

**PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM  
BÖLCÉSZETTUDOMÁNYI KAR**

**PSZICHOLÓGIA DOKTORI ISKOLA  
FEJLŐDÉS- ÉS KLINIKAI PSZICHOLÓGIA PROGRAM**

**VANKÓ TÜNDE**

**KÖTŐDÉS ÉS KORAI MALADAPTÍV SÉMÁK VIZSGÁLATA  
EGYES PSZICHÉS ZAVAROKBAN**

**Doktori (Ph.D.) értekezés tézisei**

**Témavezető: Dr. Nagy László  
egyetemi adjunktus**

**Pécs**

**2012**

## I. Bevezetés

Kutatásom a kötődési stílusok és a korai maladaptív sémák vizsgálatát tűzte ki célul egyes pszichológiai zavarokban. A saját vizsgálatom megtervezése és kivitelezése előtt természetesen már többen (Bowlby, 1969/1982, Stern, 1995, Young, 2003) felhívták rá a figyelmet, hogy a személyközi élményekhez kötődő szubjektív tapasztalatok a későbbi patológiás fejlődés alapjai lehetnek.

A korai egymásra hangolódás hiányosságai vagy a szelférzetek későbbi sérülései (Stern), a nem biztonságos kötődés (Bowlby) és a kielégítetlen fejlődési szükségletek (Young) negatív mentális reprezentációkat eredményeznek. Ezek az önélmény egységének a zavarához, a hatékonyságélmény vagy örömképesség elvesztéséhez és a másokkal való bensőséges kapcsolat kialakításának képtelenségéhez vezethetnek. Ezek az élménymódok több pszichés zavar, mint például bizonyos személyiségzavarok (Ratkóczi, 2003) és a depresszió ismert jelenségei. Így a bizonytalan kötődési stílusok és a maladaptív sémák vizsgálata pszichés zavarokban hozzájárulhat a pszichopatológiák etiológiájának megértéséhez.

A következőkben röviden ismeretem az ide vonatkozó irodalmat és korábbi kutatásokat, majd pedig bemutatom saját vizsgálatom célkitűzéseit és eredményeit.

## II. Elméleti háttér

### 1. Kötődés és Pszichopatológia

Bowlby (1969/1982) kötődéselméletében felvetette, hogy a bizonytalan kötődés kockázati tényezője a pszichopatológiai rendellenességeknek, mivel **bizonytalan kötődés** esetén a kötődési rendszer nem tudja megfelelően ellátni érzelemszabályozó funkcióját (Mikulincer és Shaver, 2007). Hogyan segíti a kötődési rendszer az érzelemszabályozást? Felnőttkorban, csakúgy mint csecsemőkorban, egy észlelt veszély automatizálja a kötődési rendszert és arra készteti az egyént hogy védelmet és támogatást kérjen a kötődési személyektől.

Ha egy biztonságosan kötődő személy olyan eseménnyel találja szemben magát, ami distresszt okoz vagy negatív érzelmeket vált ki, akkor működésbe lépteti a rendszert. Erre a konstruktív érzellem szabályozásra azért képes, mert sokszor és folyamatosan megtapasztalta gyermekkorában a gondozókkal való interakciók során, hogy azok válaszkészek és elérhetőek ha szükség van rájuk. A biztonságosan kötődő egyén belső munkamodelljei tehát pozitívak mind önmagáról és másokról.

Ezzel szemben, az inkonzisztens és elutasító interakciók a gondozóval szorongást és fokozott éberséget alakítanak ki az egyénben. A bizonytalanul kötődő személyeknek nincs meg az önmagukba és másokba vetett bizalma, így ők negatív belső munkamodelleket alakítanak ki

önmagukról és a világról. Az elkerülő kötődési mintázattal rendelkező egyének alulszabályozzák kötődési rendszerüket, míg a bizonytalanul kötődő, szorongó személyekre ennek épp az ellenkezője igaz: az kötődési rendszer túlzott aktivizálása. Így a nem biztonságos kötődés hátráltatja az érzelmi regulációt és a megküzdést.

Mikulincer és Shaver (2007) szerint az elégtelen érzelemszabályozásnál nem áll meg a folyamat, az ki fog hatni a viselkedésszabályozásra és az intim kapcsolatok kezelésére is.

Empirikus kutatások is alátámasztják, hogy a biztonságos kötődés elősegíti az érzelemszabályozást és ezáltal az egészséges személyiségfejlődést. A biztonságosan kötődő egyének kevésbé szoronganak (Collins & Read, 1990), a biztonságosan kötődő serdülők sokkal népszerűbbek társaik között, szociálisabbak és rugalmasabban kezelik a stresszhelyzeteket, mint bizonytalanul kötődő társaik (Kobak & Sceery, 1988). A biztonságosan kötődő személyek hajlamosabbak segítséget és támogatást kérni társaiktól vagy akár szakembertől ha bajban vannak (Florian, Mikulincer és Bucholtz, 1995) azaz képesek kapcsolataikat felhasználni érzelemszabályozásra.

Nem klinikai mintán, a depresszív tünetek és az elárastott és félelemteli kötődés között pozitív kapcsolatot sikerült kimutatni, míg a tünetek és biztonságos kötődés között negatív volt a kapcsolat (Ma, 2006). Klinikai mintán a depresszív tünetek leginkább a félelemteli kötődéssel jártak együtt (pl., Carnelley és mtsai., 1994).

Klinikai mintán Bifulco és mtsai. (2002) kimutatta, hogy a kötődési szorongás vagy elkerülés súlyosabb depressziós tünetekkel járt együtt magas rizikófaktorú nőknél. A kötődési bizonytalanság képes volt megbízhatóan előrejelezni a depresszív tünetek súlyosbodását. Hasonló összefüggést sikerült kimutatni post partum depresszió esetén (Bifulco és mtsai., 2004). Kötődési bizonytalanságot találtak nőekkel végzett kutatásokban rekurrens depresszió esetén is (Cyranowski és mtsai., 2002) illetve bizonyított a diszthímia gyakoribb előfordulása bizonytalan kötődés esetén (West & George, 2002).

A szorongásos zavarok és kötődési stílusok összefüggéseit vizsgáló kutatások száma meglehetősen alacsony.

Bifulco és mtsai. (2006) egy három évig tartó utánkövetéses vizsgálatban kimutatták, hogy a bizonytalan kötődési stílus jól előrejelezte újabb szorongásos vagy depressziós epizód megjelenését a vizsgált mintában. A félelemteli és elutasító/elkerülő orientáció jelezte előre legkonzisztensebben az újabb epizódokat: a szorongó leginkább a szociális fóbiát és a depressziót, míg az elutasító a generalizált szorongásos zavart.

Az egyike a kevés longitudinális vizsgálatoknak (Warren és mtsai., 1997) a kötődési minták és

szorongásos zavarok vizsgálatára azt találta, hogy a csecsemőkori ambivalens kötődési minta elősegítette a szorongásos zavarok kialakulását.

