerülő hasonlóságokon kívül a csecsemő-gondozó és a páciens-terapeuta kötődés különbségeire is szeretném felhívni a figyelmet (Farber et al., 1995). Ezek a különbségek elsősorban a terápiás kapcsolatra jellemző sajátosságos idői, anyagi és etikai keretből származnak. Emellett a terapeuta involváltsága egyértelműen kisebb, mint a szülőé, ez teszi lehetővé számára, hogy objektívebb legyen páciensével. Ennek, és az érzelmi kölcsönösség hiányának megtapasztalása a páciens részéről csökkentheti hajlandóságát a kötődés kialakítására. Ugyanakkor a kapcsolatban jelenlévő bizalmi légkörrel párosulva, ugyanezen tényezők a kötődés kialakulásának is kedvezhetnek.

A fentiek jól szemléltetik a terápiás kapcsolat kötődési jellegét, ugyanakkor kritika is felmerült azzal kapcsolatban, hogy minden terápiás kapcsolatot kivétel nélkül kötődésnek tekinthetünk-e. Schuengel és van IJzendoorn (2001 idézi Ma, 2007) óvatosságra int, és az alábbi három kritérium teljesülésétől teszi függővé, hogy a terápiás kapcsolatot kötődésnek nevezhetjük-e: (1) a páciens legyen elvágva korábbi kötődési hálózatától, hogy új kötődésre legyen szükség; (2) a megküzdéshez ne legyen elegendő a páciens belső erőforrása, ez szükségessé teszi a kötődési rendszer aktiválását; és (3) kialakítható legyen egy stabil biztonságos bázis az adott ellátórendszerben. A harmadik kritérium teljesülése szervezeti szempontból megfontolandó, és a terápiás keret fontosságára hívja fel a figyelmet. A második kritérium véleményem szerint akár a pszichológiai probléma definíciójaként is adható, tehát az esetek többségében adott, amikor a pszichoterápia lehetősége felmerül. Az első kritérium magában hordozza kritikáját. A szerzők ugyanis kötődési hálóról beszélnek, ami nagyon helyesen azt mutatja, hogy ők is úgy képzelik, miszerint egy személy több másik személlyel is kialakíthat kötődési kapcsolatot. Így a terapeutával kialakított

---

<sup>21</sup> Amerikában a terapeuták általában augusztusban veszik ki közel egy hónapos szabadságukat, ami értelemszerűen a terápiák szüneteltetésével jár együtt.

kapcsolat pusztán a hálózat bővülését jelenti, és nem csak izolációban képzelhető el<sup>22</sup>. Ezen kívül a kötődési kapcsolat kialakulását a páciens és a terapeuta között a páciens részéről az a felismerés is segítheti, hogy az eddigi kötődési kapcsolatai diszfunkcionálisan működnek. A kritikát Schuengel és van IJzendoorn (2001 idézi Ma, 2007) részéről fontosnak tartom annyiban, hogy rámutat arra: nem minden közvetlen kapcsolat kötődés. Ugyanakkor gyengének érzem ahhoz, hogy elvessem az elképzelést, miszerint a terapeuta kötődési funkciókat tölt be a páciens életében.

Obegi (2008) a terápiás kapcsolat alakulását, időbeli kibontakozását vizsgálta a kötődésemélet perspektívájából. A szerző Bowlby (1969), az első fejezetben már általam is bemutatott, a kötődés szakaszairól (a kötődés előttiségtől a cél-igazított partnerségig) tett megállapításait használja fel. Obegi (2008) szerint, tehát a páciens-terapeuta kötődés is négy szakaszon megy keresztül a teljes kibontakozásig. Az első szakasz a **kötődés előtti időszak**. Ebben a kezdeti fázisban a páciens problémái orvoslásának reményében egy bölcsebb és erősebb személy közelségét keresi, ugyanakkor a terapeuta elérhetőségét is felméri. Ez utóbbi vonás megkülönbözteti a terápiás kötődést a csecsemőkori kötődéstől, hiszen a csecsemő számára a túlélés genetikailag kódolt parancsa felülírja a mérlegelés lehetőségét. A terapeuta viselkedésének felmérésében és megértésében a páciens korábbi kötődési tapasztalataira hagyatkozik. Élettanilag és érzelmileg a szakaszt megemelkedett arousal és magas szintű distressz jellemzi. A második szakasz (**alakuló kötődés**) elejére a páciens a terapeutát mint potenciális kötődési személyt fogadja el. A terápiás üléseken való részvétel iránti elkötelezettség lehetőséget teremt a kötődés kialakulására. A szakaszt a terapeuta biztos menedékként és biztos bázisként való használata jellemzi. A terapeuta jelenléte mind élmény-, mind élettani szinten megnyugtatólag hat a páciensre. A harmadik szakasz már **egyértelműen kötődés**. A páciens egyre inkább felcserélhetetlen, egyedi személyként tekint a terapeutára. Az ezt a szakaszt csecsemőkorban jellemző módon kísérő megnyilvánulások (pl. szeparációs tiltakozás, idegenfélelem, személypreferencia), ha nem is egyértelműen, de tetten érhetőek a terápia ezen időszakában. A terapeutáról közel teljes belső munkamoddellel rendelkezik a páciens, és azt a szükség idején segítségül is hívja. A szerző ezt a közelségkeresés kognitív ekvivalensének tekinti. A terápiában bekövetkező töréseket a páciens ebben a fázisban

---

<sup>22</sup> Természetesen akár a rendszerszemléletet is idézve (pl. Carr, 2006), egy új tag – jelen esetben a terapeuta – belépése a kötődési hálózatba, kapcsolati rendszerbe, az egész rendszert korábbi egyensúlyi állapotát is átalakíthatja.

már kötődési sérülésként éli át (Johnson et al., 2001 idézi Obegi, 2008). Fiziológiai és érzelmi szinten is dominál, hogy a terapeutával való kapcsolat fontos szabályozó szerepet tölt be. Végezetül a negyedik fázisra kialakul a **cél-igazított partnerség**, ami lehetővé teszi, hogy a folyamatos közelségkeresés helyett a figyelem szinte kizárólag az átdolgozandó problémákra irányuljon. A páciens képes elképzelni, hogy külső események akadályozhatják a terapeutát elérhetőségében, és ennek megfelelően alkalmazkodni tud a helyzethez vagy tárgyalni tud a terapeutával az akadály megszüntetéséről. Arról, hogy a szakaszok megjelenése mikorra tehető a terápiában nem nyilatkozik a szerző. Bowlby (1969) eredeti szakaszolása a cél-igazított partnerség elérését 3-4 éves korra teszi. Ennek módosítások nélküli alkalmazása a terápiás helyzetre helytelen lenne, hiszen a gyermek és gondozója közti kötődés teljes kibontakozása a kognitív fejlődéssel párhuzamosan mehet csak végbe (például a perspektívaváltás képessége fontos előfeltétele a cél-igazított partnerség kialakulásának). Tehát felnőttkorban ennél gyorsabb alakulásra kell számítanunk, különösen annak tekintetében, hogy a terapeuta tudatosan serkentheti egy kötődési kapcsolat kialakulását.

A kapcsolati etika szempontjából két releváns vonását emelem ki a terápiás kötődésnek. Johnson és munkatársai (2001 idézi Obegi, 2008) a terápiás kapcsolat harmadik szakaszában, amikor már valódi kötődésről beszélhetünk, a kapcsolatban bekövetkező minden törést kötődési sérülésnek neveznek. Tehát azokban a terápiás kapcsolatokban, amelyek fejlődésük során már elérték ezt a szakaszt, a páciensek fokozottan sérülékenyek az őket a terapeuta mint kötődési személy részéről érő bármiféle traumával, különösen a korábbiakban említett szexuális vagy nácisztikus kihasználással szemben. A kötődési trauma az általában vett trauma következményein túli negatív hatással is bír. A kötődési személy által okozott trauma ugyanis súlyosan aláássa a mentalizáció képességét azáltal, hogy a bántalmazott fél a jelentős másik fenyegető szándékai elől elmevaktságba menekül, felhagy a mentalizációval, vagy ha még nem alakult ki nála, bele sem kezd (Fonagy, 2008). A bántalmazást elszenvedő az elmevakság állapotában képtelen lesz a másik (ártó) szándékainak felismerésére. Ez kétségbeesett próbálkozás a viszonylagos pszichés integritás megőrzésére. Azonban ennek nagy ára van: az előző fejezetben bemutatott, mentalizációt megelőző két valóság-tapasztalási mód integrációjának elmaradása. A traumát elszenvedő megreked a pszichés ekvivalencia állapotában, és a mintha-mód kontrollálatlan betörései disszociációt vagy ahhoz közeli állapotokat hoznak létre, ahogyan azt például borderline

személyeknél tapasztalhatjuk. A mentalizáció oldaláról történő megközelítés mellett a pszichoterápiás kapcsolat etikai kérdéseit a viselkedéses rendszerek oldaláról is közelíthetjük. A páciensben a kötődési viselkedéses rendszer aktiválódik, és ez a személyközi határokat és szerepeket nagyon határozottan kijelöli. A páciens által mutatott kötődési igényre a terapeuta a segítségnyújtás etikai parancsától (Beauchamp és Childress, 1983 idézi Reimer, 2004) vezérelve kizárólag gondoskodással reagálhat, amelyet a gondoskodói viselkedéses rendszer vezérel. Tehát bármely más, a társakra irányuló viselkedéses rendszer aktiválódása – vagy legalábbis cselekvéses megvalósítása – a terapeutánál súlyos határátlépésnek tekinthető: sem kötődési, sem affiliatív, sem szexuális szükségleteit nem elégítheti ki a terapeuta a pácienssel folytatott kapcsolatában.

### **III.3.1. A páciens-terapeuta kötődés viszonya a pszichoterápiás kapcsolat komponenseihez**

A fentiekben láthattuk, hogy a páciens és a terapeuta között a pszichoterápiás munka során olyan minőségű kapcsolat jön létre, amely teljes joggal megérdemli, hogy kötődésnek nevezzük. Ezen kívül azt is áttekinthettük, hogy ez a kapcsolat hogyan fejlődik, és milyen jellemzőkkel bír. Ebben a részben azt mutatom be, milyen viszonyban áll a kötődés a pszichoterápiás kapcsolat azon komponenseivel, amelyeket a korábbiakban már Gelso és Carter (1994) nyomán bemutatottam. A fent bemutatott, a pszichoterápiás kapcsolatot általánosságban tárgyaló elméletek közül választásom erre a modellre gyakori idézettsége<sup>23</sup> és empirikusan is viszonylag jól kutatható fogalmi apparátusa miatt esett. Ebben a vizsgálódásban kiindulási alapom a következő: a páciens és a terapeuta között létrejövő kötődést a pszichoterápiás kapcsolat mindhárom fogalomnál robosztusabb, szélesebb érvényességű megfogalmazásának tekintem. Természeténél fogva a kötődés mindhárom komponenst magában foglalja, ám ez nem csupán valamiféle összegződés, hanem a kapcsolat komplexebb megragadását teszi lehetővé. Tehát a következőkben az alábbi négy kérdésre keresem a választ:

---

<sup>23</sup> Az American Psychological Association internetes keresője ([www.psycnet.apa.org](http://www.psycnet.apa.org)) 2010. június 10-én 148 hivatkozást jegyzett Gelso és Carter (1994) tanulmányára.  
<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.citedRefsRecord&uid=1994-38236-001>



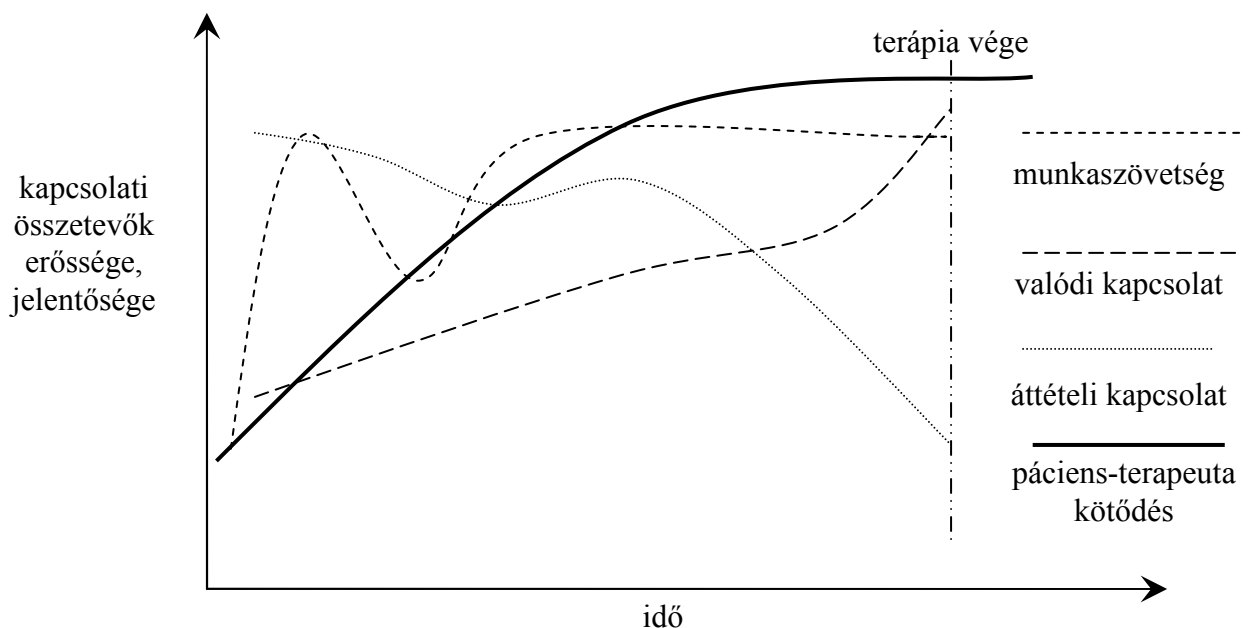
1. Mennyiben valódi kapcsolat a terápiás kötődés?
2. Mennyiben munkaszövetség a terápiás kötődés?
3. Mennyiben áttételi kapcsolat a terápiás kötődés?
4. Mi mást jelent még a páciens kötődése a terapeutához?

A kapcsolat valódisága már a kezdetektől fontos szerepet játszott Bowlby (1969) munkásságában. Fontosnak tekintette a valós szociális kapcsolatok elsőbbségét a csecsemő és gyermek fantáziavilágához képest. Ehhez hasonlóan a terápiás kapcsolatban is a kötődés – bár a korábbi tapasztalatok függvényében kialakult belső munkamodellek által befolyásoltan – a terapeuta valós megnyilvánulásai, valós észlelése függvényében alakul. A Greenberg (1994) által megfogalmazott, és általam a korábbiakban már említett, a valódi kapcsolat és az áttétel nehéz fogalmi és mérési szétválasztásáról szóló kritika is indokolhatja, hogy a két fogalmat a munkaszövetséggel együtt a terápiás kötődés fogalmába integráljuk. A kötődés és a valódi kapcsolat viszonyáról végzett kutatások (Marmarosh, Gelso, Markin, Majors, Mallery & Choi, 2009; Fuertes, Mislouack, Brown, Gur-Arie, Wilkinson & Gelso, 2007) eredményei a kötődési elkerülés és a valódi kapcsolat erőssége között negatív együttjárást mutatnak, tehát az intenzív kötődési elkerülés akadályozza egy erőteljes valódi kapcsolat kialakulását. Ugyanakkor ezek az eredmények két okból is csak fenntartásokkal fogadhatóak el. Először is a kötődés minőségének megállapítására a kötődés globális mérőeszközeit használták. Mivel azonban a terápia egyik lehetséges hatásmechanizmusa éppen a globális – feltételezhetően bizonytalan – kötődési minőségtől eltérő kapcsolati biztonság megtapasztalásának lehetőségében rejlik (ennek bővebb kifejtését lásd később), ezen összefüggéseket óvatossággal kell kezelnünk. Másodsor Marmarosh és munkatársai (2009) az adatokat a terápia kezdeti szakaszában (harmadik és ötödik ülés) gyűjtötték, ami a komponensek szétválásának hiánya miatt lehet problematikus. Az elkerülő kötődésű páciensek esetében, tartózkodásuk miatt, a valódi kapcsolat lassabb, késleltetett kialakulása, megerősödése várható, ugyanakkor a valódi kapcsolat csírái jelenthetik azt az élménytöbbletet, amely a terápiás kapcsolatban egy új kapcsolódási minőség megtapasztalását teszi lehetővé.

A terápiás kötődés mint munkaszövetség tárgyalásánál először is vissza szeretnék utalni a munkaszövetség definíciójára. Brodin (1979) a munkaszövetség három komponensét különböztet meg: kettő a célok és feladatok egyeztetéséről, míg egy az érzelmi kötelékről szól. A célok és feladatok egyeztetésének és közös

megvalósításának tekintetében a már idézett, Bowlby (2009) által a terapeutára kirótt feladatokat említem. Eszerint a terápiás cél sikeres elérésében elengedhetetlen a terapeuta biztonságos bázis funkciója és kísérőszerepe az explorációk során. Amennyiben a terápiás kapcsolat fejlődése során valóban egy cél-igazított partnerséget ér el (Obegi, 2008), a terapeuta fent megnevezett feladatai nem felülről érkező utasítások, megfontolásra ajánlott javaslatok formájában valósulnak meg, hanem a két fél megbeszélése és alkudozása során kialakított közös célok által. A munkaszövetség érzelmi komponense a valódi kapcsolattal átfedésben jelenik meg a terápiás kötődésben. Ezt jól mutatja a termináció során mutatott erős érzelmek (Zilberstein, 2008) és a nevetés (Nelson, 2008) szerepének kötődésméleti újraértelmezése. A fenti szerzők által bemutatott áttekintés tanúsága szerint korábban a nevetést feszültség-levezetésként, a termináció során mutatott heves érzelmektől kísért viselkedést pedig átdolgozatlan áttételi jelenségként értelmezték. A kötődésmélet azonban arra nyújt lehetőséget, hogy ezeket a viselkedéseket a kötődés megnyilvánulásaként, kötődési viselkedésként értékeljük. A termináció során mutatott szeparációs tiltakozás tehát nem a terápia hiányosságaira, hanem a kialakult érzelmi kötelék meglétére, fontosságára hívja fel a figyelmet. Sőt mi több, ez az érzelmi kötelék nem csak a terápia időtartamára szól! Ezt erősíti meg a 4.2. ábra is, amely a terápiás komponensek és a terápiás kötődés időbeli alakulását mutatja be a terápia során és azt követően. Míg Gelso és Cater (1994) a terápiás kapcsolat három komponensének terápia alatti alakulásáról beszélnek, addig az ábrán jól érzékelhető a páciens-terapeuta kötődés egy jellemző sajátossága: a kapcsolat nem ér véget a terápia befejeztével. A terapeutáról kialakított mentális reprezentáció a továbbiakban is biztosítja azt, hogy a terapeuta (vagy legalábbis mentális képviselője) kötődési funkciókat (például kiindulási alapul szolgálja az explorációhoz) töltsön be. Ami a munkaszövetség és kötődés összefüggésének empirikus vizsgálatát illeti, a témában született disszertációk szerzői (pl. Frehling, 2005; Britton, 2005) az irodalom áttekintése és saját vizsgálataik alapján a páciens globális kötődése és a munkaszövetség páciens általi megítélése között gyenge vagy éppen nem szignifikáns összefüggést találtak. Ugyanakkor a vizsgálatokat – általánosságban is, nem csak a két disszertációra szorítkozva – legalább két kritikával illehetjük. Először is, a páciens globális kötődési stílusát használják változóul (pl. Satterfield & Lyddon, 1995; Sauer, Lopez & Gormley, 2003), míg a munkaszövetség specifikusan a terápiás kapcsolatra vonatkozik. Így talán az sem elhamarkodott következtetés, ha ezeket a vizsgálatokat sokkal inkább az áttétel fogalmához kapcsolódónak tartom, hiszen a korábbi kapcsolati mintázatok és a jelenbeli

terápiás kapcsolat minősége közötti összefüggés feltárását célozza. Másodszer, mind a munkaszövetség, mind pedig a terápiás kötődés szempontjából problematikus, hogy a kérdőívek felvétele leggyakrabban a terápia igen korai fázisában, az első öt ülés során történik. Ez a rövid idő sem a munkaszövetség teljes kibontakozására, sem a terápiás kötődés kialakulására nem elegendő. Másrészt a 4.2. ábrán az is jól látható, hogy míg a terápiás kötődés erőssége, jelentősége ideális esetben lineárisan vagy logaritmikusan alakul az idő függvényében, addig a terápiás kimenetel szempontjából ideális, sikeresnek mondható munkaszövetség erőssége leginkább lineáris vagy U-alakú függvényekkel modellezhető (Dinger, Strack, Sachsse & Schauenburg, 2009).



4.2. ábra  
A terápiás kapcsolat összetevőinek és a páciens-terapeuta kötődés jellemző idői alakulása a páciens szemszögéből

A terápiás kötődés és áttétel kapcsán ismételten Bowlby-ig (2009) nyúlhatunk vissza. A terapeuta feladata az is, hogy a páciens rávezesse, hogy jelen kapcsolati munkamódja(i) kötődési történetének függvénye(i) – mind a terápiás kapcsolatban, mind azon kívül. De vajon történetiségünk önmagában elegendő-e ahhoz, hogy minden kapcsolati megnyilvánulásunkat áttétel által torzítottan gondoljuk el? A kapcsolatok kezdetén bizonyára így van ez – és nincs máshogy a terápiás kapcsolatban sem. Kötődési reprezentációink önmegerősítő természete és szelektív észlelésünk megnehezítik a változást, ugyanakkor egy másik személy újfajta viszonyulási módjának

megtapasztalása több évtizedes berögződéseinket is megingathatja, ahogy ezt a valódi kapcsolatnál már hangsúlyoztam. Különösen így van ez a terápiás helyzetben, ahol a terapeuta szakmaisága folytán nem automatikus, viszontáttételektől vezérelt módon viszonyul pácienséhez. A páciens korábbi tapasztalatai természetesen meghatározzák, hogyan lép (vagy nem lép) kapcsolatba terapeutájával, és ez beépül kettejük későbbi kapcsolatába is. A páciens-terapeuta kötődés tehát az áttételes torzításoktól megszabadul a terápia folyamán, azonban a valódi kapcsolattól annyiban mindig is különbözni fog, hogy magán viseli történetiségét, így a kezdeti áttételi tapasztalatokat is. Egy terapeutára irányuló kötődést változóul használó empirikus kutatás eredményei azt mutatják, hogy a biztonságos kötődés együtt jár a negatív áttétel gyakoribb megjelenésével, de független a pozitív áttétel előfordulási gyakoriságától (Woodhouse, Schlosser, Crook, Ligiéro & Gelso, 2003). Ezek az eredmények a fejezet célja szempontjából is jól értelmezhetőek. A kötődési kapcsolat biztonsága nem pusztán áttételi komponensekből táplálkozik (viszonylagos függetlenség a pozitív áttétel mennyiségétől), viszont biztos alapot szolgáltat a terápiás munka szempontjából fontos negatív áttétel, a negatív érzelmek megjelenéséhez. A kutatás másik eredménye szerint a terapeutával szembeni kötődési elárasztottság, összeolvadási igény hasonló áttételi mintázatokkal jár együtt. Ebben az eredményben a szerzők Griffin és Bartholomew (1994) korábban már ismertetett kétdimenziós elméletének kritikáját látják, hiszen abban a megközelítésben az elárasztott személyek feltételezett pozitív képpel rendelkeznek a számukra fontos másikról. A negatív áttétel túlsúlya azonban nem feltétlenül jelenti az ő esetükben azt, hogy a másikat tartósan negatív színben kell, hogy lássák. Hiszen a negatív áttételes érzések felszínre kerülését a terapeutával szemben biztonságos kötődést mutatókhoz hasonlóan az ő esetükben is serkentheti az, hogy a másikat – jelen esetben a terapeutát – alapvetően pozitívnak, megbízhatónak látják, élük meg. A két csoport (biztonságos vs. elárasztott) a negatív áttétel finomabb minőségi különbözőségében és az átdolgozásra való hajlandóságban mutathat különbségeket.

Összességében tehát eme rész lezárásaként elmondható, hogy a terápiás kötődés mindhárom komponenst magában foglalja, mindhárom komponens jellegzetességeit egyszerre önmagán viseli. A három komponens terminusaiban azt mondhatjuk, hogy a terápiás kötődés egy az aktuális kapcsolaton túlmutató történetiséggel rendelkező kapcsolat (áttételi rész), amely a résztvevők valódi interakciójában, hiteles személyes találkozásuk során alakul ki (valódi kapcsolat). Funkcióját tekintve többek között érzelmi támaszt és az explorációt szolgáló kiindulási alapot nyújt (munkaszövetség). A

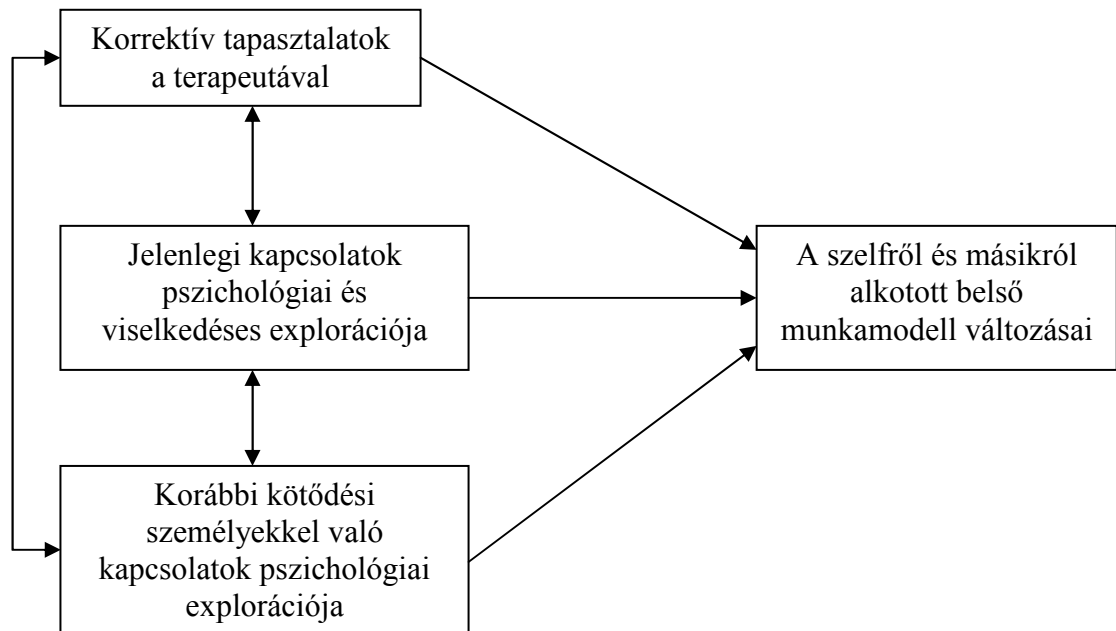
fogalom komplexitása sokkal inkább üdvözlendő, semmint kritikára okot adó, hiszen a terápiás kapcsolat komplexitásával kiváló módon párhuzamba állítható. Emellett – mint azt a későbbiekben is látni fogjuk – egy mérés szempontjából ideális és a terápiás gyakorlat szempontjából is használható fogalmat nyerünk a páciens-terapeuta kötődéssel.

### **III.3.2. A terápiás változás kötődéseméleti modelljei**

A fejezetben korábban áttekintettem a terápiás kötődés jellegzetességeit és viszonyát egy hagyományos pszichoterápiás kapcsolati modell (Gelso & Carter, 1994) komponenseihez. Mégis azt mondhatjuk, hogy a pszichoterápiás kutatások talán egyik legfontosabb kérdése a dolgozatban mindez idáig nem került sorra: mi az, ami a terápiás változást előidézi? Ebben a részben tehát azt kívánom bemutatni, hogyan képzelhetjük el a kötődésemélet fogalmi keretein belül a terápiás kapcsolat, a páciens-terapeuta kötődés terápiás változást létrehozó hatását. A következőkben négy ilyen modellt vázolok fel.

**(1) Klasszikus modell.** Dozier és Tyrrell (1998) modelljét klasszikusnak nevezem, mivel megfontolásaik Bowlby (2009) 1977-es, a terapeuta céljait tárgyaló írásán alapulnak. A modellt a 4.3. ábra mutatja be. A szerzőpáros elképzelése szerint a terapeuta munkája sokban hasonlít a gondozó csecsemővel folytatott tevékenységéhez, ám nehezebb annál. A terapeuta által az explorációhoz szolgáltatott biztos kiindulási alapot nevezik meg a terapeuta elsődleges feladatánaként. Ebben a feladatban a terapeuta hátránya a gondozóval szemben, hogy a korábbi tapasztalatokból kialakult belső munkamodellek gyakran vezetnek rigid és a valóságnak nem megfelelő kapcsolati elvárásokhoz a páciensek esetében. Mivel a biztonságos bázis kialakulása hosszabb időt vesz igénybe, ezért az exploráció megkezdése nem várthat magára addig, amíg a biztos alap megszilárdul. A két esemény – a biztonságos bázis kialakítása és az exploráció – sokkal inkább kéz a kézben zajlik. Az exploráció két időbeli (múlt és jelen), két térbeli (terápián belül és kívül) és két modalitásbeli (pszichológiai és viselkedéses) síkon zajlik. Az aktuális kapcsolatokba a terápiás térben és a terápián kívüli kapcsolatok is beletartoznak. Mivel ezek zajló események, nem csak pszichológiai, hanem viselkedéses explorációra is lehetőség van, sőt ez szükségszerűen meg is történik – új viselkedési formák, viszonyulási módok kipróbálása formájában. Végezetül a múltbéli meghatározó kötődések, és ezek jelenre gyakorolt hatásai is felderítése és megvizsgálásra kerülnek. Mindezek együttesen a páciens saját magáról és másokról

kialakított belső munkamodelljeit kérdőjelezik meg, és vezetnek el ezek változásaihoz, ami ebben a modellben a terápiás cél elérését is jelenti.



4.3. ábra  
A klasszikus terápiás változási modell  
(Dozier & Tyrrell, 1998, 223.o.)

**(2) Előfeszítéses modell.** Az előfeszítéses (priming) modell arra a felismerésre épül, hogy laboratóriumi körülmények között bizonyos ingerek hatására a kísérletben résztvevő személyek kötődési biztonságérzete rövidtávon megváltozik (Gillath, Selcuk & Shaver, 2008). Az ingerek lehetnek (1) küszöb alatt vagy felett bemutatott, biztonságához kapcsolódó szavak, képek vagy (2) emlékezetből előhívott illetve elképzelt szituációk, amelyben a személyt egy számára fontos másik szereti, elfogadja, támogatja („biztonságos kötődés” szcena). Ezen ingerek által létrehozott előfeszítés rövidtávon a hangulatot, az újdonságkeresést, az agresszió és az altruizmus szintjét kedvező irányban befolyásolta. Sőt, evészavaros nők esetében a testkép torzulását, míg enyhe PTSD-től szenvedő páciensek esetében a tünetek intenzitását csökkentette. Gillath és munkatársai (2008) olyan vizsgálati eredményekről is beszámolnak, amelyek a sorozatos biztonság-előfeszítés hosszabb távú (5-7 napos) hatásait igazolják. A hatások között a megélt stressz csökkenését, az önbizalom és a teljesítmény növekedését találjuk. Ezek a hatások egy pszichoterápiában elérendő célokként is kívánatosak lehetnek. De hogyan érvényesülhet az előfeszítés a terápiás térben? A

kísérleti elrendezések analógiájára két lehetőséget vázolok fel: (1) maga a terapeuta a biztonság-előfeszítés ingere, (2) a terapeuta arra szólítja fel a páciens, hogy képzeljen el olyan szituációt vagy hívjon elő olyan emléket, amikor a számára fontos személlyel harmonikus, biztonságot adó élményt él(t) át.

Az első lehetőség során a terapeuta szóhasználatával, nem verbális viselkedésével, jelenlétével válhat a biztonságot előfeszítő ingerré. Rövidtávon újfajta interperszonális attitűdöt, az exploráció során mutatott nagyobb együttműködési hajlandóságot eredményezhet ez az előfeszítés, így elmondható, hogy már ez önmagában kedvezően járul hozzá a terápia alakulásához. Amennyiben ez a hatás ülésről ülésre ismétlődik a terápiában, hosszabb távú hatásról is beszélhetünk. Természetesen tisztában vagyok azzal, hogy egy terápia nem 5-7 napos időintervallumot céloz meg, amikor hosszú távú változást szeretne elérni. Ugyanakkor ez a közel egyhetes időtartam elegendő lehet arra, hogy a terapeuta által szolgáltatott – feltételezhetően küszöb alatti – inger a páciens hétköznapijában is kifejtsen hatását. Az alacsonyabb stressz, a nagyobb önbizalom megváltoztathatja azt a módot, hogyan lép kapcsolatba a körülötte élőkkel, és az így kapott újfajta visszajelzések támogathatják a terapeuta munkáját abban, hogy megkérdőjelezze a korábban kialakult diszfunkcionális munkamodelleket.

A második lehetőség a szakirodalomban is dokumentált módon jelenik meg. Sandler (2007) a rövid dinamikus terápiák keretében írta le hasznos módszerként olyan elképzelt, a valóságban soha meg nem történt események imagináltatását a pácienssel, amelyek során biztonságos kötődést él át a szülővel. A módszer eredménye a szülővel való újraegyesülés élménye, és egy olyan érzelemszabályozó folyamat kialakulása, amely képes a negatív emlékek és tapasztalatok által keltett distressz csökkentésére, ellensúlyozására. A szerző különösen annak tükrében tartja fontosnak ezt az eljárást, hogy a rövid dinamikus terápiák elsőszeretettel foglalkoznak a negatív emlékekkel. Sandler a pozitív élményekre – legyenek azok „csak” elképzelték – helyezi a hangsúlyt, és fontosnak tartja azokat a kezelés utáni visszaesések megelőzésében.

