

Pszichológia Doktori Iskola  
Pécsi Tudományegyetem Bölcsész tudományi Kar Pszichológia Intézet  
Személyiség- és Egészségpszichológia Doktori Program

# **A kötődés, a korai maladaptív sémák és a szubjektív betegségélmény emlőrakkal küzdő nők körében**

**Doktori (PhD) értekezés tézisei**

**Désfalvi Judit**

**Témavezetők:**            **Dr. Habil. Hámori Eszter egyetemi docens**  
                                 **Dr. Nagy László egyetemi adjunktus**

A Doktori Iskola vezetője: **Prof. Dr. Bereczkei Tamás**

A Személyiség- és Egészségpszichológia Doktori Program vezetője:

**Prof. Dr. Kiss Enikő Csilla**



**Pécs, 2020**

## BEVEZETÉS

A daganatos megbetegedések világszerte, így Magyarországon is kiemelt népegészségügyi jelentőségűek, súlyos terhet róva úgy a társadalom egészére, mint az egészségügyi ellátórendszerre.

Mind a hazai, mind a nemzetközi irodalomban már több mint ötven éve élénken megjelenik az a kérdéskör, hogy a pszichológiai tényezők befolyásolják-e a rosszindulatú daganatok kialakulását, illetve milyen módon hatnak a betegség lefolyására, kimenetelére. A legtöbb tanulmány e témában a depresszió, a szorongás, a stresszel való megküzdés, az életminőség és a személyes kapcsolatok változásainak kölcsönhatását, pszichoszociális faktorokat, és egyéb lelki folyamatokat vizsgálta a betegséggel összefüggésben.

A legújabb kutatások daganatos páciensek kötődési viselkedésének szerepét vizsgálták a stresszel való megküzdésben. Ezen vizsgálati eredmények sorra rámutattak arra, hogy a kötődés a lelki tényezők egyik igen fontos területe, s különböző dimenzióit vizsgálva világossá vált, hogy a bizonytalan kötődés a daganatos megbetegedés során átélt depresszióval és szorongással áll kapcsolatban, míg a biztonságos kötődés a betegséggel való aktív megküzdéssel társul. Számos tanulmány, illetve kutatás kínálkozott intervenciók és pszichoszociális támogatási lehetőségek kidolgozásával, amelyek erősíthetik a betegeket a perzisztencia és adherencia megtartásában. Hatással lehetnek a túlélésre, a betegség kimenetelének elviselésére, az életminőségük javítására. Egyelőre azonban még nincs teljes egyetértés abban a tekintetben, hogy mely intervenciók stratégiák képesek befolyásolni a betegség lefolyását, a várható prognózist, vagy akár a beteg jóllétét. Hazai és nemzetközi konferenciákon (IPOS, ESMO, MPOT, MKOT stb.)<sup>1</sup> folyamatosan felhívják a kutatók figyelmét arra, hogy további szempontok szerint, más változók mentén is vizsgálják tovább e témát.

Jelen kutatást célja: megvizsgálni új szempontok (kötődés, sémák, betegségélmény stb.) szerint az emlőrákkal küzdőket, különválasztva a primer és áttétes betegeket az eddigi vizsgálati eredmények tükrében. Mindez ismeretek birtokában a legfőbb célom, hogy segítsem a további, még inkább egyénre szabható intervenció kialakítását a különböző betegségstádiumú nőkre hangolva.

---

<sup>1</sup> IPOS – International Psycho-Oncology Society  
ESMO – European Society for Medical Oncology  
MPOT – Magyar Pszichoonkológiai Társaság  
MKOT – Magyar Klinikai Onkológiai Társaság

## 1.1 A rosszindulatú daganatos betegségről általában

Világviszonylatban ma az a tapasztalat, hogy a rosszindulatú daganatos betegség előfordulása növekvő tendenciát mutat: míg 2002-ben az új megbetegedések száma 11 millió volt, 2018-ban világszerte 18,1 millió új beteget regisztráltak. A mortalitás azonban, csökkenő irányt mutat: míg 2002-ben a halálozási arány 63,63 %-os volt, addig 2018-ban már 53,03 %-ra csökkent (Bray és mtsai, 2018). Magyarországon a Nemzeti Rákregiszter<sup>2</sup> szerint az évenkénti új megbetegedettek száma fokozatosan emelkedik, amely az összes daganatfajtára vonatkozóan 2016-ben elérte a 105.607 főt – ebből 9.320 fő emlőrákos (Józan, 2005).

## 1.2 Az emlőrák

Az emlőrák a világon a harmadik leggyakoribb ráktípus a tüdő- és a vastagbél rosszindulatú daganatai után, és az ötödik leggyakoribb halálok a daganatos betegségek körében. Az emlődaganatoknak két csoportja különböztethető meg attól függően, hogy a daganatsejtek egyhelyben maradnak, azaz *in situ*, vagy a környező kötőszövetbe behatoló, azaz *invazív* daganatok. Az emlőrák jellemzően a májba, a tüdőbe, a csontokba, a nyirokcsomókba, a bőrbe vagy az agyba adhat áttéteket (Katona és mtsai, 2017). Az áttétes emlőrák nem gyógyítható, ugyanakkor a legtöbb esetben jól kezelhető betegség. A páciens számára az áttétes diagnózis sokkal nagyobb terhet ró mind testi, mind lelki szempontból, mint a primer emlődaganattal való megküzdés (Riskó, 2017).

### 1.2.1 Az emlőrák epidemiológiája

Hazánkban szintén, leginkább a nőket érintő ráktípus a harmadik legsúlyosabb, nagy halálozási gyakoriságot mutató betegség a malignus emlődaganat (Tompai, 2011). Magyarországon a legfrissebb, elérhető statisztikai adatok szerint 2015-ben 8 258 új beteget regisztráltak, és 2 250 személy halt meg,<sup>3</sup> – azaz a halálozási arány 26,88%-os volt (Kásler és Ottó, 2008; Kásler és mtsai, 2017).

### 1.2.2 Az emlőrák kockázati tényezői

Elsődleges kockázati tényező a daganatos megbetegedések esetén az *életkor*, mivel a szervezet öregedésével növekedhet a DNS károsodása, egyre többször előfordulhatnak szabályozási rendellenességek. (Gehl, 2003; Mátrai és mtsai, 2018). Az *életvitelbeli* nehézségek, a *túlsúly* vagy *elhízás*, a *mozgás* hiánya 30-60%-kal növelheti, a túlzott

---

<sup>2</sup> A Nemzeti Rákregiszter 2019.08.01.-es adatai alapján (<http://stat.nrr.hu/>)

<sup>3</sup> Forrás: Nemzeti Rákregiszter, Országos Onkológiai Intézet, <http://www.onkol.hu/hu/rakregiszter-statisztika> (2018).

*alkoholfogyasztás*, és a *dohányzás* 30-35%-kal növeli, illetve a *stresszes életmód* és a nem megfelelő megküzdési stratégiák ugyancsak növelhetik az emlőrák rizikóját (Maróti-Nagy, 2010; Tompa, 2012; Lapis, 2001).

### **1.2.3 Az emlőrák prognosztikai és prediktív faktorai**

Az *emlőrák prognózisa* függ a daganat méretétől, elhelyezkedésétől, az életkortól, a prognosztikai markerektől és prediktív faktoroktól (Mátrai és mtsai, 2018). A korai stádiumban észlelt emlőrák prognosztikai szempontból sokkal kedvezőbb, mivel nagyobb annak az esélye, hogy az elváltozás még helyi, azaz csak az emlőt érintő. Minél korábbi a betegség felfedezése és minél előbb kezdődik a kezelése, annál biztosabb lehet a gyógyulás is (Gehl, 2003).

### **1.2.4 Az emlőrák és távoli áttétei**

A távoli áttétek kialakulása komplex folyamat, a daganatok típusától függően különféle metasztatikus mintázatokat mutatnak. A daganat biológiai viselkedése szoros összefüggést mutat az áttétképző tulajdonságával (Polgár és mtsai, 2012). Az áttétes emlőrák gyógyíthatatlan betegség, ám megfelelő kezeléssel jó minőségű és hosszú távú élet biztosítható a beteg számára (Mátrai és mtsai, 2018).

### **1.2.5 Az emlőrák kezelési lehetőségeinek áttekintése**

Mivel a betegség onkológiai kezelése multidiszciplináris, szoros együttműködést kíván olyan orvosi szakterületekkel, mint sebészet, patológia, sugárterápia, és gyógyszeres onkológiai kezelés (Mátrai és mtsai, 2018). Az emlőrák elsődleges és legalapvetőbb kezelése a sebészileg történő daganateltávolítás, de a multidiszciplináris onkoteam a tumorméret csökkentésének érdekében javasolhat műtét előtti onkológiai kezelést, amely lehet infúziós vagy tablettás kemoterápia (Gaál, 2012).

#### **1.2.5.1 Sebészeti terápia**

Az emlődaganat kezelésében még ma is a sebészeti beavatkozás az alapvető, amelynek célja, hogy a daganatot és a regionálisan érintett nyirokcsomókat onkológiai szempontból megfelelően eltávolítsák (Lázár és mtsai, 2010). Az emlőműtétek két formája ismert: az egyik a *maszpektómia*, azaz a teljes emlőállomány eltávolítása (Lázár és mtsai, 2010). A másik műtéti megoldás, - amennyiben nincs kontraindikáció és a végeredmény esztétikailag is elfogadható marad, - az *emlőmegtartó* műtét (Mátrai és mtsai, 2018).

### **1.2.5.2 Kemoterápia és célzott terápiák**

Az emlőrák multidiszciplináris kezelésének egyik szisztémás kezelési módszere a kemoterápia és a célzott biológiai terápia. A kemoterápia a gyorsan osztódó (ez a daganatos sejtek jellemző tulajdonsága) daganatsejtekre hat, azokat hivatott elpusztítani (Hanahan, 2000). Pszichésen talán a legmegterhelőbb a haj kihullása. Ilyenkor a nők többnyire elveszthetik – részlegesen vagy egészében – az identitásukat, kialakulhat (vagy súlyosbodhat) a depresszió, a szorongás, és előfordulhatnak a személyes kapcsolatokban történő torzulások (Riskó, 1999).

### **1.2.5.3 Sugárterápia**

Az emlőrák komplex kezelésének részeként alkalmazott sugárkezelés bizonyítottan csökkenti a helyi kiújulás rizikóját, csökkenti és javítja a hosszútávú túlélést is (Kiscsatári és mtsai, 2015). A távoli áttétek sugárkezelése minden esetben a betegség kiterjedésétől, a beteg állapotától függ (Mátrai és mtsai, 2018; Polgár és mtsai, 2012). A sugárterápiának is vannak mellékhatásai, ezek közül leggyakoribbak a helyi bőrreakciók (Kiscsatári és mtsai, 2015).