Az 1980-as és -90-es évekre a bizonytalan kötődés és a személyiségzavarok közötti kapcsolat is egyre több kutatás témája lett (pl. Brennan & Shaver, 1998, West és Sheldon, 1988). Mind a bizonytalan kötődésre és az összes személyiségzavarra is igaz a kapcsolati nehézségek és maladaptív és rigid megküzdési módok alkalmazása. Bár a különböző személyiségzavaroknál változó, hogy melyik területen (kognitív, interperszonális stb.) a legmarkánsabb a deficit, de az emberi kapcsolatokban tapasztalt nehézségek minden személyiségzavarra jellemzőek.

Az összes személyiségzavar közül a borderline szindrómára (BPD) igaz leginkább a diszfunkcionális kapcsolatok és a nagy mértékű kapcsolati szorongás. A BPD-ben szenvedő személyek nehezen tűrik a vélt vagy valós szeparációt, és az ebből fakadó szorongásuk a kötődési rendszer túlaktiválását fogja eredményezni.

Empirikus kutatások eredményei szerint a bizonytalan kötődés a BPD-re való sérülékenység kockázati tényezője lehet (pl. Agrawal és mtsai., 2004).

Patrick és mtsai. (1994) vizsgálatban az összes borderline személyiségzavarban szenvedő személyt az elárasztott kötődés jellemezte, szemben a kontroll (disztímiás) csoporttal ahol a vizsgálati személyek csak 50%-a volt ebbe a csoportba besorolható. Sack és mtsai. (1996) kutatásában bizonyította, hogy kapcsolataikban nagy fokú stresszt élnek át a BPD páciensek: félnek az elhagyatástól és kényszeresen keresik a kötődési figura közelségét.

Fossati és mtsai. (2003) 487 különböző pszichiátriai zavarral diagnosztizált pácienszt vizsgált és azt találták, hogy az elkerülő kötődés kapcsolatban áll a paranoid, skizotípiás, elkerülő és depresszív személyiségzavarral, míg a kötődési szorongás a dependens, borderline és hisztrionikus személyiségzavarra jellemző. Hasonló eredményeket kapott Nakash-Eisikovits és mtsi. (2002, idézi Ma, 2006) serdülő mintán.

Bár a legtöbbje ezeknek a kutatásoknak általában kis mintával dolgozott, igazolták azt a feltevést, hogy a BPD valóban értelmezhető kötődési zavarként.

## 2. Sémák és Pszichopatológia

Bowlby (1969) eredetileg a kötődés egész életen át tartó érzelemszabályozó funkcióját a **belső munkamodellekkel** (BMM) magyarázta. A BMM-eknek információsűrő funkciójuk van és addig látensek maradnak, amíg a stresszben bekövetkező növekvés vagy egy sémakongruens helyzet nem aktivizálja azokat. Ez a **diatézis-stressz modell** megmagyarázná a kötődési mintázatok egész életen át tartó stabilitását (Bosmans és mtsai., 2010).

A belső munkamodelleket leginkább kognitív **sémaként** konceptualizálják az utóbbi időben (Bosmans és mtsai., 2010). Beck (1967, idézi Riso és mtsai., 2006, 515. old. ) a következőképpen definiálja a a kognitív séma fogalmát: *“olyan kognitív struktúrák, amelyek megszűrrik, kódolják és értékelik az ingereket amelyek az organizmust érik”*. A negatív kognitív sémák kockázati tényezői a depresszióknak, szorongásnak és személyiségzavaroknak (Beck és mtsai. 1979, Beck és Freeman 1990).

Mivel a kognitív séma fogalom nem bizonyult elég specifikusnak, Young (2003) továbbfejlesztette a BMM és a Beck féle fogalmakat és **korai maladaptív séma** (KMS) névvel illetve saját fogalmát.

A Korai Maladaptív Séma Young-i definíciója:

- ♣ kiterjedt, pervazív mintázat
- ♣ emlékekből, érzelmekből, kogníciókból és testi érzésekből áll
- ♣ az egyénre magára és másokkal való kapcsolataira vonatkozik
- ♣ gyermekkorban vagy serdülőkorban alakult ki
- ♣ az egész életen át finomodik
- ♣ jelentős mértékben diszfunkcionális

(Young 2003, 7. old. )

Young (2003) szerint a KMS-ek akkor alakulnak, ki ha a gyermek elsődleges szükségletei, mint például biztonságos kötődés, autonómia és spontaneitás nincsenek kielégítve.

A KMS-ek kialakulásban a legnagyobb szerepe a toxikus gyerekkori környezetnek van. A legkorábban kialakuló és legsúlyosabb sémák általában kora gyermekkorban és a szűk családban gyökereznek. Ilyen például, a traumatizáció és a viktimizáció: ha korai trauma éri a gyermeket, szexuális vagy fizikai abúzus áldozata lesz, bántják, megalázzák. Ezek következményeként kialakulhat például a *Bizalmatlanság- Abúzus séma*, a *Csökkentértékűség séma* és/vagy a *Sérülékenység séma*. De az is elősegítheti a KMS-k kialakulását ha a gyermek valamiből túl sokat kap, nincsenek korlátok szabva. Ez esetekben gyakori hogy a *Feljogosítottság séma* vagy *Dependencia séma* alakul ki. Ilyenkor nincs trauma vagy abúzus a gyermekkorban, inkább elkényeztetés, mértéktelenség, ami ugyanúgy káros a gyermek számára, mint a szeretet és biztonság hiánya.

A korai élményeken kívül a gyermek temperamentuma is nagy szerepet játszik a KMS-k kifejlődésében. Az érzelmi temperamentum és a korai traumatikus élmények kölcsönhatásából születnek meg a korai maladaptív sémák, mivel a veleszületett temperamentum szelektíven teszi ki a csecsemőt bizonyos környezeti hatásoknak, körülményeknek. Az összes KMS, kivéve a

*Feljogosítottságot és az Önfeláldozást, szignifikánsan korrelál a negatív affektus temperamentum dimenzióval és a neuroticizmussal* gyermek, serdülő és felnőtt mintákon is (Rijkeboer és de Boo, 2010).

Legfrissebb KMS kutatások bizonyítják, hogy az elsődleges gondozóval való interakciók alapján kialakított belső munkamodellek vagy korai maladaptív sémák képesek magyarázni a mentálisan egészséges vagy mentálisan betegségre hajlamos személyiségek eltérő fejlődését.

A korai maladaptív sémák (KMS) és az egyes pszichiátriai kórképek közötti kapcsolatot vizsgálták major depresszív zavarban szenvedő betegeken (Riso és mtsai., 2003, 2006, Halvorsen és mtsai., in press, Cukor & McGinn, 2006, Harris & Curtin, 2002), evészavarokban (Waller és mtsai., 2001) pánik és agorafóbiában (Hedley és mtsai., 2001), szociális fóbiában (Pinto-Gouveia, 2006, Calvete & Orue, 2008) és személyiségzavarokban (Giesen-Bloo és mtsai., 2006, Jovev & Jackson, 2004, Johnston és mtsai., 2009).