A két lehetőséget értékelve mindkettőben találhatunk előnyöket és hátrányokat is. Az első lehetőség (terapeuta viselkedése mint előfeszítő inger) esetében a hatásmechanizmus kétséges: vajon a viselkedésben is megnyilvánulnak-e a laboratóriumban kérdőívekkel és élettani mérésekkel tetten érhető kedvező hatások? Gillath és munkatársai (2008) is a jövőbeni kutatások egyik fontos eldöntendő kérdésének tartják ezt. Előnyeként mindenképpen az ingerek küszöb alatt kifejtett

hatása említendő: ebben az esetben az elkerülő kötődési stílusú személyek kevésbé tudnak elzárkózni a hatástól (Gillath et al., 2008). A második lehetőséget (imaginált esemény mint előfeszítő inger) közlője (Sandler, 2007) igazolt hatásúnak véli, sőt elméletét neurobiológiai, állatkísérleti és az emlékezetkutatás területéről származó eredményekkel is alátámasztja. Kritikusa (Binder, 2007) szerint azonban a terápiás hatás a rövid dinamikus terápia elméletével egybehangzó sokkal egyszerűbb módon is magyarázható. A páciens a terápiás kapcsolatban egy új kapcsolódási módot tapasztalhatott meg, ez nyújtotta számára a tüneti szinten is változást jelentő korrekatív élményt. Ez a megállapítás átvezet minket a harmadik modellhez.

**(3) Kortárs kötődéseméleti modell.** A kötődésemélet megszületése óta a pszichológia – ezen belül is a fejlődéslélektan – és a tudományterületek együttműködése sokat fejlődött. Ebből a fejlődésből és együttműködésből alakult ki a kortárs kötődésemélet, amely a Bowlby-i gyökereken kívül többek között a nyelvészetből, filozófiából, narratív elméletből és a modern csecsemőkutatásokból is táplálkozik (Holmes, 1996). Ez a modell a terápiás változásról annyiban mond többet az (1) pontban ismertetett klasszikus modellnél, hogy a változás fókuszába nem a szelf és a másik reprezentációját tartalmazó belső munkamodell kerül, hanem a „szelf-a-másikkal-együtt” interakciós reprezentáció (Stern, 1998). A csecsemőkutatások rámutattak arra, hogy az interakciós és affektív szabályozás nem egy külső belsővé tétele során alakul ki a csecsemőnél, hanem a fejlődés során mindvégig kölcsönös szabályozás megtapasztalásaként. Ezt a gondolatot többek között Beebe és Lachman (2002), illetve a Boston Change Process Study Group (Bostoni Csoport a Változási Folyamat Tanulmányozására, pl. Modell, 1998) alkalmazza a terápiás munka és a terápiás változás megértésére. A bostoni munkacsoport elképzelésében a változás egyrészt az implicit kapcsolati tudásban következik be a terápia során. Az implicit kapcsolati tudás olyan procedurális tudás a másokkal való együttlétről, amely minőségileg a verbalizálható tudatos ismeretektől és a dinamikus tudattalantól is megkülönböztetendő (Lyons-Ruth, 1998). A terapeuta és a páciens implicit kapcsolati tudásának metszetében jön létre egy interszjektív tér, amelyben a változást létrehozó élmények megélhetőek. Stern (1998) most pillanatoknak nevezi azokat a rövid időintervallumot, amelyek a terápia során a változás lehetőségét hordozzák magukban. A terápiás cél felé haladás során jelentkező most pillanat a találkozás pillanatává válhat, ha azt mind a páciens, mind a terapeuta felismeri. Ezt a mély élménymegosztást és összekapcsolódottság-érzést biztosító időpontot a visszavonulás, és a másik jelenlétében való egyedüllét



követi. Ebben az időszakban kapnak az élmények lehetőséget arra, hogy újraszerveződjenek, és egy új implicit kapcsolati tudás alakuljon ki. Ezen interakciók sorozata és generalizált reprezentációja új kapcsolódási módot hoz létre (Stern, 2002), ami végső soron a terápiás munka célja. A terápiás változás mikéntjének egy másik megfogalmazásában Tronick (1998) arra a kérdésre keresi a választ, hogy miért keressük olyan intenzíven a másokkal való együttlétet, a kötődést vagy összekapcsoltság érzését. Válasza egyszerű: az interszubjektivitás<sup>24</sup> állapota lehetőséget teremt arra, hogy egy önszervező rendszer saját kialakított szerveződését komplexebbé tegye egy másik önszervező rendszer segítségével. A rendszerelmélet első törvénye kimondja, hogy a nyitott biológiai rendszerek (például az emberek) egyre több *jelentéssel* információt vesznek fel, és azt egyre koherensebb állapotba szervezik. A kölcsönös szabályozás során a diádra mint nyitott rendszerre tekinthetünk. Ez a rendszer több információt hordoz, mint bármely résztvevő – akár a csecsemő, akár az anya – egyedül. Tehát a fent idézett első törvény értelmében az interszubjektivitás állapotában – de Stern (1998) nyomán most pillanatnak is nevezhetjük – a csecsemő vagy a páciens tudatállapota komplexebb és egyben koherensebbé is válik azáltal, hogy az anya vagy a terapeuta az információt jelentéssel ruházza fel a másik fél számára.

**(4) Mentalizációs modell.** A mentalizáció jelentőségét és összefüggését a biztonságos kötődéssel az előző fejezetben, a felnőtt kötődés fejlődési megközelítéséről szóló részben már ismertettem. Most a terápiás változás kapcsán egy olyan elképzelést mutatok be, amely a mentalizációs képesség fejlesztésében látja a terápiás siker kulcsát. Előljáróban fontos megjegyeznünk, hogy a mentalizációt a fejlődési tényezőkhöz kívül (biztonságos kötődés, korai életesemények, elszennvedett trauma) aktuális pszichológiai rendellenességek, például egy major depresszív epizód is befolyásolhatják (Allen, 2006). A mentalizáción alapuló kezelés lényegi összetevője, hogy nem a tartalomra, a kimeneti produktumra (például az élettörténetre) fókuszál, hanem arra, hogy a megfelelő mentalizációs kapacitás rendelkezésére álljon a páciensnek, hogy például képes legyen az élettörténetét aktuális céljai elérésének érdekében ismételtén újraalkotni. Hogyan történik a mentalizációs kapacitás fejlesztése? Allen (2006) zongoraleckéhez hasonlítja a folyamatot, ahol is a zongoratanár nem megmondja a diáknak, hogyan játsszon, hanem megmutatja, és együtt játszanak. A mentalizációs

---

<sup>24</sup> Tronick (1998, 292.o.) az összes alábbi fogalmat szinonimaként kezeli: „összekapcsoltság, interszubjektivitás, társas érintkezés, egymásrahangelődés, érzelmi szinkronicitás, kölcsönösség, kötődés”.

duetthez tehát elsősorban egy biztonságos kötődésre, megbízható kapcsolatra van szükség. Emellett szükségszerű, hogy az arousal szintje optimális tartományban legyen, hiszen a túl magas arousal aláássa a mentalizációs képességet. A kölcsönös szabályozáson keresztül a terapeuta jelenléte és viselkedése is hozzájárul ezen optimális arousal-szint eléréséhez. A biztonságos terápiás kötődés és a terapeuta mentalizációs képessége szükséges és elégséges feltétele a pszichoterápiás munka sikerének, legyen szó tetszőlegesen megválasztott módszerről. A mentalizáció vagy reflektív funkció fejlődését – mint a terápiás változás mechanizmusát – több terápiás módszerrel kapcsolatban is leírták. Többek között az áttétel-fókuszú pszichoterápia (Yeomans, Clarkin, Diamond & Levy, 2008), a kognitív viselkedésterápia (Björgvinsson & Hart, 2006) és a dialektikus viselkedésterápia (Lewis, 2006) is hatékonyak bizonyultak a mentalizációs képesség fejlesztésében. Sőt, Allen (2006) azt is állítja, hogy affektus-moduláló és a gondolkodás szervezettségét növelő hatása miatt a megfelelő gyógyszerelés is előmozdíthatja a mentalizációs kapacitás növekedését.

A négy modellben négy eltérő megközelítést mutattam be. Ugyanakkor az is elmondható, hogy a négy modell érintkezik egymással, vannak közöttük átfedések. Mind a négy modell egyetért abban, hogy a terápiás munka – bármi legyen is beavatkozási pontja – csak egy teherbíró, biztonságos a páciens kötődési igényeinek teret engedő kapcsolatban működhet hatékonyan.

### **III.3.3. A pszichoterápiás kapcsolat mérése kötődéseméleti megközelítésben**

A pszichoterápiás kapcsolat kötődésként való bemutatását a korábbiakban megtettem. Emlékeztetőként csak utalnék arra, hogy a kezdeti alapokat e tekintetben már Bowlby (1977, 2009) lefektette. Azonban közel két évtizedet kellett arra várni, hogy az első célzott mérőeszköz megszülessen, amely nem a felnőttkori kötődést általában, hanem a páciens-terapeuta kötődést hivatott mérni. Felmerülhet bennünk a kérdés, hogy szükséges-e specifikusan a páciens és terapeutája közti kötődést mérő eszközt kidolgozni? Különösen annak tükrében tűnhet jogosnak a kérdés, hogy az előző fejezetben kiterjedt áttekintést adtam azokról a vizsgálatokról, amelyek klinikai környezetben vagy klinikai relevanciával bírva születtek a kötődésemélet felhasználásával. Vajon szükséges-e egy újabb mérőeszköz, ha a meglévőkkel is ilyen, a klinikai munka szempontjából releváns eredményeket érhetünk el? Egy sajátosan a terápiás kapcsolatot kötődéseméleti oldalról megközelítő mérőeszköz szükségességét

két indok is alátámasztja. Egyrészt klinikai mintán végzett vizsgálatok jól mutatják, hogy a biztonságos kötődéssel szoros együttjárást mutató reflektív funkció sem tekinthető globális képességnek. Ugyanúgy, ahogy a kötődési minőség is kapcsolatonként eltérő lehet, a reflektív funkció is változhat az aktuális kapcsolat minőségének függvényében (Fonagy, 2008). Sőt, egy pánikbetegekkel végzett vizsgálat (Rudden, Milrod, Aronson & Target, 2008) arra is rámutat, hogy míg a páciensek magas szintű reflektív képességgel rendelkezhetnek általánosságban vagy problémamentes területeken, addig betegségükkel kapcsolatban a reflektív funkció sokkal alacsonyabb színvonalú lehet. Emellett empirikus kutatások eredményei is alátámasztják a globális kötődési stílus és a terapeutára irányuló kötődés függetlenségét. Romano, Fitzpatrick és Janzen (2008) kutatásukban Bowlby biztonságos bázis hipotézisét próbálták meg igazolni, amely kimondja, hogy a páciens globális és a terapeutára irányuló kötődési biztonsága is serkenti az ülések során folytatott explorációt. Amellett, hogy a vizsgálat igazolta Bowlby hipotézisét, a közölt eredményekből az is kiderül, hogy a páciensek globális kötődési stílusa nem mutatott együttjárást a terapeutára irányuló kötődés minőségével<sup>25</sup>. Ez az eredmény is a páciens-terapeuta kötődés specifikusságát támasztja alá, és egy ennek megfelelő mérőeszköz szükségességét igazolja.

Második érv a kifejezetten terápiás kapcsolatot célzó mérőeszköz mellett, hogy a Felnőtt Kötődési Interjú, mint legnépszerűbb mérőeszköz a klinikai kutatásokban, nem kifejezetten klinikai használatra lett kidolgozva. Használata során tehát pusztán előfeltevéseinkre hagyatkozhatunk annak megállapításában, hogy a kötődési státusz gyakorol-e hatást a pszichés zavar kialakulására, vagy a pszichés zavar jellegzetességei hoznak-e létre egy sajátos diszkurzív mintázatot, amelyet tévesen kötődési státuszként értelmezünk a klinikai minták esetében (Fonagy és Target, 2005b).

Mindkét felnőtt kötődési hagyomány kapcsán születtek próbálkozások, hogy a páciens-terapeuta kötődést mérhetővé tegyék. A próbálkozások azonban kevés visszhangra találtak, amelynek okait két fő témakörben találhatjuk. A mérőeszközök legtöbbje nem kielégítő pszichometriai sajátságokkal rendelkezik, másrészt pedig gyakran az elméleti háttér hiányos, vagy pedig az elméletekből fakadó preconcepciók szelektálják a többféleképpen is értelmezhető kutatási eredményeket. A következőkben a létező, terápiás kapcsolatot mint kötődést mérő eszközöket tekintem át.

---

<sup>25</sup> A másik vizsgált alcsoport – a kiképző terápiában lévő leendő tanácsadók – esetében a globális kötődési elkerülés mérsékelte, ám szignifikáns ( $r=-0,27$ ) összefüggésben állt a terapeutával szembeni kötődési biztonsággal.

A felnőtt kötődési interjú egy átalakított változatát dolgozta ki Diamond, Stovall-McClough, Clarkin és Levy (2003), amelyben a felnőtt kötődési státuszt a terápiás kapcsolatra vonatkozóan állapítják meg. Az eljárás tulajdonképpen a felnőtt kötődési interjú első 16 kérdésének a terápiás helyzetnek megfelelő átfogalmazásából, illetve 12 újonnan hozzáadott kérdésből áll, amelyek a terápiás kapcsolat mint kötődés sajátosságaira vonatkoznak (visszautasításra, szeparációra adott reakciók, illetve betegség, harag esetén mutatott viselkedés). A kötődés szűk definícióját használva (lásd I. fejezet; Rutter, 1989) problematikusnak tűnik, hogy a szerzők a páciens-terapeuta felnőtt kötődési interjút mindkét féllel felvehetőnek tartják, mivel ez a páciens-terapeuta kapcsolat szimmetrikusságát implikálja. A módszer szimmetrikussága nem jelent problémát azon kérdések esetében, amikor a másik fél viselkedésének eredetére kérdeznak rá azzal a szándékkal, hogy lássák, mennyire mentalizáló terminusokban írja le azt a vizsgálati személy. Azonban problematikusnak tűnik, amikor például a terapeutát kérdezik arról, hogy a betegtől való szeparáció milyen érzéseket hívott elő benne. Ez nem a terapeutában megjelenő érzések miatt problematikus, hanem azért, mert nem a szűk értelemben vett kötődésről szól, hiszen a páciens nem tölt be kötődési személy funkciót a terapeuta életében. Az interjú alapján felállítható klasszifikációs rendszer is megegyezik a felnőtt kötődési interjú esetében bemutatottal, azzal a különbséggel, hogy a terápiás kapcsolatra a feldolgozatlan gyász vagy trauma kategóriát nem alkalmazzák. Ez szintén problematikus lehet, amennyiben egy olyan ideál állapotot tükröz, ahol a terapeuta traumatizáló viselkedése kizárt. A fent bemutatott problematikus részek miatt, és mivel a módszer használata külön képzést igényel, Diamond és munkatársai (2003) elgondolása – a felnőtt kötődési interjúhoz hasonlóan – nem teszi lehetővé a széleskörű alkalmazást. Azonban gondolatmenetemet annyiban mindenképpen támogatja, hogy rámutat a terápiás kötődés specifikált mérésének szükségességére.

Szintén a fejlődéslelektani hagyományt követve Bowman (2005) a narratív koherenciát állította a mérés középpontjába. Különböző már létező skálák elemeit felhasználva egy olyan kódolási protokollt alakított ki, amely segítségével a pszichoterápiás kapcsolatról a Felnőtt Kötődési Interjúhoz hasonló eljárásban nyert interjúszövegek értékelhetőek. Az értékelési szempontok a páciens reflektív, mentalizációs képességén, illetve a diskurzus grice-i maximák szerinti fenntartására való képességén alapulnak. Sajnálatos módon az eljárás nem terjedt el, nem került át a klinikai kutatás gyakorlatába.

A másik két eljárás a szociál- és személyiségpszichológiai megközelítés kérdőíves hagyományába illeszkedik. Parish a Kötődési Komponensek Kérdőívében (Components of Attachment Questionnaire, Parish és Eagle, 2003) kilenc elméleti alapokból levezetett összetevőt nevez meg, amelyek a kötődést alkotják (például közelségkeresés, a kötődési személy mentális reprezentációja, tiltakozás szeparáció esetén – részletesen lásd fent). A kérdőív alkalmas arra, hogy a kötődés meglétét alátámassza, azonban nem törekszik arra, hogy a páciens és a terapeuta közötti kötődés minőségét feltárja. Természetesen a különböző kötődési komponensek relatív erőssége is informatív lehet, különösen ha a mérőeszközt arra szeretnénk használni, hogy a különböző terápiás megközelítések kapcsolatkezelési módját összehasonlítsuk. Azonban az általánosságban informatívabb kötődési minőségről ez a mérőeszköz nem ad tájékoztatást. Ezen felül a mérőeszköz validitását csupán elméleti megalapozottsága jelenti, mérésekkel nincs alátámasztva.

Mallinckrodt és munkatársai (1995) egy olyan mérőskálát dolgoztak ki (Client's Attachment to Therapist Scale – Kliens Kötődése a Terapeutához Skála, későbbiekben CATS), amely a pszichoterápiás viszonyulás tekintetében három faktort mér: (1) biztonságos, (2) elkerülő/félelemteli, és (3) elárasztott/összeolvadó kötődés. A szerzők a három skála és a munkaszövegség értékeit változóként használva klaszterelemzéssel négy klasztert különítettek el. Ezek sajátos, ám a kötődésemélet szempontjából nehezen értelmezhető mintázatot mutattak. Az értelmezhetőség vagy legalábbis az elnevezések körültekintőbb megválasztása szempontjából elgondolkodtató, hogy a „biztonságos” faktoron az elkerülő és az elárasztott páciensek között nagy különbség van, míg a biztonságosan kötődők és az elárasztottak között nincs jelentős különbség. Ebben a felosztásban az elárasztott személyek ugyanolyan biztonsággal kötődnek, mint a biztonságosan kötődők, szemben az elkerülőkkel. Ez nem felel meg annak a kötődéseméleti szempontból kulcsfontosságú elképzelésnek, miszerint mind az elkerülés, mind pedig az aggodalmaskodás vagy elárasztottság a biztonságos kötődés hiányából fakadó szorongás enyhítésére létrejött másodlagos stratégia (Dozier & Mytton, 1999). Ezen felül a Mallinckrodt vezette munkacsoportnak (Mallinckrodt et al., 1995) kommentálója is felrója a mérőeszköz gyenge belső reliabilitását (Robbins, 1995). A Cronbach- $\alpha$  értékek ugyanis két alskála esetében is 0,65 alatt vannak, amely megkérdőjelezi az alskálák belső konzisztenciáját, és felveti annak kérdését, hogy valójában egy dimenziót mérnek-e, vagy mi is az alskálák pontos egymáshoz való viszonyulása. Mindezen kritika ellenére a kommentár szerzője mindenképpen értékes,

további kutatásokat előmozdító próbálkozásnak látja egy páciens-terapeuta kötődést mérő eszköz létrehozását. Saját, egy ilyen mérőeszköz kidolgozását célzó vizsgálatomat a következő fejezetben mutatom be.

#### **IV. A terápiás kötődés kérdőíves mérése és hatása a terápiás attitűdre**

Az előző fejezetben bemutatottak alapján egyértelműen megfogalmazódott bennem az igény, hogy a páciens-terapeuta kötődés mérésére egy magyar nyelvű, széles körben használható mérőeszközt dolgozzak ki. Mivel a terapeuta – mint minden kötődési személy – felcserélhetetlen, a vele való kapcsolat is specifikus, egyedi. Egy speciálisan a terápiás kötődést mérő kérdőív lehetővé teszi, hogy a fentiekben bemutatott elméleti elgondolásokat empirikusan is igazoljuk, illetve hiánypótló is, amennyiben hazánkban a terápiás kapcsolat és/vagy folyamat feltérképezésére rendelkezésre álló objektív, kutatásban is használható eszközök terén jelentős hiány mutatkozik. A következőkben egy terápiás kötődési kérdőív kidolgozását és a kidolgozott kérdőív felhasználásával végzett kutatást ismertetem. A követhetőség kedvéért az egyetlen vizsgálatként kivitelezett kutatás eredményeit és azok megvitatását kétfelé választva közlöm. Az első részben a kérdőív belső struktúrájára, megbízhatóságára és érvényességére vonatkozó eredményeket mutatom be és vitatom meg, míg a második részben a kialakított kérdőív felhasználásával végzett vizsgálat eredményeit közlöm. Ebben a vizsgálatban arra kerestem a választ, hogy a szülői bánásmód hogyan befolyásolja a terápiás kötődést, illetve arra, hogy a korai és a terápiás kötődés hogyan befolyásolja a páciensek terápiás attitűdjét.

#### ***IV.1. Célkitűzések***

Mivel a téma – a páciens és terapeutája között kialakuló kötődés mérése – kutatása nemcsak hazai, de nemzetközi viszonylatban is elhanyagoltnak számít, a kutatás megtervezésében nem konkrét hipotézisek, hanem célkitűzések vezettek. A vizsgálat elsődleges célkitűzése az volt, hogy egy későbbiekben pszichoterápiás kutatási célokra használható mérőeszközt dolgozzak ki, amely a terápiás kapcsolatot mint kötődést teszi mérhetővé. Ennek létrehozására egy magyarul is hozzáférhető felnőtt kötődési kérdőívet (Közvetlen Kapcsolatok Élményei Kérdőív – Brennan et al., 1998; magyar változat Nagy, 2005) használtam fel annak reményében, hogy a terápiás kötődés méréseire kidolgozott eszköz belső struktúrája és pszichometriai tulajdonságai is az eredeti mérőeszközhöz hasonlóan alakulnak majd.

A vizsgálat második célkitűzése a terápiás kötődési kérdőív „kipróbálása” volt. Ez alatt egy olyan kutatás lefolytatását értem, amelyben az elméleti háttérből levezethető, azzal kongruens eredményeket kapok. A vizsgálat arra irányult, hogy feltárjam a korai kötődési tapasztalatok és a terápiás kötődés hatását olyan terápiás attitűd változókra, amelyek korábbi vizsgálatokban a kedvező kimenetel megbízható indikátorainak bizonyultak.



## IV.2. Módszer

### IV.2.1. Előmunkálatok – a Terápiás Kötődés Kérdőív létrehozása

Fontos szempontnak tartottam a kérdőív kidolgozása során, hogy egy már meglévő méréselméleti keretbe jól illeszkedő kérdőív terápiás helyzetre történő adaptációja történjen. Éppen ezért kiindulási pontként a magyar nyelven is publikált, jó pszichometriai tulajdonságokkal rendelkező Közvetlen Kapcsolatok Élményei Kérdőívre (az angol név után a továbbiakban: ECR – Experiences in Close Relationships; Brennan et al., 1998; magyar változat Nagy, 2005) esett a választásom, amely a felnőtt szerelmi kapcsolatokon keresztül méri a kötődési munkamodelleket. A kérdőív háttérében álló elméletet és az ECR működését a II. fejezetben már részletesen ismertettem. Bár a páciens-terapeuta kötődés sok tekintetben inkább hasonlít a gyermek és szülője közti kötődésre, mint a felnőtt szerelmi párkapcsolatokra, funkciója tekintetében a szerelmi kötődést és a terápiás kötődést ekvivalensnek tekinthetjük (Parish & Eagle, 2003). További érv volt az ECR kiindulási alapul választása mellett, hogy az ECR revideált változatának kidolgozásában résztvevő Chris Fraley (2005) honlapján az egyik gyakran feltett kérdésre válaszolva mindenkit biztat arra, hogy kutatásához használja a kérdőívet, és a felnőtt szerelmi kapcsolatoktól különböző társas kapcsolatokra adaptálja. A kérdőív módosítása úgy történt, hogy a partner szót mind a 36 tételben terapeutára cseréltem. Az így nyert állítások közül négy nem felelt meg a terápiás helyzet és/vagy kapcsolat sajátosságainak, ezért ezek szövegezésén is változtattam. A változtatásokat a 4.1. táblázat mutatja be.

Közvetlen Kapcsolatok Élményei	Tétel	Terápiás Kötődés Élményei
Gyakran aggódom, hogy elhagynak.	2	Gyakran aggódom, hogy a terapeutám magamra hagy.
Aggódom, hogy a szerelmem nem törődik majd annyit velem, mint én velem.	6	Aggódom, hogy nem vagyok annyira fontos a terapeutámnak, mint ő nekem.
Aggódom, hogy egyedül maradok.	14	Aggódom, hogy a terapeutám nélkül maradok.
Kicsit szorongok és bizonytalanul érzem magam, ha nincs szerelmi kapcsolatam.	28	Kicsit szorongok és bizonytalanul érzem magam, ha nincs mellettem a terapeutám.

4.1. táblázat  
Az ECR szövegezésén végrehajtott változtatások

Az így kialakított kérdőív (a teljes kérdőívet lásd az 1. melléklet részeként) a Terápiás Kötődés Élményei munkacímét kapta. A kutatásban részt vevő pácienseket arra kértem, hogy minden állítást értékeljenek 1-től 7-ig, aszerint, hogy mennyire értenek egyet az adott állítással (1=egyáltalán nem értek egyet; 4=semleges/vegyes; 7=teljesen egyetértek). Az instrukció azt is tartalmazta, hogy az aktuális terápiás kapcsolat összes eddigi tapasztalatát figyelembe véve értékeljék az állításokat.

#### **IV.2.2. Vizsgálati személyek**

A későbbiekben bemutatandó kérdőívcsomagokat 22 szakember és 113 hozzájuk terápiába járó páciens töltötte ki. A minta összeállításánál – a terápiás kapcsolat intimitása, és a szakemberek részéről tapasztalható gyakori ellenállás, vonakodás miatt – a hozzáférhetőség volt az elsődleges szempont, ami a mintát több szempontból is heterogénné tette. Ez a heterogenitás a statisztikai elemzések megválasztása terén sokszor korlátot jelentett, ugyanakkor a terápiás kötődés szemléleten és sok egyéni sajátágon túlnyúló elképzelése legitimálja a szükség okozta mintaválasztást. A bekerülés feltétele a terápiás kapcsolatban álló mindkét fél önkéntes beleegyezésén túl az volt, hogy a páciens olyan, legalább 3 hónapja folyó, egyéni pszichoterápiás munkában vegyen részt a terapeutával, amely még nem érkezett terminációs fázisába. A bekerülési feltételről a terapeutákat tájékoztattam, és egyéni döntésükre bízam, melyik terápiájukat tekintették terminációs fázisba érkezettnek. A terápiás kezelés intézményes kerete is sokszínű volt. A vizsgálatban városi és megyei pszichiátriai szakrendelések, pszichiátriai osztály és magánrendelés páciensei vettek részt. A páciensek, terapeuták, illetve a pszichoterápiák leíró jellemzőit a 4.2. táblázat foglalja össze.

<b>Páciensek (n=113)</b>		
Neme	nő : férfi	77 : 36
Kora	minimum (év):	18
	maximum (év):	73
	átlag±szórás:	36,21±11,17
Végzettsége	érettségi alatt (fő)	26
	érettségi (fő)	42
	magasabb, mint érettségi (fő)	45
Pszichés zavar jellege	szerdependencia (F10.xx) (fő)	27
	axis I zavar (kivéve F2x.xx) (fő)	58
	axis II zavar (F6x.xx) (fő)	19
	egyéb vagy nincs adat (fő)	9
<b>Szakemberek (n=22)</b>		
Neme	nő (nő által vitt terápia)	19 (93)
	: férfi (férfi által vitt terápia)	: 3 (19)
Végzettsége	pszichoterápiás végzettség nélkül (PT végzettség nélkül vitt terápia)	17 (91)
	pszichoterápiás végzettséggel (PT végzettséggel vitt terápia)	5 (21)
A vizsgálatban részt vevő pácienseinek száma	minimum (fő):	1
	maximum (fő):	12
	átlag±szórás:	5,09±2,89
<b>Terápia (n=113)</b>		
Terápia hossza	minimum (hét):	9
	maximum (hét):	520
	átlag±szórás:	66,82±83,4
A kezelésben használt terápiás módszer	Minnesota Modell (MM) (fő)	26
	szupportív terápia (fő)	46
	módszerspecifikus (MM nélkül) (fő)	40
Ülésgyakoriság	gyakrabban, mint hetente (fő)	1
	hetente (fő)	83
	kéthetente (fő)	17
	ritkábban, mint kéthetente (fő)	9

#### 4.2. táblázat

A vizsgálatban részt vevő páciensek és terapeuták, illetve a terápiák leíró statisztikái

A vizsgálatban részt vevő terapeuták egyénileg, míg a páciensek egyénileg vagy csoportosan töltötték ki a kérdőíveket. A kérdőíveket kitöltés után borítékba helyezték, majd a lezárt borítékot a rendelőben elhelyezett gyűjtődobozba dobták, illetve a terapeután keresztül vagy közvetlenül, személyesen juttatták vissza a vizsgálatvezetőnek.

### IV.2.3. Eszközök

A páciensek által kitöltött kérdőívcsomag az alábbiakból állt össze (lásd 1. melléklet):

*Beleegyező nyilatkozat.* A kutatást röviden bemutató leírason kívül, a szöveg alján egy leválasztható részen a részvételbe aláírásával egyeztetett bele a páciens. Ahol ennek igénye felmerült, ott a terapeuta ezt a részvételi beleegyezést megtarthatta, és a páciens személyi anyagához, kartonjához csatolhatta.

*Páciens adatlap.* A pácienseket a szokásos demográfiai adatok (nem, születési idő, végzettség) közlése mellett arra is megkértem, hogy az aktuálisan zajló terápiával kapcsolatos véleményüknek is hangot adjanak. Ezt három állítás értékelésével tehettem meg, amelyeket a későbbiekben terápiás attitűd változóknak neveztem el. Az első a terápia mindennapok szempontjából megítélt hasznosságára vonatkozott – „a folyamatban lévő pszichoterápia pozitív hatást gyakorol mindennapi életemre”. Ez az állítás jellemző tétele az ülések és terápiák eredményességét értékelő kérdőíveknek (pl. Miller, Duncan, Brown, Sparks & Claud, 2003). A második állítás a terapeutával együtt töltött idő kellemességére vonatkozott - „a terapeutámmal együtt töltött időt kellemesnek tartom”. A kellemesség a terápiás ülések szemantikus differenciál skálán történő megítélésének egyik faktoraként is adódott (Stiles, 1980), így azt gondoltam érdemes lehet ezt a terápia egészére vonatkoztatva is megítéltetni. Különösen annak ismeretében cselekedtem így, hogy az elkerülő személyek kifejezetten kellemetlenül élik meg mások közelségét, míg a szorongó, elárasztott személyek a távolságot tolerálják nehezen (Bartholomew & Horowitz, 1991). Végezetül a gyógyulásba, a terápia sikerességébe vetett reményt az alábbi állítással mértem – „bízom benne, hogy ez a pszichoterápia segít megoldani azon problémáimat, amik miatt segítséget kértem”. A pozitív elvárások, a remény vagy hit, mind a kimenetel, mind pedig a kapcsolat alakulása szempontjából fontos változók (Trijsburg, Colijn & Holmes, 2005).

*Terápiás Kötődés Élményei.* Mivel a vizsgálat egyik fő célkitűzése ezen kérdőív kidolgozása volt, ezért a Terápiás Kötődés Élményei kérdőív részletes kidolgozását és pszichometriai bemutatást az eredmények között közlöm. A Terápiás Kötődés Élményei kérdőív nyers változatával nyert adatok feldolgozásakor az ECR kiértékelési protokollját követve a 3., 15., 19., 22., 25., 27., 29., 31., 33., 35. sorszámú tételeket fordítottan pontozással vittem be az adatbázisba.

*Szülői Bánásmód Kérdőív (H-PBI).* A Parker, Tupling és Brown (1979) által publikált Parental Bonding Instrument magyar változata (Tóth & Gervai, 1999). A kérdezettek 25 állítást értékelték négyfokú skálán apjukra és anyjukra (vagy az ilyen szerepet betöltő nevelőszülőkre) vonatkozóan aszerint, ahogyan életük első 16 évében megtapasztalták szülői bánásmódjukat. A 25 állítás a magyar kérdőívben 3 skálára tagolódik: szeretet-törődés, túlvédés és korlátozás. A szeretet-törődés skálán elért magas pontszám meleg, érzelemgazdag, törődő kapcsolatot jelent az adott szülővel. A túlvédés skálán magas pontszámot elérők az adott szülőt infantilizálóan túlvédőnek látják, míg a magas korlátozás pontszám az autonómia bátorításának hiányát, illetve a szabadság korlátozását jelenti.

A terapeuta által kitöltött kérdőívcsomag az alábbiakat tartalmazta (lásd 2. melléklet):

*Beleegyző nyilatkozat.*

*Terapeuta adatlap.* A terapeuta saját neméről, végzettségéről, a terápia megkezdésének időpontjáról, az ülésgyakoriságról, és a kezelés módszeréről, technikájáról tájékoztatott. Ezen kívül a páciensről diagnózist közölt (DSM-IV, BNO-10 szerint). Ezt követően két állítást értékelt a pácienssel kapcsolatban, amelyek Hazan és Shaver (1987) kezdeti felnőtt kötődést mérő állításainak átalakításával készültek. A két állítás arra vonatkozott, hogy a terapeuta észlelésében, a benne kiváltott viszontáttételes érzések alapján, mennyire jellemző a páciensre a kötődési elkerülőkre, illetve a kötődési szorongókra jellemző kapcsolati viselkedés. A páciens nemét, monogramját és születési évét, hónapját azért kértem, hogy egy adott páciensről terapeutája által kitöltött kérdőívcsomagot összeillesszhessem a páciens által kitöltött kérdőívcsomaggal.