### **1.2.5.4 Immunterápia és biológiai terápiák**

A szervezet védekezőképességének fokozását célozza meg a korszerű immunterápia, amely azon a tudományos megállapításon alapszik, hogy a szervezet a bejutott kórokozó mintáját képes megjegyezni, védőanyagokat termel az általa okozott betegség ellen (Gehl, 2003). Pszichológiai tényezőként megjelenhet a szorongás vagy a depresszió. Sok esetben az immunterápia hasonló lelki panaszokat okoz, mint a kemoterápia (Riskó, 1999).

### **1.2.5.5 Endokrin terápia**

Az úgynevezett hormonérzékeny emlődaganatok a női szervezet ösztrogén és progeszteron hormonját használják fel a növekedésükhöz. Az antihormonok - vagyis a *hormonterápia* - meggátolják a hormontermelést, ezáltal az arra érzékeny daganat növekedése leáll, a daganat összezsugorodhat (Gehl, 2003; Polgár és mtsai, 2012).

## **PSZICHOLÓGIAI TÉNYEZŐK ÉS HATÁSAIK RÁKBETEGSÉGBEN**

### **2.1 Stressz és distressz**

A stresszhatások és az emlőrák lehetséges összefüggéseit számtalan vizsgálat igazolta. Justenhoven és munkatársai (2010) az emlőrák kialakulásával összefüggő pszichés tényezők vizsgálatakor azt találták, hogy a genetikai tényezők hatásain túl, kiemelt szerepe van az olyan életeseményeknek, amelyek jelentősen megterhelik az egyén pszichés alkalmazkodó

képességét (in Désfalvi és mtsai, 2017). A félelem, a pánik, a depresszió, a szomorúság, a tehetetlenség érzése, a kontrollvesztés érzete, a hangulatingadozás, a feszültség, az alvás- és evészavar mind jellemző érzelmi jelenség lehet a páciensek körében. A distressz mértéke, annak súlyossága erős prediktora lehet az életminőségnek, a betegség progressziójának és a mortalitásnak (Miller és mtsai, 2010).

## **2.2 Szorongás**

A rosszindulatú daganatos betegség megjelenésének gyakori kísérője az átmeneti szorongás, viszont a hosszabban elnyúló, állandó feszültség megemelheti a fájdalom szintjét, koncentrációs és alvászavarok léphetnek fel, csökkentheti az étvágyat, állandó levertséget, később depressziót okozhat (Riskó, 2006; Stark és House, 2000). A szorongás és a fájdalom együttesen is jelentkezhet, s a szorongó beteg nem érez feltétlenül intenzívebb fájdalmat azoknál, akik nem szoronganak (Telekes és Horváth 2002; Dank, 2017).

## **2.3 Depresszió**

A tumoros betegek depressziós tünetei különböznek a major depresszió tünetegyüttesétől, mivel minden bizonnyal a klinikai depresszió előzményétől mentes beteg klinikai képe az egészségi állapot változásának következtében alakulhat ki (Horváth és Telekes, 2006). A daganat típusa, szervi lokalizációja, a betegség stádiuma, a várható prognózisa mind befolyásolhatják a depresszió mértékét (Dégi, 2010).

## **2.4 Alkalmazkodási zavar**

A diagnózisra adott viselkedés válasz például a súlyossághoz mérten aránytalanul nagy mérvű szenvedés, a depressziós, nyomott hangulat, a sírásra való hajlam, a reménytelenség érzése, az aggodalom, idegesség, amelyben leginkább a szorongás dominál, esetleg ezek kombinációja. Általában átmeneti jellegűek, ellenben tipikusak: leggyakoribb a passzivitás, az „önalávetés”, mindenbe beleegyző viselkedés. Jellemző a súlyos önvád, önértékelési válság, kommunikációs zavar, a félreértés, félreértelmezés, vagy az agresszivitás, a szuiciditásveszélye (Riskó, 2015).

## **2.5 Szomatizáció**

A tünetek különféle stresszhelyzetben alakulhatnak ki, amikor az egyén figyelme a test belső történéseire fókuszál, majd ezeket a testi eseményeket kórosnak minősíti. Amennyiben a testi érzeteket felerősödni véli a személy, az önmegfigyelés állandósulhat, önrontóvá válhat és kialakulhat az úgynevezett betegszerep (Cserhádi és Stauder, 2008). Szomatizációra

hajlamosíthat akár egy súlyos, krónikus betegség megélése, jelentős negatív életesemények elviselése. Rákbetegeknél gyakori a már korábban említett „Damoklesz kardja- szindróma”, amit a betegség lehetséges kiújulásától való félelem övez (Cserhádi és Stauder, 2008; Riskó, 1999).

## **2.6 Szubjektív egészségi állapot és életminőség**

Az életminőséget a betegséggel kapcsolatos negatív affektivitás, a kognitív reprezentációk, mint a már korábban említett distressz, depresszió vagy szorongás, a szubjektív egészségi állapottal összefüggő tényezők például a fájdalom, alacsony energiaszint és fitneszképesség és a mindennapi kellemetlenségek negatív módon befolyásolják (Lekander és mtsai, 2004; Kovács és mtsai, 2013). A szubjektív egészségi állapot becslése prediktora lehet a betegség pozitív vagy negatív prognózisának (Dégi, 2010).

## **2.7 Megküzdés és személyiség**

Segerstrom és Miller (2004) a stressz és az immunrendszer kapcsolatát vizsgálva állapították meg azt, hogy a stresszt keltő eseményekre a pszichológiai változók, mint a személyiség és az érzelmek, egyénileg különböző immunológiai válaszokat adnak. A dependencia, a túlkontrollált magatartás, a beszűkült viselkedés, a rigiditás, az elfojtás emelkedett-, és az emocionális reaktivitás csökkent mértéke volt tetten érhető a rákbeteg személyeknél (Kulcsár, 1994, 2005; Segerstrom és Miller, 2004).

## **2.8 Társas támogatás**

A daganatos beteg számára a megváltozott élethelyzetben rendkívül fontos, hogy bensőséges, érzelmi támogatást kapjon párkapcsolatától, családjától, barátoktól. A vizsgálatok egyöntetűen megerősítik, hogy a társas támogatás protektív hatású, a megélt támogatás és a kapcsolatok keresésének hatására megnő a természetes NK-sejtek (ölősejtek) aktivitása, lelassulhat a daganat progressziója (Tiringer, 2007).

## **KÖTŐDÉS, MALADAPTÍV SÉMÁK ÉS AZ EMLŐRÁK KAPCSOLATA**

A kötődési mintázatok mentén kialakult maladaptív formákat összefüggésbe hozták több pszichopatológiai kép és pszichoszomatikus betegség kialakulásával úgy kisgyermekkorban, mint felnőttkorban (Hámori, 2016b). A felnőttkori kötődés és a párkapcsolat minősége befolyásolhatja a betegségre való hajlamot, de a meglévő betegséggel való megküzdést is (Aizer és munkatársai, 2013). Young (1999) felismert és definiált három olyan gyerekkori

élményt, amelyek meghatározóak a maladaptív sémák kialakulásában. Az egyik ilyen a szeretet megvonása, vagy a biztonság és stabilitás hiánya.

### **3.1 Felnőtt kötődés és a daganatos betegség**

A bizonytalan kötődés kapcsolatban áll a rákos megbetegedés során átélt depresszióval és szorongással, míg a biztonságos kötődés a betegséggel való aktív megküzdéssel társul (Nicholls és mtsai, 2014), és nagyobb fokú szorongással, az elkerülő kötődési stílus pedig magasabb depressziós értékekkel jár együtt (Naaman és mtsai; 2009; Nissen és mtsai, 2016). Emlődaganatos betegek alkalmazkodási nehézségeit vizsgálva a kutatók azt találták, hogy az elkerülő dimenzió pozitív összefüggést mutat az érzelmek elnyomásával és negatív kapcsolatot az életminőséggel. A szorongó kötődési dimenzió egyetlen változóval sem mutatott összefüggést (Schmidt és mtsai, 2012).

### **3.2 Korai maladaptív sémák és a daganatos betegség**

A rosszindulatú daganatos betegség és a maladaptív sémák kapcsolatának úttörő kutatását A Young-féle sémakérdőív segítségével a nők 78%-nál, ezen belül a házasság vagy élettársi kapcsolatban élők körében szintén 78%-nál azonosítottak maladaptív sémákat. Az emlőrákos nők (44%) esetében kiemelkedően magas volt az *Önfeláldozás-* és az *Elhagyatottság-Instabilitás séma* értéktartománya (Ferreira és mtsai, 2009).

#### **Célkitűzések**

A legújabb kutatások alapján (lásd pl. Désfalvi és mtsai, 2017; Nicholls és mtsai, 2014; Nissen, 2016) kiemelt szerepe lehet a kötődésnek a rosszindulatú daganatos betegségekkel való megküzdésben. Jelen keresztmetszeti kutatásban a fő kérdéssel az, hogy az emlőrákkal küzdő nők körében melyek azok a kapcsolati és pszichés állapotbeli tényezők, amelyek összefüggésben vannak magával a betegséggel. Az egyén szubjektíven megítélt egészségi állapota, a betegség megélt élménye, a kötődési mintázata és korai maladaptív sémák feltehetően egyenként, és egymással kölcsönhatásban is sajátosan jellemezhetik az emlőrákkal küzdő nőket. A következő kérdésköröket fogalmaztam meg:

1. Hogyan jellemzi a primer és hogyan az áttétes emlőrákos nő a szubjektív egészségi állapotát (Atroszko és mtsai, 2015) a betegségének ismeretében? Ezen belül megfigyelhető-e bármilyen különbség az áttéttel küzdők szubjektív egészségi és pszichés állapotában? Befolyásolja-e az áttét megléte a betegek pszichés állapotát, azaz



találunk-e különbséget a Derogatis féle tünetlista (Derogatis, 1977) által mért depresszív, szorongásos, kényszeres, és egyéb tünetek megjelenésében?

2. Található-e különbség a primér emlőrákos és a már áttétes emlőrákos nők, valamint a normatív adatok (vagyis ez esetben az egészséges kontroll) között a kötődési tematikában?
3. Találunk-e az emlőrákos nőkre jellemző sajátos sémaprofil és az különbözik-e a magyar női normatív adatok sématartományaitól? Az áttét megléte összefüggésben van-e azzal, hogy mely sémak aktívak, vagyis lesz-e eltérés a primer és áttétes csoport sémakészletében?
4. Jelen mintában az életkor, a családi állapot jellemzői, illetve az életmódban rejlő rizikófaktorok (pl. túlsúlyosság, dohányzás stb.) összefüggésben állnak-e a primér és áttétes daganattal? További kérdés, hogy a beteg által megítélt szubjektív egészségi állapota, valamint a kapcsolati tényezők mentén elkülönül-e a két csoportot?