Riso és mtsai. (2003) major depresszióban és krónikus depresszióban szenvedő mintán azt találták, hogy mindkét csoport szignifikánsan magasabb értéket ért el minden sématartomány tekintetében, mint a kontroll csoport. A két depressziós csoport összehasonlításakor a krónikus depressziósok minden sématartományban magasabb értéket értek el, mint a major depresszióban szenvedők.

Cukor és McGinn (2006) a gyerekkori abúzus és felnőttkorban elszenvedett depresszív és szorongásos zavarok közötti kapcsolatot vizsgálta, feltételezve, hogy a KMS-ek mediálják a kettő közötti kapcsolatot. Eredményeik azt mutatják, hogy azok a nők akiket gyerekkorukban abuzáltak szignifikánsabban súlyosabb depresszióban szenvedtek és sokkal több maladaptív sémájuk volt, mint akiket nem abuzáltak gyerekkorukban. Ezek az eredmények alátámasztják azt az elképzelést, miszerint a gyermekkori elhanyagolás/abúzus és a pszichopatológiai rendellenességek között a KMS-ek közvetítők.

A szorongásos zavarok területén több kutatást végeztek a szociális fóbia és a KMS-ek kapcsolatát vizsgálva. Pinto-Gouveia és mtsai. (2006) szociális fóbiás vizsgálati személyeinek sémaprofilja különbözött más szorongás zavarban (pánik és kényszeres betegek) szenvedők sémaítoitól és a kontroll csoporttól. A szociális fóbiával küzdők magasabb értékeket értek el az *Elszakítotttság és Elutasítotttság* sématartomány sémáin, mint a másik két csoport. A *Csökkenítettértékűség- szégyen, Érzelmi depriváció, Könnyörtelen mércék és Bizalmatlanság-abúzus* séma értékeik voltak a legmagasabbak, amelyek jól tükrözik a szociális szorongás olyan jellemzőit mint pl. a rossz benyomáskeltéstől való félelem és szégyenérzet.

Hedley és mtsai. (2001) pánikzavarban szenvedő pácienseknél vizsgálták a KMS-eket. Két sémának van bizonyítottan központi szerepe a pánik agorafóbiával-ban: a *Sérülékenységnek* és az *Inkompetencia/dependencia* sémáknak. A *Sérülékenység* séma ezenkívül befolyásolta a testi érzésekkel kapcsolatos és a kontrollvesztéstől való félelmet és az elkerülő viselkedést. Ezek az eredmények alátámasztják a sémaelméletet, miszerint a *Sérülékenység* séma hozzájárul a pánik zavar fenntartásához.

Mivel a sémák rigid és pervazív konstruktumok, ezért érdemes krónikus zavarokban, például személyiségzavarokban betöltött szerepüket is vizsgálni. Jovev és Jackson (2004) borderline, elkerülő és kényszeres személyiségzavarban szenvedő vsz.-eken vizsgálta az öt sématartományt. A három betegcsoportot a sémák alapján akarták elkülöníteni. A borderline csoportnak voltak a legmagasabbak az értékei az *Elhagyatástól való félelem* és a *Csökkentértékűség* sémákon. Az *Érzelmi gátoltság* séma értéke az elkerülő személyiségzavarosoknál, míg a *Könyörtelen mércék* a kényszeres személyiségzavarosoknál volt a legmagasabb.

Lawrence és mtsai. (2011) fiatal borderline felnőtteken vizsgálták a sémákat és azt találták, hogy a borderline vizsgálati csoport minden sémán és sématartományban magasabb pontszámot ért el, mint a kontroll csoport. Ezek az eredmények konzisztensek Unoka és mtsai., (2007) magyar mintán végzett kutatásával.

### 3. A bizonytalan kötődés és korai maladaptív sémák együttes szerepe pszichiátriai zavarokban

A nem megfelelő szülői gondoskodás eredményeképp kialakult bizonytalan kötődésnek és korai maladaptív sémáknak egyaránt hangsúlyos szerepe van a mentális zavarok kialakulásában.

A bizonytalan kötődés önmagában azonban nem elegendő a mentális zavarok kialakulásához, nincs egyértelmű, direkt kapcsolat a bizonytalan kötődés és a mentális zavarok között (Mikulincer & Shaver, 2007, Main, 2000). Ezért kell, hogy legyen egy **mediátor**, ami közvetíti a kapcsolatot a bizonytalan kötődés és a pszichopatológiai kórképek között.

Ha elfogadjuk Bowlby (1973) érvelését miszerint a korai kötődési tapasztalatok belső munkamodellek (BMM) formájában tárolódnak, már közelebb kerültünk a megoldáshoz. A BMM-ek ugyanis egy életen át stabilak lehetnek így fenntartva a nem megfelelő érzelemszabályozást és a pszichopatológiákat. A BMM vagy korai maladaptív séma (Young, 2003) kogníciókat, testi érzeteket és érzelmeket tartalmaznak, megszűrik a beérkező információt arra törekedve hogy az kongruens legyen már a meglévő sémákkal, így tovább erősítve a nem megfelelő érzelemszabályozást.

A nem megfelelő kötődési kapcsolatok eredményeként kialakult negatív mentális reprezentációk

vagy korai maladaptív sémák lehetnek a közvetítők.

Kevés azon irodalom száma, ami a két elméletet megpróbálja ötvözni. Mason és mtsai. (2005) az első kutatók között voltak, a KMS-ek és bizonytalan kötődés együttes szerepét vizsgálták terápiában lévő egyéneken. Eredményeik szerint a terápiát igénybevevők 81%-a bizonytalan kötődésű volt. A sémák legmagasabb előfordulását a félelemteli kötődésnél találták. Különböző sémák jártak együtt a különböző kötődési stílusokkal (Masons és mtsai, 2005).

Bosmans és mtsai. (2010) szerint a kötődési szorongás dimenzió és a pszichopatológiai tünetek között a kapcsolatot teljes mértékben a *Elutasítottság és Elszakítottság* és a *Kóros másokra való irányultság* sématartományok közvetítik. A kapcsolati elkerülés kötődés dimenzió és a pszichopatológia között csak részben közvetít az *Elutasítottság és Elszakítottság* sématartomány.

Roelofs, Lee, Ruijten és mtsai. (2011) a korai maladaptív sémák (KMS) mediáló szerepét depresszív tünetek és kötődési stílusok között vizsgálták nem klinikai, de depressziós tüneteket mutató serdülőknél. A depresszív tünetek és a szülőkhöz és kortársakhoz való kötődés minőségét az *Elutasítottság és Elszakítottság* sématartomány sémái mediálták. A *Bizalmatlanság* és *Abúzus* séma a szülők iránti bizalom és a depresszív tünetek között közvetít, míg az *Önfeláldozás* és a *Szociális Izoláció* sémák a kortársaktól való elidegenülés és a tünetek között.