#### **IV.2.4. Elemzési módszerek**

A vizsgálati személyektől – terapeutáktól és páciensektől – nyert adatokat SPSS for Windows 17.0 statisztikai programcsomag segítségével elemeztem. Az eredmények bemutatása során az alábbi szempontokat követtem:

1. Az eredményeket és megvitatásukat a már fentebb részletezett okokból két részben mutatom be. Az első részben a faktoranalízissel nyert belső struktúrát, az így nyert skálák illeszkedését Bartholomew kétdimenziós modelljéhez (Bartholomew & Horowitz, 1991; Griffin & Bartholomew, 1994), a skálák leíró

statisztikáját és pszichometriai tulajdonságait és a terapeuták szakértői értékelésével mutatott korrelációját mutatom be.

2. A vizsgálat további, szülői bánásmód, terápiás kötődés és terápiás attitűd viszonyára vonatkozó eredményeinek közlését a felhasznált eszközök leíró statisztikájának, és a vizsgálati minta néhány jellegzetességének bemutatásával kezdem. Ezt követően az észlelt szülői bánásmód terápiás kötődésre gyakorolt hatását vizsgáló elemzést adom közre, majd több modellt alkalmazva korai kötődés és terápiás kötődés különálló és együttes terápiás attitűdre gyakorolt hatását vizsgálom.
3. Az eredmények követhetősége érdekében a szignifikáns eredményt nem hozó elemzések részletes bemutatásától a legtöbb esetben eltekintek. A mélyebb érdeklődés kielégítésének és az ellenőrzésnek lehetőségét megadva az Olvasónak, az összes elvégzett statisztikai elemzés eredményét CD-mellékletben a disszertációhoz csatolva közreadom.

### ***IV.3. Eredmények és megvitatás I. – Kísérlet egy terápiás kötődést mérő kérdőív létrehozására***

#### **IV.3.1. A Terápiás Kötődés Élményei kérdőív belső struktúrája**

A páciensek által kitöltött, 36 tételből álló Terápiás Kötődés Élményei kérdőív belső struktúrájának feltárására főtengety-analízist végeztem varimax forgatással. A kezdeti 36 itemből hármát (3., 22., 34. item) alacsony kommunalitásuk miatt kizártam az elemzésből. A fennmaradó 33 tétel faktoranalitikus elemzésre alkalmasnak bizonyult ( $KMO = 0,78$ ). A főtengety-elemzéssel, varimax forgatással nyert belső struktúrát a 4.3. táblázat mutatja be. Az elméleti értelmezhetőséget és a faktorhoz tartozó állítások számát figyelembe véve a kérdőív kidolgozásához az első hat faktort használtam fel. A hat faktor az összes variancia 46,45 %-át magyarázta.

Item	Faktor							
	1	2	3	4	5	6	7	8
08	,744							
14	,696							
02	,619							
30	,500							
28	,440							
04	,419		,414					
27		,783						
25		,624						
15		,558						
31		,518						
12			,605					
16			,598					
06	,464		,552					
05			,515					
11			,485					
26			,418					
17				,810				
23				,692				
19		,426		,572				
13				,445				
07				,429				
20					,681			
24					,625			
18					,520			
10	,425				,495			
29						,848		
33		,468				,605		
35						,450		
36							,722	
32							,403	
21								,509
01								,470
09		,420						,465

4.3. táblázat  
A Terápiás Kötődés Élményei kérdőív belső struktúrája  
(az egyes faktorokhoz tartozó itemek kiemelve)

A skálák elnevezésekor a legnagyobb faktorsúllyal rendelkező állítást, állításokat vettem alapul. Az első faktor az **aggódás a terapeuta elvesztése miatt** nevet kapta. Az ezen a faktoron magas pontszámot elérő páciensek erőteljes anticipált szorongást mutatnak a terapeutával kapcsolatos szeparációra vonatkozóan, míg az alacsony pontszámot elérők nem aggódnak a terapeutával való kapcsolatuk miatt. A



második faktort **önfeltárás elutasításának** neveztem el. Ezen a faktoron magas pontszámot azok a páciensek adnak, akik vonakodnak érzéseiket, gondolataikat megosztani a terapeutával, míg az alacsony pontszámot adók bátran feltárulkoznak terapeutájuk előtt. A harmadik faktor neve az **összeillés hiánya** lett. Azoknak a pácienseknek az esetében, akik magas pontszámot érnek el ezen a faktoron, saját kívánságaik és a terápiás történések nem esnek egybe a közelség szabályozás tekintetében. Elsődlegesen az összeolvadás iránti vágy frusztrációjáról van szó a faktor esetében. Ezzel szemben az alacsony pontszámot adó páciensek megtalálják az optimális, mindkét fél számára elfogadható közelséget a terapeutához. A negyedik faktort **közelségkerülésnek** neveztem el. Az ezen a faktoron magas pontszámot elérő betegek terapeutájuk közeledését kellemetlenül élik meg, és maguk is aktívan igyekeznek kerülni a közelséget. Az alacsony közelségkerülés pontszámot elérők jól érzik magukat a terapeuta közelében, sőt aktívan keresik közelségét. Az ötödik faktor a **túlzott megerősítés szükségessége** nevet kapta. Az ezen a faktoron magas pontszámot elérő kitöltők a terapeuta állandó érzelmi visszajelzését, jóváhagyását, megerősítését keresik, míg az alacsony pontszámot elérő páciensek a külsődleges megerősítések híján is képesek a kapcsolatot és önmagukat megfelelően megélni. A hatodik faktor neve **túlzott önállóságra törekvés** lett. Az itt magas pontszámot elérők nem szívesen támaszkodnak terapeutájukra, vonakodnak segítséget kérni tőle. Ezzel szemben az alacsony pontszámot adók bátran hagyatkoznak terapeutájukra, fordulnak hozzá vigasztalásért. A skálák belső megbízhatóságára vonatkozó adatokat és néhány alapvető pszichometriai jellemzőjüket a 4.4. táblázat tartalmazza.

Skála	Min.	Max.	Átlag	Standard hiba	Szórás	Cronbach alfa
aggódás a terapeuta elvesztése miatt	6	38	14,3	0,73	7,75	0,82
önfeltárás elutasítása	5	32	9,29	0,47	5,02	0,76
összeillés hiánya	7	35	12,97	0,66	7,01	0,82
közelségkerülés	5	25	11,13	0,54	5,77	0,78
túlzott megerősítés szükségessége	4	26	8,96	0,51	5,38	0,79
túlzott önállóságra törekvés	3	18	7,2	0,33	3,54	0,69

4.4. táblázat

A Terápiás Kötődés Élményei hat skálájának belső megbízhatósága és további pszichometriai jellemzői

### IV.3.2. A modell illeszkedése Bartholomew kétdimenziós modelljéhez

Annak vizsgálatára, hogy a hat skála illeszkedik-e Bartholomew (Bartholomew és Horowitz, 1991; Griffin és Bartholomew, 1994) kétdimenziós modelljéhez a skálák faktorszórjain újabb faktoranalízis elvégzését terveztem.

Item	Faktor							
	1	2	3	4	5	6	7	8
20	,739							
24	,616							
18	,507							
10	,488							
13	,411		-,399					
29		,886						
33		,605		-,387				
35		,421						
17			-,845					
23			-,712					
19			-,554	-,373			-,397	
07	,323		-,380					
27				-,765				
25				-,647				
15				-,574				
31				-,521				
08					,708			
14					,609			
02					,497	,374		
16						,618		
06					,313	,588		
12						,541		
05			-,331			,398		
04					,307	,385		
26						,383		
11						,332	,316	
21							,468	,331
09				-,341	,340		,429	
01					,359		,414	
36								,773
32								,398
28								,372
30					,308			,345

4.5. táblázat

A Terápiás Kötődés Élményei kérdőív direkt oblimin forgatással nyert belső struktúrája

Ehhez azonban arra volt szükség, hogy az eredeti eljárás során felhasznált 33 itemen a főtengety-elemzést olyan forgatással (direkt oblimin) ismétljem meg, amely a faktorok közti korrelációt lehetővé teszi, hiszen az eredeti, korrelációt kizáró forgatással létrehozott faktorok szórjai nem lettek volna faktoranalízisre alkalmas változók. A direkt oblimin forgatással megismételt főtengety-elemzés eredményét a 4.5. táblázat mutatja be. A táblázat alapján jól látható, hogy a 4.3. táblázatban bemutatott modellben a faktorokon legnagyobb súllyal elhelyezkedő itemek ebben a modellben is különálló faktorokat alkottak (a faktorok sorrendje a magyarázott variancia változásával párhuzamosan megváltozott!).

A 4.5. táblázatban bemutatott modellben jól látható, hogy az első faktor a varimax forgatással nyert „aggódás a terapeuta elvesztése miatt” elemeit tartalmazza, a második faktor a „túlzott önállóságra törekvés”, míg a harmadik faktor a „közelségkerülés” megfelelője. A negyedik faktor az „önfeltárás elutasítása” faktornak, az ötödik a „túlzott megerősítés szükségességének”, míg a hatodik az „összeállítás hiányának” feleltethető meg. Ezen hat, direkt oblimin forgatással nyert faktor szórjai alkalmasnak bizonyultak arra, hogy újabb főtengety-elemzésnek vessük alá ( $KMO = 0,639$ ). A faktorszórókon végzett elemzés eredményét a 4.6. táblázat mutatja be.

	Faktor	
	1	2
aggódás a terapeuta elvesztése miatt	,757	
összeállítás hiánya	,580	
túlzott megerősítés szükségessége	,493	
önfeltárás elutasítása		,611
közelségkerülés		,526
túlzott önállóságra törekvés	-,314	-,471

4.6. táblázat

A szuperfaktorok létrehozását célzó főtengety-elemzés eredménye

A táblázat tanúsága szerint a faktorok két szuperfaktorba rendeződnek, amelyek a Bartholomew-modell (Bartholomew és Horowitz, 1991; Griffin és Bartholomew,

1994) szorongás (1-es faktor a 4.6. táblázatban) és elkerülés (2-es faktor a 4.6. táblázatban) dimenziójának feleltethető meg.

### **IV.3.3. A Terápiás Kötődés Élményei kérdőív skáláinak teszt-retesz megbízhatósága és validitása**

A Terápiás Kötődés Élményei kérdőívet 93 páciens az első kitöltést követően egy héttel újra kitöltötte. A szokásos két hetes - egy hónapos intervallum helyett a terápia rendkívüli képlékenysége, dinamikussága miatt választottam az egy héttel későbbi időpontot a kérdőív újbóli kitöltésére. A 4.7. táblázat a teszt-reteszt korrelációt mutatja a hat skála esetén.

Skálák	r
aggódás a terapeuta elvesztése miatt	0,89
önfeltárás elutasítása	0,64
összeállítás hiánya	0,84
közelségkerülés	0,83
túlzott megerősítés szükségessége	0,86
túlzott önállóságra törekvés	0,74

4.7. táblázat

A Terápiás Kötődés Élményei kérdőív hat skálájának teszt-reteszt megbízhatósága

A Terápiás Kötődés Élményei kérdőív skáláinak validitását a terapeuták pácienseikkel kapcsolatos szakértői ítéleteivel történt összevetése során állapítottam meg. A terapeuták visszajelzését az ECR eredeti kétdimenziós modellje szerint kértem, így a terapeuta véleménye és az azonos jelentésű szuperfaktor alá tartozó skálák együttjárásával vizsgáltam a validitást. Az eljárást igazolja, hogy a 3-3 alskála a 4.6. táblázatban bemutatott eredmények szerint a terápiás kötődési szorongás és elkerülés egy-egy aspektusát összetartozó módon méri. A szorongás szuperfaktor alá tartozó skálák pontszámait a terapeuták által a páciensek terápiás kötődési szorongásáról szóló leírásra adott értékekkel (4.8. táblázat), az elkerülés szuperfaktor alá tartozó skálák pontszámait pedig a terapeutáknak a páciens kötődési elkerülésére vonatkozó állítás értékelésével vetettem össze (4.9. táblázat).

Skála	r	p
aggódás a terapeuta elvesztése miatt	-0,01	>0,05
összeillés hiánya	-0,05	>0,05
túlzott megerősítés szükségessége	-0,04	>0,05

4.8. táblázat  
A szorongás szuperfaktor alá tartozó skálák validitása

Skála	r	p
önfeltárás elutasítása	0,39	<0,001
közelségkerülés	0,4	<0,001
túlzott önállóságra törekvés	0,25	<0,01

4.9. táblázat  
Az elkerülés szuperfaktor alá tartozó skálák validitása

A korrelációk jól mutatják, hogy az elkerülés skálák szignifikáns együttjárást mutatnak a terapeuták értékelésével, míg a szorongás skálák esetén gyakorlatilag nincs együttjárás.

#### IV.3.4. Megvitatás

##### IV.3.4.1. A Terápiás Kötődés Élményei belső struktúrája

Mivel a Közvetlen Kapcsolatok Élményei Kérdőív itemei sem itthon, sem angol nyelvterületen nem kerültek felhasználásra a terápiás kötődés mérésében, ezért az állítások mögött meghúzódó látens struktúra feltárásakor úgy jártam el, mintha egy önállóan összeállított item-állományt használnék kiindulási alapként. Ezt a hozzáállást egyrészt a statisztikai szabályok betartása követelte meg. Másrészt a kutatás célkitűzése az volt, hogy a Mallinckrodt és munkatársai (1995) által kidolgozott Kliens Kötődése a Terapeutához Skálával (Client's Attachment to Therapist Scale – CATS) ellentétben egy olyan mérőeszközt dolgozzak ki, amely újabb statisztikai elemzések és bonyolult számítások nélkül visszaadja azokat a dimenziókat, amelyek a Bowlby elméletéből származtatott elképzelések egyikéhez köthetőek. Ezzel azt próbáltam elkerülni, hogy a magyar standard hiánya akadályozza a kérdőív kutatási használatát. Ugyanis

amennyiben a dimenziók nem illeszkednek a felnőtt kötődés egyik elméleti keretébe sem, úgy az elméletileg tartalmas dimenziókat vagy kategóriákat csak a dimenzionális pontértékek matematikai transzformációjával vagy újabb statisztikai elemzésekkel nyerhetjük vissza. Ez azonban hazai standard hiányában ahhoz vezethet, hogy ugyanazokkal a pontértékekkel a vizsgálati személy az egyik mintában biztonságos, míg egy másik mintában bizonytalan kötődésűnek mutatkozna. Természetesen hazai standardok hiányában az általam kapott skálák sem alkalmasak arra, hogy a rajtuk elért pontértéket – legyen az bármennyire szélsőséges – önmagában alacsonynak vagy magasnak mondjuk. Amit viszont az elmélethez illeszkedés biztosít, az annak a lehetősége, hogy akár különböző kutatásokban kapott eredményeket is, a felnőtt kötődés elmélete szempontjából releváns és jelentésteli dimenziókban vessünk össze. Természetesen a megvitatás ezen szakaszában a jelentésteliséget óvatosan kezelem, hiszen a skálák a terapeuták véleményével történő összevetés során voltak hivatottak tényleges jelentésükre vonatkozóan megerősítést nyerni.

A harminchatból magmaradó harminchárom állítás faktoranalízise során olyan belső reliabilitási értékeket kaptam, amelyek több Magyarországon is használatban lévő mérőeszközzel összevethető tartományba esnek, így garantálják, hogy a kérdőív elfogadható hibahatárral méri a vizsgálni kívánt jelenséget. Ugyanakkor ezek az értékek elmaradnak az eredeti amerikai, a felnőtt kötődést párkapcsolatokra vonatkozó állításokon keresztül mérő kérdőívétől (Brennan és munkatársai (1998) tanulmányában a Cronbach- $\alpha$  érték elkerülés esetén 0,94, míg szorongás esetén 0,91). Mivel az általam kapott Cronbach- $\alpha$  értékek az ECR magyar változatának értékeitől is elmaradnak (Nagy, 2005), egy fontos kérdés merül fel. Mi lehet az, ami az ECR eredeti, illetve átalakított itemeit a terápiás kapcsolat esetén kevésbé jól – ám még mindig elfogadható szinten – működővé teszi, mint párkapcsolatokra alkalmazva? A kérdésre többféle válaszlehetőség is adódik.

Egyrészt a minta sajátága is okozhatta a Cronbach- $\alpha$  értékek csökkenését megértési nehézségek vagy válaszbeállítódás által. Még ha az intellektus vagy az olvasási készség színvonala megfelelő volt is, a vizsgálati személyek kivétel nélkül pszichiátriai betegek voltak, ezért feltételezhetjük, hogy ők a betegségük által létrehozott vagy éppen betegségüket létrehozó kognitív, emocionális szűrőkön keresztül észlelték a kérdőívben szereplő állításokat. Éppen ennek kiküszöbölése végett az elemzések második körébe bevontam a páciensek diagnosztikus csoportosítását is független változóként (lásd IV.4. fejezet).

Másrészt ezek az eredmények arra is felhívták a figyelmemet, hogy elgondolkodjam azon, mennyire megfelelő keretet nyújt a kötődésemélet a terápiás kapcsolat mérésére. Mivel ezt a pontot az elméleti bevezetőben is érintettem, és ott kielégítően körüljártam a témát, a kérdés hangsúlya máshova helyeződött számomra. Vajon a felnőtt kötődés szociál- és személyiséglélektani paradigmája, ahol a felnőtt kötődés prototípusát a romantikus párkapcsolat jelenti, mennyire alkalmas a terápiás kapcsolat megragadására? A terápiás kapcsolatot leginkább a gyermek-szülő kapcsolathoz hasonlíthatjuk, és a kötődéseméleti szakirodalomban is ez az analógia dominál, természetesen a különbségek szükséges hangsúlyozása mellett (Farber et al., 1995). A gyermek-szülő és a páciens-terapeuta kapcsolat párhuzamba állítása a terápiás kapcsolatot a felnőtt kötődés fejlődési hagyományához horgonyozza le. Ugyanakkor az ECR és származtatott módon a Terápiás Kötődés Élményei is mind a mögöttes elmélet, mind pedig módszertan tekintetében a szociál- és személyiségpszichológiai paradigma képviselője, mivel a célkitűzésben elvárásként megfogalmazott gyorsan és széleskörűen használható módszer kidolgozását ebben a paradigmában tartottam kivitelezhetőnek. Ennek megfelelően itt a terápiás kapcsolat-párkapcsolat analógia kínálja magát. Ezen analógia felállításakor azonban két, a felszínen szembeötlő különbség adódik, amelyek magyarázatot igényelnek: (1) a terápiás kapcsolat aszimmetrikussága a párkapcsolat kölcsönösségével szemben; (2) a szexualitás szerepe a párkapcsolatban és a terápiás kapcsolatban.

A két probléma körüljárásában a kötődési viselkedéses rendszerhez és a viselkedéses rendszerek együttes működési elveihez nyúlok vissza. A kötődési viselkedéses rendszer működése annyiban semmiképp sem tekinthető kölcsönösnek, amennyiben az általa megjelenített igények kielégítésére a másik személyben működő gondoskodói viselkedéses rendszer által vezérelt cselekedetek hivatottak. Természetesen az optimálisan működő párkapcsolatokban a kötődési igénnyel fellépő és a kötődési személy „szerepe” folyamatos, dinamikus váltásban van a kapcsolat résztvevői között. Ez a váltás a terápiás kapcsolatban határátlépésnek, etikai vétségnek, iatrogén ártalomnak számít. Ugyanakkor a párkapcsolat pillanatnyi keresztmetszetét szemlélve, ott is élesen elkülönül a kötődést kereső és a kötődési lehetőséget nyújtó személy kiléte, ahogyan ez az ECR-ben is kifejezésre jut. Az ECR párkapcsolatokra vonatkozó állításokat használ, mégis csupán a személy kötődési viselkedését, kötődési minőségét szeretné feltérképezni. Véleményem szerint tehát egy kapcsolatban a

kötődési minőség mérhetősége nem függ a kapcsolat szimmetrikusságától vagy annak hiányától.

A szexualitás szerepét tekintve szintén azzal szembesülünk, hogy a terápiás kapcsolatban a szexualitás nem jelenik meg abban a formájában – mondhatnám teljességében –, ahogyan a párkapcsolatokban megjelenik. A terapeuta csábítása, esetlegesen szexuális kapcsolat létesítése a pácienssel ismét a szakmai szabályok megsértését jelenti, ugyanakkor a páciens részéről a szexualitással kapcsolatos érzések, fantáziák nem ütköznek semmiféle morális gátba – hacsak nem saját tudatos vagy tudattalan erkölcsi megfontolásaiba. Mann (1997) az erotikus áttétel kapcsán megjegyzi, hogy az analitikus helyzet és a szexuális együttlét összevethető élmények, amennyiben a szexuális együttlét sem elsősorban fizikai történés, hanem tudatos és tudattalan pszichológiai és fantázia folyamatokkal vegyül. A terápiás helyzet intimitása tökéletes lehetőséget nyújt ezen fantáziák aktiválódásának, így ha a cselekvés szintjén nem is, de a lelki élet szempontjából párhuzamot vonhatunk az analitikus helyzet – vagy tágabban értelmezve a terápiás kapcsolat – és a szexualitás között. A fenti eszmefuttatás összegzéseként elmondható, hogy a párkapcsolat ugyan jelentős megkötöttségekkel, de párhuzamba állítható a terápiás kapcsolattal – ahogyan azt a páciens megéli. Az adott pillanatban kötődési személyként párjára tekintő szerelmes sokban hasonlít a terapeutájához kötődő páciensre. Természetesen a kapcsolat másik résztvevőjének (másik szerelmes vs. terapeuta) reakciói nagyban eltérnek, és ez a terápiás kapcsolatot ismételten a gyermek és szülője közt fennálló kapcsolathoz teszi inkább hasonlóná. Azonban mivel a „gyermek-szülő viszony – terápiás kapcsolat” analógiában is több hiányosság mutatkozik (lásd Farber et al, 1995 kritikáját), így a fenti megkötésekkel a párkapcsolat-terápiás kapcsolat analógiát is elfogadhatónak érzem.

Mindezen elgondolkodásra okot adó kérdések mellett is hangsúlyoznom kell azonban, hogy a skálák reliabilitási mutatói a gyakorlatban elvárt értékek felett vannak. A következőkben a skálák elnevezésére térek át, illetve összetartozásuk mellett érvelek, ahogyan azt a 4.6. táblázatban látható szuperfaktorok bizonyítják. Ehhez Wei, Russell, Mallinckrodt és Vogel (2007) munkáját veszem alapul, akik az ECR rövidített változatának kialakításakor a szakirodalom áttekintésére hivatkozva mind a szorongás, mind pedig az elkerülés esetében három olyan területet írnak le, amelyek fontos részét képezik a kötődési szorongásnak, illetve elkerülésnek.

A szorongás esetében a három releváns terület (1) a társas visszautasítás vagy elhagyatás miatti félelem, (2) mások megerősítése iránti fokozott szükséglet, és (3)



distressz a partner elérhetetlensége vagy hűvössége esetén. Ezek a kötődési szorongást alkotó területek kisebb eltérésekkel megfelelnek az általam feltárt szorongás szuperfaktor alá tartozó skáláknak: (1) aggodás a terapeuta elvesztése miatt, (2) túlzott megerősítés szükségessége, és (3) az összeillés hiánya, amely a páciens szemszögéből saját közelségigénye és a terapeuta észlelt közelsége közötti összeillés hiányát méri. Az első és második területek szinte szóról szóra azonos értelmezésben jelennek meg, ugyanakkor a harmadik skála (összeillés hiánya) esetén az általam végzett elemzés során az eredeti ECR-ben az elkerülés dimenzióhoz tartozó elemek is a skálába kerültek, így a név megváltoztatására szükség volt. A Wei és munkatársai (2007) által használt megnevezést alkalmazva „distressz a partner túlzott hűvössége vagy túlzott közelsége esetén” is illene a skála jelentésére.

Saját vizsgálatomban az elkerülés szuperfaktor esetében három összetevőként (1) az önfeltárás elutasítása, (2) a közelségkerülés, és (3) a túlzott önállóságra törekvés adódott. Érdekes megjegyezni, hogy bár Wei és munkatársai (2007) elméletben kis különbséggel (közelségkerülés helyett félelem az intimitástól/közelségtől) a fenti három faktort vezetik le az ECR rövidített változatának megalkotásakor, az elkerülésre vonatkozó tizenhét állításon végzett faktoranalízis során mégis két alskálát kaptak, amelyekben a közelséggel kapcsolatos diszkomfort és a vonakodás a másoktól függésben különültek el egymástól. Az állítások szintjét is megvizsgálva felfedezhető, hogy a másoktól függésben mutatott vonakodás a túlzott önállóságra törekvésre és az önfeltárás elutasítására vonatkozó állításokat is tartalmaz. A Terápiás Kötődés Élményei elkerülés szuperfaktor alá tartozó három skálája esetén tehát elmondható, hogy azok a kötődéseméleti szakirodalomnak megfelelő, az ECR Wei és munkatársai (2007) által kidolgozott rövidített verziójánál differenciáltabb megközelítést tudnak nyújtani a terápiás helyzetben mutatott kötődési elkerülés vizsgálatában.

A Terápiás Kötődés Élményei teszt-reteszt reliabilitása szintén megfelelőnek bizonyult. Ez a teszt viszonylagos idői stabilitása mellett arra is enged következtetni, hogy a terápiás kötődés az elméleti részben levezetetteknek megfelelően egy viszonylag lassan változó, robusztus megjelenési aspektusa a terápiás kapcsolatnak – az áttétel dinamikusságával szemben. Természetesen ezt a megállapítást csupán fenntartásokkal teszem, hiszen a Terápiás Kötődés Élményei újbóli felvétele az első kérdőívcsomag kitöltése után egy héttel történt. Ez az időintervallum akár az áttételi viszonyulás változása szempontjából is túlságosan rövid lehet a terápia egy viszonylag nyugalmasabb időszakában.

A kérdőív reliabilitásának kérdését összegezve elmondható, hogy egyfajta fordított módszerrel – a két dimenzió további faktoranalízise helyett az eredeti tételek faktoranalíziséből nyert hat faktor újabb faktoranalitikus vizsgálatával – a Wei és munkatársai (2007) és a Brennan és munkatársai (1998) által publikált struktúrához hasonlót kaptam a Terápiás Kötődés Élményei tekintetében. Így bár látszólag a hat skála távol áll a két dimenziótól, mégis a célkitűzés ide vonatkozó részét – az ECR-éhez hasonló struktúrával rendelkező kérdőív létrehozását – teljesültnek tekintem.

#### **IV.3.4.2. A Terápiás Kötődés Élményei validitása**

A Terápiás Kötődés Élményei validálására a terapeuták szakértői értékelését használtam fel. A Hazan és Shaver (1987) kezdeti prototípus leírásainak módosított változatából kialakított, a páciens terápiás viselkedésére, és általa a terapeutában keltett érzésekre vonatkozó két állítást a terapeuták hétfokú Likert-skálán értékelték. Az egyik állítás a páciens terápiás kötődési elkerülésére, a másik a páciens terápiás kötődési szorongására vonatkozott (lásd 2. melléklet). A Terápiás Kötődés Kérdőív validitását a terapeuta értékelése és a páciens önértékelése közti együttjárás megállapításával szerettem volna alátámasztani. Az eredmények szerint ez a terápiás elkerülés szuperfaktor alá tartozó skálák esetében sikeres volt. Így az önfeltárás elutasítása, a közelségkerülés és a túlzott önállóságra törekvés skálákat validnak tekintem, amennyiben azok a terapeuták megítélésével egybevágó módon a kötődési elkerülést mérik.

A szorongás szuperfaktor alá tartozó skálák esetében ugyanezen eljárás nem vezetett sikerre. A terapeuta értékelése a páciens terápiás kötődési szorongásáról és a páciens önjellemzése egyik skála esetében sem mutatott szignifikáns együttjárást. Így az aggodás a terapeuta elvesztése miatt, a túlzott megerősítés szükségessége és az összeállítás hiánya alskálákat nem tekintem érvényesnek abban a tekintetben, hogy azok a terápiás kötődési szorongást nem a terapeuták értékelésével egybehangzó módon mérik. A következő bekezdésben amellet érvelek, hogy ezen skálák validálása az eredetileg kitalált módon módszertani hiányosságok miatt volt sikertelen.

A validálás felemás sikerének értékeléséhez a páciensre vonatkozó állítások elemzését kell elvégeznünk. A terapeutának a páciens terápiás kötődési elkerülésre vonatkozó jellemzésében („A páciensem kényelmetlenül érzi magát, ha közel kerülök hozzá; nehezebbre esik teljesen megbízni bennem, és nehezebbre esik rám támaszkodnia. Idegessé válik, ha túl közel kerülök hozzá.”) – bár mentális állapotra vonatkozó

állítások is szerepelnek (pl. képesség arra, hogy a páciens megbízzon a terapeutájában) – a közelség szabályozó, viselkedéses szinten jól nyomon követhető jelzések dominálnak. Továbbá a leírás a belső munkamodellek tekintetében azt sugallja, hogy a terapeuta megbízhatatlan, nem alkalmas arra, hogy támaszt nyújtson. Ezek olyan érzések, amelyekre a terapeuta a kapcsolat alakítása miatt amúgy is nagy figyelmet fordít. Az elkerülő terápiás kötődéssel kapcsolatos jelzések terapeuta általi könnyebb nyomon követését a terapeuta aktív szerepe (a terapeuta úgy jelenik meg a leírásban, mint aki cselekedeteivel kiváltja a páciens távolodását) is előidézhetheti, egyfajta attribúciós torzítás eredményeképpen.

Ezzel szemben a páciens terápiás szorongásáról szóló megfogalmazás („A páciensem követelőző és néha olyan közel szeretne kerülni hozzám, ami már számomra kellemetlen. Gyakran fejezi ki aggodalmát, hogy nem szeretem, vagy félelmét, hogy magára hagyom.”) újra azt a problémát veti fel, hogy átalakítva ugyan, de egy párkapcsolatokra vonatkozó leírásból származik, amely nem vihető át egy az egyben a terápiás helyzetre. Egyrészt a terapeuta a páciens túlzott közelsége által kiváltott kellemetlenséget viszontáttételi<sup>26</sup> érzésként értelmezheti. Így azt elsősorban nem saját maga monitorozására, hanem a páciens áttételének és mások pácienshez való viszonyulásának megértésére használja (Gelso & Hayes, 2007). Tehát bár az érzelmet a terapeuta éli át, funkcionálisan mégis inkább a páciensről szól. Másrészt a terápiás szerződés által markánsan kijelölt határok – bár a vágyat nem szándékuk és nem is tudják felszámolni – a követelőző viselkedésnek és túlzott közelségnek kevés helyet hagynak, sőt bizonyos páciensek ezzel kapcsolatos vágyukat sem tudják kifejezésre juttatni. Tehát összegezve azt mondhatjuk, hogy a terápiás kötődési elkerülés viselkedéses megnyilvánulása (pl. távolodás, információ visszatartása) sokkal direkter, sokkal szembeötlőbb információkra támaszkodik, míg a terápiás kötődési szorongás a terapeuta véleményezésére váró állításban olyan következményekkel jár, amelyek a párkapcsolatokban előfordulnak, ugyanakkor a terápiás kapcsolatban a terápia keretei vagy éppen a helyzet aszimmetrikussága miatt kisebb valószínűséggel fordulhatnak elő.

Emellett a páciens terápiás kötődési szorongásáról szóló leírás túlságosan összetett ahhoz, hogy egyetlen pontszámmal a beteg viselkedése, feltételezett érzései és

---

<sup>26</sup> Itt a viszontáttételt a totális értelemben használom, ahogyan azt Gleso és Hayes (2007) megkülönbözteti a klasszikus felfogástól. A klasszikus felfogásban a viszontáttétel a terapeutának páciens áttételére adott áttételi reakciója, és inkább a terápiás munka akadályaként szerepel. Ezzel szemben a totális nézet képviselői a terapeuta összes pácienssel kapcsolatos érzését és attitűdjét viszontáttételként kezelik.

az ezekre adott reakciói jellemezhetőek lennének. Ez ismételten arra hívja fel a figyelmet, hogy a terapeuták számára megfogalmazott leírások megszerkesztésekor még körültekintőbben kellett volna eljárni, figyelembe véve azt, hogy a felszínen közel sem feltétlenül akkora a különbség a két másodlagos stratégia (ti. elkerülés és szorongás) között, mint ahogyan az az intrapszichés dinamikában jelentkezik.

Ez a kettősség a páciens oldaláról, a Terápiás Kötődés Élményei itemeiben is jól tükröződik: az elkerülésre vonatkozó állítások általában cselekvésesek (például „Inkább nem **kerülök túl közel** a terapeutámhoz” – kiemelés tőlem – L.A.), míg a szorongásra vonatkozó tételek a legtöbb esetben valamilyen belső állapotra vonatkoznak (például „Ritkán **aggódom** amiatt, hogy a terapeutám elhagy” – kiemelés tőlem – L.A.). A páciensben működő elhárítások mentén gondolkodva a terapeutára vetülő idealizáció, vagy a kötődési szorongókra oly jellemző elhagyatással kapcsolatos félelmek elfojtása, lehasítása is ahhoz vezethet, hogy ezeket a belső állapotokat a páciensek sokkal kevésbé hajlamosak önmagukban észrevenni, mint az elkerülésre vonatkozó viselkedéseket.