## 4.2 Hipotézisek

A szubjektív egészségi állapotra és a pszichés tünetekre vonatkozó feltevések

1. Előzetes eredményeim (Désfalvi és mtsai, 2016, 2017) alapján feltételezem, hogy az emlőrákos egyénnél az áttét megléte prediktora a szubjektív egészségi és a pszichés állapotnak, vagyis az áttét megléte negatívan fogja befolyásolni az egyén önjellemzését a saját szubjektív egészségi állapotának megítélésében, valamint a pszichés állapotát, azaz a szorongásos, depresszív és egyéb tüneteinek meglétét, vagy hiányát. Ez alapján feltételezem, hogy az áttétes csoportba tartozók az Szubjektív egészségi állapot skálán alacsonyabb értéket fognak elérni, mint a primér csoport tagjai. Az SCL-90-R kérdőív bizonyos faktoraiban (mint például a depresszió vagy a szorongás faktorok) pedig magasabb értékek lesznek jellemzők rájuk, mint a normatív adatok vagy a primer daganattal bíró csoportban lévőkre.
2. Feltételezem, hogy az életkor, valamint a betegek körülvevő kapcsolatok megléte vagy hiánya (család, házasság stb.) a szakirodalommal egyetértésben (Ávila és mtsai, 2017; Désfalvi és mtsai, 2017; Ferrei és mtsai, 2009) mindkét csoportnál összefüggésben lehet az aktuális sémaprofillal, és hatással lehet a betegek pszichés állapotára, valamint arra, hogy a két csoport tagjai miként ítélik meg saját egészségi állapotukat.

A kötődési mintázatokra vonatkozó feltevések:

1. A szakirodalom (lásd például Tacón és mtsai, 2002) alapján feltételezem, hogy az emlődaganatos csoportra általánosságban is jellemzőek lesznek bizonyos kötődési mintázatbeli sajátosságok, illetve egy sajátos sémaprofil. További feltételezésem, hogy az áttét megléte (Áttétes csoport), illetve hiánya (Primer csoport), azaz a betegség súlyossága tovább árnyalhatja a csoporton belüli sajátosságokat, a szubjektív egészségi állapot, illetve a pszichés tünetek függvényében. Ez alapján a következő hipotéziseket állítottam fel:
2. Feltételezem, hogy az áttétes csoport a szakirodalmi adatokkal megegyezően (Nissen, és mtsai 2016; Cicero és mtsai, 2009) nagyobb fokú *elkerülő* kötődési mintázatot fog mutatni, mint a Primer csoport.

A korai maladaptív sémákra vonatkozó hipotézisek

1. Feltételezem, hogy az Önfeláldozás sémartományba tartozó Önfeláldozás-, vagy a Kóros egymásra utaltság sémartományból az Elhagyatottság sémák (Ferrei és mtsai, 2009) valamint a Károsodott autonómia sémartományból a Kudarca ítélttség vagy Sérülékenység sémák (Molnár és mtsai, 2013) mind a Primer mind az Áttétes csoportban magasabb értékűek lesznek a normatív adatokhoz képest, azaz feltehetően ezeknek a sémáknak a magasabb aktivitása a teljes csoportra specifikus lehet.
2. A két csoport különbségeit illetően feltételezem, hogy az Áttétes csoportnál az Önfeláldozás séma értékei magasabb lesznek, mint a Primer csoport értékei (Ferrei és mtsai, 2009).
3. Feltételezem továbbá, hogy az emlőrákos nőknél megjelenő jellemző pszichés tüneteket (szorongás, szomatizáció vagy depresszió) a sémaprofilban kimagasló értékeket mutató sémák, valamint a kötődést mérő kérdőívekben megjelenő jellemző kötődési stílusok képesek olyan módon mediálni, vagy moderálni, amelyek befolyásolhatják a pszichés tünetek megjelenését és súlyosságát. Ezáltal olyan útvonalakat kívánok feltárni, amelyek a pszichés tünetek megjelenését a kapcsolati mintázatokkal összefüggésben magyarázhatják és az ezekben rejlő rizikó- és védőtényezők feltárásához adhatnak támpontokat. Ezek segítségével pedig jobban megérthető, megismerhető lesz a mellődaganattal küzdő nők pszichés állapotát befolyásoló kapcsolati mintázatok szerepe mindkét (áttét nélküli és áttétes) betegcsoportban.

## MÓDSZEREK

### 3.1 A vizsgálati személyek

A teljes mintában 91 emlődaganatos vizsgálati személy vett részt, akik egyben a SE Onkológiai Központ betegei voltak. (TUKEB Eng. szám: 51/2014)

### 3.2 A vizsgálatban alkalmazott kérdőívek

**1. Demográfiai kérdőív** - mely az alapvető demográfiai adatok (életkor, iskolai végzettség, családi állapot, aktivitás) valamint rizikófaktorok feltérképezésére adott lehetőséget (családi anamnézis és életviteli rizikófaktorok: mozgás, dohányzás, alkoholfogyasztás)

### 2. Egytétéles szubjektív egészségi állapotot mérő skála – SRH

A vizsgálati személyek aktuális, vagyis a vizsgálatba kerülésük idején szubjektíven megítélt egészségi állapota méréséhez egytétéles, a szubjektív egészségi állapotot mérő (SRH) skálát alkalmaztam: „*Összességében hogyan minősítené a saját egészségi állapotát?*” A lehetséges válaszok: 1- nagyon rossz, 2 - rossz, 3 - közepes, 4 - jó, és 5 - kiváló.

### 3. Derogatis-féle tünetlista - SCL-90-R (Symptom Check List-90-R, 1977)

A pszichés tünetek meglétének és súlyossági fokának mérésére a Derogatis-féle többdimenziós tünetlista (Symptom Check List-90-R, azaz SCL-90-R, Derogatis, 1977) magyar változatát (Unoka és mtsai, 2004) használtam. A tünetlista 90 tételt tartalmaz és 9 alskálából áll: **szomatizáció, kényszer, interperszonális érzékenység, depresszió, szorongás, ellenségesség, fóbia, paranoia, pszichoticizmus**, A kitöltő ötfokú skálán értékeli, hogy az adott tünet mennyire zavarta az elmúlt egy-két hétben (0– egyáltalán nem, 4–nagyon). (Fontos tudni, hogy fenti meghatározások nem klinikai kórképet, illetve klinikai szintű zavarokat jelölnek, hanem csupán tünetet mutatnak.)

### 4. Közvetlen Kapcsolatok Élményei - ECR–R Kérdőív

A Közvetlen Kapcsolatok Élményei Kérdőív önkitöltős változatát (Experience in Close Relationships Scale, továbbiakban ECR-R, Brennan és mtsai 1998, Nagy, 2005) alkalmaztam a felnőtt párkapcsolati kötődés mérésére. A 142 itemből álló kérdőív a kötődés kategoriális és dimenzionális mérésére alkalmas. A válaszolóknak 7 fokú Likert-skálán volt módjuk értékelni a kijelentéseket, amelyekkel két dimenzió, a *szorongás* és *elkerülés* faktorok váltak mérhetőkké (Jantek, Vargha, 2016).

## **5. A kötődési stílus mérése – ASQ kérdőív**

A kötődési stílus felméréséhez a Kötődési Stílus Kérdőíve (Attachment Style Questionnaire, ASQ, Feeney és mtsai 1994) magyar változatát, az ASQ-H-t, (Hámori és mtsai, 2016a), alkalmaztam (továbbiakban: ASQ-H). Az ASQ-H az életkori és a párkapcsolati tapasztalatokat, valamint az egyén kötődési mintázatát figyelembe véve tehát lehetővé teszi az olyan személyiség összetevők mérését is, mint a személy igénye az önmegvalósításra, illetve a függésre vagy függetlenségre is (Hámor és mtsai, 2016a). A kérdőív 40 állítást tartalmaz, amelyet hatpontos Likert-skálán értékelhetnek a vizsgálatban résztvevő személyek.

## **6. Szülői bánásmód - H-PBI kérdőív**

A Szülő Bánásmód Kérdőív (Parental Bonding Instrument – PBI, Parker, 1983) magyar változatát Tóth és Gervai adaptálták 1999-ben (továbbiakban: H-PBI). A H-PBI Kérdőív a gyermekkori szülői bánásmódra való visszaemlékezést méri a szülő-gyermek kapcsolat *szereket-elutasítás*, valamint a *függetlenség*, *bátorítás* és *korlátozás* dimenziókban (Tóth, Gervai, 1999). A vizsgálati személyeknek 25 állítást kell értékelniük egy négyfokú skálán annak megfelelően, hogy mennyire tartják azt az anya, illetve (külön kérdőívben) az apa viselkedésére nézve jellemzőnek az életük első 16 évében.

## **7. Young-féle Séma – YSK Kérdőív**

A Young-féle Séma Kérdőív (Young Schema Questionnaire, továbbiakban: YSK) az alapvető szükségletek kielégítését akadályozó kognitív, maladaptív sémák mérésére szolgál (Young és Brown, 1994). A korai maladaptív kapcsolati sémák feltárására a Young féle Séma Kérdőív magyar adaptációjának (Unoka és mtsai, 2004a) hosszú változatát használtam, amelynek 244 iteme 19 maladaptív sémát vizsgál. E sémák öt magasabb szintű sématarományba csoportosulnak. A YSK kérdőív 244 állítására hatfokú skálán adhatók a személyre jellemző válaszok: 1-egyáltalán nem igaz rám – 6-tökéletesen igaz rám (Unoka és mtsai, 2004a).

# **EREDMÉNYEK**

## **6.1 Demográfiai jellemzők**

Demográfiai változók, mint az életkor, a családi állapot, gyermekek száma, az iskolai végzettség és a munkahelyi aktivitás az alábbiak szerint alakult a mintában:

A tesztfelvétel idején 47 személynél (51,65%) állapítottak meg primér melldaganatot, 44 személynél (48,35%) már jelen volt valamilyen távoli áttét.

## Életkor

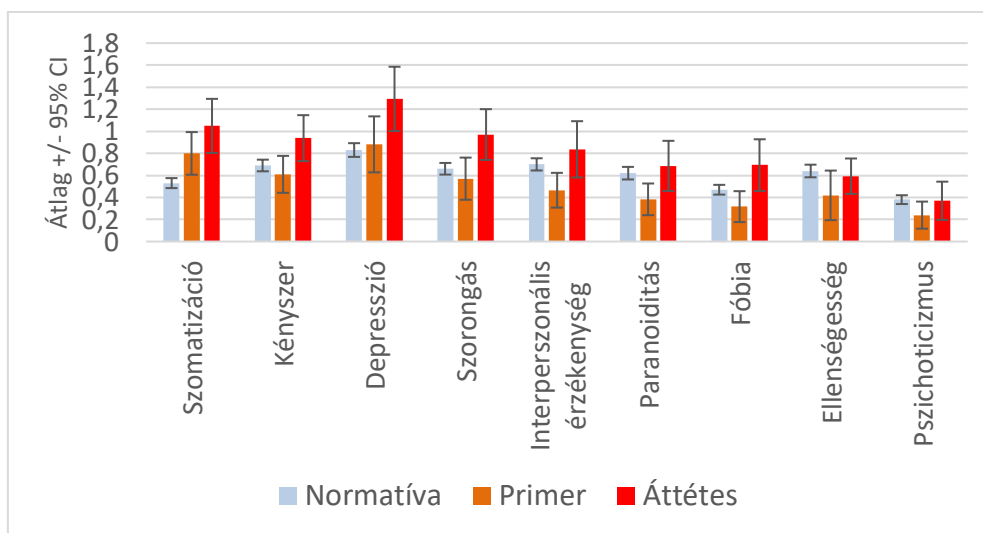
Három életkori csoportot határoztam meg: A csoport a 25-45 év közötti fiatalabbak: 28 fő, a B csoport a 46-58 év közötti középkorúak: 32 fő, és a C csoport a 59-86 év közötti idősek: 31 fő. A **Primer és az Áttétes** csoport tagjainak száma közel azonos. Az életkor szempontjából a két csoportban nem találtam különbséget,  $X^2(df = 2; N = 91) = 0,201$   $p = 0,904$   $\varphi = 0,047$ .