Ebben a fejezetben láthattuk, hogy mind a bizonytalan kötődés és eredményeképpen kialakult negatív internalizált munkamodellek vagy korai maladaptív sémák sérülékenységi tényezők a pszichopatológiában. A kötődési stílusok és a mentális betegségek között a kapcsolat azonban bizonytalan, a kötődési minta alapján a kórkép nem bejósolható. A kettő között kell hogy legyen egy közvetítő, és mivel a korai tapasztalatok munkamodellekbe rögzülnek, ezért a mediáló tényező a diszfunkcionális sémák lehetnek. A sémák esetén ugyanis fokozódik az átélt distressz, ami a mentális zavarok megnyilvánulását fogja elősegíteni. Ezzel eljutottunk a következő fejezethez, amelyben a kötődés és korai maladaptív sémák vizsgálatára felállított saját hipotéziseimet tárgyalom és bemutatom a vizsgálat eredményeit.

### **III. Az empirikus kutatás**

#### 1. A kutatás hipotézisei

##### *Kötődés*

Első célkitűzésem az volt, hogy az általam vizsgált depressziós, szorongásos zavarban szenvedő és borderline csoportokat összehasonlítsam kötődési biztonság tekintetében.



- ⤴ **A 3 betegcsoportban gyakoribb lesz a bizonytalan kötődés előfordulása, mint az egészséges kontroll csoportban. A kötődési dimenziókon - kapcsolati szorongás és elkerülés - a betegcsoportok magasabb értéket fognak elérni, mint a normál kontroll és ezek a csoportok fognak súlyosabb pszichopatológiai zavart mutatni.**

A borderline mintára magas kapcsolati szorongás és elkerülés is jellemző lesz, azaz őrájuk leginkább a félelemteli kötődési stílus lesz jellemző. (kötődéssel kapcsolatos célkitűzések)

### *Sémák*

Második célkitűzésem az volt, hogy a diagnosztikai csoportokat egymással és a normál kontrollal összehasonlítsam a korai maladaptív sémák (KMS) tekintetében.

- ⤴ **A 3 betegcsoportban a sémák gyakoribb és súlyosabb előfordulását fogjuk látni a normál kontrollal összevetve és a KMS-ek tekintetében az egyes betegcsoportok különbözni fognak egymástól.** A borderline csoport fogja mutatni a legmagasabb értékeket a sémák tekintetében. (sémákkal kapcsolatos célkitűzések)
- ⤴ Megpróbáltuk azonosítani, hogy mely sémák mediálják leginkább a kapcsolatot a pszichológiai distressz és a bizonytalan kötődés között. (sémák mediáló szerepével kapcsolatos célkitűzés)

### *Pszichopatológiai tünetek*

Harmadik célkitűzésem az volt, hogy az általam vizsgált diagnosztikai csoportokat és az egészséges kontrollt összehasonlítsam az SCL-90 tünetlista skáláit illetően.

- ⤴ **Az SCL-90 tünetdimenziók súlyossága tekintetében a klinikai mintákra magasabb szintű pszichológiai distressz lesz jellemző, mint a normál kontrollra.** A BPD csoport fogja a legsúlyosabb előfordulását mutatni a pszichopatológiai tüneteknek. (pszichopatológiával kapcsolatos célkitűzés).
- ⤴ A bizonytalan kötődés és pszichopatológia összefüggéseinek vizsgálatára bevezettünk egy új pszichopatológiai modellt, a mentális zavarok *Internalizáló (INT)* és *Externalizáló (EXT)* zavarok mentén való kategorizálását. Feltételeztük, hogy a 3 betegcsoportban súlyosabb lesz az internalizálás és externalizálás zavara, mint az egészséges kontroll csoportban. A borderline csoportra jellemző lesz mind az INT és EXT zavara.
- ⤴ Az INT és EXT zavara összefüggést fog mutatni a kötődés dimenziókkal és a sémákkal. Elvárható, hogy az externalizáló betegek magasabb szintű kapcsolati elkerülés lesz

jellemző, az internalizálókra pedig magasabb szintű kapcsolati szorongás. A sémák legsúlyosabb előfordulását fogjuk látni azoknál a betegeknél akikre az internalizáció és externalizáció zavara is igaz.

- ▲ A nemek között különbségeket fogunk találni az INT és EXT zavarát illetően. (INT és EXT -el kapcsolatos célkitűzések).

## 2. A minta

Összesen N = 77 személy vett részt a kutatásban (23 férfi, 54 nő). Mean= 37.42, SD= 10.437. A férfiak átlagéletkora 39.74 (SD= 9.22 ), a nők átlagéletkora 36.43 (SD = 10.84).

A vizsgálati személyek között nincs szignifikáns eltérés a nemek között az életkor tekintetében  $t = 1.280$  (df = 75),  $p = 0.2$  a független T próba alapján. Illetve nem volt szignifikáns különbség a csoportok között az iskolázottság tekintetében sem, azaz illesztett a kontroll csoport (df = 12).

### Táblázat 1.

**Az iskolázottság, kapcsolati státusz és etnikum megoszlása a vizsgált mintában**

Iskola	N	%	Kapcsolat	N	%	Etnikum	N	%
8 oszt.	1	1.3	egyedül	28	36.4	fehér	71	92.2
16 év	6	7.8	házas	16	20.8	kínai	3	3.9
érettségi	17	22.1	élettárs*	23	29.9	indiai	2	2.6
diploma	48	62.3	elvált	5	6.5	kevert	1	1.3
Ph.D	5	6.5	kapcsolat**	5	6.5			
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100.0</b>	<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100.0</b>	<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100.0</b>

\* élettársi kapcsolatban, sosem volt házas

\*\* élettársi kapcsolatban, de már volt házas

Három betegcsoportot hasonlítottam össze egymással egyenként és a kontroll csoporttal: **depressziós, szorongásos és borderline betegeket.**

## Táblázat 2.

### A diagnózisok nemek közötti megoszlása és a vizsgált személyek átlagéletkora csoportonként

Csoport	Férfiak	Nők	N	Átlagéletkor
1. depresszió	9	14	23	43.83
2. szorongás	5	16	21	34.86
3. borderline	2	10	12	32.5
4. kontroll	7	14	21	35.76
Total	23	54	77	37.42

A betegcsoportban minden egyes vsz. ambuláns kezelésében részesült két londoni magánklinika egyikében a kérdőívek felvételekor. A diagnosztikai fázisban az őket kezelő klinikai pszichológus vagy pszichiáter beazonosította a kutatás szempontjából megfelelő betegeket (depressziós, szorongásos, borderline). A betegcsoport résztvevői a DSM-IV alapján lettek diagnosztizálva, a borderline betegeknél a SCID II strukturált interjút is felvettük. A kutatásból kizártam a kevert szorongásos depressziós zavarral diagnosztizált betegeket illetve a pszichotikus depresszióban szenvedőket. Komorbiditás borderline személyiségzavarnál természetesen megengedett volt.

A kontroll csoport résztvevői olyan személyek voltak, akik saját bevallásuk szerint sosem álltak pszichiátriai vagy pszichológiai kezelés alatt.

A válaszadók anonimitása biztosított volt – a szokásos demográfiai adatok (életkor, nem, iskolázottság, kapcsolati státusza, etnikum) mellett csak a diagnózisuk szerepelt az adatlapon.