A validálás tekintetében elmondható, hogy a szorongás szuperfaktorba tartozó skálák validálása sikertelen volt, így ezek alaposabb vizsgálatra szorulnak. Ezzel szemben az elkerülés szuperfaktor három skáláját – az önfeltárás elutasítását, a közelségkerülést, és a túlzott önállóságra törekvést – a továbbiakban Kötődési Elkerülés a Terápiában (későbbiekben KET) néven használható mérőeszköznek tartom a terápiás kötődési elkerülés mérésére a terápiás kapcsolatot célzó kutatásokban.

#### ***IV.4. Eredmények és megvitatás II. – A terápiás kötődési elkerülés és a szülői bánásmód hatása a terápiás attitűdre***

A fentiekben bemutatott folyamat végeredményeként létrejött Kötődési Elkerülés a Terápiában (későbbiekben KET) kérdőívet arra használtam, hogy a második célkitűzésnek megfelelően megvizsgáljam, milyen hatást gyakorol a terápiás kötődési elkerülés a páciensek terápiával kapcsolatos attitűdjeire. A szülői bánásmódra vonatkozóan azért emeltem be változókat a vizsgálat menetébe, hogy a terápiás kötődés szülői bánásmódtól független hatása is feltárható legyen. Ebben az alfejezetben bemutatom a vizsgálati mintán mért változók fontosnak ítélt összefüggéseit, a szülői bánásmód megítélését, és ennek összehasonlítását egy normatív mintával. A célkitűzésnek megfelelően több modellben és több statisztikai módszerrel megközelítve feltárom az észlelt szülői bánásmód terápiás kötődési elkerülésre gyakorolt hatását, illetve fenti két változócsoport együttes hatását a terápiás attitűdre. A többszörös statisztikai megközelítést a sok változó (a páciens, a terapeuta és a terápia jellemzőin felül hat változó a szülői bánásmódra és három a terápiás kötődési elkerülésre) miatt választottam. Így lehetőség nyílik arra, hogy a jelenséget a rendelkezésre álló adatoknak megfelelő komplexitásban vizsgáljam, miközben az értelmezhetőség szempontjait is figyelembe veszem<sup>27</sup>.

##### **IV.4.1. A vizsgálati minta néhány változójának összefüggései**

Mivel a minta több szempontból is heterogén volt, ezért szükségesnek ítéltém, hogy azokat a megoszlásokat felderítsem, amelyek mégsem véletlenszerűek. A  $\chi^2$ -próbával végzett elemzések célja az volt, hogy az eredményeket a többi elemzés végeredményének értelmezésekor esetlegesen figyelembe vehessem. Elsőként a különböző diagnózisú páciensek megoszlását vizsgáltam az egyes kezelési formák között. A diagnózisok csoportosításánál a 4.2. táblázatban legnagyobb létszámmal szereplő Axis I. zavaros csoportot további 3 alcsoportra bontottam: hangulatzavarral (F3x.xx; n=14), szorongásos zavarral (F40.xx és 41.xx; n=28) és alkalmazkodási zavarral (F43.xx; n=13) jellemezhető csoportjaira. A megoszlást a 4.10. táblázat mutatja be.

---

<sup>27</sup> Gondoljunk csak arra a helyzetre, hogy csupán a szülői bánásmódra és a terápiás kötődési elkerülésre vonatkozó változók bevonásával végzett varianciaanalízis kilenc szempontú lenne, tehát az eredményeket egy kilencdimenziós térben kellene értelmezni.

Kezelési forma	Páciens diagnózisa					Összesen
	dependens	hangulatzav.	szorongásos	alk.zav.	szem.zav.	
szupportív	2	9	14	8	6	39
módszerspec.	0	5	14	5	13	37
MM	25	0	0	0	0	25
Összesen	27	14	28	13	19	101

4.10. táblázat

A különböző diagnózisú páciensek megoszlása az egyes kezelési formák között (sötétebb háttérrel a megismételt  $\chi^2$ -próba-hoz használt kereszttáblát emeltem ki)

A táblázatot az egyenletes megoszlással összehasonlító  $\chi^2$ -próba szignifikáns különbséget jelzett ( $\chi^2_{(8)}=97,183$ ;  $p<0,001$ ), amely szignifikáns különbség a dependens személyek és a Minnesota Modellben kezelték eltávolítása esetén megismételt  $\chi^2$ -próba esetén megszűnt ( $\chi^2_{(3)}=4,414$ ;  $p>0,05$ ). Tehát a hangulatzavaros, szorongásos, alkalmazkodási valamint személyiségzavarban szenvedők eloszlása egyenletes volt a szupportív és módszerspecifikus kezelési formák között, míg a szerdependens személyek kezelése egyértelműen a Minnesota Modellhez köthető.

Kezelési forma	Páciens végzettsége			Összesen
	érettségi alatt	érettségi	érettségi fölött	
MM	8	7	10	25
egyéb	18	35	35	88
Összesen	26	42	45	113

4.11. táblázat

A különböző végzettségű páciensek megoszlása a Minnesota Modell és más kezelési formák között

A megoszlások vizsgálata során a második kérdés az volt, vajon a különböző végzettségű személyek egyenlő arányban oszlanak-e meg a Minnesota Modellben és más formában kezelt páciensek között. A 4.11. táblázatban bemutatott kereszttáblán végzett  $\chi^2$ -próba nem mutatott szignifikáns eltérést az egyenletes eloszláshoz képest ( $\chi^2_{(4)}=1,854$ ;  $p>0,05$ ). Tehát elmondható, hogy semelyik iskolai végzettség nem volt alul- vagy felülreprezentálva a Minnesota Modellben illetve más módszerrel kezelt páciensek között.

#### IV.4.2. A Szülői Bánásmód Kérdőív (H-PBI) leíró statisztikája és összefüggései a páciensek jellemzőivel

A H-PBI skálái és jellemzőik jelen vizsgálati mintán a következőképpen alakultak (4.12. táblázat).

	Skálák	Átlag	Szórás	Cronbach alfa
ANYA	Szeretet-törődés	21,6	8,28	0,913
	Túlvédés	11,12	5,51	0,842
	Korlátozás	8,72	4,6	0,888
APA	Szeretet-törődés	18,28	9,88	0,939
	Túlvédés	7,99	4,7	0,770
	Korlátozás	8,25	4,98	0,898

4.12. táblázat

A Szülői Bánásmód Kérdőív skáláinak leíró statisztikája a vizsgálati mintán

A minta sajátossága miatt – pszichiátriai betegekről lévén szó – kíváncsi voltam arra, hogy a H-PBI-n elért pontszámok hogyan viszonyulnak az egészséges populáció eredményeihez. Ennek vizsgálatára  $\chi^2$ -próbát végeztem. A Tóth és Gervai (1999) által meghatározott klinikai határszámokat és a rajtuk kívül eső női vizsgálati személyek számát és arányát vizsgálatukban és jelen vizsgálatban a 4.13. táblázat mutatja be.

	Skálák	Határ- érték	Normatív	Jelen	$\chi^2$ (df = 1)	p
			csoport (n=163) k (%)	vizsgálat (n=77) k (%)		
ANYA	Szeretet-törődés	≤22	27 (16,6)	45 (58,4)	97,705	<0,001
	Túlvédés	≥13	28 (17,2)	32 (41,6)	32,171	<0,001
	Korlátozás	≥10	37 (22,7)	34 (44,2)	20,203	<0,001
APA	Szeretet-törődés	≤14	35 (21,5)	30 (39)	13,967	<0,001
	Túlvédés	≥11	25 (15,3)	27 (34,2)	23,078	<0,001
	Korlátozás	≥10	28 (17,2)	31 (40,3)	28,835	<0,001

4.13. táblázat

A szülőket a klinikai határon kívül eső pontszámokkal értékelő személyek száma (k) és százalékos aránya normatív női mintában (Tóth & Gervai, 1999) és jelen vizsgálat női almintájában

A klinikai határon kívül eső értéket adó vizsgálati személyek arányát  $\chi^2$ -próbával összehasonlítva a nőkből álló normatív csoportban és jelen vizsgálat női almintájában elmondható, hogy az összes H-PBI skála esetében a normatív mintához viszonyítva a klinikai határértéken kívül eső személyek száma felülreprezentált volt vizsgálatom női almintájában. Ezen felül a teljes mintáról elmondható, hogy az anyai szeretet-törődés skálán elért pontszámuk átlaga a Tóth és Gervai (1999) által meghatározott klinikai határon kívül esett (vö. 4.12. táblázat).

#### **IV.4.3. A szülői bánásmód hatása a terápiás kötődési elkerülésre**

A szülői bánásmód hatását a terápiás kötődési elkerülésre kovariancia-analízissel vizsgáltam. Független változóként a KET három skáláját vittem be az elemzésbe, független változóként a H-PBI három apai és három anyai bánásmódra vonatkozóan a minta magas és alacsony pontszámot elérő felét. Ezen kívül kísérő változóként elemzésre kerültek azok a változók is (terápia hossza, páciens diagnosztikus csoportja), amelyekről úgy gondoltam, hogy szerepet játszhatnak a terápiás kötődési elkerülés alakulására. A minta sajátágaiból adódóan a három vagy több változót tartalmazó interakciókat az elemzés nem volt képes kezelni. A kovariancia-analízis eredményeit a KET-skálákra szétbontva közlöm.



#### IV.4.3.1. A szülői bánásmód hatása az önfeltárás elutasítására

Az önfeltárás elutasítására a kísérő változók közül egyik sem gyakorolt szignifikáns hatást. A független változók és interakcióik közül a 4.14. táblázatban bemutatott interakciók gyakoroltak szignifikáns hatást az önfeltárás elutasításának alakulására.

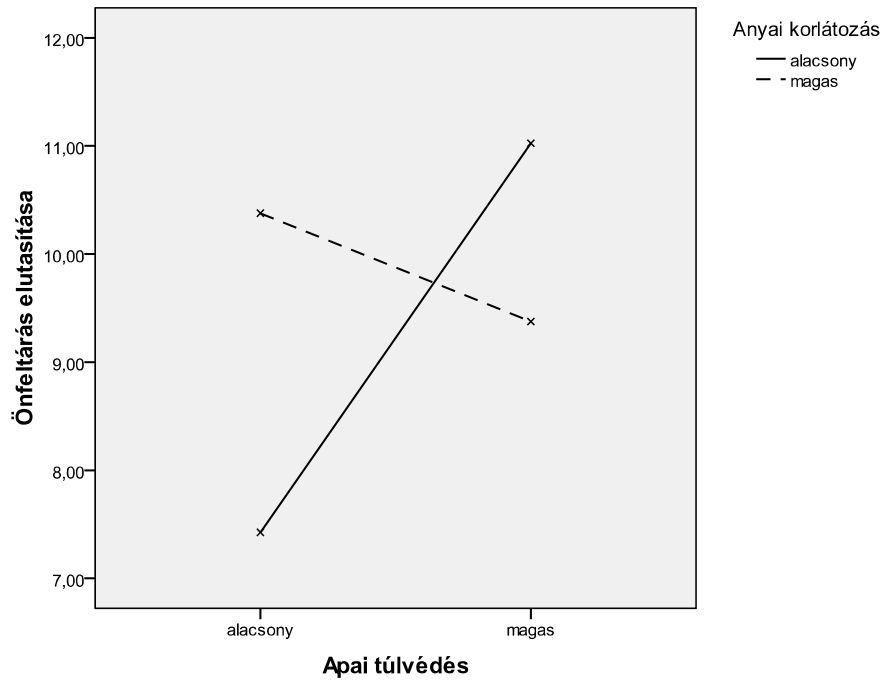
H-PBI skála interakciók	df	F-érték	p
apai túlvédés * anyai korlátozás	1	9,496	<0,005
apai korlátozás * anyai korlátozás	1	4,851	<0,05

4.14. táblázat

Az önfeltárás elutasítására szignifikáns hatást gyakorló H-PBI skála interakciók

Az interakciók mibenléte az átlagokat megjelenítő ábrák alapján fejthető meg. A 4.1. ábrán jól látható, hogy alacsony anyai korlátozás esetén a magas apai túlvédés az önfeltárás nagyobb mértékű elutasításához vezet, mint az alacsony apai túlvédés. Ezzel szemben magas anyai korlátozás esetén az alacsony apai túlvédés vezet az önfeltárás elutasításához.

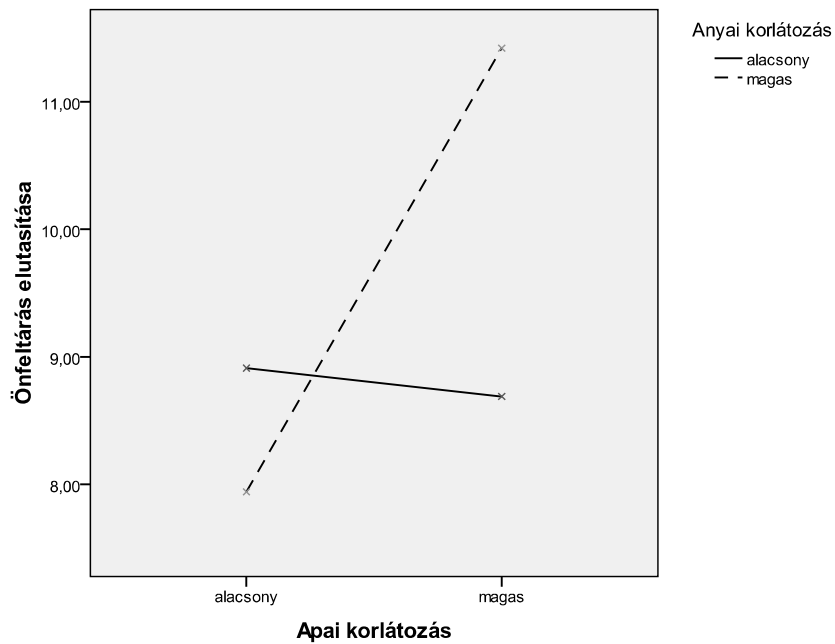
A 4.2. ábra az apai és az anyai korlátozás önfeltárás elutasítására gyakorolt együttes hatását mutatja be. Az ábra tanúsága szerint alacsony anyai korlátozás esetén az apai korlátozás mértéke nincs hatással az önfeltárás elutasításának mértékére. Ezzel szemben magas anyai korlátozás esetén az alacsony apai korlátozáshoz képest a magas apai korlátozás az önfeltárás nagyobb mértékű elutasításához vezet.



A modellben megjelölő kísérő változókat az alábbi értékekkel illesztettük a számításba: terápia hossza (hétben) = 60,51, diagnosztikus csoport = 1,9438

4.1. ábra

Az apai túlvédés és az anyai korlátozás együttes hatása az önfeltárás elutasítására



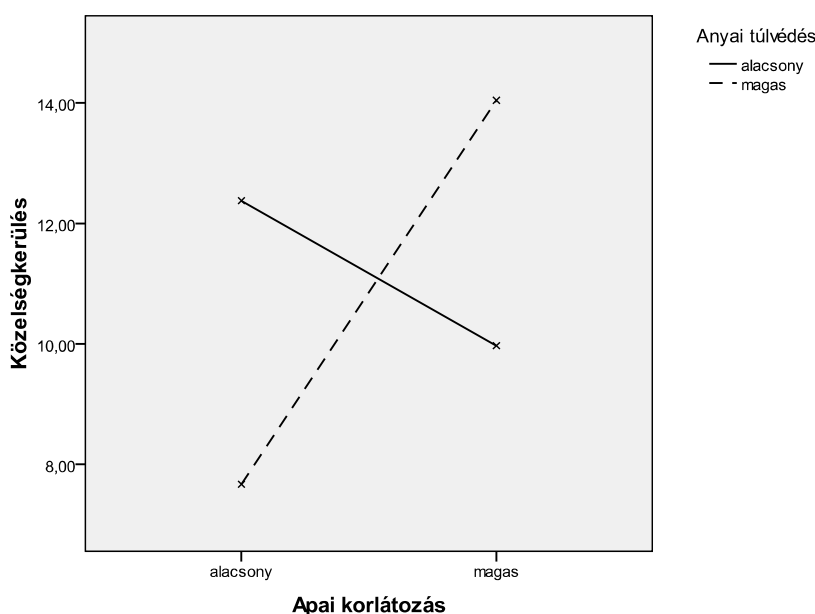
A modellben megjelenő kísérő változókat az alábbi értékekkel illesztettük a számításba: terápia hossza (hétben) = 60,51, diagnosztikus csoport = 1,9438

4.2. ábra

Az apai korlátozás és az anyai korlátozás együttes hatása az önfeltárás elutasítására

#### IV.4.3.2. A szülői bánásmód hatása a közelségkerülésre

A kísérő változók egyike sem gyakorolt szignifikáns hatást a közelségkerülésre. A független változók közül az apai korlátozás és az anyai túlvédés interakciója mutatott szignifikáns hatást a közelségkerülésre ( $F_{(1)}=4,492$ ;  $p<0,05$ ). A hatást a 4.3. ábra szemlélteti. Eszerint alacsony anyai túlvédés esetén a magas apai korlátozás csökkent mértékű közelségkerüléshez vezet, míg magas anyai túlvédés esetén a magasabb apai korlátozás megnöveli a közelségkerülést.



A modellben megjelenő kísérő változókat az alábbi értékekkel illesztettük a számításba: terápia hossza (hétben) = 60,51, diagnosztikus csoport = 1,9438

4.3. ábra

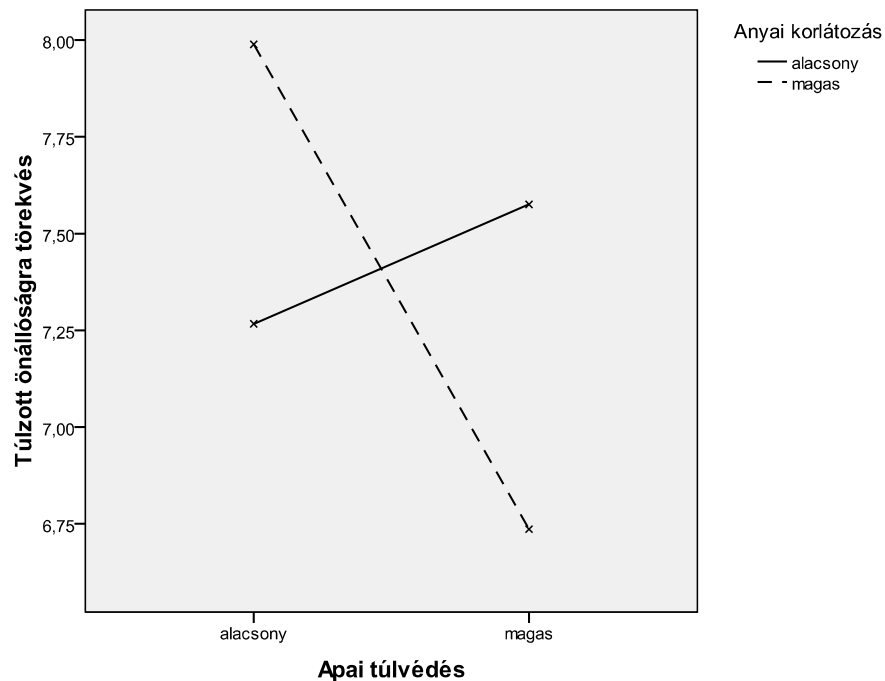
Az apai korlátozás és az anyai túlvédés együttes hatása a közelségkerülésre

#### IV.4.3.3. A szülői bánásmód hatása a túlzott önállóságra törekvésre

A kísérő változók közül a terápia hossza szignifikáns hatást gyakorolt a túlzott önállóságra törekvésre ( $F_{(1)}=7,292$ ;  $p<0,01$ ). A Pearson-féle korrelációs vizsgálat megmutatta, hogy a terápiában eltöltött hetek száma és a túlzott önállóságra törekvés között negatív összefüggés van ( $r= -0,24$ ;  $p<0,05$ ), tehát a terápia hosszával párhuzamosan a túlzott önállóságra törekvés csökken.

A független változók közül az apai túlvédés és az anyai korlátozás interakciója ( $F_{(1)}=5,074$ ;  $p<0,05$ ) és az apai korlátozás önmagában ( $F_{(1)}=4,252$ ;  $p<0,05$ ) gyakorolt szignifikáns hatást a túlzott önállóságra törekvésre. Az apai korlátozás esetén a

páronkénti összehasonlítás megmutatta, hogy magasabb apai korlátozás esetén szignifikánsan magasabb a túlzott önállóságra törekvés (Bonferroni  $p < 0,05$ ).



A modellben megjelenő kísérő változókat az alábbi értékekkel illesztettük a számításba: terápia hossza (hétben) = 60,51, diagnosztikus csoport = 1,9438

4.4. ábra

Az apai túlvédés és az anyai korlátozás együttes hatása a túlzott önállóságra törekvésre

Az apai túlvédés és az anyai korlátozás interakciós hatása a túlzott önállóságra törekvésre a 4.4. ábra alapján értelmezhető. Alacsony anyai korlátozás esetén nincs jelentős különbség a túlzott önállóságra törekvésben az apai túlvédés mértéke alapján. Ezzel szemben magas anyai korlátozás esetén az alacsony apai túlvédés a túlzott önállóságra törekvés magas értékével jár együtt, míg a magas apai túlvédéshez a túlzott önállóságra törekvés alacsonyabb értéke társul.

A következőkben a szülői bánásmód és a terápiás kötődési elkerülés terápiás attitűd változókra gyakorolt hatását tárom fel. Az értelmezhetőség határainak figyelembevételével úgy döntöttem, hogy az előzőekben is használt eljárásnál maradok. A kovariancia-analízis lehetővé tette, hogy a közvetlen elemzésből kimaradó változók hatása kontrollálva legyen. Ugyanakkor egy fontos szempont érvényesítése így lehetetlenné vált – jelesül a szülői bánásmód és a terápiás kötődési elkerülés esetleges interakciójának vizsgálata. Hogy ez mégis kivitelezhető legyen, az apai bánásmód három skálája, az anyai bánásmód három skálája és a KET három skálája alapján két-két klasztert képeztem. Így az apai bánásmód, az anyai bánásmód és a terápiás kötődési elkerülés terápiás attitűd változókra gyakorolt interakciós hatása is vizsgálhatóvá vált a

kovariancia-analízis számára. A következő három alfejezet ezeket az elemzéseket mutatja be részletesen.

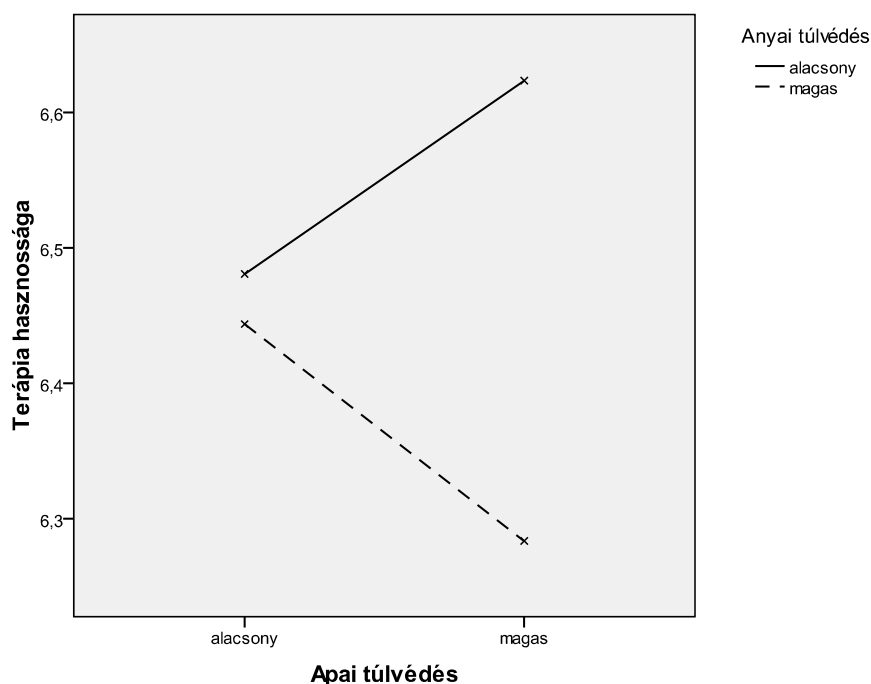
#### **IV.4.4. A szülői bánásmód hatása a terápiás attitűd változókra**

A szülői bánásmód hatását a terápiás attitűd változókra kovariancia-analízis segítségével vizsgáltam. Az elemzésekben a terápiás attitűd változók függő változóként, a H-PBI hat skálája független változóként, míg a KET három skálája, a terápia hossza és a páciens diagnosztikus besorolása kísérő változóként szerepelt. Az eredményeket a terápiás attitűd változók bontásában közlöm.

##### **IV.4.4.1. A szülői bánásmód hatása a terápia hasznosságának megítélésére**

A terápia hasznosságának megítélésére a kísérő változók közül a közelségkerülés gyakorolt szignifikáns hatást ( $F_{(1)}=5,13$ ;  $p<0,05$ ). A két változó között, a Pearson-féle korrelációs együttható értelmében negatív együttjárás van ( $r=-0,24$ ;  $p<0,05$ ), tehát a magasabb közelségkerülés értéket adó páciensek kevésbé találták hasznosnak a terápiát mindennapjaik során.

A független változók és interakcióik közül az apai és az anyai túlvédés terápia hasznosságára gyakorolt hatásának interakciója ( $F_{(1)}=6,987$ ;  $p<0,05$ ) és az apai szeretet önálló hatása ( $F_{(1)}=4,274$ ;  $p<0,05$ ) bizonyult szignifikánsnak. Az apai szeretet tekintetében a páronkénti összehasonlítás megmutatta, hogy a magasabb apai szeretet a terápia hasznosságának kedvezőbb megítélését eredményezi (Bonferroni  $p<0,05$ ). Az apai és anyai túlvédés interakciós hatásának tekintetében a 4.5. ábra szolgál eligazítással. Eszerint alacsony apai túlvédés esetén az anyai túlvédés mértéke nem gyakorol jelentős hatást a terápia hasznosságának megítélésére, míg a túlvédő apával rendelkező páciensek közül szignifikánsan hasznosabbnak ítélik a terápiát azok, akiknek anyja kevésbé volt túlvédő, mint azok, akik túlvédőbb anyáról számolnak be.



A modellben szereplő kísérő változókat az alábbi értékekkel vettük számításba az elemzés során: terápia hossza (hétben) = 60,51, diagnosztikus csoport = 1,9438, önfeltárási elutasítása = 9,2809, közelségkerülés = 11,2135, túlzott önállóságra törekvés = 7,3483

4.5. ábra

Az apai és anyai túlvdés együttes hatása a terápia hasznosságának megítélésére

#### IV.4.4.2. A szülői bánásmód hatása a terápiás ülések kellemességének megítélésére

A terapeutával töltött idő kellemességének megítélésére a kísérő változók közül a közelségkerülés gyakorolt szignifikáns hatást ( $F_{(1)}=4,44$ ;  $p<0,05$ ). A két változó között elvégzett Pearson-féle korrelációs elemzés alapján ( $r=-0,3$ ;  $p<0,005$ ) elmondható, hogy a közelségkerülés magasabb értéke a terapeutával töltött idő kellemetlenebbnek ítéletével jár együtt. A független változók és interakcióik közül egyik sem gyakorolt szignifikáns hatást a terápiás ülések kellemességének megítélésére.

#### IV.4.4.3. A szülői bánásmód hatása a gyógyulásba vetett remény megítélésére

A gyógyulásba vetett remény megítélésére a kísérő változók közül az önfeltárási elutasítása gyakorolt szignifikáns hatást ( $F_{(1)}=4,44$ ;  $p<0,05$ ). A két változó Pearson-féle korrelációja ( $r=-0,29$ ;  $p<0,005$ ) elárulja, hogy az önfeltárást inkább elutasító páciensek kevesebb reményt tápláltak magukban aziránt, hogy a terápia hozzásegíti őket problémájuk megoldásához.

A független változók és interakcióik közül csak az apai szeretet megítélése gyakorolt szignifikáns hatást a gyógyulásba vetett remény megítélésére ( $F_{(1)}=4,212$ ;  $p<0,05$ ). A páronkénti összehasonlításból kiderült, hogy az apjukat szeretettelibbnek,

törődőbbnek ítézők csoportja reménytelibbnek ítélte a terápiát, mint azok, akik apjukat kevésbé szeretetteljesnek élték meg (Bonferroni  $p < 0,05$ ).

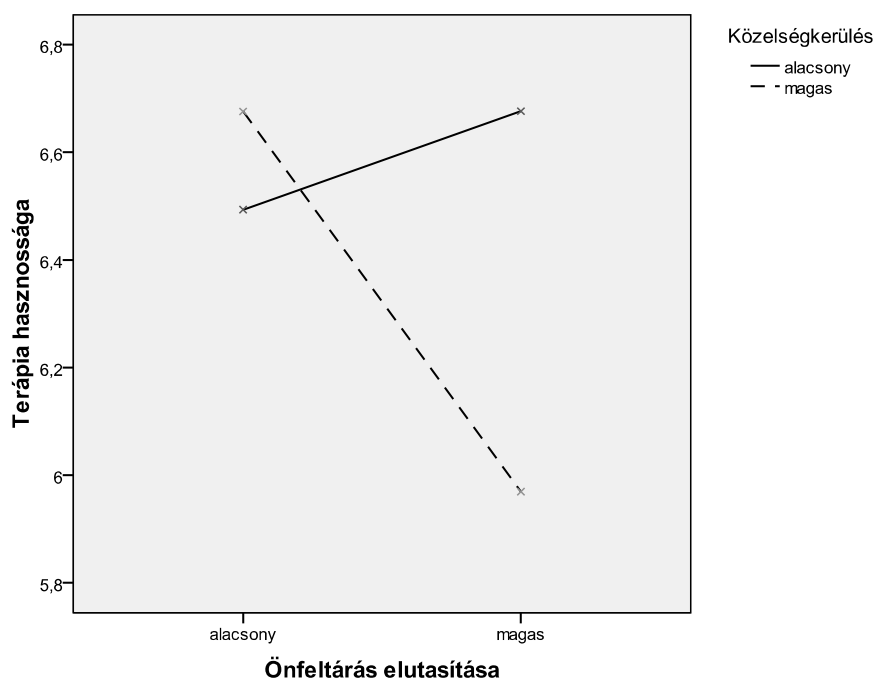
#### **IV.4.5. A terápiás kötődési elkerülés hatása a terápiás attitűd változókra**

A terápiás kötődési elkerülés terápiás attitűd változókra gyakorolt hatását szintén kovariancia-analízis segítségével vizsgáltam. Az elemzések során a terápiás attitűd változók voltak a függő változók, a KET három skálája képezte a független változókat, míg a H-PBI hat skálája, a terápia hossza és a páciens diagnosztikus besorolása kísérő változóként szerepelt. Az eredményeket a terápiás attitűd változók bontásában közlöm.

##### **IV.4.5.1. A terápiás kötődési elkerülés hatása a terápia hasznosságának megítélésére**

A terápia hasznosságának megítélésére a kísérő változók közül az apai szeretet gyakorolt szignifikáns hatást ( $F_{(1)}=6,006$ ;  $p < 0,05$ ). A apai szeretet megítélt mértéke alapján képzett két csoport átlaga megmutatta, hogy az apjukat szeretettelibbnek megélők hasznosabbnak ítélték meg a terápiát mindennapjaikra gyakorolt hatása alapján, mint azok, akik apjukat kevésbé törődőnek látták.

A független változók és interakcióik közül az önfeltárás elutasításának és a közelségkerülésnek az interakciója befolyásolta szignifikáns módon a terápia hasznosságának megítélését ( $F_{(1)}=7,765$ ;  $p < 0,01$ ). Az interakció jelentése a 4.6. ábráról olvasható le. Ez alapján a közelségkerülés alacsony értéke esetén az önfeltárás elutasításának mértéke nem volt hatással a terápia hasznosságának megítélésére. Ezzel szemben magas közelségkerülés esetén az önfeltárás elutasítását magasra értékelők (az alacsony pontszámúakhoz képest) kevésbé ítélték hasznosnak a terápiát.



A modellben szereplő kísérő változókat az alábbi értékekkel vettük számításba az elemzés során: terápia hossza (hétben) = 60,51, diagnosztikus csoport = 1,9438, apai szeretet = 18,6404, anyai szeretet = 22,0337, apai túlélés = 7,8202, anyai túlélés = 11,2809, apai korlátozás = 8,1910, anyai korlátozás = 8,6404

4.6. ábra

Az önfeltárás elutasításának és a közelségkerülésnek a terápia hasznosságának megítélésére gyakorolt együttes hatása

#### IV.4.5.2. A terápias kötődési elkerülés hatása a terápias ülések kellemességének megítélésére

A kísérő változók közül egyik sem gyakorolt szignifikáns hatást a terapeutával együtt töltött idő kellemességének megítélésére. A KET skálák és interakcióik közül is egyedül a közelségkerülés gyakorolt szignifikáns hatást a terápias ülések kellemességének megítélésére ( $F_{(1)}=6,593$ ;  $p<0,05$ ). A páronkénti összehasonlítás megmutatta, hogy az alacsonyabb közelségkerülés pontszámmal rendelkezők csoportja szignifikánsan kellemesebbnek ítélte a terapeutával együtt töltött időt (Bonferroni  $p<0,05$ ).

#### IV.4.5.3. A terápias kötődési elkerülés hatása a gyógyulásba vetett remény megítélésére

A gyógyulásba vetett remény megítélésére egyedül a kísérő változók egyike, mégpedig az apai szeretet megítélése volt szignifikáns hatással ( $F_{(1)}=5,681$ ;  $p<0,05$ ). A két változó együttjárásának Pearson-féle korrelációs vizsgálata ( $r=0,33$ ;  $p<0,005$ )



rámutatott, hogy az apai bánásmód szeretetteljesebbnek ítéltése a gyógyulásba vetett nagyobb reménnyel jár együtt.