## Családi állapot

A családi állapot felosztás mentén nincs szignifikáns eltérés az életkori csoportok között.  $\chi^2(4) = 4,295$   $p = 0,368$   $\varphi = 0,368$ . Arányaiban megegyezik a három korosztály abban, hogy hányan élnek jelenleg is kapcsolatban (több mint fele), hányan élnek egyedül (kevesebb, mint egyharmada), illetve családban (kevesebb, mint egynegyede). Nem találtam szignifikáns különbséget a különböző családi állapotú nők között abban, hogy van-e áttétük vagy sem  $\chi^2(2, N = 91) = 2,583$   $p = 0,275$   $\varphi = 0,168$ .

## 6.2. Primer és Áttétes emlőrákos személyek aktuális pszichés állapotának vizsgálata és összehasonítása a normatív adatokkal

A jelenlegi pszichés állapot vizsgálatához (SCL-90-R) a saját minta adatait a magyar normatív minta – továbbiakban *Normatíva* - adataival (Unoka és mtsai, 2004b) vettem össze. Az eredményeket a 1. grafikonon mutatom be.



1. grafikon: SCL-90-R alskálák átlagai Normatíva, Emlőrákos, és külön Primer és Áttétes mintán

A grafikonon látható, hogy a Normatíva Szomatizáció alskála értékénél szignifikánsan magasabb a Primer  $t(40,030) = 2,659$   $p = 0,011$ , és az Áttétes csoport értéke  $t(35,278) = 4,079$

$p < 0,001$ . Az Áttétes csoportban lévő személyek *Kényszer* értékei szignifikánsan magasabbak mind a Normatíva  $t(37,373) = 2,259$   $p = 0,030$ ), mind pedig a Primer  $t(64,680) = 2,405$   $p = 0,019$  csoportba tartozó személyekénél. A Primer daganatos személyek értékei az *Interperszonális érzékenység* faktor tekintetében alacsonyabbak, mint a Normatíva  $t(45,385) = -2,748$   $p = 0,009$  és az Áttétes személyek  $t(55,619) = 2,424$   $p = 0,019$  átlaga. Az Áttétes személyek *Depresszió* értékei szignifikánsan magasabbak, mint a Normatíva  $t(36,073) = 3,051$   $p = 0,004$ , illetve a Primer csoportba tartozók értékei  $t(66,818) = 2,091$   $p = 0,040$ . Az Áttétes személyek *Szorongás* értékei szignifikánsan magasabbak, mint a Normatíva  $t(36,566) = 2,576$   $p = 0,014$ , illetve a Primer csoportba tartozók  $t(65,603) = 2,621$   $p = 0,011$  értékei.

### Az aktuális pszichés állapot eredményeinek összefoglalása

Az aktuális pszichés állapot kilenc faktora közül hétnél az Áttétes csoport eredményei magasabbak voltak vagy a Normatívához, vagy a Primér csoporthoz, vagy mindkettőhöz képest. Felmerült a kérdés, hogy vajon közvetlenül, vagy közvetetten befolyásolja-e az áttét megléte a pszichés állapotot?

### 6.3 A Szubjektív egészségi állapot (SRH), az áttét megléte és ezek mediáló kapcsolata az aktuális pszichés állapottal (SCL-90-R)

A 1. táblázat bemutatja, hogy milyennek ítélik egészségi állapotukat Primer ( $n=37$ ) és az Áttétes ( $n=34$ ) csoport tagjai:

1. táblázat: A két csoport Szubjektív egészségi állapotának értékei

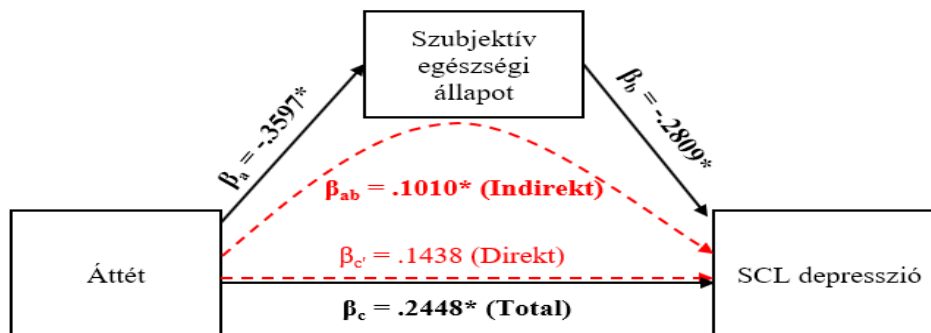
		Primer	Áttét	Összesen
Szubjektív egészségi állapot	nagyon rossz	0	1	1
	rossz	4	4	8
	közepes	9	19	28
	jó	18	10	28
	kiváló	6	0	6

A Primer és Áttétes csoport között a Szubjektív egészségi állapot megítélésében szignifikáns különbség található (Mann-Whitney  $U = 389,5$   $Z = -2,946$   $p = 0,003$ ). Az Áttétes csoport Szubjektív egészségi állapotát alacsonyabbra értékelté, mint a Primer csoport.

### Az áttét megléte, a szubjektív egészségi állapot és az aktuális pszichés állapot: mediációs elemzések

Az áttét meglétének hatása a *Depresszió* faktorra szignifikáns ( $\beta_c = 0,2448^*$ ), az áttéttel rendelkezők *Depresszió*-értéke magasabb, mint a Primer csoporté. Látható a mediáló elemzés eredménye alapján, hogy az áttét meglétének hatása a *Szubjektív egészségi állapot* változásán

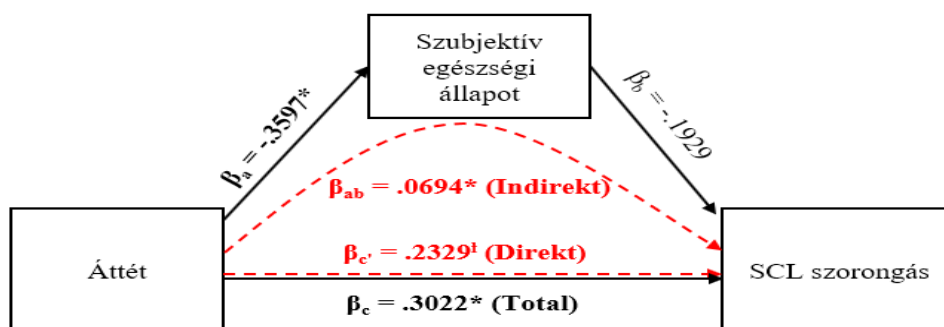
keresztül, *közvetetten* valósul meg ( $\beta_{ab} = 0,1010^*$ ). Az Áttétes csoport a *Szubjektív egészségi állapot*át alacsonyabbnak ítélte, akár az áttét megléte miatt, ami a *Depresszió* faktor értékének növekedéséhez vezet. Az áttét meglétének direkt hatása nem szignifikáns ( $\beta_{c'} = 0,1438$ ), vagyis ez a hatás, ebben a modellben teljes egészében a *Szubjektív egészségi állapot*on keresztül valósul meg.



1. ábra: Mediáló elemzés - az Áttét meglétének Depresszióra gyakorolt hatása a Szubjektív egészségi állapot hatásán keresztül

Az áttét meglétét és *Szubjektív egészségi állapot*ot közösen tartalmazó modellben a *Szubjektív egészségi állapot* áttéttől független hatása is szignifikáns ( $\beta_b = 0,2809^*$ ), tehát a *Szubjektív egészségi állapot*nak vannak olyan, az áttét meglététől független komponensei is, amelyek befolyásolják a *Depresszió* faktor értékét (lásd 1. ábra).

Az áttét meglétének hatása a **Szorongás** faktorra szignifikáns ( $\beta_c = 0,3022^*$ ), az *Áttétes* csoport *Szorongás* faktor értéke magasabb, mint a *Primer* csoporté. A mediáló elemzés eredményei: az áttét meglétének a *Szorongás* faktor értékeire gyakorolt hatása részben a *Szubjektív egészségi állapot* értéken keresztül valósul meg ( $\beta_{ab} = 0,0694^*$ ), részben pedig direkt módon, azaz az áttét megléte közvetlenül, a *Szubjektív egészségi állapot* komponens bevonása nélkül is hatással van a *Szorongásra* ( $\beta_{c'} = 0,2329^T$ ), feltehetően azért, mert az áttét is lehet a *Szorongás* tárgya.



2. ábra: Mediáló elemzés - az áttét meglétének a Szorongás faktorra gyakorolt hatása a Szubjektív egészségi állapot hatásán keresztül

A *Szubjektív egészségi állapot* faktort és az áttét meglétét közösen tartalmazó modellben a Szubjektív egészségi állapot az áttét meglététől független hatása nem szignifikáns ( $\beta_b = 0,1929$ ), azaz az adott helyzetben a *Szubjektív egészségi állapot*nak nincs olyan más, az áttét meglététől független komponense, amely jelentősen befolyásolni tudná a személyek *Szorongás* faktor értékeit. (lásd 2. ábra).

## Összegezés

A mediáló elemzések eredményeit összegezve elmondható, hogy az áttét megléte teljes mértékben a *Szubjektív egészségi állapot* alacsony értékelésén keresztül befolyásolja a *Depresszió* faktort. Az áttét megléte részben a *Szubjektív egészségi állapot*on keresztül, részben közvetlenül befolyásolja a *Szorongás* faktort.

## 6.4 Kötődésvizsgálat: a Primer és Áttétes és a normatív adatok összehasonítása az ASQ-H alapján

Egyszempontos, független mintás ANOVA vizsgálattal ellenőriztem, hogy a három csoport (Normatíva, Primer és Áttétes csoport) értéke eltér-e egymástól a különböző kötődési dimenziók mentén, azaz az ASQ-H kérdőív alskáláin (lásd 2. táblázat).