### 3. Módszer

Olyan kérdőívekre esett a választásom, amelyek:

- ♣ önbeszámoló kérdőívek, azaz könnyen és gyorsan kitölthetőek
- ♣ számos kutatásban bizonyított már megbízhatóságuk
- ♣ magyar nyelven is hozzáférhetőek és validálva vannak, ha valaki magyar mintán megakarna ismételni a kutatást

A kapcsolati szorongás és elkerülés mérésére két kötődés kérdőívet vettünk fel: az *Experiences in Close Relationships Scale*<sup>1</sup>, rövidítve *ECR* (Brennan és mtsai., 1998) és az *Attachment Style Questionnaire*<sup>2</sup>, rövidítve *ASQ* (Feeney és mtsai., 1994).

A vizsgálati személyek korai maladaptív sémáinak beazonosítására a *Young Schema Questionnaire*<sup>3</sup> (Young, 2005) rövidítve *YSQ-S3*-ra, azaz a rövid sémakérdőívre esett a választás.

<sup>1</sup> Magyar fordítás: Közeli Kapcsolatok Élményei Kérdőív

<sup>2</sup> Magyar fordítás: Kötődési Stílus Kérdőív

<sup>3</sup> Magyar fordítás: Young Séma Kérdőív

A pszichopatológiai tünetek mérésére a Derogatis (1976) féle *SCL-90* tünetlistát használtuk.

## IV. Eredmények

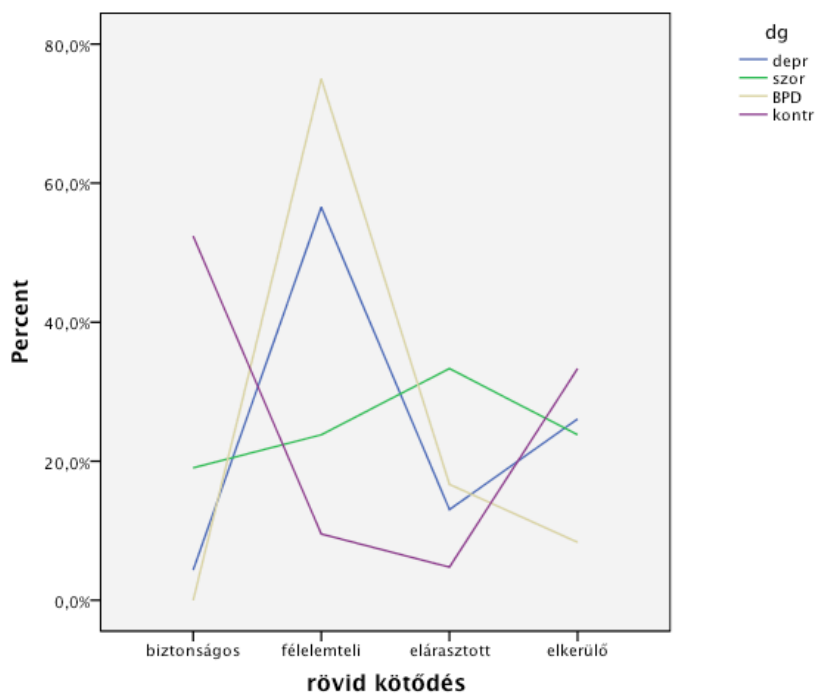
### 1. Kötődéssel kapcsolatos eredmények

A kötődési stílusokat a ECR kapcsolati szorongás és elkerülés skálái alapján határoztam meg. A mintában a kötődési stílusok eloszlását khí négyzet próbával számoltuk ki.

Eredmények:

- ♣ a **BPD** betegek mind bizonytalan kötődésűek, a BPD minta 75%-a a **félelemteli kötődési** stílussal rendelkezik, ezt követi az elárasztott. Biztonságosan kötődő nincs köztük. Ez az eredmény támogatja hipotézisünket, miszerint a BPD minta fogja a legmagasabb szintű kapcsolati szorongást és elkerülést mutatni
- ♣ a depressziósok szintén magas kapcsolati szorongást és elkerülést mutatnak, 56.5%-a ennek a mintának szintén a félelemteli orientációhoz tartozott
- ♣ a szorongásos zavarokban szenvedő betegek mind a négy kötődési stílusban képviseltetik magukat. Legmagasabb arányban (33.3%-a a mintának) az elárasztott csoportból került ki
- ♣ az **egészséges kontroll** több mint fele (52,4%-a) **biztonságosan** kötődik

1-es ábra: A kötődési stílusok megoszlása a négy vizsgált csoportban



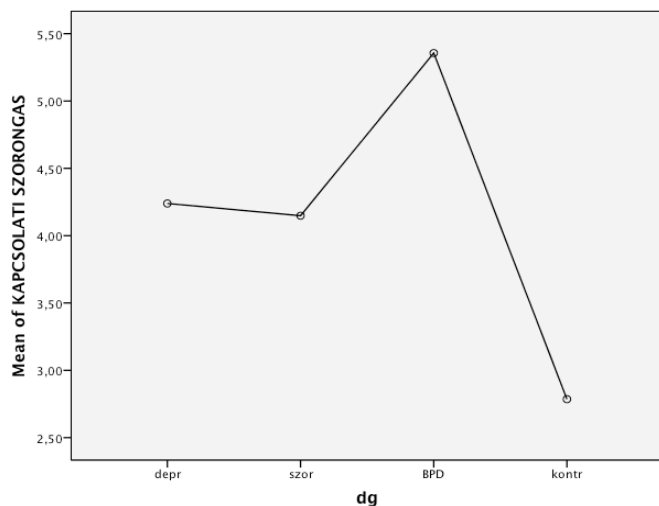
## A vizsgált minták összehasonlítása a Kapcsolati szorongás és Elkerülés dimenziók mentén

### A kapcsolati szorongás tekintetében:

(A szignifikancia szint minden esetben  $p < 0.05$ ).

- a **kontroll csoport** szignifikánsan kevésbé szorong kapcsolataiban, mint a 3 betegcsoport
- a **depressziós** csoportot szignifikánsan nagyobb mértékű kapcsolati szorongás jellemzi, mint a normál kontrollt, de kevésbé aggódnak kapcsolataik miatt, mint a borderline-ok.
- a **BPD betegek** mind a három másik csoporttól szignifikánsan különböznek: szignifikánsan jobban szoronganak a kapcsolataikban, mint a depressziósok, szorongóak és a kontroll csoport.
- a depressziós és a szorongásos csoportok között nincs szignifikáns eltérés a kapcsolatokban megélt szorongás és visszautasítástól való félelem mértékében

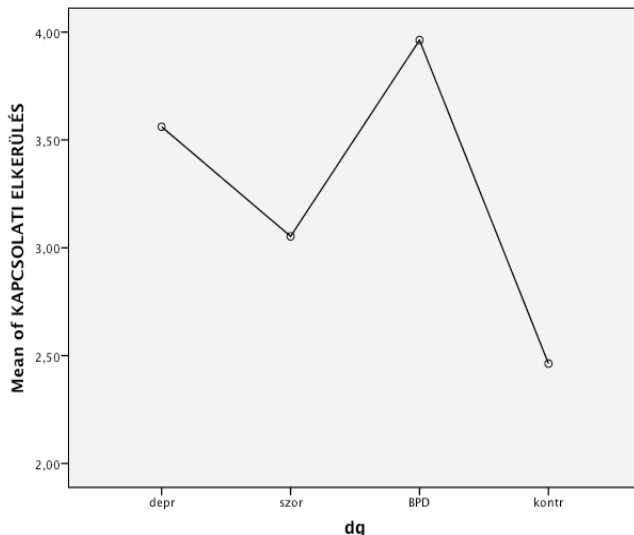
2-es ábra: A Kapcsolati szorongás dimenzió elért átlagértékek diagnosztikai csoportonként