#### **IV.4.6. A szülői bánásmód és a terápiás kötődési elkerülés együttes hatása a terápiás attitűd változókra**

A változók eredeti formájukban csupán egy kilenc szempontú varianciaanalízis elvégzésével tették volna lehetővé interakcióik hatásának vizsgálatát. A korábbi kovariancia-analízisek megmutatták, hogy ez a minta elemszámából adódóan sem kivitelezhető, illetve a kilencdimenziós térben történő gondolkodás is meghaladja az emberi felfogóképesség határait. Mivel a két változócsoporthoz (szülői bánásmód és terápiás kötődési elkerülés) interakcióinak terápiás attitűdre gyakorolt hatása fontos eredményekkel szolgálhat, ezért úgy döntöttem, hogy az apai és anyai bánásmódot, illetve a terápiás kötődési elkerülést egy-egy változóba sűríttem. Ezt klaszterelemzéssel kívántam elérni. A következőkben tehát a klaszterelemzés eredményeit, illetve az apai és anyai bánásmód és a terápiás kötődési elkerülés együttes hatásának vizsgálatát mutatom be.

##### **IV.4.6.1. Az apai bánásmód, anyai bánásmód és terápiás kötődési elkerülés klaszterek létrehozása**

A fent már kifejtett okok miatt terápiás kötődés és szülői bánásmódok interakciójának terápiás attitűdre gyakorolt hatását vizsgálandó a változók számának redukálására volt szükség. Erre legalkalmasabb módszernek a K-közép klaszteranalízist tartottam, ahol az alminták elemszámainak minél kiegyensúlyozottabbá tételét elérendő, lehetőségem nyílt arra, hogy előre megadott módon két klaszter kialakítását kérjem. A szülői bánásmód tekintetében az apai és anyai skálákat két külön redukálandó változóhalmazként kezeltem.

A terápiás kötődési elkerülésre vonatkozó skálák K-közép klaszterelemzése két klasztert kért a 4.15. táblázatban látható eredményt hozta. A táblázatból jól látszik, hogy az 1-es klaszterbe tartozók mindhárom KET skálán magasabb értéket értek el, mint a 2-es klaszterbe tartozók. Így az 1-es klaszterbe tartozókat magas terápiás kötődési elkerülésűeknek mondhatjuk, míg a 2-es klaszterbe tartozókat alacsony terápiás kötődési elkerülésűeknek. A klaszterek – varianciaanalízis alapján – mindhárom skála tekintetében szignifikánsan különböztek ( $F=47,76$  és  $183,28$  között; mindhárom esetben  $p<0,005$ ).

	Klaszter	
	1	2
Önfeltárás elutasítása	13,28	7,39
Közelségkerülés	17,78	8,07
Túlzott önállóságra törekvés	8,78	6,45
Klaszter elemszám	36	76

4.15. táblázat  
A három KET skálára végzett K-közép klaszteranalízissel nyert klaszterek középpontjai

Az apára vonatkozó H-PBI skálák esetén a K-közép klaszterelemzés két klaszter kialakítását kérve a 4.16. táblázat eredményeit adta. A táblázat tanúsága szerint az 1-es klaszterbe tartozók mindhárom skálán kevésbé kedvezőnek ítélték apjuk szülői bánásmódját, mint a 2-es klaszterbe tartozók ( $F=24,18$  és  $224,89$  között; mindhárom esetben  $p<0,001$ ). Az 1-es klaszterbe tartozókat így kedvezőtlen apai tapasztalattal rendelkezőnek nevezhetjük, míg a 2-es klaszterbe tartozók kedvezőbbnek ítélték meg apjuk szülői gondoskodását.

	Klaszter	
	1	2
Apai szeretet	8,98	25,58
Apai túlvédés	10,36	6,11
Apai korlátozás	10,98	6,07
Klaszter elemszám	44	57

4.16. táblázat  
Az apai bánásmód három H-PBI skálájára végzett K-közép klaszteranalízissel nyert klaszterek középpontjai

Az anyára vonatkozó H-PBI skálák esetén is az előzőekben bemutatott módon jártam el. A 4.17. táblázatban látható eredmények alapján elmondható, hogy az 1-es klaszterbe tartozók mindhárom skálán szignifikánsan kedvezőtlenebbül ítélték meg anyjukat, mint a 2-es klaszterbe tartozók ( $F=4,58$  és  $238,07$  között; mindhárom esetben  $p<0,05$ ). Az 1-es klaszterbe tartozók tehát általánosságban kedvezőtlenebb képpel rendelkeznek anyjuk szülői gondoskodásáról, mint a 2-es klaszterbe tartozók.

	Klaszter	
	1	2
Anyai szeretet	14,50	28,40
Anyai túlvédés	12,52	10,23
Anyai korlátozás	10,17	7,26
Klaszter elemszám	48	53

4.17. táblázat

Az anyai bánásmód három H-PBI skálájára végzett K-közép klaszteranalízissel nyert klaszterek középpontjai

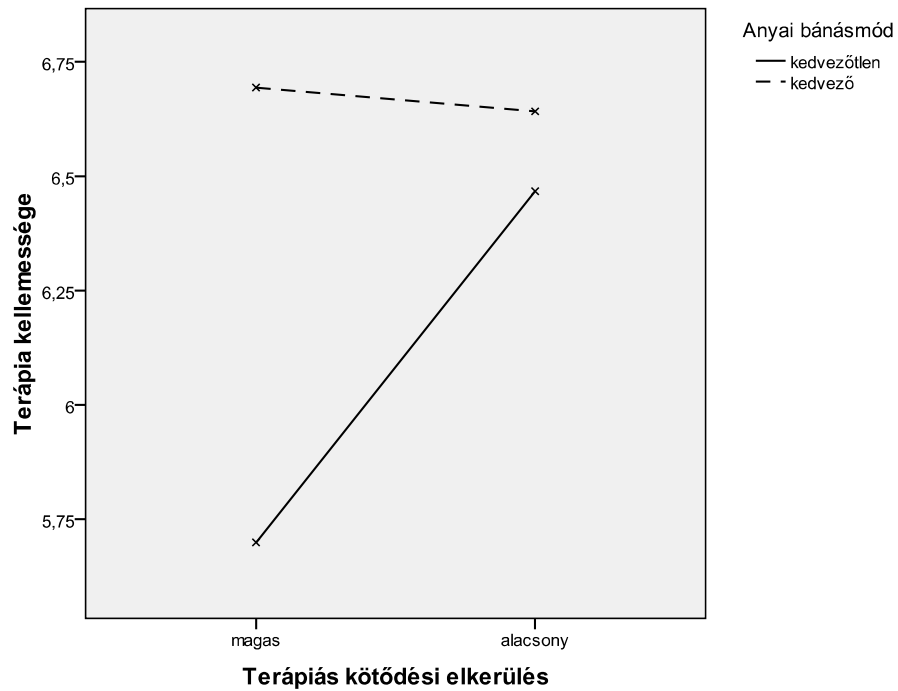
#### IV.4.6.2. Az apai bánásmód, anyai bánásmód és terápiás kötődési elkerülés együttes hatása a terápiás attitűd változókra

A fent bemutatott három elemzés során nyert „szuperskálákon” (terápiás kötődési elkerülés, apai és anyai bánásmód) a klasztereket csoportosítási alapul véve, ezeket használtam fel független változóként egy olyan kovariancia-analízisben, ahol kísérő változóként a terápia hossza és a páciens diagnosztikus besorolása szerepelt, a függő változókat pedig a terápiás attitűdre vonatkozó három skála szolgáltatta.

A **terápia hasznosságának megítélésére** a kísérő változók nem gyakoroltak szignifikáns hatást. A független változók közül a terápiás kötődési elkerülés ( $F_{(1)}=6,764$ ;  $p<0,05$ ) és az apai bánásmód ( $F_{(1)}=5,681$ ;  $p<0,05$ ) gyakorolt szignifikáns hatást a terápia hasznosságának megítélésére. A páronkénti összehasonlítás megmutatta, hogy a magasabb terápiás kötődési elkerüléssel és az apai bánásmód kedvezőtlenebb megítélésével jellemezhető páciensek kevésbé ítélték hasznosnak a terápiát, mint alacsony terápiás kötődéssel és az apai gondoskodás kedvezőbb megítélésével jellemezhető társaik (mindkét esetben Bonferroni  $p<0,05$ ).

A **terapeutával töltött idő kellemességének megítélésére** a kísérő változók egyike sem gyakorolt szignifikáns hatást ebben a modellben. A független változók közül a terápiás kötődési elkerülés és az anyai bánásmód interakciójának hatása bizonyult szignifikánsnak ( $F_{(1)}=4,048$ ;  $p<0,05$ ). A 4.7. ábrán látható diagram alapján kedvező anyai bánásmód esetén a terápiás kötődési elkerülés mértéke nem befolyásolja a terápia kellemességének megítélését. Ezzel szemben kedvezőtlen anyai bánásmód esetén az alacsony terápiás kötődési elkerüléssel jellemezhető páciensek

kellemesebbnek ítélték meg a terapeutával együtt töltött időt, mint magas terápiás kötődési elkerüléssel jellemezhető társaik.



A modellben szereplő kísérő változókat az alábbi értékekkel vettük számításba az elemzés során:  
 terápia hossza (hétben) = 60,51, diagnosztikus csoport = 1,9438

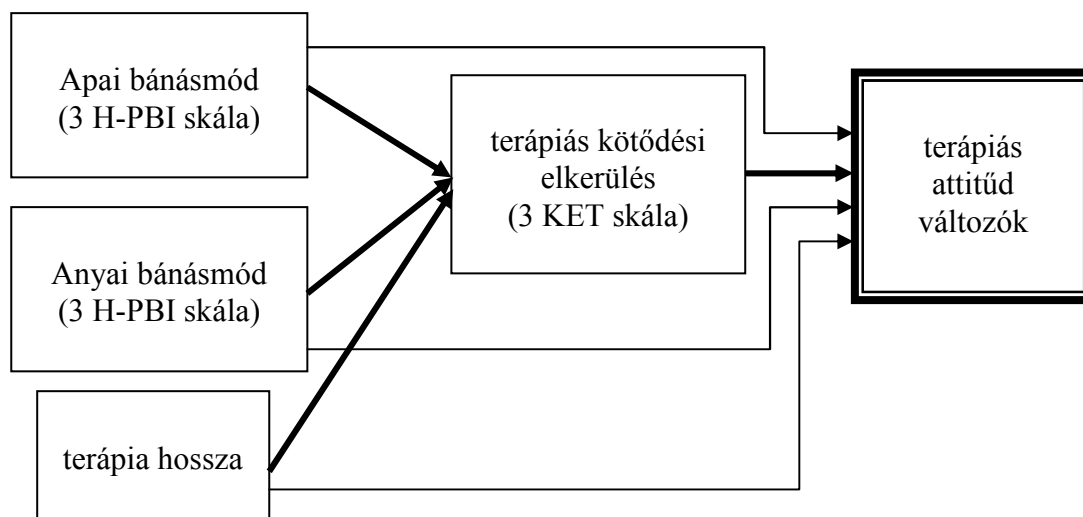
4.7. ábra

A terápiás kötődési elkerülés és az anyai bánásmód együttes hatása a terápiás ülések kellemességének megítélésére

A **gyógyulásba vetett remény megítélésére** ebben a modellben a változók vagy azok interakcióinak egyike sem gyakorolt szignifikáns hatást.

#### IV.4.7. A terápiás attitűd változóinak alakításában szerepet játszó változókból felépített útvonalmodellek

Az útvonalmodellek újabb, az előzőektől kissé eltérő lehetőséget adtak arra, hogy a terápia hosszának és a H-PBI skáláknak terápiás kötődési elkerülésre, illetve mindhárom változó/változócsoporthoz közvetlen és közvetett hatását a terápiás attitűd változókra feltárhassam. A modellek felállításához hat regresszióanalízist végeztem el ENTER-eljárással. A tesztelendő modellt a 4.8. ábra mutatja be.



4.8. ábra

A terápiás attitűd változókat magyarázó útvonalmodellek tesztelendő vázlata

Az első három regresszióanalízis során egymástól függetlenül a három terápiás attitűd változót tettem meg függő változónak, független változóként pedig a három terápiás kötődési elkerülés skála, az apai és anyai bánásmódra vonatkozó skálák, illetve a terápia hétben mért hossza szerepelt, összesen tehát tíz változó.

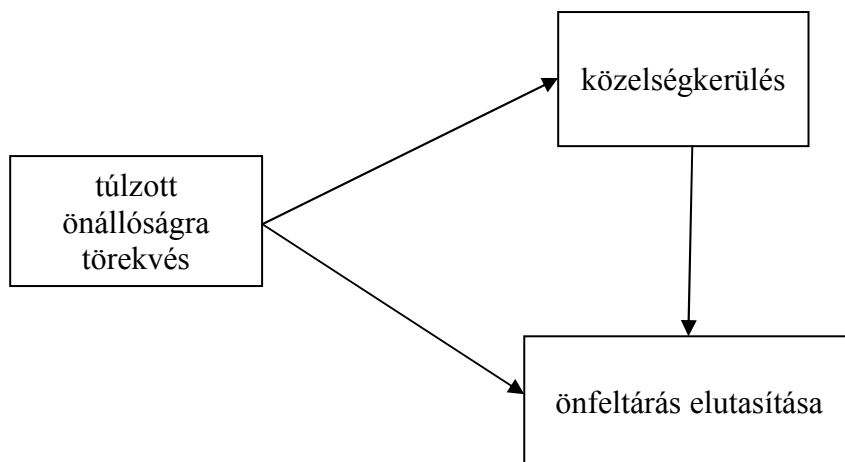
A tíz független változót tartalmazó modell a terápia hasznosságának megítélésében mutatkozó variancia 21%-át magyarázta ( $F_{(10)}=2,25$ ;  $p<0,05$ ). A terápia hasznosságát tendencia szinten a túlzott önállóságra törekvés befolyásolta (standard béta =  $-0,188$ ;  $t = -1,676$ ;  $p<0,1$ ). Más változónak szignifikáns hatása a terápia megítélt hasznosságára nem volt. Tehát a túlzott önállóságra törekvés csökkenésével a terápia hasznosságának megítélése pozitív irányban mozdul el.

Ugyanezt a tíz független változót tartalmazó modell a terápia kellemességének megítélésében mutatkozó varianciát 18%-ban magyarázta ( $F_{(10)}=1,94$ ;  $p=0,05$ ). A terápia kellemességét statisztikailag szignifikánsan a közelségkerülés befolyásolta (standard béta =  $-0,281$ ;  $t = -2,5$ ;  $p<0,05$ ). Tehát a közelségkerülés csökkenésével a terápiát kellemesebbnek ítélik a páciensek.

A gyógyulásba vetett remény magyarázatában a tíz független változós modell a variancia 27%-át magyarázta ( $F_{(10)}=3,14$ ;  $p<0,005$ ). A változók közül kettő gyakorolt szignifikáns hatást a gyógyulásba vetett remény megítélésére: az apai szeretet-törődés (standard béta =  $0,281$ ;  $t = 2,21$ ;  $p<0,05$ ), illetve a túlzott önállóságra törekvés (standard béta =  $-0,297$ ;  $t = -2,75$ ;  $p<0,01$ ). A két változón kívül az önfeltárás elutasítása (standard béta =  $-0,185$ ;  $t = -1,77$ ;  $p<0,1$ ) is tendenciaszerű hatást gyakorolt a gyógyulásba vetett

remény megítélésére. Mindez azt jelenti, hogy a nagyobb észlelt apai szeretet, az alacsonyabb pontszám a túlzott önállóságra törekvés skálán, illetve az önfeltárás kisebb mértékű elutasítása a gyógyulásba vetett remény növekedését eredményezte.

A terápiás kötődési elkerülés változókra, és rajtuk keresztül a terápiás attitűdre gyakorolt hatás vizsgálatát újabb három regresszióanalízis segítségével teszteltem. Ezekben a modellekben – külön-külön – a KET három faktora szerepelt függő változóként, állandó független változókként pedig a H-PBI hat alszáma, illetve a terápia hossza szerepeltek (ezekre a későbbi modellek bemutatása során hét állandó független változóként hivatkozok). Ezekon kívül a regresszióanalízisekbe fokozatosan a kimaradó terápiás kötődési elkerülés skálák is bekerültek. Ezek bekerülési sorrendjét az alábbiak alapján határoztam meg. A terápiás kötődési elkerülés legspecifikusabb megjelenési formájának az önfeltárás elutasítását tekintettem. Ennek mértékét a közelségkerülés mértéke befolyásolja. Végezetül pedig az terápiás kötődési elkerülés dinamikájának a modell értelmében vett végső mozgatójának a túlzott önállóságra törekvést tekintettem. A KET skálák egymáshoz való feltételezett viszonyát a 4.9. ábra szemlélteti.



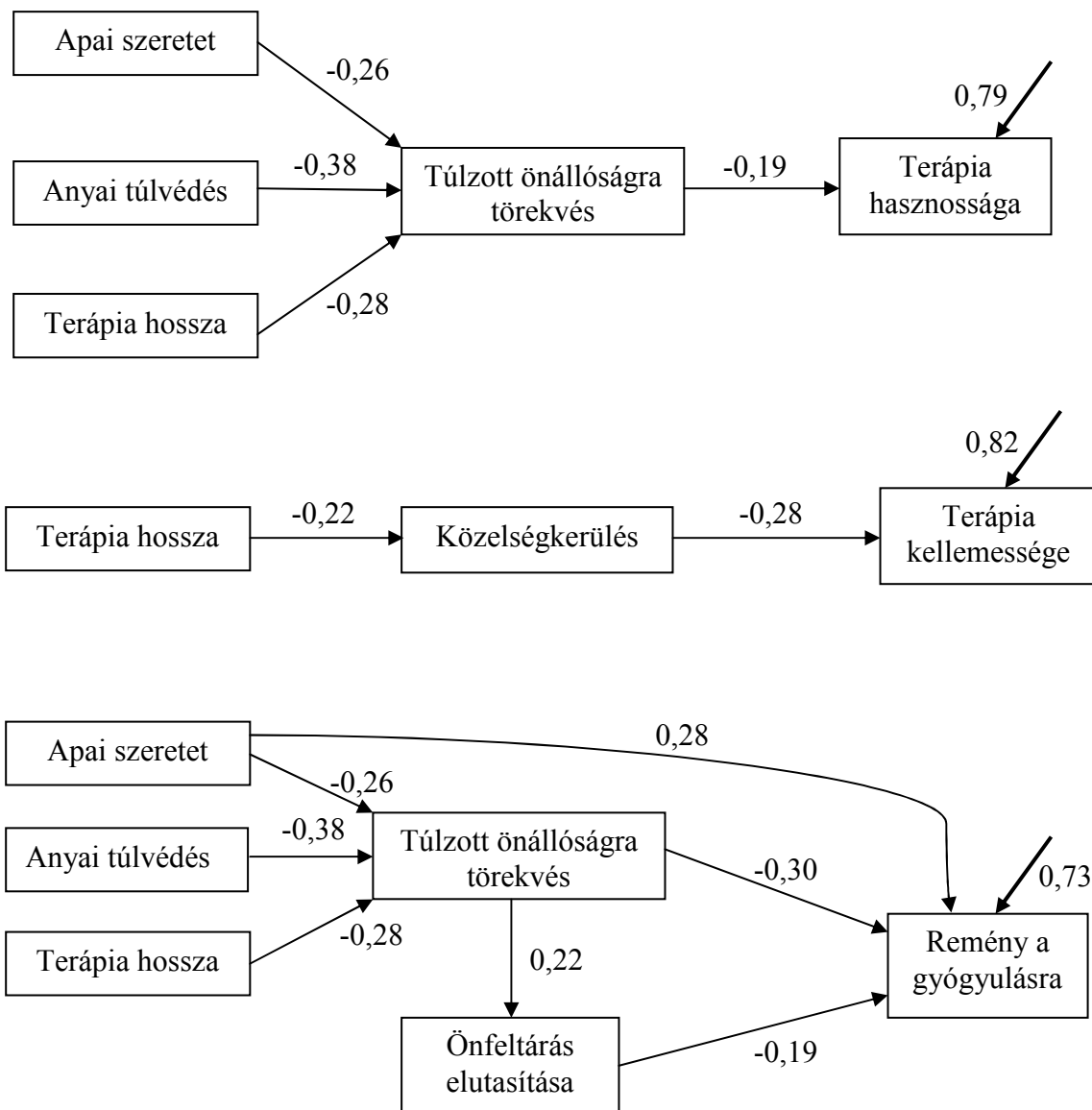
4.9. ábra  
A KET skálák elméleti viszonya az útvonalmodellekben

Az első modell az önfeltárás elutasítására vonatkozó hatásokat vizsgálta. A független változók csoportja itt a hét állandó független változóból, és a KET két skálájából, a közelségkerülésből és a túlzott önállóságra törekvésből állt össze. Ez a kilenc független változót tartalmazó modell ( $F_{(9)}=2,633$ ;  $p=0,01$ ) az önfeltárás elutasításában mutatkozó variancia 21%-át magyarázta. Az önfeltárás elutasítására a közelségkerülés (standard béta = 0,301;  $t = 2,89$ ;  $p=0,005$ ) és a túlzott önállóságra

törekvés (standard béta = 0,218;  $t = 2,003$ ;  $p < 0,05$ ) gyakorolt szignifikáns hatást. Ez azt jelenti, hogy az önfeltárás elutasítása a közelségkerülés és a túlzott önállóságra törekvés növekedésével nő. Ezen a két skálán kívüli változók nem gyakorolnak szignifikáns hatást az önfeltárás elutasítására.

A második modellben a közelségkerülésre vonatkozó hatásokat vizsgáltam. Ebben a modellben a fent megnevezett állandó független változókon kívül a túlzott önállóságra törekvés szerepelt független változóként. A modell a közelségkerülésben mutatkozó variancia 16%-át magyarázta ( $F_{(8)}=2,12$ ;  $p < 0,05$ ). A közelségkerülésre egyedül a terápia hossza gyakorolt szignifikáns hatást (standard béta = -0,222;  $t = -2,001$ ;  $p < 0,05$ ). Ez a modellben azt jelenti, hogy minél hosszabb ideje tart a terápia, annál kevésbé kerülnek a páciensek a terapeuta közelségét.

A harmadik modellben a hét állandó független változónak a túlzott önállóságra törekvésre gyakorolt hatását vizsgáltuk. A modell a túlzott önállóságra törekvésben mutatkozó variancia 21%-át magyarázta ( $F_{(7)}=3,47$ ;  $p < 0,005$ ). A változók közül az apai szeretet-törődés (standard béta = -0,256;  $t = -2,04$ ;  $p < 0,05$ ), az anyai túlvédés (standard béta = -0,382;  $t = -2,74$ ;  $p < 0,01$ ), illetve a terápia hossza (standard béta = -0,275;  $t = -2,68$ ;  $p < 0,01$ ) gyakorolt szignifikáns hatást a túlzott önállóságra törekvésre. Tehát minél nagyobb az észlelt apai törődés és anyai túlvédés, illetve minél hosszabb ideje tart a terápia annál kisebb a túlzott önállóságra törekvés. A fent bemutatott hat regresszióanalízis eredményeiből a 4.10. ábrán látható útvonalmodellek rajzolhatóak fel.



4.10. ábra  
A regresszióanalízisek alapján felrajzolt,  
a terápiás attitűd változókat magyarázó útvonalmodellek



#### **IV.4.8. Megvitatás**

A megvitatásban az eredmények bemutatásától eltérő sorrendet, rendszert követek. A jelenségek köré csoportosítva és nem a statisztikai eljárások szerint rendezve magyarázom az eredményeket.

##### **IV.4.8.1. A szülői bánásmód és a terápia hosszának hatása a terápiás kötődési elkerülésre**

Az **önfeltárás elutasítására** elsőként apai túlvédés és anyai korlátozás interakciója gyakorolt szignifikáns hatást (lásd 4.1. ábra). Alacsony anyai korlátozás esetén a magas apai túlvédés vezetett az önfeltárás nagyobb elutasításához, míg magas anyai korlátozás esetén az alacsony apai túlvédés eredményezte a nagyobb mértékű elutasítást az önfeltárásban. Mind a korlátozás, mind a túlvédés az önállóság kialakításában, szabadságában gátolja meg a személyt (Tóth & Gervai, 1999), azonban ezen felül a korlátozás érzelmi hidegséget, a túlvédés pedig érzelmi (túl)involváltságot közvetít a gyermek felé. Az túlvédés, a gyermek infantilizáló óvása, gyermeki pozícióban tartása az apa részéről anyai korlátozás esetén az egyetlen pozitív érzelmi támasz lehet. Mivel az anya részéről korlátokkal találkozik, a gyerekekben nem kelt ellenérzést az apa túlvédés viselkedése, sőt az apát pozitívként tünteti fel a gyermek szemében, hiszen érzelmileg melegséget biztosít. Így ezek a személyek kevésbé lesznek hajlamosak elutasítani az önfeltárást. Ezzel szemben azokban az esetekben, amikor az anya biztatja gyermeke önállóságát, az apai túlvédés más színezetet kap – a gyermek apja infantilizáló nevelési stílusát terhesként éli meg, amely veszélyezteti önállóságát. Ebben az esetben az érzelmek megjelenése a terápiában is szabadságát fenyegető lesz a páciens számára, így az önfeltárás elutasításával megpróbálja inkább az érzelmekkel teli kommunikáció lehetőségét is elkerülni.

Második szignifikáns hatás az önfeltárás elutasítására az apai és anyai korlátozás interakciójában jelentkezett (lásd 4.2. ábra). Az eredmények szerint mindkét szülő magas korlátozása az önfeltárás nagyobb fokú elutasításához vezet, mint bármely szülő egyedüli magas korlátozása vagy a korlátozás relatív hiánya mindkét szülő esetében. Tehát az a páciens akinek legalább az egyik szülőjét kevésbé korlátozónak látta, inkább tárta fel érzéseit, problémáit a terapeuta számára, mint az, aki mindkét szülőjét korlátozóbbnak ítélte. Magyarázatként elmondható, hogy mindkét szülő autonómiát korlátozó viselkedése feltételezhetőleg egy olyan fejlődési pályára állítja a gyermek

fejlődését, ahol a szülőkhöz való alkalmazkodás viselkedéses szinten tud megtörténni az ok-okozati kapcsolatok monitorozásával. Ezt a stratégiát Crittenden (2000) túlzott kognitív információra támaszkodásnak nevezi. Ezen egyének számára az affektív információk jelentősége elsikkad, mivel mindkét szülő a korlátozást alkalmazva többek között a gyermek autonómia igényét – és feltételezhetően más lelki szükségleteit is – figyelmen kívül hagyja. Így ez az affektív információ a gyermek számára a szülőkhöz való alkalmazkodás szempontjából lényegtelenné válik. Így a két korlátozó szülőről beszámoló páciensekből nem feltétlenül a tudatos szándék hiányzik az önfeltárássra, hanem sokkal inkább egyfajta elhárítás érhető tetten – ha mások nem kíváncsiak az én szükségleteimre, érzéseimre, akkor inkább le is tagadom a létezésüket.

A **közelségkerülésre** az útvonalelemzés alapján a terápia hossza szignifikáns hatást gyakorolt (lásd 4.10. ábra). Minél hosszabb időt töltött az adott páciens terápiában, annál kevésbé került a terapeuta közelségét. Az eredmény kézenfekvő magyarázatának kínálkozik, hogy a terápia előrehaladtával a páciens-terapeuta kapcsolatban szerzett élmények a korábbi tapasztalatokat egyre inkább képesek felülírni, újrastrukturálni (Lyons-Ruth, 1998). A terapeuta mint kötődési személy egy biztonságos kapcsolat megtapasztalásának lehetőségét teremti meg a páciens számára, ahol kötődési igényei és negatív érzései is bátran kifejezhetőek. Ez a kötődési elkerülők számára új tapasztalás, hiszen ők a szülői elutasítás hatására a túléléshez szükséges közelséget minimalizáló stratégiával – kötődési igényük elfojtásával – próbálták meg gyermekként biztosítani (pl. Kobak & Duemmler, 1994). A fenti eredmény szerint az új tapasztalat hatására a terápia során a páciens terapeutával szemben mutatott kötődési stílusa egyre inkább a biztonságos kötődés irányában mozdul el, ami jelen esetben a közelségkerülés csökkenésében mutatkozik meg. Ugyanakkor a vizsgálat keresztmetszeti természetéből adódóan terápia hossza és közelségkerülés között az oki kapcsolat iránya sem állapítható meg egyértelműen. Így alternatív magyarázatként az is elképzelhető, hogy azok a páciensek, akik korábbi tapasztalataiknál fogva eleve inkább kerültek a terapeuta közelségét, rövidebb ideig képesek a terápiában maradni, hajlamosabbak kipörögni a kezelésből (Riggs et al., 2002). Az alternatív magyarázatok tesztelésére egy longitudinális vizsgálat adna lehetőséget. Ennek tárgyalására a kutatás összegzésekor a következő fejezetben térek ki.

A terapeuta közelségének kerülésére apai korlátozás és anyai túlvédés interakciója gyakorolt még szignifikáns hatást (lásd 4.3. ábra). Alacsony anyai túlvédés esetén a magas apai korlátozás csökkenti a közelségkerülés mértékét (az alacsony apai

korlátozáshoz viszonyítva), míg magas anyai túlvédés esetén az apai korlátozás magasabb mértéke megnöveli a közelségkerülést (az alacsony apai korlátozáshoz képest). Korábban már kifejtettem, hogy míg a korlátozás és a túlvédés esetén az önállóság gátlása közös, addig a korlátozás érzelmi hidegséget, míg a túlvédés érzelmi (túl)involváltságot közvetít ezzel párhuzamosan. Emellett az eredmény értelmezésének előkészítésében azt is fontos megemlítenem, hogy a terapeuta a terápiás kapcsolat aszimmetrikussága és az orvosi áthallások miatt tekintélyszemély is egyben. Az apai korlátozás eltérő hatását az anyai túlvédés jelenlétében vagy hiányában tehát az alábbiak szerint magyarázom. A magas szülői – így az anyai – túlvédés a gyermeket és a későbbi felnőttet a szorongásos zavarok irányában sebezhetőbbé teszi (Parker, 1981). Sőt, Solyom, Silberfeld és Solyom (1976) kimutatták, hogy az agorafóbiás páciensek anyjai kifejezetten túlvédők. Mindkét összefüggés számomra egy irányba mutat – a szülői, különösen az anyai túlvédés félelmetessé teszi a világot a személy számára. Ebben a félelmetes világban az apai korlátozás is negatív konnotációt kap, nem a határok, hanem az érzelmi hidegség oldala hangsúlyozódik. Így tehát érthető, hogy felnőttként a páciens a tekintélyszemély – jelen esetben a terapeuta – közelségét kerülni fogja. Ezzel szemben alacsony anyai túlvédés esetén, a gyermek az apai kontroll hűvössége előtt nem tud az anya túlságosan is védő szárnyai alá menekülni. Így az önállóság apai korlátozása a reaktancia elvének megfelelően (Brehm, 1966/2009) ambícióvá, a megküzdés képességévé változhat át a felnőtt élet során az anya önállóságot bátorító viselkedése (alacsony túlvédése) mellett. Ehhez képest az anyai túlvédés és az apai kontroll relatív hiánya megemelkedett közelségkerüléssel fog járni, hiszen ez a laissez-faire konstelláció – az apa nem állít határokat, az anya érzelmileg kevésbé involválta – a korlátok szintjén engedi ugyan az önállóságot, viszont érzelmileg nem motiválja, hiszen azt az érzést alakíthatja ki a gyermekben és a későbbi felnőttben, hogy az ő személye, viselkedése érdektelen mások számára.

**A túlzott önállóságra törekvésre** a terápia hossza szignifikáns hatást gyakorolt. A hosszabb ideje terápiában lévők kevésbé voltak hajlamosak kizárólag önmagukra támaszkodni problémás élethelyzetekben. A közelségkerülés esetén említett kedvező kapcsolati tapasztalatok hatására a páciens megengedhetőnek tartja, hogy immár támaszkodjon a terapeutára. Ehhez az szükséges, hogy elérhetőnek és megbízhatónak ítélje a terapeutát. Természetesen ez nem a terapeuta tökéletessége által fog megvalósulni, hanem sokkal inkább rugalmassága, érzelmi nyitottsága és a kapcsolati törések helyrehozatalára való képessége által (Casement, 1999). Alternatív

magyarázatként itt is elképzelhető, hogy azok a páciensek akik eleve jobban képesek a terapeutára mint erősebbre és bölcsőbbre támaszkodni, hosszabb ideig maradnak a terápiában. Ezt a magyarázatot erősítheti az is, hogy a túlzott önállóságra törekvés alacsonyabb szintje a terápia hasznossága és a gyógyulásba vetett remény megítélése tekintetében is kedvezőbb kimenetelt eredményez (lásd 4.10. ábra). Így, akik eleve jobban képesek a terapeutára támaszként tekinteni, hasznosabbnak és reménytelibbnak élik meg a terápiát, ami a javuláson kívül megemelkedett együttműködési készséget is eredményezhet. Ennek tekintetében elmondhatjuk, hogy a terápia kezdeti szakaszának alakulása nem csak a rövidterápiákban, de minden terápiában kitüntetett figyelmet érdemel. A teherbíró kapcsolat kialakítása, a terapeutának támaszra alkalmas személyként történő megjelenése központi lehet a későbbi terápiás együttműködés, és így a fejlődés lehetősége szempontjából.