2. táblázat: Normatíva, Primer és Áttétes csoport ANOVA összehasonlítása az ASQ mentén

	F	df1	df2	p	R2
ASQ - KFÉ - Kapcsolatok fontossága az én szempontjából	7,988	2	457	<0,001	0,034
ASQ - ATÖ - Ambivalencia, távolítás, önleértékelés	40,336	2	457	<0,001	0,150
ASQ - BK - Biztonság a kapcsolatokban	0,371	2	457	0,690	0,002
ASQ - ÖV - Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben	6,486	2	457	0,002	0,028
ASQ - FF – Függés-függetlenség	5,711	2	457	0,004	0,024

## 6.5 A Primer, az Áttétes és a normatív adatok összehasonítása az ECR-R alapján

A Primer és Áttétes csoport átlagait és szórásait hasonlítom össze a normatív adatokkal (továbbiakban: *Normatíva*) (Nagy, 2005). Lásd a 3. táblázatot.

3. táblázat: Az ECR-R leíró statisztikája Normatíva, Primer és Áttétes bontásban

	N	ECR - Elkerülés		ECR - Szorongás	
		Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Normatíva	197	1,847	0,914	1,875	0,950
Emlőrákos (össz)	91	2,849	1,114	3,021	1,040
Primer	47	2,709	1,038	2,879	0,998
Áttétes	44	2,997	1,183	3,173	1,073



Egyszempontos, független mintás ANOVA vizsgálattal ellenőriztem, hogy a három csoport (Normatíva, Primer és Áttétes emlőrákos) értéke eltér-e egymástól a kötődés két fő dimenziója, az Elkerülés és a Szorongás mentén (lásd a 4. táblázatot).

**4. táblázat: Normatíva, Primer és Áttétes csoport ANOVA összehasonlítása az ECR-R mentén**

	F	df1	df2	p	R2
ECR - Elkerülés	33,520	2	285	0,000	0,190
ECR - Szorongás	43,850	2	285	0,000	0,235

## 6.6 A Primer, az Áttétes és a normatív adatok összehasonlítása H-PBI alapján

A továbbiakban a kötődési mintázattal szorosan összefüggő észlelt szülői bánásmódot (külön anyára-apára) mérem fel a H-PBI kérdőív eredményei alapján. A Primer és Áttétes csoport mért átlagait és szórásait hasonlítom össze a normatív adatokkal (továbbiakban: *Normatíva*) (Tóth és Gervai, 1999). Lásd az 5. táblázatot.

**5. táblázat: Normatíva, Primer és Áttétes csoport összehasonlítása a H-PBI mentén**

		Normatíva		Emlőrákos (össz)		Primer		Áttétes	
		Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
PBI - Anyai	Szeretet, törődés	2,392	0,550	2,062	0,733	2,176	0,733	1,938	0,720
	Túlvédés	1,300	0,686	1,251	0,768	1,146	0,767	1,365	0,762
	Korlátozás	1,033	0,617	1,267	0,736	1,191	0,802	1,349	0,655
PBI - Apai	Szeretet, törődés	1,950	0,692	1,823	0,798	1,887	0,759	1,754	0,842
	Túlvédés	0,971	0,657	0,933	0,711	0,900	0,679	0,970	0,750
	Korlátozás	0,917	0,650	1,259	0,840	1,152	0,820	1,376	0,855

N(Normatíva) = 169 N(Primer) = 47 N(Áttétes) = 43

Három esetben találtam szignifikáns különbséget a csoportok között, mely az *Anyai szeretet*, *törődés* és az *Anyai*, illetve az *Apai korlátozás*.

## 6.7 A maladaptív sémák vizsgálata összehasonlítása H-PBI alapján

Három séma esetén találtam a három csoport között különbséget: a *Sérülékenység* ( $F(2, 245) = 6,652$   $p = 0,002$   $R^2 = 0,052$ ), az *Összeolvadtság* ( $F(2, 245) = 5,135$   $p = 0,007$   $R^2 = 0,040$ ), és az *Önfeláldozás* ( $F(2, 245) = 11,163$   $p < 0,001$   $R^2 = 0,084$ ).

### Sérülékenység-veszélyeztetettség séma

Az áttétes személyek *Sérülékenység-veszélyeztetettség* sémaértéke szignifikánsan magasabb a Normatívánál ( $t(55,997) = 2,983$   $p = 0,004$ ), és a primer daganatos személyekénél ( $t(78,158) = 2,267$   $p = 0,026$ , mely utóbbi kettő között nincs szignifikáns különbség  $t(74,934) = 0,526$   $p = 0,601$ ).

## Összeolvadtság-éretlenség séma

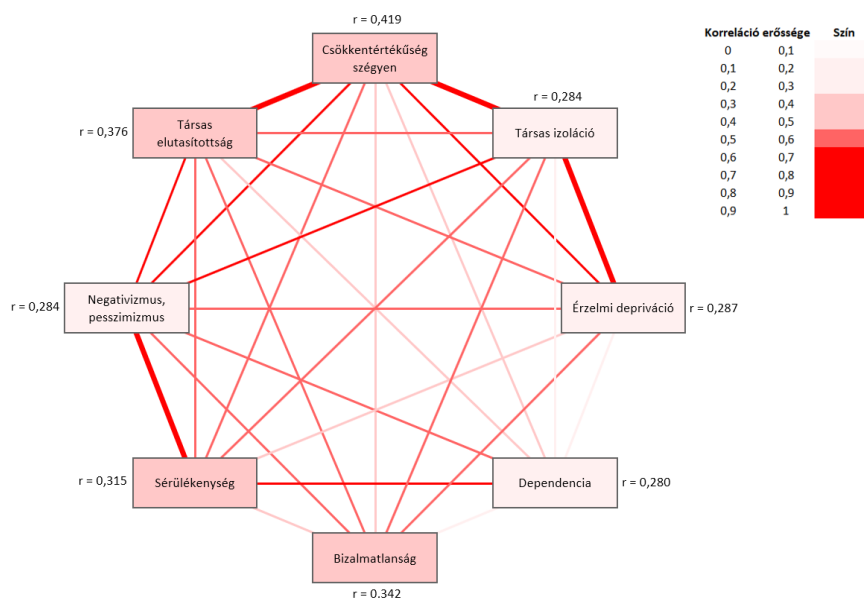
Az áttétes személyek *Összeolvadtság-éretlenség* értéke szignifikánsan magasabb a Normatívánál  $t(52,114) = 2,496$   $p = 0,016$ . A Primer csoport értéke a Normatíva és az Áttétes csoport értéke között helyezkedik el, de egyikőtől sem tér el szignifikánsan. Normatíva-Primer:  $t(63,018) = 0,468$   $p = 0,642$ ; Primer-Áttétes:  $t(81,773) = 1,775$   $p = 0,080$ .

## Önfeláldozás séma

Mind a Primer csoport, mind az Áttétes csoport *Önfeláldozás séma* értéke szignifikánsan magasabb a Normatívánál (Primer:  $t(64,523) = 3,563$   $p = 0,001$ ; Áttétes:  $t(58,058) = 3,162$   $p = 0,003$ ), de a Primer csoport és az Áttétes csoport között nincs szignifikáns különbség  $t(88,088) = -0,166$   $p = 0,868$ .

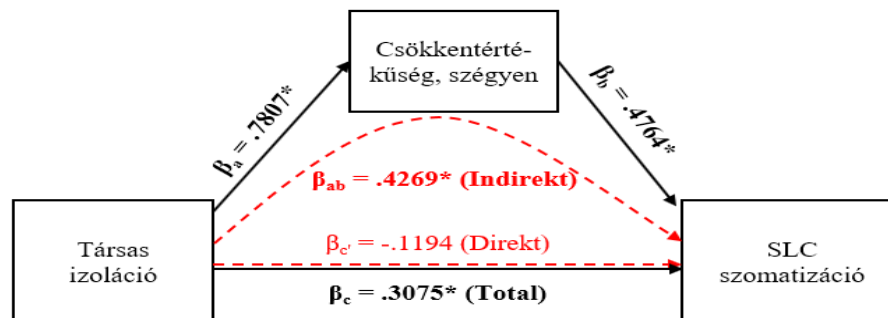
## 6.8 Az aktuális pszichés állapotok összefüggései a maladaptív sémákkal és a kötődéssel

Az eredmények azt mutatták, hogy a *Szomatizáció*, a *Depresszió*, a *Szorongás* alkálák esetében található erős szignifikáns eltérés. A négy pszichés állapotjellemzőt vizsgáltam a Kötődési és Maladaptív séma-jellemzőkkel összefüggésben. A *Szomatizáció* (SCL-90-R) átlagértéke mind a Primer ( $M=0,80$ ;  $SD=0,60$ ) mind az Áttétes ( $M=1,05$ ;  $SD=0,73$ ) csoportnál magasabb volt, mint a Normatíva ( $M=0,53$ ;  $SD=0,53$ ) adatai, és a minta két csoportja – Primer és Áttétes – között nem találtam különbséget. (lásd 3. ábra)



3. ábra: Korrelációs háló: a Szomatizáció alkálával való összefüggés alapján kiválasztott Sémák egymással való kapcsolata (Az ábra Várhelyi, K. – CORNET (2019) stathelp.hu programmal készült.)

A fenti összefüggésekre támaszkodva, a *Társas elutasítottság érzés* és a *Társas izoláció-elidegenedettség* sémára, a *Csökkenértékűség-szégyen* sémára és az aktuális pszichés állapoton belül a *Szomatizáció* alskálára mediáló elemzést végeztem.



**4. ábra: Társas izoláció és a Szomatizáció alskála moderáció vizsgálata a Csökkenértékűségen keresztül**

A 4. ábrán látható, hogy a *Társas izoláció-elidegenedettség* séma *Szomatizáció* alskálára gyakorolt hatása teljes mértékben a *Csökkenértékűség* sémán keresztül valósul meg ( $\beta_{ab} = 0,4269^*$ ). A *Társas elutasítottság érzése* séma a *Csökkenértékűség* sémán keresztül megvalósuló indirekt hatása viszont nem szignifikáns  $\beta_{ab} = .3694$   $CI_1 = -.2161$   $CI_2 = 0.8804$ . A *Negativizmus-pesszimizmus* séma a *Szomatizáció* alskálára gyakorolt *Sérülékenységen-veszélyeztetettség* sémán keresztül megvalósuló indirekt hatása nem szignifikáns  $\beta_{ab} = 0.1888$   $CI_1 = -0,1267$   $CI_2 = 0.5142$ .