### A Kapcsolati elkerülés tekintetében:

- A depressziósok és a borderlineok szignifikánsan ( $p < 0.05$ ) elkerülőbbek kapcsolataikban, mint a kontroll csoport. Szorongóak és kontroll csoport között szignifikáns különbség nincs.
- A **3 beteg csoport** között nem volt szignifikáns ( $p < 0.05$ ) eltérés a kapcsolati elkerülésben. Egyik beteg csoport sem kerül jobban az intimitást, mint valamelyik másik.
- A BPD csoportra szignifikánsan ( $p < 0.05$ ) magasabb elkerülés jellemző, mint a kontroll csoportra, a másik két beteg csoporttal összehasonlítva az ECR elkerülés dimenzióján nem találtunk szignifikáns eltérést. A BPD betegek nem elkerülőbbek, mint a depressziósok vagy szorongóak.

3-as ábra: A Kapcsolati elkerülés dimenzión elért átlagértékek diagnosztikai csoportonként

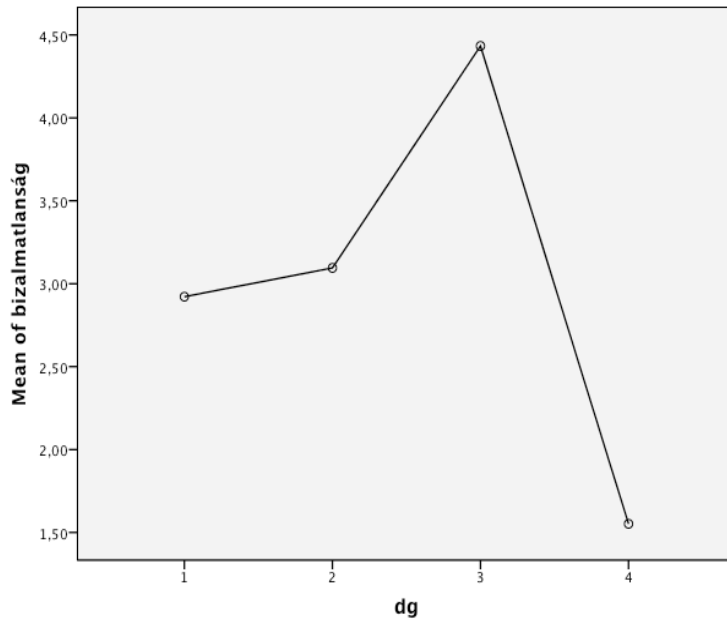


## 2. Sémákkal kapcsolatos eredmények

Az eredmények  $p < 0.05$  szinten szignifikánsak. A csoportok összehasonlítása varianciánálizissel történt.

- ✦ Az összes sémán az egészséges kontroll csoport alacsonyabb átlagértéket ért el, mint legalább az egyik betegcsoport. Ez alól két séma a *Feljogosítottság* és az *Önfeláldozás* volt a kivétel, ahol semelyik csoport között sem volt szignifikáns eltérés. Ez a 2 séma nem differenciál mentálisan beteg és egészséges között.
- ✦ **A BPD csoport minden egyes sémán magasabb értéket ért el, mint a normál kontroll** (kivéve a fentebb említett 2 sémát ahol nem volt különbség a csoportok között).
- ✦ A BPD csoport szignifikánsan magasabb értékeket ért el, mint a depressziós és szorongók a következő sémákon: *Elhagyatástól való félelem*, *Szociális izoláció*, *Bizalmatlanság és Abúzus* és *Összegabalyodottság*. Ez az eredmény tovább támogatja azt az elképzelést, hogy a BPD értelmezhető kötődési zavarként.
- ✦ A depressziósok érzelmileg depriváltabbak (*Érzelmi depriváció séma*), mint a szorongók
- ✦ a szorongásos zavarban szenvedők nem értek el egyetlen sémán sem magasabb értéket, mint a másik két beteg csoport, csak a kontrolltól különböztek bizonyos sémák tekintetében, mint pl. *Sérülékenység séma*, ami egy tipikus szorongásos zavar séma
- ✦ logisztikus regressziót alkalmaztunk annak meghatározására, hogy **melyik sémák mediálják** a kapcsolatot a bizonytalan kötődés és a pszichopatológiák között. Egy séma, a *Bizalmatlanság és Abúzus* mediál, azaz jelzi előre leginkább, hogy ki lesz mentálisan beteg.  
OR= 0,404  $p < 0.05$

4-es ábra: *Bizalmatlanság/ Abúzus* sémán elért átlagértékek diagnosztikai csoportonként



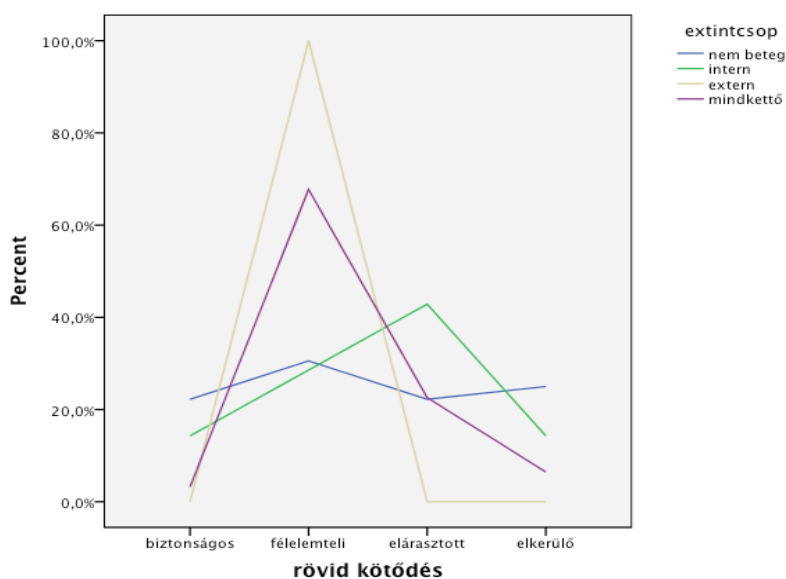
1= depressziós; 2= szorongó; 3= borderline; 4=kontroll

### 3. Pszichopatológiai tünetekkel kapcsolatos eredmények

Az eredmények  $p < 0.05$  szinten szignifikánsak.