A túlzott önállóságra törekvésre az apai korlátozás is szignifikáns hatást gyakorolt. A korlátozóbbnak megélt apa az önállóság fokozott eltúlzásával járt együtt. A korlátozás nemcsak a szabályok szigorával, hanem egyfajta empátiahiánnyal, érzelmi hűvösséggel, a válaszkészség hiányával is együtt jár. A szülő – így az apa esetén is – ilyenfajta nevelési stílusa, amelyben a megkövetelés a válaszkészség hiányával párosul, az elfojtásos tendenciák megjelenésének kedvez (Maccoby & Martin, 1983), amely jól párhuzamba állítható a kötődési elkerülők deaktivációs stratégiájával (Kobak & Sceery, 1988 idézi Slade, 2008). Különösen érvényessé teszi az analógiát, hogy Maccoby és Martin (1983) etológiai és szociális tanuláseméleti paradigmában gondolkodtak, amely a kötődésemélet felfogásához is igen közel áll.

Az útvonalmodell alapján (lásd 4.10. ábra) a nagyobb észlelt apai szeretet és a nagyobb észlelt anyai túlvédés is a túlzott önállóságra törekvés csökkent mértékéhez vezetett. Az apai túlvédés és az anyai korlátozás interakciója is szignifikáns hatást gyakorolt (lásd 4.4. ábra) a túlzott önállóságra törekvésre. Alacsony anyai korlátozás esetén nincs jelentős különbség az apai túlvédés mértéke alapján a túlzott önállóságra törekvésben, míg magas anyai korlátozás esetén az apjukat kevésbé túlvédőnek ítélik inkább törekedtek kizárólagosan önmagukra támaszkodni a bajban (mint az apjukat inkább túlvédőnek megítélők). A fenti három eredmény így összegezhető: az apai szeretet, az anyai és az apai túlvédés – utóbbi különösen korlátozó anya esetében – kedvezően hat arra, hogy a páciens jobban képes legyen a terapeutára támaszkodni. Mivel a kötődési elkerülés a Bartholomew modellben (Griffin & Bartholomew, 1994) a másiktól alkotott belső munkamodellhez kapcsolódik, ennek mentén magyarázom az

eredményeket. Ahogy azt a korábbiakban már bemutattam a kötődési elkerülést elsősorban a szülői elutasítás hozza létre (pl. Crittenden, 2000). A szülői szeretetben és túlvédésben közös, hogy – bár eltérő módon, de mégis – a szülő involváltságát közvetíti a gyermek felé. Így mindkét esetben a jelentős másikról kialakított kép pozitív lesz. Ez a pozitív reprezentáció a terapeutára is áttevődhet, így ezek a betegek kevésbé lesznek hajlamosak kizárólagosan önmagukra támaszkodni. Bár a hagyományos családmódelben ezt az involváltságot elsősorban az anya hivatott biztosítani, apai túlvédés és anyai korlátozás interakciója rámutat, hogy korlátozó – azaz hűvös, involvált – anya esetén az apai involváció – akár túlvédés formájában is – mennyire fontos szerepet játszik. Természetesen a szülői szeretet és túlvédés a valódi önállóság és egészséges önmagára támaszkodás esetén feltehetőleg eltérő következményekkel jár. A szülői túlvédés a kötődési szorongás fokozódását eredményezheti, mivel hatására a gyermek és később a felnőtt önállótlannak fogja megélni magát, nehezen tolerálva a kötődési személy távollétét. Mivel azonban ez a kötődési szorongás dimenziójához tartozik, a vizsgálatban ezen feltételezés tesztelésére nem nyílt lehetőség. Ez is rámutat arra, hogy a későbbiekben a terápiás kötődési szorongás mérhetővé tétele is fontos feladat a kötődéseméleti terápiás kutatás számára. A szeretet és túlvédés szelektív hatását a terápia és a terápiás kapcsolat szempontjából jól érzékelteti az a későbbiekben megvitatásra kerülő eredmény, amely szerint a terápiás attitűd alakításában a fenti szülői bánásmódok közül csak az apai szeretet fejt ki közvetlen hatást, még hozzá kedvező irányban.

#### **IV.4.8.2. A szülői bánásmód hatása a terápiás attitűdre**

A szülői bánásmódot mérő skálák közül a kovariancia-analízis és az útvonalmodell alapján is az apai szeretet gyakorolt szignifikáns hatást a **gyógyulásba vetett reményre**. Az apjukat retrospektíven törődőbbnek látó páciensek reménytelibbnek ítélik a terápiát problémájuk megoldása szempontjából.

A **terápia hasznosságának** megítélésére is az apai szeretet gyakorolt szignifikáns hatást. Azok a személyek, akik törődőbbnek élték meg apjukat, hasznosabbnak értékelték a terápiát mindennapi életükre gyakorolt hatása szempontjából.

A fenti két eredményt együttesen kívánom magyarázni. Az apai szeretet és törődés sokáig kétes megítélés alá esett abból a szempontból, hogy van-e jelentős hatása a gyermekek fejlődésére. Mára már egyértelműen bebizonyosodott, hogy az apák

kitüntetett szerepet játszanak gyermekeik életében, és az anyák hatásán felüli hatást gyakorolnak gyermekük felnőttkori boldogságára, elégedettségére és distressz szintjére (Amato, 1994). Több vizsgálat (Cole & McPherson, 1993 és Barrera & Garrison-Jones, 1992 mindkettőt idézi Rohner, 1998) is kimutatta, hogy az apai támogatás és törődés észlelt szintje hatással van a serdülőkori depresszív tünetek megjelenésére, míg az anyai szeretet esetén ilyen hatás nem mutatkozik. Azok a serdülők, akik támogatóbbnak látták apjukat kevesebb depresszív tünetről számoltak be. Az apai szeretet ezen hatása – ha nem is feltétlenül a depresszió, de a depressziót is előidézni képes szemléletmódon, kognitív torzításokon keresztül – a terápia hasznossága és a gyógyulásba vetett remény megítélésére is hatást gyakorolhat. Így az apai törődés alacsonyabb fokáról beszámoló hajlamosak lehetnek a depresszió hátterében is meghúzódó negatív kognitív beállítódásra, ami negatív szűrőként a terápia hasznosságának megítélését csökkentheti, a gyógyulásba vetett reményt pedig alááshatja. A hasznosság és a remény értékelése – a terápiás alkalmak kellemességéhez képest – inkább mozog kognitív szinten, például a reménytelenség kedvező kimenetellel kapcsolatos negatív expektanciaként fogalmazható meg (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989). Ezért érvényesülhet itt szelektív hatás (ti. szelektivitáson azt értem, hogy az apai szeretet mértéke nincs hatással a kellemesség megítélésére).

A fenti hatás mellett az apai és az anyai túlvédés interakciója bizonyult szignifikáns hatással bírónak a terápia hasznosságának megítélésére (lásd 4.5. ábra). Alacsony apai túlvédés esetén az anyai túlvédés mértéke nem gyakorol jelentős hatást a terápia hasznosságának megítélésére, míg magas apai túlvédés esetén az anyai túlvédést alacsonyabbra ítélik hasznosabbnak ítélték meg a terápiát, mint azok, akik anyjukat túlvédőbbnek élték meg. Az anya-gyermek szoros diádjába belecsempészni a külvilágot elsődlegesen az apa dolga (Winnicott, 2001). Az alacsony apai túlvédést az önállóság bátorításaként értelmezve elmondható, hogy amennyiben az apa képes a világot bevezetni a gyermek élményvilágába és a család határait kiterjeszteni, az a későbbi páciens alkalmassá teszi arra, hogy a terápiában elérteket viszonylagos sikerrel hasznosítsa mindennapjaiban, azaz vigye ki azokat a külvilágba. Ha az apa részéről túlvédés formájában hiányzik az önállóság bátorítása, és az anya is túlvédő, akkor a családban senki sincs, aki a gyermek önállóságát motiválná. Hogyan van összefüggésben ez a terápia hasznosságának megítélésével? Az eredmények szerint a túlövő apával és túlövő anyával együtt nevelkedett, a fenti eszmefuttatás alapján legkevésbé önálló páciensek értékelik legkevésbé hasznosnak a terápiát. Mivel itt a

páciens szubjektív ítéletéről van szó, ezért elképzelhető, hogy a terápia hasznosnak ítéltése túlságosan fenyegető ezen páciensek számára, akik egyik szülő részéről sem kaptak biztatást önállóvá válásukra, hiszen a sikeres terápia tulajdonképpen önmagát és a terápiás kapcsolatot is felszámolja. Így a terápia hasznosságának alulértékelése egyfajta elhárítást jelent ezen páciensek számára, akik a hasznosság letagadásával elkerülhetik a terápia befejezését, és ezzel párhuzamosan szükségszerű, ám számukra kényelmetlen önállósodásukat. A dinamika hasonlít a terápia befejezését megelőző tünetrosszabbodáshoz, amely szintén jelezheti a páciens vonakodását a terápiás kapcsolat felszámolására, illetve a veszteségélménnyel való szembenézés képtelenségét, vagy a páciens vonakodását ezzel kapcsolatban (Graybar & Leonard, 2008).

A **terápia kellemességének** megítélésére nem gyakorolt szignifikáns hatást a szülői bánásmód egyik összetevője sem.

#### **IV.4.8.3. A terápiás kötődési elkerülés hatása a terápiás attitűdre**

A betegek terápiás attitűdjét mérő változók közül a **terápia hasznosságának** megítélésére a túlzott önállóságra törekvés gyakorolt szignifikáns hatást. Minél jobban törekedett egy páciens az önmagára támaszkodás kizárólagosságára, annál kevésbé ítélte hasznosnak a terápiát. Az önmagára támaszkodás kizárólagossága a kötődési elkerülés esetén devalvációval jár együtt. Ez a devalváció kevésbé közvetlenül a másik személyre, sokkal inkább az intim kapcsolatok leértékelésére vonatkozik. A kapcsolat devalválása és ezzel egyidejűleg a terápia hasznosnak ítéltése kognitív disszonanciát teremtene, hiszen a terápiából fakadó fejlődés legalább részben a terapeuta, de még inkább a terápiás kapcsolat érdeme. Így a devalváció könnyebben fenntartható abban az esetben, ha a páciens a terápia hasznosságát is lebecsüli.

A túlzott önállóságra törekvésen kívül az önfeltárás elutasítása és a közelségkerülés interakciója is szignifikáns hatást gyakorolt a terápia hasznosságának megítélésére (lásd 4.6. ábra). Alacsony közelségkerülés esetén az önfeltárás elutasításának mértékétől függetlenül hasznosnak ítélték a terápiát. Magas közelségkerülés esetén a hasznosság előzőhöz hasonló megítélése csak az önfeltárás elutasításának alacsony szintje esetén maradt meg, míg a magas közelségkerülés és magas elutasítás az önfeltárásban kombinációja esetén a hasznosság megítélésének szignifikáns csökkenése volt megfigyelhető. Kicsit másképp fogalmazva azt mondhatom, hogy a terapeuta közelségének keresése és az önfeltárásra való hajlandóság közül legalább az egyik megléte esetén hasznosabbnak ítélték a páciensek a terápiát

mindennapjaik szempontjából. Ha tehát a páciens úgy érezte, hogy közel tud kerülni terapeutájához és/vagy meg tudja vele osztani problémáit, akkor hasznosabbnak ítélte meg a terápiát. A jelenség leginkább egyfajta plafonhatással magyarázható, tehát önmagában a közelségkeresés a nonverbális megértés formájaként, illetve a problémákról való verbális beszámolás is a maximális kedvező hatást idézi elő a terápia hasznosságának szempontjából. Ahogy azt a következőkben látni fogjuk a két változó külön-külön a terapeutával töltött idő kellemességének megítélésében és a gyógyulásba vetett remény alakulásában is meghatározó szerepet játszott.

**A terapeutával töltött idő kellemességének** megítélésére a közelségkerülés gyakorolt szignifikáns hatást. Minél inkább kerülte a páciens a terapeuta közelségét, annál inkább kellemetlennek ítélte meg a vele töltött időt. Ez az eredmény egyáltalán nem meglepő. Ugyanakkor az okozás irányán ebben az esetben is érdemes elgondolkozni. Elképzelhető ugyanis az is, hogy (1) az együtt töltött idő kellemetlensége vezet a terapeuta elkerülésének vágyához, vagy (2) ugyanaz a nem mért változó vezet mind az együtt töltött idő kellemetlen megéléséhez és a terapeuta közelségének kerüléséhez. Mindenesetre az egyszerű averzív kondicionálástól a terapeuta nem megfelelő ráhangolódásán át sokféleképpen magyarázhatjuk az együttjárást. Elképzelhető az is, hogy a terápiás helyzet mint ismeretlen szituáció a terapeutához való közeledést gátolja, és ez mintegy önpercepciók folyamatként (Bem, 1972) vezet a helyzet kellemetlennek ítéeléséhez – ha kerülöm a terapeutát, akkor biztos kellemetlen számomra a helyzet.

**A gyógyulásba vetett remény** megítélésére az útvonalmodell eredményei alapján a túlzott önállóságra törekvés és az önfeltárás elutasítása is hatást gyakorolt (lásd 4.10. ábra). Minél inkább kizárólagosan önmagára támaszkodott a páciens problémái esetén, és minél inkább elutasította az önfeltárást, annál kisebb reményt táplált gyógyulásával kapcsolatban.

A kizárólagos önmagára támaszkodás hatásmechanizmusát a társas támogatás csökkent megélésével magyarázom (Collins & Feeney, 2004). Amennyiben képtelen a páciens a terapeutát támaszként észlelni, úgy érezheti, hogy egyedül maradt problémájával. A globális értelemben vett elkerülő kötődésűeknél ez önmagában nem jelent problémát, hiszen az ő esetükben mások megbízhatatlannak és érzéketlennek észlelése a szelf felnagyításával, idealizálásával jár együtt. Ugyanakkor a vizsgálatban részt vevő páciensek esetében más a helyzet. A terápiás segítség igénybevételével tulajdonképpen azt ismerik be, hogy saját erőforrásaik nem elégségesek problémáik megoldására. Ugyanakkor a terapeutára való támaszkodás kialakulásának hiányában –



ami természetesen a terapeuta vagy a terápiás kapcsolat hiányosságaiból is adódhat – a kimerült erőforrások és a társas támogatás észlelt hiánya együttesen a gyógyulásba vetett reményről való relatív lemondást eredményezi.

Az önfeltárás elutasítása megintcsak fakadhat egyrészt a megdolgozatlan áttételből, amikor is korábbi kapcsolati hiányosságok vetülnek a terápiás kapcsolatra. Másrészt a terapeuta nem megfelelő reakcióiból, hibáiból is adódhat. Azt, hogy a terápia sikerességéhez az önfeltárás nagymértékben hozzájárul, legtöbbször már a terápiás szerződés is tartalmazza (főként dinamikusan orientált terápiákban). De ha a keretek kezdeti rögzítése nem is tér ki erre, a páciens a munka során hamar megérti, hogy a terápiás együttműködés sikere nagyban múlik saját erőfeszítésein, amelybe az önfeltárás is beletartozik. Ha ez kognitív szinten tudatosul, viszont érzelmileg nem kész rá a páciens, természetesen a terápiás munka sikerébe vetett bizalmát is elveszítheti a páciens. Az útvonalmodellből (lásd 4.10. ábra) ugyanakkor jól látható, hogy az önfeltárás elutasítása mögött mélyebb terápiás kapcsolati zavar is állhat, hiszen a modellből jól látszik, hogy az önfeltárás elutasításának mértékét a páciens terapeutára támaszkodásának képessége is meghatározza. Tehát az előző bekezdésben (túlzott önmagára támaszkodás és remény kapcsolata) említett hiányosságok – legalább részben – az önfeltárás elutasításán keresztül fejthetik ki hatásukat.

#### **IV.4.8.4. Az apai és anyai bánásmód és a terápiás kötődési elkerülés együttes hatása a terápiás attitűd változókra**

A három változóból álló csoportok klaszterelemzése, és egy változóvá (két csoporttá) redukálása lehetővé tette, hogy a rendelkezésre álló mintán a két szülő bánásmódjának és a terápiás kötődési elkerülésnek a terápiás attitűd változókra gyakorolt együttes hatását vizsgáljam. Mivel a szülői bánásmód és a terápiás kötődési elkerülés különálló hatásának vizsgálatára ennél részletesebb lehetőség is nyílt, és ezeket az eredményeket az előző részekben már megvitattam (lásd IV.4.8.2. és IV.4.8.3. rész), ebben a szakaszban csak két vagy több változó interakciójának hatására térek ki.

Ilyen hatás a **terapeutával töltött idő kellemességének** megítélésében adódott. Az anyai bánásmód és a terápiás kötődési elkerülés interakciója gyakorolt szignifikáns hatást a terápiás ülések kellemességének megítélésére (lásd 4.7. ábra). Kedvező anyai bánásmód esetén a terápiás kötődési elkerülés mértéke nem befolyásolta a terápiás ülések kellemességének megítélését, ugyanakkor kedvezőtlen anyai bánásmód esetén az

alacsony terápiás kötődési elkerüléssel jellemezhető páciensek szignifikánsan kellemesebbnek ítélték meg a terapeutával töltött időt, mint magas terápiás kötődési elkerüléssel jellemezhető társaik. Mivel a terápiás kötődési elkerülés a terapeutáról alkotott negatív reprezentációt is jelenti, az eredmény az alábbiak szerint is megfogalmazható. Ha mind a terapeutáról, mind pedig az anyáról negatív képpel rendelkezik a páciens, akkor szignifikánsan kevésbé kellemesnek ítéli a terápiás üléseket. Míg negatív anya-kép, pozitív terapeuta-kép esetén tapasztalati átszerveződést tételez fel a kellemesség kedvező megítélése mögött (Lyons-Ruth, 1998), addig a pozitív anya-kép, pozitív terapeuta-kép esetén egyfajta plafon hatás gátolhatja meg a kellemesség megítélésének még kedvezőbbé válását. Ugyanakkor sokkal nehezebben megmagyarázható, hogy negatív terapeuta-kép és pozitív anya-kép esetén hogyan marad az előbbi két esethez hasonlóan magas szinten a kellemesség megítélése, amikor a magas terápiás kötődési elkerülés tulajdonképpen a terapeuta fizikai és érzelmi közelségének kerülését jelenti. Lehet, hogy ebben az esetben egy – a felnőtt kötődési interjú során már bemutatott – idealizáció formájában történő elhárítással találkozunk, amely mind az anya megítélésében, mind pedig a kellemesség megítélésében megmutatkozhat. A terapeutával töltött idő kellemesnek ítéltése tulajdonképpen egy jó lehetőséget is teremt arra, hogy a magas terápiás kötődési elkerüléssel jellemezhető páciensek elmeneküljenek negatív érzéseik elől.

#### **IV.4.8.5. Az útvonalmodell egyedi hozzájárulása a szülői bánásmód és a terápiás kötődési elkerülés terápiás attitűdre gyakorolt hatásának megértéséhez**

A regresszióanalízisen alapuló útvonalmodellek a szülői bánásmód és a terápiás kötődési elkerülés egyidejű független változóként szerepeltetésével egyrészt arra adtak lehetőséget, hogy a két változócsoporthoz egymással versengve mutathassa meg a terápiás attitűdre mint függő változóra gyakorolt hatását. Így kiderült, hogy a szülői bánásmód változói közül egyedül az apai szeretet képes a gyógyulásba vetett reményre akkora hatást gyakorolni, amely a terápiás kötődési elkerülésen túl is szignifikánsnak mutatkozik (lásd 4.10. ábra). Ez mindenképpen az apai vonal fontosságát hangsúlyozza, és azt hogy az apai törődés a pozitív expektancia megalapozása szempontjából kiemelt szerepet játszik a terápiában is, ahogyan azt a már korábban is ismertetett, apai szeretet

és depresszió hiánya közti összefüggés (Cole & McPherson, 1993 idézi Rohner, 1998) a hétköznapi élet, illetve pszichopatológia kapcsán mutatja.

Másrészt az útvonalmodellek arra is felhívják a figyelmet, hogy összességében a szülői bánásmód változók – a fent említett egy kivételtől eltekintve – és a terápia hosszának hatása a terápiás attitűdre a terápiás kötődési elkerülés változókon keresztül érvényesül. Ebben a közvetítő hatásban a túlzott önállóságra törekvésnek, illetve ennek hiányának, a terapeutára támaszkodás képességének kitüntetett szerepe van (lásd 4.10. ábra). Ez az eredmény jól illeszkedik a terápiás hatás Bowlby (2009) és Dozier és Tyrrell (1998) által megalkotott – általam klasszikusnak nevezett – modelljéhez. Ez a III. fejezetben bemutatott modell hangsúlyozza a terapeuta biztonságos bázis szerepét, illetve azt, hogy a terapeuta képessége, és a terápiás helyzet sajátosságai, hogy a terapeuta potenciális kötődési személyként jelenjen meg a páciens számára, kiemelt fontosságúak. Ezen kívül a terápiás munka kezdeti szakaszának is mindenképpen arra kell irányulnia, hogy a páciens túlzott önállóságra törekvését a terapeuta valamilyen módon felszámolja. Ez történhet a terapeuta empatis ráhangolódása, a viszontátvételben megjelenő érzelmek figyelmes nyomon követése és az autentikus érzések kihangosítása által (Wallin, 2007). Ez az eredmény is arra hívja fel a figyelmet, hogy a terapeuta neutralitása akár időkorlát nélküli terápiákban sem feltétlenül kívánatos. Már a kezdetektől aktív, visszacsatolásokat biztosító terapeutai attitűd a páciens későbbi fejlődésének megalapozását jelentheti.

## **V. Összegzés**

Az összegzésben megkísérlem, hogy (ön)kritikus szemmel tekintsek dolgozatomra és vizsgálatomra. Számba veszem azokat a gyengeségeket, amelyek a későbbiekben mindenképpen kiküszöbölésre várnak, de beszélek a vizsgálat jelentőségéről is. A hiányosságok és erősségek között létrejövő feszültség jövőbeli kutatási lehetőségeket is kijelöl, amelyek a kötődéseméleti pszichoterápiás kutatás és a terápiás kötődés mérése terén jelenthetnek előrelépést.

### ***V.1. A dolgozat és a vizsgálat jelentősége***

A dolgozat legnagyobb érdekéeként a téma- és szemléletváltás említhető. A kötődésemélet klinikai és pszichoterápiás alkalmazása hazánkban kevésbé ismert. Az elméleti áttekintés nemcsak mérés-technikai szempontból összegzi a kötődésemélet hozzájárulását a pszichológiához, hanem megismerteti az érdeklődőket a felnőtt kötődés klinikai körökben elhanyagolt szociál- és személyiségpszichológiai megközelítésével. Ezen felül a III. fejezet kifejezetten gyakorlati szempontból tekinti át a terápiás kapcsolat kötődéseméleti értelmezési lehetőségeit, illetve bemutatja a terápiás változás lehetséges kötődéseméletéhez kapcsolható modelljeit.

Az eredmények és megvitatásuk megmutatta, hogy a vizsgálat mind a terápiás kötődés mérésében, mind pedig ennek terápiás attitűdre gyakorolt hatásának vizsgálatában sikeresnek bizonyult. Mérési szempontból kiemelendőnek tartom, hogy – ugyan csak a terápiás kötődési elkerülés esetében – mérhetővé sikerült tenni a terápiás kötődést. Egy könnyen hozzáférhető és használható eszközt dolgoztam ki, amely a terápiás kötődési elkerülést elméleti modellekhez jól illeszkedő módon méri. Az eredmények értelmezésében mind a Bartholomew-modell (Griffin & Bartholomew, 1994), mind pedig a felnőtt kötődési interjú és az idegen helyzet háttérében álló érzelemszabályozási modell (pl. Kobak & Sceery, 1988 idézi Slade, 2008) is jól használható volt. Emellett a vizsgálat második fele azt is megmutatta, hogy a terápiás kötődési elkerülés a megítélt szülői bánásmód hatásának közvetítésében és a szülői bánásmód hatásán felül, attól függetlenül is fontos szerepet játszik a páciensek terápiás attitűdjének alakításában. Ezen eredmények visszaigazolják a páciens-terapeuta kötődés specifikus kötődésként való tételezését és a mérés fontosságát.

A vizsgálat jelentősége nem csak az eredmények tükrében, vagy a későbbi kutatások szempontjából jelentős. Az eredmények mentén mélyebb bepillantást

kaphattunk a pszichoterápiás kapcsolat működésébe, illetve empirikus igazolását szolgáltattam olyan jelenségeknek, amelyeket a terápiás tapasztalat sok helyütt tapasztalati, intuitív módon már alkalmaz. Véleményem szerint az, hogy a vizsgálat elméleti alapjául a kötődélmélet szolgált, néhány terápiás jelenség újrafogalmazását, újrakeretezését is lehetővé tette, például az implicit kapcsolati tudás kapcsán, amely a terápiás változás színtereként jelölhető meg (Lyons-Ruth, 1998; Stern, 1998).

## ***V.2. A vizsgálat korlátai és hiányosságai***

A vizsgálat – úttörő jellegéből adódóan – számos korláttal és hiányossággal rendelkezik, amelyek leküzdése a későbbi kutatások feladata lesz. Ebben a részben ezen gyengeségeket ismertetem, majd az V.3. részben a további kutatási témákat jelölöm ki.

A vizsgálat egyik legfőbb korlátjának a hozzáférés alapján történő mintavételezést tekintem. Bár a vizsgálat bemutatásakor amellet érveltem, hogy a minta több szempont szerinti heterogenitása a kötődéelméleti keretben jól legitimálható, a több szempont szerint is homogén, vagy szisztematikus mintaválasztás szerint összeállított minta más változók bevonását, vagy a vizsgált változók differenciáltabb elemzését tette volna lehetővé. A páciensek tekintetében a különböző diagnosztikus csoportokból való szisztematikus mintavételezés, azonos képzettségű, azonos szemléletmódban dolgozó terapeuták vizsgálata egy szűkebb populációra általánosítható, ám mélyebb betekintést engedett volna a jelenségbe.

A terápia hosszának terápiás kötődési elkerülésre gyakorolt hatását megvitatva már kifejtettem, hogy a keresztmetszeti elrendezés az okozás iránya felől több esetben is bizonytalanságban hagyott. Így a longitudinális vizsgálat, kevesebb páciens nyomon követése, folyamatos felmérése rámutathatna arra, hogy az egyes változókon történő elmozdulások hogyan hatnak más változókra. Például a közelségkerülés csökkenése okozza-e a kellemesség megítélésének növekedését vagy éppen a terápia más okból származó kellemesebbé válása hozza magával, hogy a páciens jobban tolerálja, vagy akár keresi a terapeuta közelségét.

A terápiás attitűd változókkal kapcsolatban két hiányosság is említendő. Egyrészt a terápia hasznossága, kellemessége és a gyógyulásba vetett remény megítélése a páciens szubjektív ítéletére volt bízva. Így például a hasznosság esetében is sokkal inkább egy attitűdként, a páciens szubjektív véleményeként tudtam értelmezni sok esetben az összefüggést, semmint tényleges terápiás haladásként (vagy annak hiányaként) kezelve a terápia megítélt hasznosságát. Ennek a korlátnak a vizsgálat során mindvégig tudatában voltam, így igyekeztem a terápiás attitűd változókat valóban szubjektív ítéletként kezelni mind mondanivalóm megszövegezése, mind az eredmények értékelése során. Másrészt a terápiás attitűdöt egy-egy változón mértem. Az állítások megfogalmazásában igyekeztem letisztultságra és egyértelműsége törekedni, csökkentve ezzel a félreértés lehetőségét. Ugyanakkor a terápia hasznossága, kellemessége és a problémák megoldásának sikerességébe vetett bizalom is komplexebb

jelenségek annál, hogy egy-egy állítással megragadhatóak lennének. Az egy állításon történő mérés mellett – a fenti korlátok ellenére – az szült, hogy magyar nyelven komplex mérőeszköz nem áll rendelkezésre.

Végezetül egy olyan korlátot is megemlítek, amely a vizsgálat tervezésekor nem volt előrelátható. Ez pedig a terápiás kötődési szorongásra vonatkozó skálák validálásának sikertelensége. Így a páciens terápiás kapcsolatban mutatott viselkedéséről hiányos képet kapunk, ahogyan ezt például az anyai túlvédés önfeltáráson keresztül a terápia hasznosságának megítélésére gyakorolt pozitív hatásánál már kifejtettem. A terápiás kötődés mérésének teljessé tételéhez az egyik legsürgetőbb feladat a terápiás kötődési szorongás skála, skálák kidolgozása maradt.

### **V.3. További kutatási lehetőségek**

A vizsgálat fent bemutatott korlátai, hiányosságai és jelentősége több területen is kijelölik a kutatás folytatásának lehetséges területeit. Ebben a részben jelen kutatás kiterjesztésével, a páciens-terapeuta kapcsolat mérésével, és szélesebb körben a pszichoterápiás kapcsolat kötődésméleti kutatásának nyitott kérdéseivel foglalkozom.

#### **V.3.1. Általános módszertani fejlesztések**

A korábban említett módszertani hiányosságok – bár így utólagosan szemlélve néhányuk elkerülhető lett volna – többek között arra is visszavezethetők, hogy a hazai pszichoterápiás kutatás mind a mai napig adósunk azokkal a mérőeszközökkel, amelyek a terápiás javulás, haladás objektív nyomon követését lehetővé teszik a kutató számára. Talán egy hosszmetzeti vizsgálat később bemutatandó vázolt lehetősége során inkább lehet ezeket az eszközöket pszichiátriai vagy pszichológiai becslőskálákkal, azok többszöri kitöltésével pótolni. Ugyanakkor a specifikusan a terápiás kapcsolatra vonatkozó, magyar mintán folytatott kutatások számára is hozzáférhető kérdőívek száma igen csekély (pl. Pintér & Tringer, 1999). A további kutatás és tudományos munka egyik első, más kutatásokat is inspiráló lehetősége terápiás kérdőívek magyar nyelvű adaptálása lehet. Ehhez az elméleti háttérrel Péley (2008a) a terápiás hatásvizsgálatokról szóló összefoglaló tanulmányának formájában adottnak tekintem.

#### **V.3.2. Hosszmetzeti vizsgálati elrendezés**

Bár kutatásom eredményei csábítóak abban a tekintetben, hogy a hosszabb ideje terápiában lévő páciensek alacsonyabb terápiás kötődési elkerülését valamiféle javulásként, progresszív tendenciaként értelmezzem, mégis a megvitatás során ezt csupán egy alternatív magyarázatként tüntettem fel. Ezt az óvatosságot a vizsgálat keresztmetzeti elrendezése tette szükségessé. Ebből a korlátból adódik most már specifikusan a terápiás kapcsolat kötődésméleti kutatásának továbbfejlesztési lehetősége. A vizsgálat hosszmetzeti elrendezésben történő megismétlése több lehetőséget is rejt magában.

Egyrészt a páciens-terapeuta kötődés alakulásának nyomon követése lehetőséget biztosítana arra, hogy a kötődés kialakulását és minőségi változásait folyamatában láthassam a terápia során – sőt a terápia lezárását követően is.



Másrészt a hosszmetzeti elrendezés lehetőséget adna arra is, hogy a páciensek általános – párkapcsolatokra vonatkozó ítéleteiken keresztül mért – kötődési mintázatát összehasonlítsam terápiás kötődési minőségükkel, megvizsgáljam azt, hogy a globálisabb kötődési minőség hogyan befolyásolja a terápiás kötődési kapacitást.

Harmadrészt a többszöri adatfelvétel értékes bizonyítékokkal szolgálhatna annak tekintetében is, hogy a páciens-terapeuta kötődés a gyorsabban változó hatásoktól (ülés megítélése, áttétel stb.) ténylegesen olyan jól láthatóan elkülöníthető-e, mint ahogyan azt elméletben levezettem.

### **V.3.3. A terapeuta kötődési mintázatának hatása a terápiás kapcsolat alakulására**

A II. fejezetben bemutattem egy vizsgálatot, amely a terapeuta és páciense kötődési mintázatának illeszkedését vizsgálta a terápiás hatékonyság egyik meghatározójaként (Dozier et al., 2008). Dinger és munkatársai (2009) a terápiás szövetség alakulásának vizsgálata során találtak hasonló eredményeket a terapeuták kötődési státuszát és a páciensek interperszonális problémáit (distressz-szintjének) vizsgálva. A terapeuta kötődési elárastottságának és a páciens distresszének azonos szintje (ti. mindkettő magas vagy mindkettő alacsony) a munkaszövetség atipikus idői mintázatához vezetett. Ezek a vizsgálatok jól mutatják a terapeuta kötődési minőségének hozzájárulását a terápiás folyamathoz. Ezekre az eredményekre alapozva a vizsgálat folytatásaként a terapeuta kötődési minőségének változóként való bevonása fontos eredményeket szolgáltatathatna.

### **V.3.4. Különböző terápiás módszerek szisztematikus összehasonlítása**

Korábban már kifejtett elgondolásommal (Láng, 2009) összhangban a kötődést továbbra is a terápiák nem specifikus tényezőjének tartom. Ezt – a szisztematikus beválogatás hiányából fakadó korlátozottság mellett – a kezelési formák közti különbség hiánya is beigazolta. Ugyanakkor mégis kutatásra érdemesnek tartom, hogy a páciens-terapeuta kötődés hogyan alakul a különböző módszerekkel dolgozó terapeuták esetében. Itt elsősorban nem a kötődési minőségben mutatkozó különbségekre gondolok, hanem sokkal inkább a kötődés komponenseiben mutatkozó lehetséges különbségekre, ahogy azt a Parish és Eagle (2003) által kidolgozott Kötődési Komponensek Kérdőív is méri.