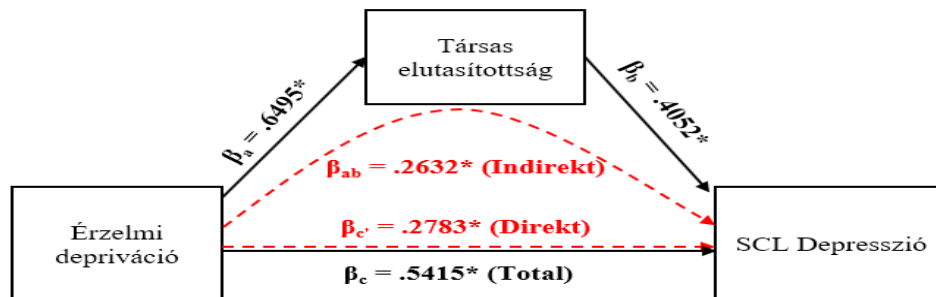
## 6.9 A kötődési jellemzők és a Szomatizáció faktor kapcsolata

A vizsgálatból kiderült, hogy a *Csökkenértékűség-szégyen* sémával (YSK) több kötődési jellemzőt leíró alskála is igen erős korrelációt mutat: a Kötődési Stílus Kérdőíve (ASQ-H) alskálái közül a *Kapcsolatok fontossága az én szempontjából*, az *Ambivalencia, távolítás, önleértékelés*, és a *Biztonság a kapcsolatokban*. A Közvetlen Kapcsolatok Kérdőíve (ECR-R) mindkét dimenziója: az *Elkerülés*, illetve a *Szorongás* dimenziók, valamint a Szülői bánásmód (H-PBI) alskálái közül az *Apai és Anyai szeretet, törődés* faktorok. Mind közül a legerősebb korrelációt a Kötődési Stílus Kérdőíve (ASQ-H) *Kapcsolatok fontossága az én szempontjából* (KFÉ) alskála, amely a kapcsolatok érzelmi fontosságát méri az önértékelés szempontjából.

## A Maladaptív sémák és a Depresszió (SCL-90-R) összefüggései

A vizsgálatból kiderült, hogy a *Depresszió* alskálával (SCL-90-R) több Séma is korrelál, mint például az *Érzelmi depriváció*, a *Csökkenértékűség-szégyen*, a *Társas elutasítottság* a

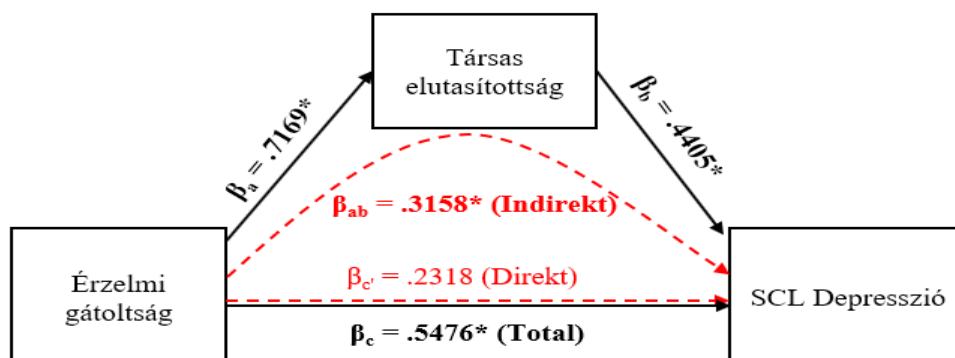
*Behódolás* vagy a *Negatívizmus-pesszimizmus* séma. Teljes mintán vizsgálva az Érzelmi depriváció Társas elutasítottság érzése sémán keresztül megvalósuló hatása a Depresszióra



**5. ábra: Mediáló elemzés - az Érzelmi depriváció a Depresszióra gyakorolt hatása a Társas elutasítottságon keresztül**

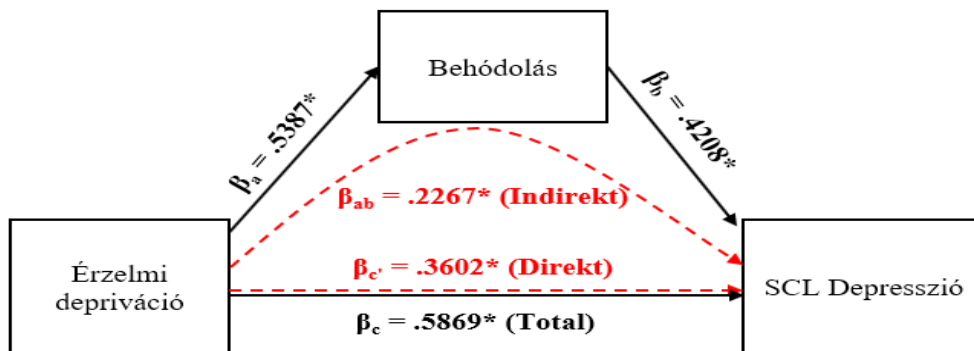
A teljes mintán elemezve, az *Érzelmi depriváció* séma *Depresszióra* gyakorolt hatása részben közvetlen ( $\beta_{c'} = 0,2783^*$ ), részben pedig a *Társas elutasítottság érzése* sémán keresztül közvetetten módon ( $\beta_{ab} = 0,2632$ ) valósul meg. (Lásd 5. ábra). Tehát a *Depresszióra* gyakorolt hatás mindkét séma esetében értelmezhető, hiszen a személy akár az önmagáról kialakított negatív képe, akár a szeretet hiányának okán is jellemezheti magát depressziósnek az SCL-90-R skáláin.

Az *Érzelmi gátoltság* *Társas elutasítottságon* keresztül megvalósuló hatása a *Depresszióra*, a teljes mintán vizsgálva



**6. ábra: Mediáló elemzés - az Érzelmi gátoltságnak a Depresszióra gyakorolt hatása a Társas elutasítottságon keresztül**

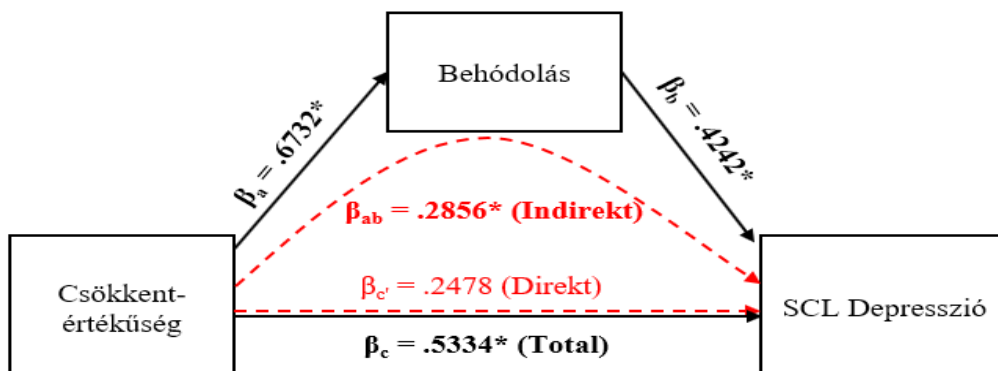
A teljes mintán elemezve, az *Érzelmi gátoltság* séma *Depresszióra* gyakorolt hatása teljes egészében a *Társas elutasítottságon* keresztül, közvetetten ( $\beta_{ab} = 0,3158^*$ ) valósul meg (6. ábra). A *Primer emlőrákos mintán* vizsgálva - az *Érzelmi depriváció* séma a *Behódolás* sémán keresztül megvalósuló hatása a *Depresszióra*.



7. ábra: Az Érzelmi depriváció séma a Depresszióra gyakorolt hatása a Behódolás sémán keresztül

A Primer emlőrákos mintán elemezve az *Érzelmi depriváció* séma a *Depresszióra* gyakorolt hatása részben közvetlen módon ( $\beta_{c'} = 0,3602^*$ ) valósul meg, részben pedig a *Behódolás* sémán keresztül, közvetetten ( $\beta_{ab} = 0,2267^*$ ) (lásd 7. ábra.)

A Primer emlőrákos mintán vizsgálva - a *Csökkentértékűség* séma a *Behódolás* sémán keresztül megvalósuló hatása a *Depresszióra*



8. ábra: Mediáló elemzés – a Csökkentértékűségnek a Depresszióra gyakorolt hatása a Behódolásán keresztül

A Primer emlőrákos mintán elemezve a *Csökkentértékűség-szégyen* séma *Depresszióra* gyakorolt hatása teljes egészében a *Behódolás* sémán keresztül, közvetetten valósul meg ( $\beta_{ab} = 0,2856^*$ ) (lásd 8. ábra).

### Összegzés

A fenti vizsgálatok alapján elmondható, hogy a betegség folyamatában több séma is aktiválódhat mind a Primer és mind az Áttétes csoportban. Láthatjuk azt is, hogy az életkor a családi állapot befolyásolhatja a sémák megjelenését. Kialakult egy-egy, a csoportokra

jellemző sémaprofil, de észrevehető, hogy a különbözőségek mellett ezekben a sémaprofilokban a vannak bizonyos hasonlóságok is.

## ÖSSZEFOGLALÁS

Jelen keresztmetszeti kutatásomban a kérdésfeltevés irányát megfordítva arra voltam kíváncsi, hogy a demográfiai változók, a beteg által becsült szubjektív egészségi állapot, a betegség élménye vagy a betegség előrehaladása (pl. metasztázis távoli szerveken) mutat-e kapcsolatot a kötődési stílus, valamint a korai maladaptív sémák mintázatának alakulásával az emlőrákkal küzdő nőknél, miközben igyekeztem az oksági összefüggéseket óvatosan megfogalmazni.

Eredményeim arra hívják fel a figyelmet, hogy az áttét megléte nagyban befolyásolja a személy szubjektíven megítélt egészségi állapotát, illetve a megélt pszichés tünetek megjelenését. Ezen eredmények a legtöbb esetben egybecsengenek a szakirodalomban bemutatott következtetésekkel (pl. Ahn és mtsai, 2007; Cserhádi és Staudler, 2008; Miller és mtsai, 2010; Désfalvi és mtsai, 2017). Feltevésem beigazolódott, azaz az *Áttétes* csoport rosszabbnak ítéli egészségi állapotát, és pszichés tünetekre, mint a *szorongás* és *depresszió*, az *Áttétes* személyek magasabb értéket mutattak, mint a *Primer* és az egészséges, normatív minta. A *szomatizáció* tekintetében azonban nem találtam eltérést a *Primer* és *Áttétes* csoport között.

A moderációs és mediációs vizsgálatok lehetővé tették azoknak az útvonalaknak a megismerését, amelyek a pácienseket a pszichés tünetek magasabb értékeihez vezethetik. Az *áttét*, a *szubjektív egészségi állapot* és a *depresszió* kapcsolatát vizsgálva világossá vált, hogy az áttét meglététől függetlenül is lehetnek az szubjektíven megítélt egészségi állapotnak olyan egyéb komponensei amelyek befolyásolhatják például a *depresszió* alskála pontértékét. Az *áttét*, a *szubjektív egészségi állapot* és a *szorongás* mediáló kapcsolatának vizsgálatából kiderült, hogy a *szubjektív egészségi állapotnak* nincs olyan más, az *áttét* meglététől független komponense, amely jelentősen befolyásolni tudná a személyek a *szorongás* alskálában mért értékeit.