- ✦ a klinikai minták szignifikánsan magasabb szintű pszichológiai distresst élnek át mint a normál kontroll, minden SCL-90 skálán, kivéve az *Ellenségességet*. Kivétel még a *Fóbia* és *Szomatizáció* skála, ahol nem találtunk szignifikáns eltérést depressziós és egészséges kontroll között.
- ✦ A **Globális Súlyossági Index** alapján a BPD csoport szignifikánsan betegebb, mint az összes többi vizsgált csoport.
- ✦ A kontroll csoportot szignifikánsan alacsonyabb szintű **internalizálás** jellemzi, mint a többi csoportot.
- ✦ a **BPD csoport** sokkal inkább **internalizál és externalizál is**, mint a többi csoport, az elvárásoknak megfelelően.
- ✦ Az INT és EXT csoportok kötődési mintázatát vizsgálva azt az eredményt kaptuk, hogy az **EXT betegek félelemteli kötődési mintázattal** rendelkeznek, míg az **internalizálókra** leginkább az **elárasztott** kötődési stílus jellemző.

**5-ös s ábra: A kötődési stílusok eloszlása az INT, EXT, egyszerre INT és EXT, és se nem INT se nem EXT (nem beteg) csoportokban**



- ⤴ **Nemek közötti különbségeket az INT és EXT tekintetében nem találtunk.** Az átlagértékek közötti különbségek csak mentálisan betegek és nem betegek között voltak szignifikánsak, de nem férfiak és nők között hipotézisünkkel ellentétben.

## V. Kitekintés

Kutatásom célkitűzése az volt, hogy a bizonytalan kötődés és korai maladaptív sémák szerepét vizsgáljam egyes pszichopatológiai zavarokban. Három vizsgálati csoportot, a depressziós, szorongó és borderline mintákat hasonlítottam össze normál kontrollal, kötődési stílusok, sémák és pszichopatológiai tünetek tekintetében.

Eredményeim több szempontból is igen fontosak, de óvatosan értelmezendők és általánosítandók a kutatás korlátai miatt. Először is, jelen kutatás eredményei fontosak olyan szempontból, hogy támogatja azt a hipotézist, miszerint a bizonytalan kötődés és a korai maladaptív sémák fokozzák a sérülékenységet a pszichopatológiai zavarokra.

Másodszor, vizsgálatom jelentős, mivel klinikai mintán vizsgálta az összefüggéseket. Korábbi kutatások a korai maladaptív sémák és kötődés együttes szerepét pszichiátriai zavarokban nem klinikai mintán vizsgálták. Míg ez a kutatásom egyik erőssége, ugyanakkor, ez az egyik limitációja is a kis létszámú betegcsoportok, elsősorban a BPD csoport elemszáma miatt. Emiatt szükséges lenne a vizsgálat megismétlése nagyobb mintán, elsősorban növelve a BPD betegek számát. Illetve



ideális lenne, ha a BPD minta reprezentálná a kórházi betegeket is, nemcsak a (feltételezhetően) magasabban funkcionáló ambuláns BPD klienseket, mint a saját mintámban.

Harmadszor, kutatásom abban is hozzájárulhat a szakirodalomhoz, hogy a sémák és kötődési stílusok mellett behozott egy harmadik pszichopatológiai modellt, az internalizáció és externalizáció dimenziókat. Ezzel a két dimenzióval kapcsolatos eredményeim hozzájárulnak a pszichiátriai zavarok komorbiditásának megértéséhez és ösztönözhet más kutatókat arra, hogy tovább vizsgálják, hogy ez a két dimenzió mentén hogyan rendszerezhetők a pszichopatológiák.

Az internalizálás és externalizálás menti vizsgálódás tehát igen termékenynek tűnik, azonban jövőbeli vizsgálatoknak ésszerű lenne csak EXT klinikai mintákat is vizsgálni. Saját kutatásom gyengesége, hogy csak externalizáló csoportot nem vizsgál. Érdeemes lenne szenvedélybetegeket és pszichopátiával diagnosztizált betegeket (EXT csoportok) bevenni a vizsgált mintákba.

Ezenkívül, mivel a sémák tekintetében is találtunk érdekes különbségeket az INT és EXT zavarok között, érdekes lenne olyan kutatásokat tervezni, aminek középpontjában az INT-EXT és sémák összefüggéseinek vizsgálata áll. Az áttekintett irodalomban ilyen kutatásokkal egyáltalán nem találkoztam.

A kutatásom jelentőségét mégis leginkább gyakorlati szempontból tartom fontosnak. A kötődési stílusok és korai maladaptív sémák ismerete és azokkal való munka a terápiás folyamatban kimagasló jelentőségű. Az eredményeim azt sugallják, hogy a korai maladaptív sémák informatívak nemcsak a korai kötődéseket illetően, de a jelenlegi kapcsolati problémákkal kapcsolatban is. Így a klasszikus kognitív viselkedéses terápia helyett ideális lenne Young sématerápiájának alkalmazása. A sématerápia egyik fő eszköze a változás folyamatában a limitált szülői gondoskodáson keresztül a korai kötődési tapasztalatok korrekciója. A terapeuta tehát egy biztos bázist jelent a beteg számára. A terápiás folyamatban a kötődési rendszer aktiválódik és a terapeuta egy fontos kötődési figura lesz, így a terápiás kapcsolat felhasználható a sémák és a kötődési stílusok korrekciójára. Sématerápiás hatékonysági vizsgálatok (pl. Giesen- Bloo és mtsai, 2006) bizonyítják, hogy a korai maladaptív sémák sématerápiás munka során korrigálhatóak.

Véggöveztetések: jelen kutatás támogatja korábbi vizsgálatok feltevéseit a bizonytalan kötődés és korai maladaptív sémák szerepéről pszichiátriai zavarokban illetve behozott egy új dimenziót, az internalizálás és externalizálás pszichopatológiai dimenziókat. Eredményeim bővítik azon irodalmat, amelyek a negatív munkamodellek tartalmának megértését és azok szerepét mentális zavarokban célozzák meg.

## VI. Irodalomjegyzék

- 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.
- Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.
- Bifulco, A. et al., (2006). Adult attachment style as a mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41* (10), 796-805.
- Bifulco, A., Figueiredo, B., Guedeney, N., Gorman, L., L., Hayes, S., & Muzik, M. (2004). Maternal attachment style and depression associated with childbirth: Preliminary results from European and US cross-cultural study. *British Journal of Psychiatry, 184*, 31-37.
- Bifulco, A., Moran, P., M., Ball, C., & Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style: I. Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*, 50-59.
- Bosmans, G., Braet, C., & Van Vlierberghe, L. (2010). Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clinical Psychology and Psychotherapy, 17*, 374-385.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Brennan, K. A.; Clark, C. L. and Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.). *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press.
- Brennan, K.A., & Shaver, P.R. (1998). Attachment styles and personality disorders: Their connection to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *Journal of Personality, 66*, 835-878.
- Calvete, E., & Orue, I. (2008). Social anxiety and dysfunctional cognitive schemas [Ansiedad social y esquemas cognitivos disfuncionales]. *Psicologia Conductual, 16*, 5-21.
- Carnelley, K.B., Pietromonaco, P.R., & Jaffe, K. (1994). Depression, working model of others and relationship functioning. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*, 127-140.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 644-663.
- Cukor, D., & McGinn, L.K. (2006). History of child abuse and severity of adult depression: the mediating role of cognitive schema. *Journal of Child Sexual Abuse, 15*, 19-34.