### V.3.5. A kötődés rendszerszemléletű megközelítése

A kötődésemélet nemcsak a diádikus kapcsolatok, hanem a családi (pl. Byng-Hall, 1991) és csoportos (pl. Smith et al., 1999 idézi Markin & Marmarosh, 2010) kapcsolatok terén is jelentős paradigmának tekinthető. Kutatásom eredményei rámutattak, hogy mind a terápiás kötődési elkerülésre, mind a terápiás attitűdre a megítélt apai és anyai bánásmódok egymásról módosító hatást gyakoroltak. Ez felhívja a figyelmet arra, hogy a kötődés rendszerszemléletű megközelítése, családi dinamikával kapcsolatban történő vizsgálata helyet érdemel az egyéni terápiák folyamatának és kimenetelének kutatásában is. Erre a John Byng-Hall (1995) által bevezetett biztonságos családi bázis fogalma jó elméleti keretet jelenthet, ugyanakkor ezen fogalom operacionalizálása és a hozzá kapcsolódó mérési eljárás még várat magára.

### V.3.6. A páciens-terapeuta kötődés mérésének lehetséges új útja – narratív megközelítés

A felnőtt kötődés II. fejezetben bemutatott két hagyománya és az általuk használt módszertan kölcsönös támadásoknak van kitéve. Az egyes megközelítésekhez tartozó prototipikus mérőeszközök lehetséges előnyeit és hátrányait az 5.1. táblázat mutatja be.

Fejlődéslelektani hagyomány (pl. Felnőtt Kötődési Interjú)		Szociál- és személyiséglelektani hagyomány (pl. ECR)	
Előnyök	Hátrányok	Előnyök	Hátrányok
Terápia gyakorlatába jól illeszkedik	Körülményes és költséges	Jó pszichometriai tulajdonságok	Felszíni attitűdöt mér
Felfedi az elhárító mechanizmusokat	Képzés-érzékeny Kötődést vagy gondoskodást mér?	Széleskörű Gyors	Könnyen kijátszható?

5.1. táblázat

#### A felnőtt kötődés két hagyományának módszertani értékelése

A hátrányok kiküszöbölésére és a két hagyomány előnyeinek egyesítésére kitűnő alkalmat kínál a narratív megközelítés (Láng, 2010a; Láng, 2010b). A narratív pszichológia elméleti, míg a narratív pszichológiai tartalomelemzés (László & Ehmann,

2004) módszertani háttérrel biztosíthat a pszichoterápiás kötődés mérésére. Az emberi elme narratív természetű a kötődés szempontjából is lényeges, hiszen Waters és Waters (2006) szerint a kötődésről kialakított reprezentációink – legalábbis részben – forgatókönyvszerűek (a forgatókönyv itt az elbeszélte történet váza, mintázata). Ez felveti a lehetőségét annak, hogy a terápiás kötődés reprezentációja megjelenjen a terápiáról vagy a páciens-terapeuta kapcsolatáról szóló elbeszélésekben.

Ezek az elbeszélések interjúk által könnyen megszerezhetőek, és jól illeszkednek a pszichoterápia narratív természetébe. A felszíni narratív jellemzők pszichológiai mélystruktúrára utalnak, az interjúk elemzése számítógépes narratív pszichológiai tartalomelemzéssel gyorsan kivitelezhető. A László János vezette tudományos műhely jóvoltából a Pécsi Tudományegyetemen évek óta folyik a munka, hogy minél több tartalomelemző modul kerüljön kidolgozásra (pl. szereplők és funkcióik, közelítés-távolítás és narratív perspektíva tekintetében, a részleteket lásd László & Ehmann, 2004). Ezeknek a moduloknak egyik érintkezési pontja az érzelemszabályozás fontosságának hangsúlyozása. A megközelítés így csatlakozik Bowlby-hoz (1969), aki szintén nagy jelentőséget tulajdonított az affektusok megfelelő szabályozásának. A következőkben a fent említett modulok, érzelemszabályozás és kötődés kapcsolódási pontjait emelem ki.

Péley és munkatársai (2005) a szereplők funkcióit vizsgálták elbeszélésekben. Eredményeik szerint a szerepfunkciók két elkülönülő kategóriába sorolhatóak: a támogató-gondoskodó szereplők megjelenése az egészséges, míg a károsítóké a zavart személyiségfejlődésű fiatalok elbeszéléseiben volt gyakrabban fellelhető. A szereplők funkciójának pszichológiai jelentőségét a kötődéstudomány vonatkozásában is két szempontból ragadhatjuk meg. Egyrészt a funkciók a szövegekben az elbeszélő perspektívájából jelennek meg, tehát szándékok és állapotok tulajdonításával telítettek. Ez alapján feltételezhetjük, hogy a szereplők megjelenítési módja az elbeszélő mentalizációs képességének (pl. Fonagy, 2008) függvénye. Ez a képesség a II. fejezetben kifejtett módon szoros kapcsolatban áll a kötődési minőséggel. Másrészt a szereplők nemcsak a cselekményt lendítik előre, hanem a személyiség fejlődése szempontjából is meghatározók. A segítségnyújtás vagy védekezés például jól értelmezhető a védekezés és biztonság pszichológiai funkciója mentén, amely a kötődés alapvető funkciójának is nevezhető. Ehmann (2000) a kettős felosztást egy harmadik funkcióval, az elhagyóéval is kiegészíti. Ennek jelentősége könnyen érthetővé válik a

kötődés vonatkozásában, elég csak a szeparáció jelenségének a kötődésemélet kidolgozásában betöltött fontos szerepére gondolunk (Bowlby, 1973).

A Pohárnok és munkatársai (2005) által kidolgozott modul a fizikai és az érzelmi közelség szabályozásának narratív mintázatainak felismerésére szolgál. Borderline nők szövegeit vizsgálva, erre a patológiás állapotra jellemző, zavart érzelemszabályozásra utaló mintázatokat sikerült feltárniuk. Ezek a mintázatok a közelítés és távolítás egy tartalmi egységen belüli gyakori megjelenéséből állnak. A szerzők feltételezése szerint „a közelítés-távolítás kifejezések érvényesítése az elbeszélésben összefügg az elbeszélő személy kapcsolati és érzelmi szabályozásának vonás jellegű jellemzőivel” (Pohárnok et al., 2005, 161.o.). Az elutasító és elárasztó felnőttek a kötődési bizonytalanságból fakadó szorongásukat interperszonális szinten éppen a túlzott közelség vagy távolság fenntartásával igyekeznek szabályozni, így a szövegeikben megjelenő közelítés-távolítás kifejezések jó utalást jelenthetnek a szorongás csökkentésére alkalmazott stratégiájukra.

Ugyanaz a tartalom különböző módokon jelenhet meg, az elbeszélés szerzője ugyanazt a történetet különböző módokon adhatja elő. Pólya (2004) a narratív perspektíva három variációját határozza meg aszerint, hogy az elbeszélő a nézőpontot és a narratív elemeket az elbeszélési vagy az elbeszélte események időpontjába helyezi. A felosztás alapján létrejövő három értelmezhető perspektíva az alábbi: (1) visszatekintő: az esemény elbeszélésének jelenéből utal vissza az elbeszélte események időpontjára; (2) újraátélő: az elbeszélési nézőpont az elbeszélte eseményekkel együtt a múltba helyeződik (3) átélő: az elbeszélte eseményeket úgy mondja el, mintha azok aktuálisan történének meg vele. Az átélő nézőpont párhuzamba állítható az elárasztott személyek Felnőtt Kötődési Interjú során mutatott élményeivel, ahol a múltbéli események elsőpró erejű intenzitással törnek rájuk a jelenben. Az analógia érvényességét növelik a különböző nézőpontból elmesélt történeteket értékelők ítéletei, ugyanis az átélő perspektívából elmesélt történet narrátorát szorongóbbnak ítélik meg. A felszínen is jól látható szorongás szintén az elárasztott személyek jellemzője. A visszatekintő perspektívájú történet szerzőjét kevésbé szorongónak, kevésbé impulzívnek és szociálisan pozitívabbnak ítélik az értékelők. Ezen változók mindegyike szoros együttjárást mutat a biztonságosan kötődéssel, és az egyik lehetséges közvetítő változó az adekvát érzelemszabályozási képesség.

A narratív pszichológiai tartomelemzés, főként a számítógépes támogatás egyre sikeresebbé válásával, ígéretes lehetőséget kínál, hogy a terápiák narratív természetébe

illeszkedő, gyors és megbízható eljárást alakítsunk ki a terápiás kapcsolatban mutatott egyéni különbségek kötődési szempontú mérésére. A kínálkozó lehetőség azért is kecsegtető, mert Péley (2008b) a terápiás hatásvizsgálatok kapcsán a narratív pszichológiai tartalomelemzés lehetőségét már felvetette.

#### ***V.4. Záró gondolatok***

Mivel a kutatásban változóként a terápiás kötődés szerepelt, a terápiás kapcsolat kiemelkedő figyelmet kapott. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy a terápiás technikáknak kisebb jelentőséget tulajdonítanék. Ugyanakkor a kapcsolat több szempontból is kiindulási alapként szolgálhat, vagy – a kötődéselmélet szavaival élve – biztonságos bázist nyújthat az explorációhoz. A páciensek számára ez múltbeli életeseményeik, jelenlegi kapcsolataik és a terápiás kapcsolat (újra)felfedezését teszi lehetővé, amely nagyban hozzájárul az összefüggések megértéséhez, az élettörténet koherenssé és jelentéstelivé tételéhez. Ez jelentős mértékben hozzájárul gyógyulásukhoz, életminőségük javulásához. Ugyanakkor számunkra, gyakorló szakemberek számára az a tudat, hogy a kapcsolat technikától függetlenül is működésben tartja a terápiát, lehetőséget ad arra, hogy biztonságban exploráljuk a technikai lehetőségeket, és bővítsük terápiás repertoárunkat.

Reményeim szerint a dolgozatban sikeresen éltem a lehetőséggel, amit Slade (2008) a kötődéselmélet számára a klinikai pszichológiával kapcsolatban megfogalmaz: „a kötődéselmélet olyan széles és messzire mutató nézőpontot kínál az emberi működésről, amelynek megvan a lehetősége arra, hogy megváltoztassa a klinikusok páciensekről való gondolkodását és rájuk adott válaszait, és a terápiás kapcsolat dinamikájának megértését” (763.o.).

## Hivatkozott irodalom

Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. & Alloy, L.B. (1989): Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372.

Agrawal, H.R., Gunderson, J., Holmes, B.M. & Lyons-Ruth, K. (2004): Attachment Studies with Borderline Patients: A Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(2), 94-104.

Ainsworth, M.D.S. (1989): Attachments Beyond Infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716.

Ainsworth, M.D.S. & Bell, S.M. (1970): Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of One-Year-Olds in a Strange Situation. *Child Development*, 41(1), 49-67.

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978): *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Ainsworth, M.S.D. & Bowlby, J. (1991): An Ethological Approach to Personality Development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341.

Allen, J.G. (2006): Mentalizing in Practice. In Allen, J.G. & Fonagy, P. (Eds.): *Handbook of Mentalization-based Treatment*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, Ltd.

Allen, J.G. (2008): *Mentalizing as Common Ground for Psychotherapy: Educating Patients and Clinicians*. Paper presented at „Early development, attachment, and psychotherapy” Conference, 20-22 November 2008, Copenhagen. A <http://www.psy.ku.dk/forskning/konferencer/psykoterapi/oplaeg/allencopenhagenhandout.ppt> oldaról letöltve 2010. október 20-án.

- Allen, J.P., Hauser, S.T. & Borman-Spurrell, E. (1996): Attachment Theory as a Framework for Understanding Sequelae of Severe Adolescent Psychopathology: An 11-Year Follow-Up Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 254-263.
- Amato, P.R. (1994): Father-Child Relations, Mother-Child Relations, and Offspring Psychological Well-Being in Early Adulthood. *Journal of Marriage and Family*, 56(4), 1031-1042.
- Armitage, C.J. & Harris, P.R. (2006): The Influence of Adult Attachment on Symptom Reporting: Testing a Mediational Model in a Sample of General Population. *Psychology and Health*, 21(3), 351-366.
- Arolt, V., Reimer, C. & Dilling, H. (2007): *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Ábrahám I., Árkovits A., Vörös V. & Osváth P. (2008): A DREAM-terápia specifikus tényezői. In Árkovits A. & Osváth P. (szerk.): *Az álom alagútján – A DREAM-terápia*. Budapest : Pro Die.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L.M. (1991): Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.
- Bartholomew, K. & Moretti, M. (2002): The Dynamics of Measuring Attachment. *Attachment & Human Development*, 4(2), 162-165.
- Bäcksström, M. & Holmes, B.M. (2007): Measuring Attachment Security Directly: A Suggested Extension to the Two-Factor Adult Attachment Construct. *Individual Differences Research*, 5(2), 124-149.
- Beck, A.T. & Emery, G. (1999): *A szorongásos zavarok és fóbiák kognitív szemlélete*. Budapest : Animula.



Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (2001): *A depresszió kognitív terápiája*. Budapest : Animula.

Beebe, B. & Lachmann, F.M.(2002): *Infant Research and Adult Treatment*. London: The Analytic Press.

Bem, D.J. (1972): Self-perception theory. In Berkowitz, L. (Ed.): *Advances in Experimental Social Psychology*. New York: Academic Press.

Berlin, L.J. Zeanah, C.H. & Lieberman, A.F. (2008): Prevention and Intervention Programs for Supporting Early Attachment Security. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.): *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications. 2nd Edition*. New York: The Guilford Press.

Binder, J.L. (2007): Mind Or Brain? Where Does Therapeutic Change Originate? A Reaction To “The Reunion Process: A New Focus In Short-Term Dynamic Psychotherapy”. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(2), 137–141.

Bischof, N. (1975): A Systems Approach Toward the Functional Connections of Attachment and Fear. *Child Development*, 46, 801-817.

Björgvinsson, T. & Hart, J. (2006): Cognitive Behavioral Therapy Promotes Mentalizing. In Allen, J.G. & Fonagy, P. (Eds.): *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. New York: John Wiley & Sons.

Bordin, E.S. (1979): The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.

Bowlby, J. (1944): Forty-four juvenile thieves: Their characters and home life. *International Journal of Psychoanalysis*, 25, 19-52 & 107-127.

Bowlby, J. (1958): The Nature of the Child’s Tie to his Mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-373.

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby J (1973). *Attachment and Loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and Anger*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1977): The Making and Breaking of Affectional Bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130, 210-210 & 421-431.
- Bowlby J (1980). *Attachment and Loss: Vol. 3. Loss: Sadness and Depression*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (2009): *A biztos bázis – A kötődélmélet klinikai alkalmazásai*. Budapest: Animula.
- Bowman, E.A. (2005): *The Therapeutic Attachment Scale – A Validation Study* (doctoral dissertation). Unpublished Manuscript. New School University. Letöltve a ProQuest adatbázisból. Publikációs szám: 3184370.
- Böszörményi-Nagy, I. & Krasner, B.R. (2001): *Kapcsolatok kiegyensúlyozásának dialógusa*. Budapest : Coincidencia.
- Brehm, J.W. (1966/2009): A Theory of Psychological Reactance. In Burke, W.W., Lake, D.G. & Pain, J.W. (Eds.): *Organization Change – A Comprehensive Reader*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Brennan, K. A., Clark, C. L. & Shaver, P. R. (1998): Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In Simpson, J.A. & Rholes, W.S. (Eds.): *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press.
- Britton, P.C. (2005): *The Alliance and Adult Attachment* (doctoral dissertation). Unpublished Manuscript. Fayetteville: University of Arkansas. Letöltve a ProQuest adatbázisból. Publikációs szám: 3201488.

Broda, M. & Senf, W. (2004a): Ist Beziehung alles und ohne Beziehung alles nichts? *Psychotherapie im Dialog*, 5(4), 321-334.

Broda, M. & Senf, W. (2004b): Die therapeutische Beziehung als Boden für therapeutisches Handeln. *Psychotherapie im Dialog*, 5(4), 397-398.

Buber, M. (1999): *Én és Te*. Budapest: Európa.

Buda B. (1981) Előszó. In Buda B. (szerk.): *Pszichoterápia*. Budapest: Gondolat Könyvkiadó.

Byng-Hall, J. (1991): The application of attachment theory to understanding and treatment in family therapy. In Parkes, C.M., Stevenson-Hinde, J. & Marris, P. (Eds.): *Attachment Across the Life Cycle*. London and New York: Routledge.

Byng-Hall, J. (1995): Creating a Secure Family Base: Some Implications of Attachment Theory for Family Therapy. *Family Process*, 34, 45-58.

*Cambridge Advanced Learner's Dictionary* (2008). Cambridge : Cambridge University Press.

Carstensen, L.L., Isaacowitz, D.M. & Charles, S.T. (1999): Taking Time Seriously – A Theory of Socioemotional Selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165-181.

Casement, P. (1999): *Páciensektől tanulva*. Budapest: Animula.

Chruszczewski, P.P. (2009): Grice, Herbert Paul. In Mey, J.L. (Ed.): *Concise Encyclopedia of Pragmatics, 2nd Edition*. Oxford: Elsevier.

Clark, S.E. & Symons, D.K. (2009): Representations of Attachment Relationships, the Self, and Significant Others in Middle Childhood. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 18(4), 316-321.

Clarkson, P. (1994a): The Nature and Range of Psychotherapy. In Clarkson, P. & Pokorny, M. (eds.): *The Handbook of Psychotherapy*. London: Routledge.

Clarkson, P. (1994b): *The Psychotherapeutic Relationship*. In Clarkson, P. & Pokorny, M. (eds.): *The Handbook of Psychotherapy*. London: Routledge.

Collins, N.L. & Feeney, B.C. (2004): Working Models of Attachment Shape Perceptions of Social Support: Evidence from Experimental and Observational Studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(3), 363-383.

Collins, N.L. & Read, S.J. (1990): Adult Attachment, Working Models, and Relationship Quality in Dating Couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663.

Crittenden, P.M. (2000): A Dynamic-Maturational Approach to Continuity and Change in Pattern of Attachment. In Crittenden, P.M. & Claussen, A.H. (Eds.): *The Organization of Attachment Relationships – Maturation, Culture, and Context*. Cambridge: Cambridge University Press.

Crowell, J.A., Fraley, R.C. & Shaver, P.R. (1999): Measurement of Individual Differences in Adolescent and Adult Attachment. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.): *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: The Guilford Press.

Csóka Sz., Szabó G., Sáfrány E., Rochlitz R., Bódizs R. (2007): Kísérlet a felnőttkori kötődés mérésére – a kapcsolati kérdőív (Relationship Scale Questionnaire) magyar változata. *Pszichológia*, 27(4), 333-355.

Davanloo, H. (1992): A rövid dinamikus terápia módszere. In Bakó T. & Bíró S. (szerk.): *Rövid dinamikus pszichoterápia*. Budapest: Animula.

Denis, P. (2005): Transference. In De Mijolla, A. (Ed.): *International Dictionary of Psychoanalysis*. Detroit : Thomson Gale.

Diamond, D., Stovall-McClough, C., Clarkin, J.F. & Levy, K.N. (2003): Patient-Therapist Attachment in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3), 227-259.

Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T. & Schauenburg, H. (2009): Therapists' Attachment, Patients' Interpersonal Problems and Alliance Development Over Time in Inpatient Psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46(3), 277–290.

Dozier, M., Stovall-McClough, K.C. & Albus, K.E. (2008): Attachment and Psychopathology in Adulthood. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.): *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications. 2nd Edition*. New York: The Guilford Press.

Dozier, M. & Tyrrell, C. (1998): The Role of Attachment in Therapeutic Relationships. In Simpson, J.A. & Rholes, W.S. (Eds.): *Attachment Theory and Close Relationships*. London: The Guilford Press.

Dryden, W. & Mytton, J. (1999): *Four Approaches to Counselling and Psychotherapy*. New York : Routledge.

Dwyer, K.M. (2005): The Meaning and Measurement of Attachment in Middle and Late Childhood. *Human Development*, 48, 155–182.

Ehmann B. (2000): *A számítógépes pszichológiai tartalomelemzés alkalmazási lehetőségei*. (doktori disszertáció) ELTE. Budapest.

Ein-Dor, T., Doron, G., Solomon, Z., Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2010): Together in Pain: Attachment-Related Dyadic Processes and Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Counseling Psychology*, 57(3), 317–327.

Erikson, E.H. (2002): *Gyermekkor és társadalom*. Budapest: Osiris.

Farber, B.A., Lippert, R.A. & Nevas, D.B. (1995): The Therapist as Attachment Figure. *Psychotherapy*, 32(2), 204-212.

Ferenczi S. (1932/1971): Nyelvzavar a felnőttek és a gyermek között. In Buda B. (szerk.): *A pszichoanalízis és modern irányzatai*. Budapest: Gondolat.

Finke, J. & Teusch, L. (2004): Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 5(4), 356-362.

Fonagy, P. (2008): The Mentalization-Focused Approach to Social Development. In Busch, F.N. (Ed.): *Mentalization - Theoretical Considerations, Research Findings, and Clinical Implications*. Hillsdale, NJ & London: The Analytic Press.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. & Gerber, A. (1996): The Relation of Attachment Status, Psychiatric Classification, and Response to Psychotherapy. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 64(1), 22-31.

Fonagy, P. & Target, M. (1996): Playing With Reality: I. Theory of Mind and the Normal Development of Psychic Reality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 217-234.

Fonagy, P. & Target, M. (1997): Attachment and Reflective Function: Their Role in Self-Organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679–700.

Fonagy, P. & Target, M. (2005a): Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? *Attachment and Human Development*, 7(3), 333 – 343.

Fonagy, P. & Target, M. (2005b): *Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében*. Budapest: Gondolat Kiadó.

Fox, N.A., Kimmerly, N.L. & Schafer, W.D. (1991): Attachment to Mother/Attachment to Father: A Meta-Analysis. *Child Development*, 62(1), 210-225.

Fraley, C. (2005): *Information on the Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) Adult Attachment Questionnaire*. A <http://www.psych.illinois.edu/~rcfraley/measure/ecrr.htm> oldalról letöltve 2010. július 30-án.

Frank, J.D. (1961): *Persuasion and Healing*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Frehling, R. (2005): *The Relationship of Therapist and Client Attachment Styles to Measures of the Working Alliance* (doctoral dissertation). Unpublished Manuscript. San Francisco: California Institute of Integral Studies.

Fuertes, J.N., Mislouack, A., Brown, S., Gur-Arie, S., Wilkinson, S. & Gelso, C.J. (2007): Correlates of the real relationship in psychotherapy: A study of dyads. *Psychotherapy Research*, 17(4), 423 – 430.

Gabbard, G.O. (2004): *Long-term Psychodynamic Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

Gelso, C.J & Carter, J.A. (1994): Components of the Psychotherapeutic Relationship: Their Interaction and Unfolding During Treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296-306.

Gelso, C.J. & Hayes, J.A. (2007): *Countertransference and the Therapist's Inner Experience – Perils and Possibilities*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

George, C. & West, M. (2001): Das Erwachsenen-Bindungs-Projektiv (Adult Attachment Projective): Ein neues Messverfahren für Bindung im Erwachsenenalter. In Gloger-Tippelt, G. (Hrsg.): *Bindung im Erwachsenenalter*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag.

George, C., West, M. & Pettem, O. (1999): The Adult Attachment Projective: Disorganization of Adult Attachment at the Level of Representation. In Solomon, J. & George, C. (Eds.): *Attachment Disorganization*. New York: Guilford Press.

Gergely Gy. & Watson, J.S. (1998): A szülői érzelmi tükrözés szociális biofeedback modellje. *Thalassa*, 9(1), 56-105.

Gillath, O., Selcuk, E. & Shaver, P. (2008): Moving Toward a Secure Attachment Style: Can Repeated Security Priming Help? *Social & Personality Psychology Compass*, 2, 1651-1666.

Gloger-Tippelt, G. (2001): Kapitel 7: Unsicher-distanzierende mentale Bindungsmodell. In Gloger-Tippelt, G. (Hrsg.): *Bindung im Erwachsenenalter*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag.

Goldfried, M.R. & Davila, J. (2005): The Role of Relationship and Technique in Therapeutic Change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 421–430.

Goldstein, S. & Brooks, R.B. (2007): Creating Sustainable Classroom Environments: The Mindsets of Effective Teachers, Successful Students, and Productive Consultants. In Goldstein, S. & Brooks, R.B. (Eds.): *Understanding and Managing Children's Classroom Behavior*. Creating Sustainable, Resilient Classrooms. Hoboken, New Jersey: Wiley & Sons, Inc.

Gomille, B. (2001): Kapitel 8: Unsicher-präokkupierte mentale Bindungsmodell. In Gloger-Tippelt, G. (Hrsg.): *Bindung im Erwachsenenalter*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag.

Graybar, S.R. & Leonard, L.M. (2008): Terminating Psychotherapy Therapeutically. In O'Donohue, W.T. & Cucciare, M.A. (Eds.): *Terminating Psychotherapy – A Clinician's Guide*. New York: Routledge.

Green, A. (2005): *Key Ideas for a Contemporary Psychoanalysis*. London and New York: Routledge.



Green, J., Stanley, C., Smith, V. & Goldwyn, R. (2000): A new method of evaluating attachment representations in the young school age children: The Manchester Child Attachment Story Task (MCAST). *Attachment and Human Development*, 2,48-70.

Greenberg, L.S. (1994): What is „Real” in the Relationship? Comment on Gelso and Carter (1994). *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 307-309.

Griffin, D.W. & Bartholomew, K. (1994): The Metaphysics of Measurement: The Case of Adult Attachment. In Bartholomew, K. & Perlman, D. (Eds.): *Attachment processes in adulthood*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Grohol, J.M. (2004): Online Counseling: A Historical Perspective. In Kraus, R., Zack, J.S. & Stricker, G. (Eds.): *Online Counseling: A Handbook for Mental Health Professionals*. San Diego, CA: Elsevier Academic Press.

Gross, J.J. (1998): The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.

Gussow, Z. (1981): A terapeuta-páciens viszony a pszichoanalízisben és a pszichoterápiában. Műhelytanulmány. In Buda B. (szerk.): *Pszichoterápia*. Budapest: Gondolat Könyvkiadó.

Harris, A. (2005): Transference, Countertransference, and the Real Relationship. In Person, E.S., Cooper, A.M. & Gabbard, G.O. (Eds.): *Textbook of Psychoanalysis*. Washington, DC: The American Psychiatric Publishing.

Hauser, S. (2001): Kapitel 9: Trauma - der unverarbeitete Bindungsstatus im Adult Attachment Interview. In Gloger-Tippelt, G. (Hrsg.): *Bindung im Erwachsenenalter*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle : Hans Huber Verlag.

Hazan, C. & Shaver, P.R. (1987): Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.

Hazan, C. & Shaver, P.R. (1990): Love and Work: An Attachment-Theoretical Perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(2), 270-280.

Hazan, C. & Zeifman, D. (1994): Sex and the Psychological Tether. In Bartholomew, K. & Perlman, D. (Eds.): *Attachment processes in adulthood*. London and Bristol, Pennsylvania: Jessica Kingsley Publishers.

Hesse, E. (1999): The Adult Attachment Interview: Historical and Current Perspectives. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.): *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press.

Hesse, E. & Main, M. (2000): Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment: Collapse in Behavioral and Attentional Strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1097-1127.

Hippokratész (é.n.): *A hippokratészi iskola orvosainak emelkedett etikai szellemű esküje*. A <http://www.euuzlet.hu/esku/deoec.html> oldalról letöltve 2009.01.29-én.

Hofmann, V. (2001): Kapitel 5: Psychometrische Qualitäten des Adult Attachment Interviews - Stand der Forschung. In Gloger-Tippelt, G. (Hrsg.): *Bindung im Erwachsenenalter*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle : Hans Huber Verlag.

Holmes, J. (1999): Defensive and Creative Uses of Narrative in Psychotherapy: An Attachment Perspective. In Roberts, G. & Holmes, J. (Eds.): *Healing Stories*. Oxford: Oxford University Press.

Kiss Sz. (2005): *Elmeolvasás*. Budapest: Új Mandátum.

Klein, M. (1999): *A szó előtti tartomány – Pszichoanalitikus tanulmányok*. Budapest: Akadémiai Kiadó.

Knapp, P. & Beck, A.T. (2008): Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Suppl II), 54-64.

Kobak, R. (1999): The Emotional Dynamics of Disruptions in Attachment Relationships. Implications for Theory, Research and Clinical Intervention. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.): *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*. London: The Guilford Press.

Kobak, R. & Duemmler, S. (1994): Attachment and Conversation: Toward a Discourse Analysis of Adolescent and Adult Security. In Bartholomew, K. & Perlman, D. (Eds.): *Attachment processes in adulthood*. London and Bristol, Pennsylvania: Jessica Kingsley Publishers.

Koós, O. & Gergely, Gy. (2001): A contingency-based approach to the etiology of 'disorganized' attachment: The 'flickering switch' hypothesis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65(3), 397-410.

Koren-Karie, N., Sagi-Schwartz, A. & Joels, T. (2003): Absence of Attachment Representations (AAR) in the Adult Years: The Emergence of a New AAI Classification in Catastrophically Traumatized Holocaust Child Survivors. *Attachment & Human Development*, 5(4), 381-397.

Laireiter, A-R. (2009): Generisches Modell der Psychotherapie. In Stumm, G. & Pritz, A. (Hrsg.): *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien: Springer-Verlag.

Lamb, D.H. & Catanzaro, S.J. (1998): Sexual and Nonsexual Boundary Violations Involving Psychologists, Clients, Supervisees, and Students: Implications for Professional Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(5), 498-503.

Lamb, D.H., Catanzaro, S.J. & Moorman, A.S. (2003): Psychologists Reflect on Their Sexual Relationships With Clients, Supervisees, and Students: Occurrence, Impact, Rationales, and Collegial Intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(1), 102–107.

Lamb, M.E. (1977): Father-Infant and Mother-Infant Interaction in the First Year of Life. *Child Development*, 48(1), 167-181.

Láng A. (2009): A kötődés mint nem specifikus tényező a pszichoterápiában. *Pszichoterápia*, 18(5), 426-432.

Láng, A. (2010a): Possibilities of measuring attachment in individual adult psychotherapy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 679-683.

Láng A. (2010b): A narratív tartalomelemzés mint lehetőség a páciens-terapeuta kötődés mérésében. In Hámori E. (szerk.): *Kutatás és terápia metszéspontjai – Várandósságtól a felnőttkorig*. Piliscsaba: Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészettudományi Kar.

László E. (2001): *A rendszerelmélet távlatai*. Budapest: Magyar Könyvklub.

László J. & Ehmann B. (2004): A narratív pszichológiai tartalomelemzés új eljárása: A LAS-Vertikum. In: Erős F. (szerk.): *Az elbeszélés az élmények kulturális és klinikai elemzésében*. Akadémiai Kiadó. Budapest.

Leahy, R.L. (2008): The Therapeutic Relationship in Cognitive-Behavioral Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 769–777

Lejuez, C.W., Hopko, D.R., Levine, S., Gholkar, R. & Collins, L.M. (2006): The Therapeutic Alliance in Behavior Therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 456-468.

Levy, K.N., Clarkin, J.F. & Kernberg, O.F. (2004): Das Adult Attachment Interview (AAI) als Veränderungsmaß in der Behandlung von Borderline-Patienten. *Persönlichkeitsstörungen*, 8, 244-250.

Levy, K.N., Meehan, K.B., Kelly, K.M., Reynoso, J.S., Weber, M., Clarkin, J.F. & Kernberg, O.F. (2006): Change in Attachment Patterns and Reflective Function in a Randomized Control Trial of Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027–1040.

Lewis, L. (2006): Enhancing Mentalizing Capacity through Dialectical Behavior Therapy Skills Training and Positive Psychology. In Allen, J.G. & Fonagy, P. (Eds.): *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. New York: John Wiley & Sons.

Lyons-Ruth, K. et al. (1998): Implicit Relational Knowing: Its Role in Development and Psychoanalytic Treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 282–289.

Ma, K. (2007): Attachment Theory in Adult Psychiatry. Part 2: Importance to the Therapeutic Relationship. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 10-16.

Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In Hetherington, E.M. (Ed.): *Handbook of child psychology, Vol. 4. Socialization, personality, and social development, 4th Edition*. New York: Wiley.

*Magyar Értelmező Kéziszótár* (2000). Budapest: Akadémiai Kiadó.

Main, M. (1991): Metacognitive Knowledge, Metacognitive Monitoring, and Singular (Coherent) vs. Multiple (Incoherent) Model of Attachment - Findings and Directions for Future Research. In Parkes, C.M., Stevenson-Hinde, J. & Marris, P. (Eds.): *Attachment Across the Life Cycle*. London and New York: Routledge.

Main, M. & Hesse, E. (1990): Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In Greenberg, M.T., Cicchetti, D. & Cummings, E.M. (Eds.): *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago: University of Chicago Press.

Main, M. & Solomon, J. (1986): Discovery of an insecure-disorganized/ disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. In Brazelton, T.B. & Yogman, M. (Eds.): *Affective Development in Infancy*. Norwood: Ablex.

Malan, D.H. (1989): *Egyéni dinamikus pszichoterápia*. Budapest: Animula.

Malan, D.H. (1992): Rövidterápia: a legfontosabb fejlődés a tudattalan óta. In Bakó T. & Bíró S. (szerk.): *Rövid dinamikus pszichoterápia*. Budapest: Animula.

Mallinckrodt, B., Gantt, D.L. & Coble, H.M. (1995): Attachment Patterns in the Psychotherapy Relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 307-317.

Mann, D. (1997): *Psychotherapy: An Erotic Relationship – Transference and countertransference passions*. London: Routledge.