A primer daganattal küzdő és a már áttétes beteg mentálisan és szomatikusan is elkülönül egymástól. Jelen kutatásomban sikerült feltárnom olyan hasonlóságokat és különbségeket, amelyek jellemezhetik a *Primer* vagy az *Áttétes* csoportban lévő egyéneket, akár a kötődés, akár a sémák vagy azok egymásra való hatása mentén. Ilyen például az a sajátos kapcsolati (kötődési) mintázatbeli hasonlóság az *Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben* (ÖV; ASQ-H) faktornál, amelynél az *Áttétes* és *Primer* csoport magasabb pontszámot ért el, mint a normatív

minta. A faktorban lévő állítások, amelyekre mindkét betegcsoport magasabb pontszámot adott, egyrészt *elkerülő kötődési* stílust mutatnak, másrészt láthatjuk, hogy ezen egyének számára a negatív társadalmi megítéltség ellenére is fontos a feladatok elvégzése, a teljesítmény és a kötelességtudat (Hámori és mtsai, 2016c).

Az *Áttétes* csoport magasabb értéket adott a Károsodott autonómia sémartományban a *Sérülékenység* sémánál, amely sémának a definíciója a következő: „az egyén olyan, bármikor bekövetkezhető tragédiától tart, amelyet nem képes kontrollálni” és magasabb értéket adott az ugyanebbe a sémartományba tartozó *Összeolvadtság-éretlenség* sémán is, amelynek definíciója a következő: „a másik folyamatos támogatása nélkül nem tud létezni, vagy nem képes túlélni, és céltalan az élete” (vö. Unoka, 2007).

A *Primér* csoport ezekre a sémákra a normatív adatokhoz hasonló értékeket mutatott. Annak megértéséhez, hogy a különböző pszichés tünetek (pl. szorongás, vagy szomatizáció) milyen „útvonalakon” kerülnek a felszínre az emlődaganatos nőknél, mediációs vizsgálatok sorozata volt a legalkalmasabb. Így például a *szomatizáció* és a *sémák* összefüggésében láthatóvá vált, hogy amennyiben az egyén elszigetelődik másoktól, mert csökkentértékűnek ítéli önmagát és úgy véli, hogy emiatt nem kap kellő megértést, így a csökkentértékűség érzete szomatizációhoz vezethet, amely útvonal fordítva is igaz lehet.

Az a hipotézis, miszerint az életkor és a családi állapot hatással lesz a mintában mindkét csoportnál a betegséggel való megküzdésre, és befolyásolja majd a pszichés állapotot, illetve a kötődést és a sémaprofílt, ebben a kutatásban csak részben teljesült. A vizsgálat eredményei azonban így is felhívják a figyelmet arra, hogy az életkor és a családi állapot fontos tényező lehet a betegséggel való megküzdésben.

Az eredményeim alátámasztják, hogy a maladaptív sémák, a kötődési mintázatok és a szubjektív betegségélmény együttes elemzése hozzájárulhat az emlőrákos nők betegséggel terhelt élmény- és kapcsolati világának jobb megértéséhez. Reményeim szerint az itt bemutatott munkám új irányokat mutat a rákbetegeket segítő, pszichoszociális tényezőkre alapozott, komplex, egyénre szabott intervenció tervezésében.

## **KITEKINTÉS**

Jövőbeni kutatási terveim között egy olyan hosszmetzeti kutatás, az emlőrákos nők longitudinális követése szerepel, amely a beteg személyt az első onkoteam-megbeszéléstől öt éven át kíséri végig a különféle terápiák mentén, egészen a gyógyulásig vagy betegségromlásig.

## IRODALOMJEGYZÉK

- Aizer, A. A., Chen, M. H., McCarthy, E. P., Mendu, M. L., Koo, S., Wilhite, T. J., ... & Hu, J. C. (2013). Marital status and survival in patients with cancer. *Journal of clinical oncology*, 31(31), 3869.
- Atroszko, P., Bagińska, P., Mokosińska, M., & Atroszko, B. (2015). Validity and reliability of single-item self-report measures of general quality of life, general health and sleep quality.
- Ávila, M., Coimbra, J. L., Park, C. L., & Matos, P. M. (2017). Attachment and posttraumatic growth after breast cancer: A dyadic approach. *Psycho-oncology*, 26(11), 1929-1935.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 68(6), 394-424.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview.
- Cicero, V., Lo Coco, G., Gullo, S., & Lo Verso, G. (2009). The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(10), 1045-1052.
- Cserhádi, Z., & Stauder, A. (2008). Szubjektív testi tünetek és szomatizáció. *Kopp M (szerk.). Magyar lelkiállapot. Semmelweis Kiadó, Budapest*, 592-598.
- Dank, M. (2017). Fáradság. *Onkopszichológia a gyakorlatban II. kötet*, pp. 317–327. Szerk: Horti J., Riskó Á. Budapest.
- Derogatis, L. R. (1977). SCL-90-R (revised) version administration, scoring and procedures, manual 1. *Psychometric research. John Hopkins University School of Medicine, Baltimore*.
- Dégi, Cs., L. (2010). *A daganatos betegségek pszichoszociális elemzése: elméleti bevezető segítőknék*. Presa Universitara Clujeana.
- Désfalvi, J., Hámori, E., Dank, M., & Nagy, L. (2016). Early maladaptive patterns and attachment in regards of age and experienced illness in patients with breast tumors. Poster presented at the 18th International Psycho-Oncology Society Congress, Dublin, 2016.
- Désfalvi, J., Hámori, E., Horváth, J., Dank, M., & Nagy, L. (2017). Kötődés, korai maladaptív sémák és szubjektív betegségélmény emlőrákkal küzdő nőknél. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 72(1), 127-145.
- Ferrei, R., Peña, A., Gómez, N., & Pérez, K. (2009). Early maladaptive schemas in patients diagnosed with cancer, assisted in three oncological centres from the city of Santa Marta (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, (24), 180-204.



- Gaál, Cs. (2012). Magyar sebészet. *Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.*
- Gehl, J. (2003). *Az emlőrákról személyesen.* Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Hanahan, D., & Weinberg, R. A. (2000). The hallmarks of cancer. *cell, 100*(1), 57-70.
- Hámori, E., Dankháziné Hajtman, E., Horváth-Szabó, K., Martos, T., Kézdy, A., & Urbán, S. (2016a). A felnőtt kötődés mérése: a Kötődési Stílus Kérdőív (ASQ-H) magyar változata. *Alkalmazott Pszichológia, 16*(3), 119-144.
- Hámori, E. (2016b). *A korai kapcsolat zavarai: pszichoanalízis, kötődélmélet és csecsemőkutatás a korai kapcsolati patológiák megértésében.* Oriold és Társai.
- Jantek, G., & Vargha, A. (2016). A felnőtt kötődés korszerű mérési lehetősége: A közvetlen kapcsolatok élményei—kapcsolati struktúrák (ECR-RS) kötődési kérdőív magyar adaptációja párkapcsolatban élő felnőtt személyeknél. *Magyar Pszichológiai Szemle, 71*(3), 447-470.
- Józan, P. (2005). Rákepidemiológiai viszonyok Magyarországon. *Magyar Tudomány, 8,* 931.
- Justenhoven, C., Winter, S., Dünnebier, T., Hamann, U., Baisch, C., Rabstein, S., ... & Ko, Y. D. (2010). Combined UGT1A1 and UGT1A6 genotypes together with a stressful life event increase breast cancer risk. *Breast cancer research and treatment, 124*(1), 289-292.
- Katona, F., Murnyák, B., Marko-Varga, G., & Hortobágyi, T. (2017). A melanóma és az agyi áttétképződés molekuláris háttere. *Orvosi hetilap, 158*(28), 1083-1091.
- Kásler, M., & Ottó, S. (2008). Európai és hazai kihívások az onkológiában. *Magyar Onkológia, 52*(1), 21-33.
- Kásler, M., Ottó, S., & Kenessey, I. (2017). A rákmorbiditás és-mortalitás jelenlegi helyzete a Nemzeti Rákregiszter tükrében. *Orvosi Hetilap, 158*(3), 84-89.
- Kiscsatári, L., Végváry, Z., Nagy, N., Széll, M., Haracska, L., & Kahán, Z. (2015). Kifejezett sugárkárosodás régiós emlőbesugárzás után. *MAGYAR BELORVOSI ARCHIVUM, 68*(3), 184-188.
- Kovács, É., Balog, P., & Mészáros, E. (2013). A házastársi, élettársi és elvált családi állapot összefüggései a mentális egészséggel - Married, cohabiting, and divorced marital status and mental health. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 14*(3), 205-230.
- Kulcsár, Z. (2005). Teher alatt. *Pozitív traumafeldolgozás és személyiségfejlődés,* Trefort Kiadó Budapest. 315-393.
- Lapis, K. (2001). A rákról őszintén férfiaknak és nőknek. *Medicina Könyvkiadó, Budapest.*
- Lázár, G., Besznyák, I., Boross, G., Farsang, Z., Gulyás, G., Jakab, F., ... & Tóth, L. (2010). Az emlőrák korszerű sebészi kezelése. *Magyar Onkológia, 54*(3), 227-234.

- Lekander, M., Elofsson, S., Neve, M., Hansson, L. O., & Undén, A. L. (2004). Self-rated health is related to levels of circulating cytokines. *Psychosomatic medicine*, 66(4), 559-563.
- Maróti-Nagy, Á., Paulik, E., & Thurzó, L. (2010). Az egészségügyi személyzet életmód-tanácsadó tevékenységének szerepe daganatos betegséggel kezelt nők táplálkozási szokásainak megváltoztatásában. *Magyar Onkológia*, 54(1), 41-45.
- Mátrai, Z., Láng, I., Polgár, Cs., Kahán, Zs., Fodor, J. (2018). Emlőrák. *Kásler Miklós (szerk.): Az onkológia alapjai. Medicina*, 42/979-989.
- Miller, K., & Massie, M. J. (2010). Depressive disorders. *Psycho-oncology*, 2, 311-318.
- Molnár, E., Feldmann, Á., Nagy, L., Szűcs, R., Tiringér, I., Unoka, Z., ... & Kállai, J. (2013). A kognitív sémák és a társkapcsolatok fejlődésének különböző útjai gyermekkori daganatos betegségből felgyógyult felnőtteknél. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 14(3), 231-257.
- Naaman, S., Radwan, K., & Johnson, S. (2009). Coping with early breast cancer: Couple adjustment processes and couple-based intervention. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 72(4), 321-345.
- Nagy, L. (2005). A felnőtt kötődés mérésének új lehetősége: a közvetlen kapcsolatok élményei kérdőív. *Pszichológia*, 3, 223-245.
- Nicholls, W., Hulbert-Williams, N., & Bramwell, R. (2014). The role of relationship attachment in psychological adjustment to cancer in patients and caregivers: a systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*, 23(10), 1083-1095.
- Nissen, K. G. (2016). Correlates of self-rated attachment in patients with cancer and their caregivers: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 25(9), 1017-1027.
- Polgár, C., Major, T., & Fodor, J. (2012). Korszerű sugárkezelés emlőmegtartó műtét után. *Orvosi Hetilap*, 153(2), 45-55.
- Riskó, Á. (1999). *A test, a lélek és a daganat: bevezetés az onkopszichológiába*. Animula Kiadó, Budapest.
- Riskó, Á. (2006). A sikeresen túlélő daganatos betegek lelki és társadalmi alkalmazkodása, életminősége. *Onkopszichológia a gyakorlatban. Szerk. Horti J, Riskó Á. Medicina, Budapest*, 92-94.
- Riskó Á. (2015). Az onkopszichológia első 25 éve az Országos Onkológiai Intézetben: előzmények és események (1988–2013). *Magyar Onkológia* 59:241–250.
- Riskó, Á. (2017). A rosszindulatú daganatos betegségek megelőzése, a pszichoszociális kockázati tényezők. *Onkopszichológia a gyakorlatban. Szerk. Horti J, Riskó Á. 2. On-line kiadás, I-II. kötet: 26-98*.