- Cyranowski, J.M., Bookwala, J., Feske, U., Houck, P., Pilkonis, P., Kostelnik, B., et al. (2002). Adult attachment profiles, interpersonal difficulties, and response to interpersonal psychotherapy in women with recurrent major depression. *Journal of Social and Clinical Psychology, 21*, 191-217.
- Derogatis, L.R., Rickels, K., & Rock, A.F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self report scale. *British Journal of Psychiatry, 128*, 280-289.
- Feeney, J.A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. In M.B. Sperling & W. H. Berman (Eds.). *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*. New York: Guilford Press.
- Florian, V., Mikulincer, M., & Bucholtz, I. (1995). Effects of adult attachment style on the perception and search for social support. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 129*, 665-676.
- Fossati, A., Feeney, J. A., Donati, D., és mtsai., (2003). Personality disorders and adult attachment domains in mixed psychiatric sample. A multivariate study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 191*, 30-37.
- Giesen-Bloo, J., Dyck, R. van, Spinhoven, P., Tilburg, W. van, Dirksen, C., Asselt, T. van, Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder, randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry, 63*, 649-658.
- Halvorsen, M., Wang, C.E., Eisemann, M., & Waterloo, K. (in press). Dysfunctional Attitudes and Early Maladaptive Schemas as Predictors of Depression: A 9-Year Follow-Up Study. *Cognitive Therapy and Research, 34*, 368-379.
- Harris, A.E., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research, 26*, 405-416.
- Hedley, L.M., Hoffart, A., & Sexton, H. (2001). Early maladaptive schemas in patients with panic disorder with agoraphobia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 15*, 131-142.
- Johnston, C., Dorahy, M.J., Courtney, D., Bayles, T., & O'Kane, M. (2009). Dysfunctional schema modes, childhood trauma and dissociation in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40*, 248-255.
- Jovev, M., & Jackson, H.J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders, 18*, 467-478.
- Kobak, R.R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: working models, affect regulation and representations of self and others. *Child Development, 59*, 135-146.
- Lawrence, K.A., Allen, J.S., & Chanen, A.M. (2011). A study of maladaptive schemas and borderline personality disorder in young people. *Cognitive Therapy and Research, 35*, 30-39.
- Main, M. (2000). Attachment theory: Eighteen points with suggestions for future studies. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical*

*applications*. New York: Guilford Press.

- Ma, K. (2006). Attachment theory in adult psychiatry. Part 1: Conceptualizations, measurement and clinical research findings. *Advances in Psychiatric Treatment, Vol. 12*, 440-449.
- Mason, O., Platts, H., & Tyson, M. (2005). Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 78*, 549-564.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: structure, dynamics and change*. New York, London: The Guilford Press.
- Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, D., Howard, R., & Maughan, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Developmental Psychopathology, 6*, 375-388.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research, 30*, 571-584.
- Ratkóczi, É. (2003). *Életesemények lelki zavarai II. - Személyiségzavarok*. Animula, Budapest.
- Rijkeboer, M.M. & de Boo, G.M. (2010): Early maladaptive schemas in children: development and validation of the schema inventory for children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41*, 102-109.
- Riso, L.P., Blandino, J.A., Penna, S., Dacey, S., Grant, M.M., Du Toit, P.L., Duin, J.S., Pacoe, E.M., & Ulmer, C.S. (2003). Cognitive aspects of chronic depression. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 72-80.
- Riso, L.P., Froman, S.E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R.E., Turini-Santorelli, N., Penna, S., Blandino, J.A., Jacobs, C.H., & Cherry, M. (2006). The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research, 30*, 515-529.
- Roelofs, J., Lee, C., Ruijten, T., & Lobbestael, J. (2011) The mediating role of early maladaptive schemas in the relation between quality of attachment relationships and symptoms of depression in adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, Vol. 39, (4)*, 471-480.
- Sack, A., Sperling, M.B., Fagen, G., & Foelsch, P. (1996). Attachment style, history and behavioral contrasts for borderline and normal sample. *Journal of Personality Disorders, 10*, 88-102.
- Stern, D. N. (1995). *Az anyaság állapota*. Animula, Budapest.
- Unoka, Zs., Sz. (2007). *Személyiségvonások, tünetdimenziók, rossz szülő bánásmód vizsgálata és látens sérülékenység dimenziók azonosítása egyes pszichés zavarokban*. Doktori értekezés. SOTE, Klinikai Orvostudományok Doktori Iskola.
- Warren, S., Huston, L., Egeland, B., & mtsaik. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 637-644.
- West, M., & George, C. (2002). Attachment and dysthymia: The contributions of preoccupied

attachment and agency of self to depression in women. *Attachment and Human Development*, 4, 278-293.

West, M., & Sheldon, A.E. (1988). The classification of pathological attachment patterns in adults. *Journal of Personality Disorders*, 2, 153-160.

Young, J.E. (2005). *Young Schema Questionnaire (YSQ-S3, 3<sup>rd</sup> edition)*. New York: Schema Therapy Institute, 36 West 44<sup>th</sup> str., Ste. 1007, New York, NY 10036.

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

## **VII. Az értekezés témájában megjelent publikációk és előadások**

### **Tanulmányok**

- Vankó, T. (2013). A Személyközi Élményekhez Kötődő Mentális Reprézntációk Három Elméletben: belső munkamodellek, korai maladaptív sémák és generalizálódott interakciók reprézntációi. (benyújtva az *Imago Folyóirathoz*).
- Vankó, T. (2010). A Nácisztikus páciens sématerápiája. *Pszichoterápia*, 19 (3), 154 – 160.
- Vankó, T. (2007). Párhuzamok Daniel Stern szelfelmélete és Young sémaelmélete között. *Tavaszi Szél Doktorandusz Konferencia Tanulmánykötet*, Budapest.
- Vankó, T. (2005). The treatment of personality disorders using schema therapy. In: *7th Alps-Adria Nemzetközi Tudományos Konferencia Tanulmánykötet*, Zadar.

### **Előadások**

- Nagy, L. & Vankó, T. (2012). Attachment styles and dysfunctional schemas in psychiatric disorders. 10<sup>th</sup> Alps- Adria Psychology Conference, Lignano Sabbiadoro, Italy.
- Heath, G. , Gormley, T. & Vanko, T. (2011). Schema therapy for complex cases: mode work. British Psychological Society. London, UK.
- Vankó, T. (2010). A nácisztikus páciens sémái és sématerápiája. XIV. Budapesti Pszichológiai Napok (PSZINAPSZIS), Budapest.
- Vankó, T. (2010). Early maladaptive schemas and Narcissistic Personality Disorder. Tavasz Szél Doktorandusz Konferencia. Pécs, HU. (in English)
- Vankó, T. (2007). Párhuzamok Daniel Stern szelfelmélete és Young sémaelmélete között. Tavasz Szél Doktorandusz Konferencia. Budapest, HU.
- Vankó, T. (2005). The treatment of personality disorders using schema therapy. 7<sup>th</sup> Alps-Adria Conference in Psychology, Zadar, Croatia (in English).