Markin, R.D. & Marmarosh, C. (2010): Application of Adult Attachment Theory to Group Member Transference and the Group Therapy Process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(1), 111-121.

Marmarosh, C.L., Gelso, C.J., Markin, R.D., Majors, R., Mallery, C. & Choi, J. (2009): The Real Relationship in Psychotherapy: Relationships to Adult Attachments, Working Alliance, Transference, and Therapy Outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 337–350.

Mikulincer, M. (1995). Attachment style and the mental representation of the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 1203-1215.

Mikulincer, M., & Orbach, I. (1995): Attachment styles and repressive defensiveness: The accessibility and architecture of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 917-925.

Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2007): *Attachment in Adulthood – Structure, Dynamics, and Change*. New York: The Guilford Press.

Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2008): Adult Attachment and Affect Regulation. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.): *Handbook of Attachment – Theory, Research, and Clinical Applications. 2nd Edition*. New York: The Guilford Press.

- Miller, S.D., Duncan, B.L., Brown, J., Sparks, J.A. & Claud, D.A. (2003): The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure. *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91-100.
- Modell, A.H. (1998): Review of Infant Mental Health Papers. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 341–345.
- Munich, R.L. (2006): Integrating Mentalization-Based Treatment and Traditional Psychotherapy to Cultivate Common Ground and Promote Agency. In Allen, J.G. & Fonagy, P. (Eds.): *Handbook of Mentalization-based Treatment*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, Ltd.
- Nagy L. (2005): A felnőtt kötődés mérésének egy új lehetősége: a Közvetlen Kapcsolatok Élményei kérdőív. *Pszichológia*, 25(3), 223-245.
- Nelson, J.K. (2008): Laugh and the World Laughs with You: An Attachment Perspective on the Meaning of Laughter in Psychotherapy. *Clinical Social Work Journal*, 36, 41-49.
- Obegi, J.H. (2008): The Development of the Client-Therapist Bond Through the Lens of Attachment Theory. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), 431-446.
- Orlinsky, D.E. (2009): The “Generic Model of Psychotherapy” After 25 Years: Evolution of a Research-Based Metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(4), 319–339.
- Page, A.C. & Stritzke, W.G.K. (2006): *Clinical Psychology for Trainees. Foundations of Science-informed Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Parish, M., & Eagle, M. N. (2003): Attachment to the therapist. *Psychoanalytic Psychology*, 20, 271-286.

- Parker, G. (1981): Parental representations of patients with anxiety neurosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63(1), 33-36.
- Parker, G., Tupling, H. & Brown, L.B. (1979) A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Perdereau, F. & Atger, F. (2002): Évaluation de l'attachement chez l'adolescent et l'adulte. In Guedeney, N. & Guedeney, A. (Eds.): *L'attachement. Concepts et applications*. Paris: Masson.
- Péley B. (2008a): A pszichoterápiák hatékonyságának vizsgálata. In Vincze O. & Bigazzi S. (szerk.): *Élmény, történet – a történetek élménye: Tanulmányok László János 60. születésnapjára*. Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó.
- Péley B. (2008b): *Narrative psychological content analysis in studies of therapeutic impact*. Keynote lecture presented at the 8th Alps-Adria Conference of Psychology. Ljubljana, Szlovénia, 2008.10.02-2008.10.04.
- Péley B., Kis B., Naszódi M. & László J. (2005): A szelf-állapotok kifejeződése az élettörténeti elbeszélésekben. *Pszichológia*, 25(2), 171-179.
- Piaget, J. (1955): *The Child's Construction of Reality*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1999): *Gyermeklélektan*. Budapest: Osiris.
- Pianta, R.C., Egeland, B. & Adam, E.K. (1996): Adult Attachment Classification and Self-Reported Psychiatric Symptomatology as Assessed by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. *Journal of Consulting and Counselling Psychology*, 64(2), 273-281.
- Pickles, A. & Hill, J. (2006): Developmental Pathways. In Cicchetti, D. & Cohen, D.J. (Eds.): *Developmental Psychopathology. Vol. 1. Theory and Method*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.



Pintér G. & Tringer L. (1999): Kérdőív a pszichoterápia legfontosabb nem specifikus tényezőinek mérésére. In Szakács F. (szerk.): *Pszichoterápiai vademecum II. kötet*. Budapest: Animula.

Pohárnok M., Nagy L., Bóna A., Naszódi M., Kis B. & László J. (2005): A kapcsolati mozgások nyelvészeti vizsgálata élettörténeti narratívumokban. *Pszichológia*, 25(2), 157-169.

Pólya T. (2004): A narratív perspektíva hatása az elbeszélő személy észlelésére. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 59, 377-395.

Pszichoterapeuták Etikai Kódexe (1993). *Psychiatria Hungarica*, 8, 223-228.

Rapp, H. (2007): In Memoriam: Petruska Clarkson (1947-2006). *Journal of Psychotherapy Integration*, 17(4), 357-359

Reimer, C. (2004): Grenzen und Gefahren der therapeutischen Beziehung. *Psychotherapie im Dialog*, 5(4), 381-387.

Reisman, J.M. (1986): Psychotherapy as a Professional Relationship. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17(6), 565-569.

Riggs, S.A., Jacobvitz, D. & Hazen, N. (2002): Adult Attachment and History of Psychotherapy in a Normative Sample. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(4), 344-353.

Robbins, S.B. (1995): Attachment Perspectives on the Counseling Relationship: Comment on Mallinckrodt, Gantt, and Coble (1995). *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 318-319.

Rogers, C.R. (2003): *Valakivé válni. A személyiség születése*. Budapest: Edge 2000.

- Rohner, R.P. (1998): Father Love and Child Development: History and Current Evidence. *Current Directions In Psychological Science*, 7(5), 157-161.
- Roisman, G.I., Holland, A., Fortuna, K., Fraley, R.C., Clausell, E. & Clarke, A. (2007): The Adult Attachment Interview and Self-Reports of Attachment Style: An Empirical Rapprochement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), 678-697.
- Romano, V., Fitzpatrick, M. & Janzen, J. (2008): The Secure-Base Hypothesis: Global Attachment, Attachment to Counselor, and Session Exploration in Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 495–504.
- Rudden, M.G., Milrod, B., Aronson, A. & Target, M. (2008): Reflective Functioning in Panic Disorder Patients: Clinical Observations and Research Design. In Busch, F.N. (Ed.): *Mentalization – Theoretical Considerations, Research Findings, and Clinical Implications*. New York and London: The Analytic Press.
- Rutter, M. (1989): Attachment és társas kapcsolatok fejlődése. *Pszichológia*, 9(3), 407-435.
- Sable, P. (2008): What is adult attachment? *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 21-30.
- Sandler, S. (2007): The Reunion Process: a New Focus in Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(2), 121–136.
- Satterfield, W.A. & Lyddon, W.J. (1995): Client Attachment and Perceptions of the Working Alliance With Counselor Trainees. *Journal of Counseling Psychology*, 42(2), 187-189.
- Sauer, E.M., Lopez, F.G. & Gormley, B. (2003): Respective Contribution of Therapist and Client Attachment Orientations to the Development of the Early Working Alliance: A Preliminary Growth Modeling Study. *Psychotherapy Research*, 13(3), 371-382.
- Schachter, D.L. (1996): *Emlékeink nyomában*. Budapest: Háttér Kiadó.

- Schmitt, N. (1996): Uses and Abuses of Coefficient Alpha. *Psychological Assessment*, 8(4), 350-353.
- Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Fonagy, P. & Datta, A. (2008): The Child Attachment Interview: A Psychometric Study of Reliability and Discriminant Validity. *Developmental Psychology*, 44(4), 939–956.
- Shaver, P.R. & Mikulincer, M. (2002a): Dialogue on Adult Attachment: Diversity and Integration. *Attachment & Human Development*, 4(2), 243-257.
- Shaver, P.R. & Mikulincer, M. (2002b): Attachment-Related Psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4(2), 133-161.
- Shaver, P.R. & Mikulincer, M. (2005): Attachment Theory and Research: Resurrection of the Psychodynamic Approach to Personality. *Journal of Research in Personality*, 39, 22-45.
- Shaver, P.R. & Mikulincer, M. (2009): Attachment Theory: I. Motivational, Individual-Differences and Structural Aspects. In Corr, P.J. & Matthews, G. (Eds.): *The Cambridge Handbook of Personality Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Shorey, H.S. & Snyder, C.R. (2006): The Role of Adult Attachment Styles in Psychopathology and Psychotherapy Outcomes. *Review of General Psychology*, 10(1), 1-20.
- Simpson, J.A. (1990): Influence of Attachment Styles on Romantic Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 971-980.
- Simpson, J.A. (1999): Attachment Theory in Modern Evolutionary Perspective. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.): *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press.

Simpson, J.A., Rholes, W.S. & Nelligan, J.S. (1992): Support Seeking and Support Giving Within Couples in an Anxiety-Provoking Situation: The Role of Attachment Styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(3), 434-446.

Slade, A. (2008): The Implications of Attachment Theory and Research for Adult Psychotherapy - Research and Clinical Perspectives. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.): *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications*. 2nd Edition. New York: The Guilford Press.

Smith, D.L. (2003): *Psychoanalysis in Focus*. London: Sage Publications.

Solyom, L., Silberfeld, M. & Solyom, C. (1976): Maternal overprotection in the etiology of agoraphobia. *The Canadian Psychiatric Association Journal*, 21(2), 109-113.

Sroufe, L.A. & Waters, E. (1977): Attachment as an Organizational Construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.

Sroufe, L.A., Carlson, E.A., Levy, A.K. & Egeland, B. (1999): Implications of Attachment Theory for Developmental Psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11, 1-13.

Steele, H. & Steele, M. (2008): On the Origins of Reflective Functioning. In Busch, F.N. (Ed.): *Mentalization - Theoretical Considerations, Research Findings, and Clinical Implications*. Hillsdale, NJ & London: The Analytic Press.

Stern, D.N. (1998): The Process of Therapeutic Change Involving Implicit Knowledge: Some Implications of Developmental Observations for Adult Psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 300-308.

Stern, D.N. (2002): *A csecsemő személyközi világa*. Budapest: Animula.

Stiles, W.B. (1980): Measurement of the Impact of Psychotherapy Sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(2), 176-185.

Stumm, G. (2009): Psychotherapie. In Stumm, G. & Pritz, A. (Hrsg.): *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien: Springer-Verlag.

Szőnyi G. (2008): A pszichoterápiák specifikuma: a (pszicho) terápiás kapcsolat. A pszichoterápiák osztályozása. In Szőnyi G. & Füredi J. (szerk.): *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.

Thompson, R.A. (2006): The Development of the Person: Social Understanding, Relationships, Conscience, Self. In Eisenberg, N. (Ed.): *Handbook of Child Psychology, Sixth Edition. Volume Three: Social, Emotional, and Personality Development*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Tinbergen, N. (1951/1976): *Az ösztönről*. Budapest: Gondolat.

Tóth I. & Gervai J. (1999): Szülői Bánásmód Kérdőív (H-PBI): A Parental Bonding Instrument (PBI) magyar változata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 54(4), 551-566.

Travis, L.A., Binder, J.L., Bliwise, N.G. & Horne-Moyer, H.L. (2001): Changes in Clients' Attachment Styles Over the Course of Time-Limited Dynamic Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 149-159.

Trijsburg, R.W., Colijn, S. & Holmes, J. (2005): Psychotherapy Integration. In Gabbard, G.O., Beck, J.S. & Holmes, J. (Eds.): *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.

Tronick, E.Z. et al. (1998): Dyadically Expanded States of Consciousness and the Process of Therapeutic Change. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 290-299.

Tyrrell, C.L., Dozier, M., Teague, G.B. & Fallott, R.D. (1999): Effective Treatment Relationships for Persons With Serious Psychiatric Disorders: The Importance of Attachment States of Mind. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 67(5), 725-733.

Ursano, R.J.; Sonnenberg, S.M. & Lazar, S.G. (2004): *A Concise Guide to Psychodynamic Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

Van IJzendoorn, M.H. (1992): Intergenerational Transmission of Parenting: A Review of Studies in Nonclinical Populations. *Developmental Review*, 12, 76-99.

Van IJzendoorn, M.H. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1997): Intergenerational transmission of attachment: A move to the contextual level. In Atkinson, L. & Zucker, K. (Eds.): *Attachment and psychopathology*. London: The Guilford Press.

Wallin, D.J. (2007): *Attachment in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

Waters, E. (1981): Traits, behavioral systems, and relationships: three models of infant-adult attachment. In Immelmann, K., Barlow, G.W., Petrino, L. & Main, M. (Eds.): *Behavioral Development*. Cambridge: Cambridge University Press.

Waters, E., Crowell, J., Elliott, M., Corcoran, D. & Treboux, D. (2002): Bowlby's Secure Base Theory and the Social/Personality Psychology of Attachment Styles: Work(s) in Progress. *Attachment & Human Development*, 4(2), 230-242.

Waters, H.S. & Waters, E. (2006): The Attachment Working Models Concept: Among Other Things, We Build Script-Like Representations of Secure Base Experiences. *Attachment and Human Development*, 8, 185-197.

*Webster's Ninth New Collegiate Dictionary* (1983). Springfield: Merriam-Webster Inc.

Wei, M., Russell, D.W., Mallinckrodt, B. & Vogel, D.L. (2007): The Experiences in Close Relationship Scale(ECR)-Short Form: Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal Of Personality Assessment*, 88(2), 187-204.

Westen, D. (1998): The Scientific Legacy of Sigmund Freud: Toward a Psychodynamically Informed Psychological Science. *Psychological Bulletin*, 124(3), 333-371.

Winnicott, D.W. (2001): *Kisgyermek, család, külvilág*. Budapest: Animula.

Woodhouse, S.S., Schlosser, L.Z., Crook, R.E., Ligiéro, D.P. & Gelso, C.J. (2003): Client Attachment to Therapist: Relations to Transference and Client Recollections of Parental Caregiving. *Journal of Counseling Psychology*, 50(4), 395–408

Yalom, I.D. (2004): *Egzisztenciális pszichoterápia*. Budapest: Animula.

Yeomans, F.E., Clarkin, J.F., Diamond, D. & Levy, K.N. (2008): An Object Relations Treatment of Borderline Patients With Reflective Functioning as the Mechanism of Change. In Busch, F.N. (Ed.): *Mentalization - Theoretical Considerations, Research Findings, and Clinical Implications*. Hillsdale, NJ and London: The Analytic Press.

Ziegenhain, U. (2001): Kapitel 6: Sichere mentale Bindungsmodelle. In Gloger-Tippelt, G. (Hrsg.): *Bindung im Erwachsenenalter*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag.

Zilberstein, K. (2008): Au Revoir: An Attachment and Loss Perspective on Termination. *Clinical Social Work Journal*, 36, 301-311.

Zimmer, D. (2004): Wie arbeiten Verhaltenstherapeuten mit der therapeutischen Beziehung? *Psychotherapie im Dialog*, 5(4), 335-340.

## Mellékletek

### 1. melléklet: A páciensek által kitöltött kérdőívcsomag

#### RÉSZVÉTELI TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Tisztelt Hölgem / Uram!

Ez a kérdőívcsomag egy a Pécsi Tudományegyetem Pszichológia Doktori Iskolájában folyó kutatás részét képezi. A kutatás célja, hogy egy magyar nyelvű kérdőívet fejlesszünk ki, amely a pszichoterápiás kapcsolat élményeit méri. Kérem, hogy a részvételről meghozott döntése előtt olvassa végig ezt a tájékoztatót, és ne feledkezzen meg arról, hogy **ez a kutatás egy tudományos projekt része, nem arra szolgál, hogy a terapeutája munkáját értékeljük, megítéljük, vagy hogy terapeutája információt gyűjtsön Önről.** Kérjük, hogy a kérdőívek megválaszolásánál minél nagyobb őszinteségre törekedjék.

Amennyiben úgy dönt, hogy részt vesz a kutatásban, nincs más dolga, mint kitölteni a kérdőívcsomagot, azt visszatenni a borítékba, és a borítékot lezárni. A kérdőívcsomag egy részét egy hét múlva újra ki kell töltenie, ezt is egy borítékban fogja megkapni. Ezzel sincs más dolga, mint kitölteni, és a kérdőívet a borítékba visszatéve a borítékot lezárni. A lezárt borítékokat a borítékok kiosztóján keresztül tudja eljuttatni hozzám.

**Minden Ön által szolgáltatott információt bizalmasan kezelünk.** Ezt szolgálja az anonim kitöltés is. Terapeutája egyáltalán nem fogja megtudni válaszait, sem a kutatás kiértékelését végző személy nem fogja tudni Önnel azonosítani válaszait, hiszen neve nem szerepel egyik kérdőívben sem.

Amennyiben úgy dönt, hogy kitölti a kérdőíveket (a kitöltés kb. ½-1 órát vesz igénybe) hozzájárul ahhoz, hogy a későbbiekben folyó terápiákat hatékonyabbá, sikeresebbé tehessek. Ugyanakkor jelenleg folyó terápiájára a tudományos kutatás eredményei nem lesznek még hatással. A kérdőívcsomag kitöltésének semmilyen kockázata nem ismert.

A kérdőívek kitöltéséért őszinte köszönetünkön kívül semmilyen fizetségben nem részesül. Mivel a kérdőívek kitöltése önkéntes, bármikor következmények nélkül úgy dönthet, hogy nem szeretné folytatni a kutatásban való részvételt. Bármilyen kérdésével forduljon bizalommal Láng András kutatóhoz (30/2686322; andraslang@hotmail.com).

Amennyiben beleegyezik a részvételbe, kérem írja alá az alábbi nyilatkozatot.

---

#### NYILATKOZAT

Alulírott önként beleegyezem a kutatásban való részvételbe. A fenti tájékoztatót elolvastam, a benne foglaltakat elfogadom. A visszalépéshez való jogomat fenntartom.

....., 200.. .....

-----  
alírás



## Páciens adatlap

Az Ön monogramja (vezetéckneve és keresztnéve kezdőbetűje):.....

Születési év, hónap:.....év.....hónap

Neme: nő férfi

Legmagasabb iskolai végzettsége:  8 általános alatt  
 8 általános  
 szakmunkásképző  
 ipari vagy szakiskola  
 érettségi  
 technikum  
 főiskola / egyetem vagy magasabb

Az alábbiakban a folyamatban lévő pszichoterápiás kezelésével kapcsolatos állításokat talál. Kérem ítélje meg, mennyire ért egyet az alábbi állításokkal!

1. A folyamatban lévő pszichoterápia pozitív hatást gyakorol mindennapi életemre.

egyáltalán nem értek egyet	semleges / vegyes							teljesen egyetértek
	1	2	3	4	5	6	7	

2. A terapeutámmal együtt töltött időt kellemesnek tartom.

egyáltalán nem értek egyet	semleges / vegyes							teljesen egyetértek
	1	2	3	4	5	6	7	

3. Bízom benne, hogy ez a pszichoterápia segít megoldani azon problémáimat, amik miatt segítséget kértem.

egyáltalán nem értek egyet	semleges / vegyes							teljesen egyetértek
	1	2	3	4	5	6	7	

## A terápiás kötődés élményei

Az alábbi állítások arra vonatkoznak, hogyan érzi Ön magát az aktuális terápiás kapcsolatában. Azt szeretnénk megtudni, milyen érzései, tapasztalatai voltak az eddigiekben a terápiás kapcsolatot illetően. Kérjük, válaszoljon minden állításra, jelölje meg milyen mértékben ért vele egyet, vagy tér el tőle a véleménye. Az alábbi pontozási skála szerint írja a megfelelő számot a megfelelő állítás elé:

egyáltalán nem értek egyet	semleges / vegyes							teljesen egyetértek
	1	2	3	4	5	6	7	

Befejezés előtt szíveskedjen még egyszer ellenőrizni, hogy egyetlen kérdés se maradjon megválaszolatlanul! Az alábbi adatok kitöltésével a tudományos feldolgozást segíti, adatait bizalmasan kezeljük. Figyelmét és fáradságát köszönjük!

- \_\_\_ 1. Inkább nem mutatom ki a terapeutámnak, hogy mit érzek mélyen a szívemben.
- \_\_\_ 2. Gyakran aggódom, hogy a terapeutám magamra hagy.
- \_\_\_ 3. Nagyon kellemes érzés közel lenni a terapeutámhoz.
- \_\_\_ 4. Sokat aggódom a terapeutámmal való kapcsolatomban miatt.
- \_\_\_ 5. Amikor a terapeutám éppen közel kerülne hozzám, érzem, hogy én már távolodni kezdek tőle.
- \_\_\_ 6. Aggódom, hogy nem vagyok annyira fontos a terapeutámnak, mint ő nekem.
- \_\_\_ 7. Kényelmetlenül érzem magam, ha a terapeutám nagyon közel akar kerülni hozzám.
- \_\_\_ 8. Elég sokat aggódom amiatt, hogy elveszítem a terapeutámat.
- \_\_\_ 9. Nem szívesen nyílok meg a terapeutámnak.
- \_\_\_ 10. Gyakran azt kívánom, bárcsak a terapeutám felém irányuló érzései olyan erősek lennének, mint az én érzelmeim öfélé.
- \_\_\_ 11. Szeretnék közel kerülni a terapeutámhoz, de állandóan visszahúzódok.
- \_\_\_ 12. Gyakran előfordul, hogy szeretnék összeolvadni, eggyé válni a terapeutámmal, és ez néha elriasztja őt.
- \_\_\_ 13. Idegesít, ha a terapeutám túl közel kerül hozzám.
- \_\_\_ 14. Aggódom, hogy a terapeutám nélkül maradok.

- \_\_\_15. Szívesen megosztom belső gondolataimat és érzéseimet a terapeutámmal.
- \_\_\_16. A szoros közelség iránti vágyam néha elriasztja a terapeutámat.
- \_\_\_17. Megpróbálom elkerülni, hogy túl közel kerüljek a terapeutámhoz.
- \_\_\_18. Sok megnyugtatóra van szükségem afelől, hogy a terapeutám szeret.
- \_\_\_19. Viszonylag könnyen közel tudok kerülni a terapeutámhoz.
- \_\_\_20. Néha úgy érzem, kényszerítem a terapeutámat, hogy több érzelmet, odaadást mutasson.
- \_\_\_21. Nehezen veszem rá magam, hogy a terapeutámra támaszkodjak.
- \_\_\_22. Ritkán aggódom amiatt, hogy a terapeutám elhagy.
- \_\_\_23. Inkább nem kerülök túl közel a terapeutámhoz.
- \_\_\_24. Zaklatott vagy mérges leszek, ha nem tudom rávenni a terapeutámat, hogy mutassa ki érdeklődését irántam.
- \_\_\_25. Majdnem mindent elmondok a terapeutámnak.
- \_\_\_26. Azt hiszem, a terapeutám nem akar olyan közel kerülni hozzám, ahogy én szeretnék.
- \_\_\_27. Általában megbeszélem a problémáimat, gondjaimat a terapeutámmal.
- \_\_\_28. Kicsit szorongok és bizonytalanul érzem magam, ha nincs mellettem a terapeutám.
- \_\_\_29. Szívesen támaszkodom a terapeutámra.
- \_\_\_30. Nagyon zavar, ha a terapeutám kevesebbet van a közelemben, mint szeretném.
- \_\_\_31. Nem zavar, ha a terapeutámtól vigasztalást, tanácsot vagy segítséget kell kérnem.
- \_\_\_32. Nagyon idegesít, ha a terapeutám nem elérhető, amikor szükségem van rá.
- \_\_\_33. Sokat segít rajtam, ha a bajban a terapeutámhoz fordulhatok.
- \_\_\_34. Nagyon rosszul érzem magam, ha a terapeutám kifogásol valamit bennem.
- \_\_\_35. Számos dologért - vigasztalásért és megnyugtatóért - a terapeutámhoz fordulok.
- \_\_\_36. Utálom, amikor a terapeutám tőlem távol tölti az idejét.

egyáltalán nem értek egyet	semleges / vegyes							teljesen egyetértek
	1	2	3	4	5	6	7	

## Szülői bánásmód kérdőív

Útmutató: az alábbi állítások különféle szülői nézeteket és viselkedési formákat sorolnak fel. Kérjük, hogy gyermekkori emlékei **(első 16 év)** alapján minden egyes táblázatban jelölje be, hogyan jellemezhető az Ön édesanyja (nevelőanyja) / édesapja (nevelőapja). Az egyes állításokat négyféle módon értékelheti:

- Nagyon jellemző: -ha az állítás pontos  
 Általában igaz: -ha az állítás nagyjából helytálló  
 Alig: -ha állítás kevésbé illik rá  
 Egyáltalán nem igaz: -ha az állítás egyáltalán nem illik rá

Kérjük a fentieknek megfelelően, helyezzen egy-egy X-et minden táblázat Apa és Anya sorába!

<b>1. Meleg, barátságos hangon beszélt hozzám.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>2. Kevesebbet segített, mint amennyire szükségem lett volna.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>3. Engedte, hogy azt tegyem, amihez kedvem volt.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>4. Érzelmileg hideg volt hozzám.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>5. Úgy éreztem, hogy megérti a problémáimat, gondjaimat.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>6. Gyengéd volt velem.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>7. Szerette, ha én döntöttem a dolgaiban.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>8. Nem akarta, hogy felnőtté váljak.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>9. Igyekezett mindenben irányítani.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>10. Mindent tudni akart a magánügyeimről.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>11. Szerette megbeszélni velem a dolgokat.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>12. Gyakran mosolygott rám.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>13. Úgy bánt velem, mintha egészen kisgyerek volnék.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>14. Nem értette, hogy mit szeretnék vagy mire van szükségem.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>15. Engedte, hogy döntsek a saját dolgaiban.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>16. Érezte, hogy a terhére vagyok.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>17. Meg tudott vigasztalni, ha valami bántott.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>18. Nem sokat beszélgetett velem.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>19. Igyekezett függő, önállótlan helyzetben tartani.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>20. Úgy érezte, hogy nélküle nem tudnék gondoskodni magamról.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>21. Annnyira engedett szabadjára, amennyire akartam.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>22. Annnyit engedett eljárni otthonról, amennyit akartam.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>23. Túlzottan óvott mindentől.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>24. Nem dicsért meg.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

<b>25. Hagyta, hogy úgy öltözködjem, ahogy nekem tetszik.</b>				
	Nagyon jellemző	Általában igaz	Alig	Egyáltalán nem
Apa				
Anya				

## **2. melléklet: A terapeuta által kitöltött kérdőív**

### **RÉSZVÉTELI TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**

Tisztelt Hölgyem / Uram! Kedves Kolléga!

Ez a kérdőívesomag egy a Pécsi Tudományegyetem Pszichológia Doktori Iskolájában folyó kutatás részét képezi. A kutatás célja, hogy egy magyar nyelvű kérdőívet fejlesszünk ki, amely a pszichoterápiás kapcsolat élményeit méri. A kutatásban való részvétel részeként beleegyeznek abba, hogy a kutatásban részt vevő minden páciens terápiájával kapcsolatban kitölt egy adatlapot. A páciens beleegyezett, hogy Ön kitöltse róla az adatlapot, és tud arról, hogy Ön mint terapeuta fenntartja a jogot ezen információ vele való közlésére vagy visszatartására.

Amennyiben úgy dönt, hogy részt vesz a kutatásban, nincs más dolga, mint kitölteni a terapeuta adatlapot, azt visszatenni a borítékba, és a borítékot lezárni. A lezárt borítékokat a borítékok kiosztóján keresztül tudja eljuttatni hozzám.

**Minden Ön által szolgáltatott információt bizalmasan kezelünk.** Ezt szolgálja az anonim kitöltés is. Az Ön beleegyezése nélkül páciense nem fogja megtudni válaszait, sem a kutatás kiértékelését végző személy nem fogja tudni Önnel azonosítani azokat, hiszen neve nem szerepel egyik kérdőívben sem.

Amennyiben úgy dönt, hogy kitölti a kérdőíveket (a kitöltés kb. 10 percet vesz igénybe) hozzájárul ahhoz, hogy a későbbiekben folyó terápiákat hatékonyabbá, sikeresebbé tehessek. Ugyanakkor jelenleg a jelenleg folyó terápiára a tudományos kutatás eredményei nem lesznek még hatással. A kérdőívesomag kitöltésének semmilyen kockázata nem ismert.

A kérdőívek kitöltéséért őszinte köszönetünkön kívül semmilyen fizetségben nem részesül. Mivel a kérdőívek kitöltése önkéntes, bármikor következmények nélkül úgy dönthet, hogy nem szeretné folytatni a kutatásban való részvételt. Bármilyen kérdésével forduljon bizalommal Láng András kutatóhoz (30/2686322; andraslang@hotmail.com).

**FONTOS! A páciensről szolgáltatott adatok a kérdőív magyar adaptálását szolgálják. Kérjük, hogy a páciens jellemzésében legyen minél őszintébb, hagyatkozzon érzéseire. A kutatásnak nem célja, hogy az Ön pácienseihez való hozzáállását vagy terápiás munkáját megítéljük, értékeljük.**

Amennyiben beleegyeznek a részvételbe, kérem írja alá az alábbi nyilatkozatot.

---

#### **NYILATKOZAT**

Alulírott önként beleegyezem a kutatásban való részvételbe. A fenti tájékoztatót elolvastam, a benne foglaltakat elfogadom. A visszalépéshez való jogomat fenntartom.

....., 200.. .....

-----  
alírás

## Terapeuta adatlap

A kitöltés időpontja:.....év.....hónap.....nap

Az Ön neme:  nő  férfi

Jelölje be a terápiás munkához kapcsolódó végzettségeit (többet is jelölhet):

- pszichiáter szakorvos  pszichológus  
 klinikai szakpszichológus  
 módszerspecifikus terapeuta (pszichoterapeuta végzettség nélkül)  
 pszichoterapeuta  
 kiképző pszichoterapeuta

Most a páciensére, és a vele folytatott aktuális pszichoterápiás munkára vonatkozó néhány kérdés következik. Kérem válaszoljon rájuk!

Páciens monogramja (vezetéckneve és keresztnéve kezdőbetűje):.....

Neme:  nő  férfi

Páciens születési éve, hónapja:.....év.....hónap

Terápia megkezdésének időpontja:.....év.....hónap.....nap

Páciens diagnózisa (DSM-IV; BNO-10):.....

Ülések gyakorisága:  hetente többször  hetente  
 kéthetente  havonta vagy ritkábban

Milyen szemléletben, módszerrel dolgoznak? .....

Kérem jelölje, mennyire jellemző az alábbi két leírás páciensére:

1. A páciensem kényelmetlenül érzi magát, ha közel kerülök hozzá; nehezebb esik teljesen megbízni bennem, és nehezebb esik rám támaszkodnia. Idegessé válik, ha túl közel kerülök hozzá.

egyáltalán nem jellemző	semleges / vegyes							teljesen jellemző
	1	2	3	4	5	6	7	

2. A páciensem követelőző és néha olyan közel szeretne kerülni hozzám, ami már számomra kellemetlen. Gyakran fejezi ki aggodalmát, hogy nem szeretem, vagy félelmét, hogy magára hagyom.

egyáltalán nem értek egyet	semleges / vegyes							teljesen egyérték
	1	2	3	4	5	6	7	



## Köszönetnyilvánítás

A tudomány nem magányos vállalkozás, még akkor sem, ha a doktori értekezés – műfajából adódóan – egyszerűs alkotás. Ezért köszönetemet szeretném kifejezni mindazoknak, akik valamilyen módon hozzásegítettek disszertációm elkészüléséhez.

Köszönettel tartozom Dr. Péley Bernadette egyetemi tanárnak, témavezetőmnek, aki már szakdolgozatom óta kíséri munkáimat. Bízgatásával, kérdéseivel megadta a teret annak a párbeszédnek, amely sok tekintetben előre vitte gondolkodásomat. Köszönet illeti azon kollégákat, akik a kötődés terén mutatott jártasságuk révén, vagy éppen más tudományterületek ismerőiként gazdagították látásmódomat. A teljesség igénye nélkül Dr. Nagy László és Dr. Vincze Orsolya nevét említem. Külön köszönettel tartozom Barlay M. Laurának és Dr. Bernáth Lászlónak, akik az adatok statisztikai feldolgozásában nyújtottak elvülhetetlen segítséget.

A munka kivitelezhetetlen lett volna a klinikumban dolgozó pszichológusok, pszichiáterek, pszichoterapeuták segítségével nélkül, akik bepillantást engedtek terápiás munkájuk intimitásába – ha csak egy kérdőív erejéig is. A szervezésben mutatott külön erőfeszítésük és munkám segítése iránti elkötelezettségük miatt Tóth Réka és Varga Adrienne nevét emelném ki. Ugyanígy lekötelezettje vagyok annak a 113 pszichiátriai betegséggel kezelt nőnek és férfinak, akik a kérdőív kitöltésével segítettek munkámat. Sok emberből hiányzó segítőkészségről tettek tanúbizonyságot, mivel minden ellenszolgáltatás nélkül ajánlották fel együttműködésüket. A kérdőíveken keresztül is sokat tanítottak nekem.

Köszönöm szüleimnek, feleségemnek, a tágabb rokonságnak és barátaimnak, hogy támogatásuk és bizalmuk töretlen maradt. Gyerekeimnek (Domonkos Andornak és Barnabás Istvánnak) is köszönöm, hogy türelemmel viselték a tőlük „ellopott időt”, bár talán ezért is feleségemet illeti a hála – köszönöm neki. Köszönöm azoknak, akik imadkoztak értem. Hálát adok az Úrnak, hogy gondviselő kegyelme velem volt, amikor emberi léptékkal kilátástalannak tűnt a helyzet. Nélküle ez a munka elképzelhetetlen lett volna: „Ha az ÚR nem építi a házat, hiába fáradoznak az építők” (Zsolt 127,1a).