- Schmidt, S. D., Blank, T. O., Bellizzi, K. M., & Park, C. L. (2012). The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors. *Journal of Health Psychology, 17*(7), 1033-1040.
- Stark, D. P. H., & House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British journal of cancer, 83*(10), 1261.
- Seegerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological bulletin, 130*(4), 601.
- Tacón, A. M. (2002). Attachment and cancer: a conceptual integration. *Integrative cancer therapies, 1*(4), 371-381.
- Telekes, A., & Horváth Zs. (2002). *A daganatos fájdalom csillapítása*. Korán és Eredményesen a Daganat Ellen Alapítvány.
- Tiringer, I. (2007). Pszichológiai szempontok az onkológiai betegek ellátásában. *Egészségpszichológia a gyakorlatban, 383-409*.
- Tompa, A. (2011). A daganatos betegségek előfordulása–A hazai és a nemzetközi helyzet ismertetése. *Magyar Tudomány, 172*(11), 1333-1345.
- Tóth, I., & Gervai, J. (1999). Szülői Bánásmód Kérdőív (H-PBI): A Parental Bonding Instrument (PBI) magyar változata. *Magyar Pszichológiai Szemle, 54*(4), 551-566.
- Unoka, Zs., Rózsa, S., Fábán, Á., Mervó, B., & Simon, L. (2004a). A Young-féle Séma Kérdőív: a korai maladaptív sémák jelenlétét mérő eszköz pszichometriai jellemzőinek vizsgálata. *Psychiatria Hungarica, 19*(3), 244-256.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., & Brown, G. (1994). Young schema questionnaire. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach, 63-76*.

## SAJÁT PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK

### A disszertáció témájához kötődő – írott és szóbeli – publikációk

1. **Désfalvi, Judit**; Lakatos, Csilla; Csuka, Sára Imola; Filep, Orsolya; Dank, Magdolna; Sallai Viola, Martos, Tamás (2020). *Kötődési stílus, kapcsolati és szexuális elégedettség: emlőrákos és egészséges nők összehasonlító vizsgálata*. ORVOSI HETILAP (Szakcikk) 161. évfolyam, 13. szám, 518–526.
2. Csuka, Sára; **Désfalvi, Judit**; Sallay, Viola; Martos, Tamás (2019). *A partnertől kapott támogatás szerepe emlődaganattal diagnosztizált nők személyes terveiben: egy öndetermináció-elméleten alapuló pilot-kutatás eredménye*. In: Lippai, Edit (szerk.) Összetart a sokszínűség: A Magyar Pszichológiai Társaság XXVIII. Országos Tudományos Nagygyűlése kivonatkötet Debrecen, Magyarország: Debreceni Egyetem Bölcsészettudományi Kar Pszichológiai Intézet, p. Sz39 P4
3. **Désfalvi, Judit**; Lakatos, Csilla; Csuka, Sára; Sallay, Viola; Dank, Magdolna; Martos, Tamás (2019). *Emlőrákos és egészséges nők kötődési stílusának, kapcsolati- és szexuális elégedettségének összehasonlítása*. In: Lippai, Edit (szerk.) Összetart a sokszínűség: A Magyar Pszichológiai Társaság XXVIII. Országos Tudományos Nagygyűlése kivonatkötet Debrecen, Magyarország: Debreceni Egyetem Bölcsészettudományi Kar Pszichológiai Intézetp. Sz39 P4
4. **Désfalvi, Judit** (szerk.); Újháziné, Kerék Barbara; Bálintné, Pataki Aranka; Brjeska, Dóra; Dank, Magdolna; Dvorákné, Borda Judit; Hajdú, Anett; Horváth, Katalin Beatrix; Juhász, Ágnes; Kleiner, Dénes et al. (2019). *Gyógyulásom Könyve* Budapest, Magyarország: Pink Bolero Önszegítő Egyesület a Mellrák Ellen.
5. **Désfalvi, Judit**; Hámori, Eszter; Horváth, Júlia; Dank, Magdolna; Nagy, László (2017). *Kötődés, korai maladaptív sémák és szubjektív betegségélmény emlőrákkal küzdő nőknél* MAGYAR PSZICHOLOGIAI SZEMLE 72: 1 pp. 127-145., 19 p.
6. **Desfalvi, J**; Sallay, V; Martos, T (2016). *Relationship experiences and motivational patterns of women battling breast cancer - an interpretative phenomenological analysis* . PSYCHO-ONCOLOGY 25: SP. S3 pp. 72-72., 1 p
7. **Désfalvi, Judit**; Hámori, Eszter; Dank, Magdolna; Nagy, László (2016). *A kötődés a korai maladaptív sémák emlőrákos nőknél az életkor és a betegségélmény függvényében*. In: Céltudatosan a gyógyítás útján: Magyar Klinikai Onkológiai Társaság IX. Kongresszusa 2016. november 17-19. pp. 18-18. Paper: P87, 1 p.
8. **Désfalvi, Judit**; Sallay, Viola; Martos, Tamás (2016). *Relationship experiences and motivational patterns of women battling breast cancer - an interpretative phenomenological analysis*. PhD Scientific DAY - Semmelweis University, 2016. április 8-10.

9. **Désfalvi, Judit**; Hámori, Eszter; Dank, Magdolna; Nagy, László (2016). *Early maladaptive patterns and attachment in regards of age and experienced illness in patients with breast tumours*. PSYCHO-ONCOLOGY 25: S3 pp. 22-22., 1 p.
10. **Désfalvi, Judit**; Hámori, Eszter; Dank, Magdolna; Nagy, László (2016). *Korai maladaptív sémák és kötődés melldagamos betegeknél az életkor és a betegségélmény függvényében*. In: Vargha, András (szerk.) *Múlt és jelen összeér: A Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Jubileumi Országos Tudományos Nagygyűlése Kivonatkiötet Budapest, Magyarország: Magyar Pszichológiai Társaság*, pp. 171-172., 2 p.
11. **Désfalvi, Judit**; Sallay, Viola; Martos, Tamás (2016). *Mellrákkal küzdő nők párkapcsolati tapasztalatai és céljainak mintázatai – interpretatív fenomenológiai elemzés*. In: Vargha, András (szerk.) *Múlt és jelen összeér: A Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Jubileumi Országos Tudományos Nagygyűlése Kivonatkiötet Budapest, Magyarország: Magyar Pszichológiai Társaság*, pp. 338-339., 2 p.
12. **Désfalvi, Judit**; Martos, Tamás (2015). *The experiences of Breast Cancer Patients and the role of purpose in coping - a Qualitative Analysis*. PHD SCIENTIFIC DAY - Semmelweis University, 2015. April 9-10.
13. **Désfalvi, Judit**; Hámori, Eszter (2015). *A kötődési mintázatok vizsgálata melldagamos betegek körében*. In: Vargha, A (szerk.) *Lélek-net a léleknek: Az ember a változó technikai közegek világában: A Magyar Pszichológiai Társaság XXIV. Országos Tudományos Nagygyűlése: Kivonatkiötet Budapest, Magyarország: Magyar Pszichológiai Társaság*, pp. 136-136., 1 p.
14. **Désfalvi, Judit**; Martos, Tamás; Faragó, Renáta (2015). *Emlőrákban szenvedők párkapcsolati tapasztalatai és céljainak szerepe a megküzdésben – kvalitatív elemzés*. In: Vargha, A (szerk.) *Lélek-net a léleknek: Az ember a változó technikai közegek világában: A Magyar Pszichológiai Társaság XXIV. Országos Tudományos Nagygyűlése: Kivonatkiötet Budapest, Magyarország: Magyar Pszichológiai Társaság*, pp. 145-145., 1 p.
15. Martos, Tamás; Sallay, Viola; **Désfalvi, Judit**; Szabó, Tünde; Ittész, András (2014). *Az Élettel való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői*. MENTÁLHIGIÉNÉ ÉS PSZICHOSZOMATIKA 15: 3 pp. 289-303., 15 p.

**A disszertáció témájához nem kötődő – írott és szóbeli – publikációk**

16. Gyetvai, Gellért László; **Désfalvy, Judit** (2016). *Changing Roma Identity: A New Kind of Double Identity and How to Model It* EUROPEAN JOURNAL OF MENTAL HEALTH 11: EJMh 11 (2016) 1–2 pp. 36-59. Paper: EJMh 11 (2016) 1–2, 24 p.

17. Martos, Tamás; Garay, Magdolna; **Désfalvi, Judit** (2014). *A Hála Kérdőív magyar változatának (GQ-6-H) bemutatása és pszichometriai elemzése* MENTÁLHIGIÉNÉ ÉS PSZICHOSZOMATIKA 15: 3 pp. 203-214., 12 p.
18. **Désfalvi, Judit** (2013). *A felnőtt kötődés vizsgálata a hetero- és homoszexuális felnőttek körében.* In: A Magyar Pszichiátriai Társaság XVIII. Vándorgyűlése: Absztrakt kötet pp. 19-19., 1 p.
19. **Désfalvi, Judit**; Petke, Zsolt; Nagy, István Miklós (2013). *Csoportterápiás lehetőségek Addiktológia osztályon.* In: Demetrovics, Zs; Eisinger, A; Kassai-Farkas, Á; Rácz, J; Varga, G (szerk.) A Magyar Addiktológiai Társaság IX. Országos Kongresszusa: Az Addictologia Hungarica Supplementuma
20. **Désfalvi, Judit** (2013). *Időskorúak vizsgálata egy időotthonban.* PEME – Poszter szekció - Budapest, 2013. szeptember 14.
21. **Désfalvi, Judit** (2013). *Időotthonban élők kötődésének vizsgálata.* OTDK – XXXI. Konferencia - Eger, 2013. április 4-6.